

• 经验交流 •

实施“三位一体”护理模式控制妊娠期糖尿病的效果分析

洪普, 罗云玲, 孙波, 邱海燕, 吴丹, 莫海燕

(深圳大学第一附属医院产科, 广东 深圳 518032)

妊娠期糖尿病(GDM)病情较重或血糖控制不良对母婴有较大危害^[1],患者的监护和预防护理不容忽视。本院产科自2010年6月起与内分泌专科联合对GDM高危患者实施“三位一体”无缝隙护理干预模式,取得了良好效果,报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组:选择2010年6月至2011年6月在本院产科门诊接受常规产检的GDM患者60例为观察组;以2009年1月至12月间已经分娩并接受常规护理模式的GDM患者60例作为对照组。

1.2 “三位一体”的无缝隙护理干预模式:通过GDM产前筛查确诊后,设立以产科护士、糖尿病专科护士、产后随访护士为一体,以家庭为导向的“三位一体”无缝隙护理干预模式。即由产科护士设立专门档案,在给予患者日常产前检查、诊断的同时,对高危患者由糖尿病专科护士适时介入,以评估结果为基础,以围生期发展为时间顺序,建立个性化的自我管理方案,给患者提供连续、适时、个体化知识支持、咨询,专门制定图文临床路径表,对于围生期进行针对性指导,同时动态评估执行情况,使孕妇血糖指标控制在合理范围内,并结合产后随访。全程重视家庭功能,帮助患者家属认识到他们在高危妊娠这个重大生活事件中的作用,并强调家庭是高危妊娠患者社会支持的基础^[2]。为GDM孕妇提供标准化、规范化、系统化、个性化、多样化的优质护理服务,满足GDM高危孕妇及其家庭不断增长的特殊护理需求。

1.3 观察指标:监测患者干预前及分娩后60d的空腹血糖(FPG)、餐后2h血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HbA1c);以对照组同时间点的3项指标作比较。

1.4 统计学处理:采用SPSS 12.0统计软件分析数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用Mann-Whitney U检验进行统计学处理, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表1显示,两组干预前FPG、2hPG及HbA1c等指标比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);两组干预后各指标均

较干预前明显下降,以观察组降低更显著(均 $P < 0.05$)。

3 讨论

有研究表明,加强患者的教育和随访可以改善结局和减少医疗资源的使用^[3]。因此,本院产科、糖尿病专科和产后随访护士在不同阶段重点指导GDM患者及家属各种知识的掌握。产科护士在日常产检时根据每次血糖结果具体指导患者调整饮食结构,以合理的饮食控制及适当的体育锻炼控制血糖,使其了解糖尿病的相关知识,学会自行监测血糖的方法,形成良好的生活习惯^[4-5]。对饮食治疗后血糖仍然不能控制者,糖尿病专科护士应指导其正确使用胰岛素及可能出现的副作用。产后第2日随访护士对患者及家属进行饮食、心理和指标监测的指导。本研究表明,这种教育方式使GDM患者较好地掌握了GDM相关知识。

GDM属于高危妊娠,孕妇血糖水平的高低直接影响到孕妇和胎儿的健康。美国糖尿病学会(ADA)2011年1月发布GDM诊断指南中关于高血糖与妊娠不良结局关系的前瞻性研究(HAPO)结果显示,平时血糖正常的孕妇,随着血糖水平的升高,大于胎龄儿、剖宫产、新生儿低血糖、新生儿高胰岛素血症等风险也会增加^[6]。GDM妇女存在发生先兆子痫的高风险^[7]。林英等^[8]对北京3家医院转入重症监护病房(ICU)的207例危重孕产妇研究发现,其中138例为产科重症,69例并发严重内科疾病,最常见的产科疾病为妊娠相关性高血压和先兆子痫(共52例,占25.12%)、产后大出血42例(20.29%),其中急诊剖宫产147例(71.01%)。冯涛和曹相原^[9]研究表明,强化血糖控制将有助于改善危重患者的预后。本研究显示,将GDM患者产前护理从疾病转向个人,从医院转向家庭,建立“三位一体”无缝隙护理干预模式进行管理,可以使患者的FPG、2hPG、HbA1c明显降低,对母婴围生期管理及改善预后都具有深远意义。

参考文献

- [1] 杨慧霞. 妊娠合并糖尿病实用手册. 北京: 人民卫生出版社, 2012; 2.
- [2] Sittner BJ, DeFrain J, Hudson DB. Effects of high-risk pregnancies on families. MCN Am J Matern Child Nurs, 2005, 30(2): 121-126.
- [3] Hamilton MS, Brooten D, Youngblut JM. High-risk pregnancy: postpartum rehospitalization. J Perinatol, 2002, 22(7): 566-571.
- [4] Serici I. Diabetes in pregnancy: dietary management. Pract Midwife, 2008, 11(6): 43-46, 51.
- [5] Bentley-Lewis R, Levkoff S, Stuebe A, et al. Gestational diabetes mellitus: postpartum opportunities for the diagnosis and prevention of type 2 diabetes mellitus. Nat Clin Pract Endocrinol Metab, 2008, 4(10): 552-558.
- [6] HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med, 2008, 358(19): 1991-2002.

表1 两组患者干预前后FPG、2hPG、HbA1c比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	FPG (mmol/L)	2hPG (mmol/L)	HbA1c (%)
观察组	干预前	60	9.52 ± 1.21	13.63 ± 1.35	8.36 ± 1.25
	干预后	60	6.46 ± 1.25 ^{ab}	8.84 ± 1.36 ^{ab}	6.20 ± 1.11 ^{ab}
对照组	干预前	60	9.64 ± 1.21	13.75 ± 1.40	8.30 ± 1.06
	干预后	60	7.06 ± 1.35 ^a	9.76 ± 1.26 ^a	6.78 ± 1.22 ^a

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同期比较,^b $P < 0.05$

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2013.04.026

基金项目:广东省深圳市科技计划项目(201003038)

- [7] Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, et al. Williams manual of obstetrics (威廉姆斯产科学手册). 张怡, 吴新华, 译. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2006: 531.
- [8] 林英, 朱曦, 刘飞, 等. 危重孕产妇住重症监护病房时间延长的危险因素分析. 中国危重病急救医学, 2011, 23 (8): 449-453.

- [9] 冯涛, 曹相原. 重症患者床旁血糖监测的准确性评价及影响因素分析. 中国危重病急救医学, 2012, 24 (8): 482-496.

(收稿日期: 2013-05-10)

(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

非诺贝特致急性横纹肌溶解症 1 例

李丹

(河南中医学院第一附属医院, 河南 郑州 450000)

报告 1 例非诺贝特致急性横纹肌溶解症如下。

1 病例报告

患者女性, 53 岁, 因“四肢酸困、疼痛无力、走路不稳 3 d”入院。既往有高血脂症 6 年, 席汉综合征 1 年。入院时查体: 四肢酸困、疼痛无力, 双下肢为甚, 走路不稳, 腰背不适, 时恶心想吐, 纳呆, 眠差, 心烦急躁; 体温 36.2 °C, 脉搏 76 次/min, 呼吸频率 19 次/min, 血压 136/78 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 颈静脉无怒张, 双肺呼吸音清, 心脏无杂音, 心律不齐, 腹软、无压痛, 双下肢无水肿, 病理征阴性; 实验室检查: 血常规未见异常; 甲状腺功能提示游离甲状腺素原氨酸 (FT) 2.09 pmol/L, 游离甲状腺素 (FT4) 5.06 pmol/L; 肝功能: 丙氨酸转氨酶 (ALT) 67 U/L, 天冬氨酸转氨酶 (AST) 323 U/L, 肌酸激酶 (CK) 12 930 U/L, 肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 646 U/L, 肌红蛋白 (Mb) 3910 µg/L; 肾功能未见异常; 凝血 5 项: 纤维蛋白原降解物 14.60 µg/L, C-反应蛋白 (CRP) 35.2 mg/L, 总胆固醇 (TC) 6.487 mmol/L, 甘油三酯 (TG) 5.337 mmol/L, 低密度脂蛋白 (LDL) 3.37 mmol/L; 心电图示下壁、前侧壁 T 波改变; X 线垂体平扫示空泡蝶鞍, 右侧蝶窦炎。追问患者病史, 平素血脂居高不下, 尤以 TG 明显, 当地诊所医生给予口服非诺贝特胶囊 200 mg, 每日 3 次, 已服 1 周, 于服药后第 3 日出现双下肢阵发性疼痛, 未予重视, 后进行性加重, 波及双上肢及躯干, 未合用其他降脂药物。考虑为药物所致横纹肌溶解症 (RM), 立即停用非诺贝特, 增加输液量, 予碳酸氢钠、呋塞米 (速尿)、营养神经等药物及对症处理, 增加饮水量。1 周后四肢症状较前稍有缓解, 仍时有恶心想吐, 复查: ALT 104 U/L、AST 190 U/L、乳酸脱氢酶 (LDH) 34.75 µmol·s⁻¹·L⁻¹、CK 6052 U/L、CK-MB 109 U/L、Mb (-)、肌钙蛋白 (-); 2 周后复查 ALT 67 U/L、AST 76 U/L、LDH 22.78 µmol·s⁻¹·L⁻¹、CK 1276 U/L、CK-MB 26 U/L、Mb (-)、肌钙蛋白 (-)。患者症状较前明显减轻, 出院 4 周后院外复查各项指标均正常, 自觉无不适。

2 讨论

RM 主要表现为急性肌无力、肌强直或疼痛, 病变部位肌肉退化, 尿色异常, 少尿或无尿, 无显著症状的虚弱。急性横纹肌溶解早期特征为血清 CK 活性异常升高, 血 Mb 水平升高; 约 1/3 的患者发生急性肾衰竭 (ARF), 早期有高钾、高尿酸和高磷酸血症, 亦可发生低钙血症, 后期可发生高钙血

症。导致 RM 的病因很多, 包括药物因素、过量运动、肌肉直接损伤、代谢性疾病等, 其中约 80% 是由药物引起的, 其中调脂药占 36.48%^[1], 而在调脂药中, 横纹肌溶解多见于服用他汀类调脂药物, 与非诺贝特合用时或肾功能不全的患者^[2]。单独由非诺贝特引起横纹肌溶解的报道较少, 发生在甲状腺功能减低的患者中则更为少见。

本例席汉综合征患者平素甲状腺功能减低, 单独服用非诺贝特剂量过大。据文献报道, 甲状腺功能减退患者发生 RM 的主要原因是由于肌细胞线粒体代谢及脂肪酸代谢和糖原分解途径障碍, 造成肌细胞对非诺贝特的敏感性增加^[3]。横纹肌溶解后, 大量 Mb、CK 等有毒物质不断释放, 在 CK>5000 U/L 的患者中, 50% 以上会出现 ARF^[4]。本例患者 CK 12 930 U/L, 病情凶险, 通过积极停药、补液、碱化尿液、利尿、营养神经及对症处理等措施, 停药 4 周后患者症状消失, 酶学恢复正常, 未发生 ARF。

在临床应上, 他汀类药物与非诺贝特合用前应注意细询问病史, 对于存在肾脏、甲状腺功能减退者应慎用或者减量使用; 用药后密切监测肝肾功能及血 CK, 一旦发生肝肾功能损害应立即停药。出现 RM 后须立即停药, 并采取综合治疗措施, 预防进一步的肌肉损伤^[5]; 对已发展成 ARF 的患者需透析治疗以纠正体液及电解质失调, 并注意减少肾毒性因素如减少使用肾毒性药物^[6]。为了保证用药安全, 服用该药时建议从小剂量开始, 而且要患者根据肾功能情况及血脂水平随时调整用药剂量^[7]。

参考文献

- [1] 王慧媛, 赵志刚, 陈晓红. 药源性横纹肌溶解综合征回顾性分析. 中国医院用药评价与分析, 2010, 10 (4): 373-375.
- [2] 孙霞, 吴葆杰, 张岫美. 调血脂药物与肌病、横纹肌溶解症. 中国药理学通报, 2003, 19 (2): 130-133.
- [3] Sousa AA, Kronit HS, Neves Fde A, et al. Fenofibrate-induced rhabdomyolysis in a patient with chronic kidney disease: an unusual presenting feature of hypothyroidism. Arq Bras Endocrinol Metabol, 2009, 53 (3): 383-386.
- [4] 赵建刚. 横纹肌溶解症. 医学综述, 2004, 10 (8): 489-492.
- [5] 王春红, 殷晓伟, 周瑾, 等. 横纹肌溶解症 3 例治疗体会. 人民军医, 2009, 52 (3): 157.
- [6] 刘玉芳, 黄传宇. 13 例急性横纹肌溶解症报告. 中国危重病急救医学, 2000, 12 (9): 551.
- [7] 郑琦涵, 岳茂兴, 李瑛, 等. 重度卡马西平中毒并发横纹肌溶解症 1 例. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19 (2): 118.

(收稿日期: 2013-03-08)

(本文编辑: 李银平)