



浅谈对葡萄糖耐量减低患者健康指导的效果分析

刘海青 (海军青岛第二疗养院 山东青岛 266071)

摘要:目的 探讨对葡萄糖耐量减低患者实行健康指导与糖尿病的关系。方法 对58例葡萄糖耐量减低患者进行饮食疗法、运动疗法及纠正不良生活方式的健康指导,并随访3年。结果 58例葡萄糖耐量减低患者通过健康指导前后的临床检测结果有较大差异, ($P<0.05$)。结论 对葡萄糖耐量减低患者进行健康指导可以提高患者对疾病的认知度,延缓和降低糖尿病发病率。

关键词:葡萄糖耐量减低 健康指导 综合干预

中图分类号: R473.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 18-105-02

葡萄糖耐量减低被称为糖尿病前期 (Pre-diabetes), 其向糖尿病的转化率是正常糖耐量者的10倍^[1]。对葡萄糖耐量减低患者进行早期综合预防, 常可杜绝或减缓糖耐量进行性降低, 因而使糖尿病患者减少。本文对58例葡萄糖耐量减低患者进行健康指导并采取了综合防治措施, 随访跟踪三年其效果良好。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象

患者为2011年5月至2014年5月入院和门诊患者58例, 男42例, 女16例, 年龄40~70岁, 其中体重正常者18例, 占31.0% 超重或肥胖者40例, 占69.0%。葡萄糖耐量试验(OGTT)空腹血糖在6.1~7.8mmol/L之间; 葡萄糖负荷后2小时血糖在7.8~11.0mmol/L之间, 确诊为葡萄糖耐量减低^[2]。

1.2 方法

1.2.1 健康指导方法: (1) 饮食疗法: 根据患者的年龄、性别、身高、体重、体力活动量来确定个体需要的总热量^[3]。根据患者身高、体重计算体重指数 (BMI), $BMI (kg/m^2) = 体重 (kg) / 身高 (m^2)$, BMI的正常范围为18.5~22.9; <18.5为过低; >23为超重; >25为肥胖。本组患者基本为轻体力劳动者, 因此体重正常者 (18例) 按每日30kcal (126KJ) /kg 供给热量, 超重或肥胖者 (40例) 按每日20~25kcal (84~105KJ) /kg, 老年人活动量极少者规定每天20kcal (84KJ) /kg。本组患者为葡萄糖耐量减低患者, 因此按照糖尿病饮食治疗要求确定三大营养素供给比例: 碳水化合物55~65%、蛋白质10~20%、脂肪20~25%。饮食中尽量选用复合碳水化合物, 限制单糖及双糖; 动物蛋白质应占总蛋白的40~50%, 对肾功能不全者, 则限制蛋白摄入; 供给植物油20~40g/d; 适当补充维生素、无机盐、微量元素及膳食纤维。指导患者制定食谱, 学会合理选择食物, 学会使用食品交换法, 掌握三大营养成分的摄入量及比例是饮食疗法的主要目的。(2) 运动疗法: 根据本组患者个体差异制定运动方案。运动方案包括具体的运动项目、运动频度、运动强度和运动量。设计运动方案前, 对患者进行全面的身体评估, 确定合理可行的运动项目、强度和持续时间。如本组150岁男性患者, 身高1.65m, 体重70kg, BMI25.7, 属肥胖体质, 25kcal/kg/d 供给热量1750kcal, 日常活动消耗热量为1540kcal, 按已设计的运动方案 (增加减肥目标) 预期每日减轻体重50g, 按脂肪换算热量为 $50 \times 9 = 450kcal$ 。按公式运动量 $X = (预期每日减轻体重所换算成的热量 S + 每日摄入总热量 Q) - 日常生活所消耗热量 R (4) = (450 + 1750) - 1540 = 660kcal$ 。按选择的运动项目计算所需运动时间: 散步 (100m/min) $660 \div (0.1083 \times 70) = 87.06min$, 羽毛球 $660 \div (0.1508 \times 70) = 62.5min$, 游泳 $660 \div (0.3738 \times 70) = 25.23min$ 。(3) 纠正不良的生活方式。本组患者25例超重, 15例肥胖, 吸烟32例, 有酗酒史16例。超重、肥胖患

者主要存在饮食结构不合理、热量摄入过多、不爱运动等问题, 通过制定实施饮食和运动方案使体重达到正常范围。对嗜烟酒的患者, 加强说服教育, 制定戒除烟酒计划, 不能戒除者, 劝其减少到最低程度内, 如一日吸烟5支以下, 饮酒不超过15毫升。(4) 糖尿病教育及监测。对58例确诊葡萄糖耐量减低 (IGT) 患者通过小组授课的方式使其了解 IGT 的病因和危害以及防治方法。对每位患者建立健康档案, 包括病史、体格检查、实验室检查, 以及饮食计划及运动方案。每月电话随访一次, 每3个月来院复查一次, 根据临床检测结果相应调整健康指导方案。

1.2.2 统计学方法: 结果用均值 $\pm$ 标准差表示, 治疗前后比较用 t 检验。

2 结果

健康指导前后临床检测结果有显著差异 ($P<0.05$) (表1), 25例 (43.1%) 葡萄糖耐量转为正常, 有6例 (10.3%) 确诊为糖尿病, 空腹血糖及餐后2h血糖正常者较健康指导前有较大提高, (表2), 健康指导前后不良生活方式有显著改善 (表3)。

表1: 健康指导前后空腹血糖及餐后2h血糖比较

时段	空腹血糖 (mmol/L)	餐后2h血糖 (mmol/L)
治疗前	6.82 $\pm$ 0.65	9.18 $\pm$ 0.78
治疗后	5.62 $\pm$ 1.02	7.34 $\pm$ 1.06

• 治疗前后比较, $P<0.05$ 。

表2: 健康指导前后血糖及葡萄糖耐量正常者比较 (n=58)

时段	空腹血糖 (%)	餐后2h血糖 (%)	葡萄糖耐量 (%)
治疗前	32 (55.2)	9 (15.5)	0 (0)
治疗后	52 (89.6)	47 (81.0)	25 (43.1)

表3: 健康指导前后不良生活方式比较 (n=58)

时段	超重 (%)	肥胖 (%)	吸烟 (%)	酗酒 (%)
治疗前	25 (43.1%)	15 (25.9%)	32 (55.2%)	16 (27.6%)
治疗后	10 (17.2%)	8 (13.8%)	15 (25.9%)	5 (8.6%)

3 讨论

葡萄糖耐量减低是近年来很多临床医师所重视的, 因为葡萄糖耐量减低不但可能衍变成糖尿病, 同时可伴有和诱发心、脑、肾或其它代谢性疾病而危及生命^[5]。目前, 半数以上人群对糖尿病一无所知, 即使是糖尿病患者, 仍有50~80%对糖尿病不甚了解^[6]。对葡萄糖耐量减低患者开展有目的的健康指导, 可以提高患者对糖尿病的认知程度, 充分发挥患者的主观能动性, 杜绝或延缓糖耐量进行性降低, 因而使2型糖尿病发病率减少。本文把综合疗法的首位确定为饮食疗法, 因为饮食疗法是各型糖尿病的基础治疗, 它可以维持正常体重、避免胰岛细胞负担过重、减少并发症、促进身体健康, 葡萄糖耐量异常患者如能很好的控制饮食就能较好地控制血糖升高, 进而使血糖恢复正常。其次, 运动疗法的好处主要有降低血糖、加速脂代谢、增强胰岛细胞的敏感性、减轻体重、



增强体力、预防和控制并发症等。运动疗法的关键是要有规律,持之以恒。不良生活方式是形成2型糖尿病的主要病因,对此进行的预防干预措施是加强对患者的健康教育,协助制订合理的饮食计划和运动计划,保持理想体重;另外,加强对有吸烟、酗酒习惯患者的宣教工作;做好心理治疗工作,缓解其紧张、焦虑等不良心理因素。本研究通过对58例葡萄糖耐量减低患者的健康指导,随访三年后血糖、葡萄糖耐量均有改善,25例(43.1%)葡萄糖耐量转为正常,仅有6例(10.3%)确诊为糖尿病,与解放军总医院观察的不加干预的IGT者1年后转变为糖尿病者达21.2%相比^[7],有显著临床意义。

世界卫生组织强调,早期发现糖尿病、早期控制血糖是减轻糖尿病危害极有效和极重要的措施。国际糖尿病联盟(IDF)提出五项糖尿病治疗基本措施即糖尿病教育、饮食控制、体育锻炼、药物治疗和自我监测血糖五项内容^[8]。可见健康教育是综合治疗糖尿病不可缺少的组成部分。近年报道对糖尿病前期者进行干预措施(包括生活方式重塑及药物干预),在为期2.5—3.3年的随访中可见生活重塑组及药物组糖尿病前期向糖尿病转化率分别降低58%及31%—36%^[9]。可见糖尿病前期向糖尿病发展是可以通过干预措施而中止的。本文

对58例糖耐量减低患者进行健康指导的临床效果证明,对糖耐量降低患者进行健康指导是十分必要的。

参考文献

- [1] Unwin N, Shaw J, Zimmet P. International Diabetes Federation IGT/IFG Consensus Statement. Impaired glucose tolerance and impaired fasting glycaemia: the current states on definition and intervention [J]. Diabetic Med, 2002, 19: 708 ~ 723
- [3.4] 许曼音. 糖尿病学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2013, 17: 253, 266
- [5] 邵红, 周贵福, 王立君. 葡萄糖耐量减低干预治疗的研究进展 [J]. 河北医药, 2011, 23(4): 306
- [6] 侯玉鲁, 秦元珠. 浅谈糖尿病的社区预防 [J]. 中国健康教育, 2013, 19(5): 389
- [7] 潘长玉. 葡萄糖耐量减低的研究进展及面临的挑战 [J]. 中华内科杂志, 2007, 36: 147 ~ 148
- [8] 傅祖民. 糖尿病健康教育效果分析 [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2010, 16(6): 389
- [9] 项坤三. 糖尿病临床面貌及概念的变化 [J]. 中国糖尿病杂志, 2013, 11(1): 2

(上接第102页)

的情况。但肺炎患者下降幅度与支气管炎患者相比较大。

通过本次研究, 观察组肺炎患者血清降钙素原治疗前(11.52±1.02) ug/L, 治疗后(6.25±1.24) ug/L; C反应蛋白治疗前(41.73±2.64) mg/L, 治疗后(20.35±1.64) mg/L, 均高于对照组血清降钙素原治疗前(5.34±1.25) ug/L, 治疗后(4.75±1.55) ug/L; C反应蛋白治疗前(19.33±2.12) mg/L, 治疗后(17.46±2.44) mg/L, $P < 0.05$ 。

综上所述, 对支气管炎及肺炎患者采取抗生素治疗后血清降钙素原和C反应蛋白水平均得到改善, 但肺炎患者下降情况更为明显, 值得进一步推广。

参考文献

- [1] 卢海清. 血清降钙素原和C-反应蛋白在支气管炎和肺炎患者诊治过程中的变化 [J]. 实用医学杂志, 2014, 24(15): 260-261.
- [2] 李艳, 赵兰兰. 支气管炎和肺炎患者治疗中血清降钙素原和C反应蛋白变化比较 [J]. 中国综合临床, 2015, 14(3): 218-219.
- [3] 刘曼, 楼小伟. 支气管炎和肺炎患者治疗中血清降钙素原和C-反应蛋白临床研究 [J]. 中外健康文摘, 2014, (27): 165-166.
- [4] 牛锦龙. 降钙素原及高敏C反应蛋白对儿童急性支气管炎病情的预测价值 [J]. 山东医药, 2015, 55(5): 69-70.
- [5] 许永强. 降钙素原及超敏C反应蛋白对儿童急性支气管炎病情的检测价值研究 [J]. 中国继续医学教育, 2015, 11(17): 26-27.
- [6] 欧阳立兵. 血清降钙素原和C-反应蛋白检测在呼吸系统炎症患者治疗中的临床意义 [J]. 社区医学杂志, 2014, 12(12): 20-21.

(上接第103页)

严重的不良影响, 在一定程度上反而不利于患者病情的恢复^[5]; 但是本研究采用的腰硬联合麻醉具有明显的优势, 能够有效弥补气腹麻醉的缺陷, 减少机体对二氧化碳的吸收, 降低交感神经的兴奋度, 有利于维持患者血压、心率等平稳, 而且腰硬联合麻醉能够加快刺激的传递速度, 将非生理性刺激传递到低级中枢系统, 能够有效降低对高级中枢神经系统的刺激, 减轻患者体内的应激反应程度^[6]; 同时能够有效维持患者的血管扩张, 减少血管收缩对内脏器官的刺激, 减轻患者的疼痛感, 有效降低不良反应的发生。总而言之, 腰硬联合麻醉效果显著, 安全性高, 对患者的循环系统和呼吸系统的干扰作用小^[7], 能够有效保障患者的生命健康安全和治疗效果, 值得在临床上广泛推广。

参考文献

- [1] 沈峰. 腹腔镜下胆囊切除术80例临床麻醉分析 [J]. 医学美容美容(中旬刊), 2015, (4): 726-726.
- [2] 白云鹤. 腹腔镜行胆囊切除术的临床麻醉分析 [J]. 中国医药指南, 2013, (28): 65-66.
- [3] 范国忠. 经腹腔镜行胆囊切除术临床麻醉效果分析 [J]. 医学信息(下旬刊), 2013, 26(15): 167-168.
- [4] 周育南. 经腹腔镜行胆囊切除术的临床麻醉分析 [J]. 航空航天医学杂志, 2013, 24(11): 1363-1364.
- [5] 高霞. 探讨腹腔镜行胆囊切除术临床麻醉效果研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2015, 2(14): 2762-2763.
- [6] 孟维国, 陈开立. 经腹腔镜行胆囊切除术临床麻醉效果分析 [J]. 中外医疗, 2012, 31(27): 51-52.
- [7] 杜伏扬. 腹腔镜胆囊切除手术应用SLIPA喉罩与气管插管的效果比较 [J]. 安徽医学, 2013, 34(6): 766-768.

(上接第104页)

程度, 降低心绞痛发作次数, 减少硝酸甘油的用量, 减少急性心肌梗死引起的左室扩张, 改善左室充血。本实验数据显示, 1-肉碱合并心力衰竭治疗效果理想的缺血性心脏病(有效率为80.0%), 但对曲美他嗪的作用正好相反, 其不良反应发生率高(18.0%)。曲美他嗪左卡尼汀是心肌细胞代谢药物, 曲美他嗪可以维持能量代谢的缺血或缺氧, 避免减少细胞内ATP的水平, 保证正常功能的离子泵钠和钾离子跨膜运动, 然后保持细胞本身的平衡。在人体的对比实验中, 曲美他嗪能增加心绞

痛患者的运动耐受性试验, 延迟心肌缺血时发生运动的时间, 减少心绞痛频率和硝酸甘油。由于与左卡尼汀相比, 该药物的不良反应发生率低(6.0%), 该药物可作为缺血性心脏病的长期治疗。在实际治疗中, 必须根据不同患者的情况来治疗。

参考文献

- [1] 陈俊禹, 陈宋明. 缺血性心脏病合并心力衰竭的临床治疗体会 [J]. 当代医学, 2010, 16(21): 4-5.
- [2] 罗志方, 江美兰. 曲美他嗪治疗缺血性心脏病合并心力衰竭患者的临床疗效分析 [J]. 当代医学, 2013, 19(30): 137-138.