

续表 1 碘-淀粉酶比色法、EPSG7 法和 CNPG3 法测定血清淀粉酶结果均值

标本号	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
碘-淀粉法	524	520	530	484	550	460	475	485	494	505
EPSG7 法	610	598	623	550	635	503	530	550	580	568
CNPG3 法	568	559	573	512	592	503	497	515	551	523

### 3 讨 论

淀粉酶测定在急腹症的诊断、鉴别诊断中起着重要的作用。淀粉酶测定方法很多,且测定结果有一定的差异。新出现的方法往往较过去的方法重复性好、准确度高,但因种种原因,一些新的方法,短时间内缺少相应的临床研究,给临床的应用带来一定的困难。由于临床直接确诊胰腺炎较困难,不易直接通过研究临床病例来确定淀粉酶的一些医学决定水平。通过参考有关文献,发现淀粉酶测定的一些方法在一定测量范围内的测定结果有较好的相关性,存在一定的直线回归关系<sup>[4-5]</sup>。碘-淀粉法测定淀粉酶,因该方法使用时间已久,临床应用资料较丰富,其中 500 苏氏单位成为临床急腹症诊断与鉴别诊断的重要指标,该浓度已作为血清淀粉酶测定的一常用医学决定水平。通过间接对比来确定一些医学决定水平,不失为一个简单有效的方法。本文通过测定发现;在碘-淀粉法测定结果 500

苏氏单位左右,EPSG7 法和 CNPG3 法测定结果与碘-淀粉法测定结果有较好的相关性( $r=0.978$ 、 $r=0.952$ )。通过回归方程计算,EPSG7 法和 CNPG3 法测定的对应碘-淀粉比色法测定的血清淀粉酶 500 苏氏单位的值分别为 565、528 U/L。该对应值随本实验室的使用方法和参考值等及时通知临床医生,可帮助他们有效地使用测定结果。

### 参考文献

- [1] 陈灏珠.实用内科学[M].12 版.北京:人民卫生出版社,2005:1968.
- [2] 冯仁丰.实用医学检验学[M].北京:科学技术出版社,1996:439.
- [3] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3 版.南京:东南大学出版社,2006:423.
- [4] 杨月娟.血清淀粉酶测定方法的比较和选择[J].临床检验杂志,1994,12(4):177-178.
- [5] 史立宁.淀粉酶不同测定方法间血清标本与人源提纯酶测定结果互换性的研究[J].临床检验杂志,2000,18(2):655-668.

(收稿日期:2011-05-26)

## 2 型糖尿病患者的饮食教育探讨

张 婷(湖北民族学院附属医院,湖北恩施 445000)

**【摘要】 目的** 应用饮食指导对糖尿病患者进行健康教育,了解患者血糖控制情况。**方法** 对 30 例糖尿病患者进行面对面的饮食指导,强化饮食健康教育。**结果** 通过强化饮食教育后,30 例患者对糖尿病的知晓率普遍提高,血糖控制稳定。**结论** 对糖尿病患者强化饮食教育,督导饮食行为,能使血糖得到平稳控制,预防和减少并发症。

**【关键词】** 糖尿病; 健康教育; 饮食

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.20.070 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)20-2545-02

糖尿病是一种发病率较高,具有遗传倾向的慢性终身性疾病。近 20 年来,我国糖尿病患病率从不足 1% 上升到 3.21%。专家预计,到 2015 年我国糖尿病患者将超过 6 000 万。世界卫生组织报道,目前全世界约有糖尿病患者 1.75 亿,预测到 2025 年将上升到 3 亿<sup>[1]</sup>。糖尿病及其并发症严重地影响患者的生活质量,并增加了患者及社会的经济负担。控制糖尿病及其并发症不仅是降低糖尿病死亡率和致残率的关键,也是降低社会和患者经济负担的关键。健康教育作为一种有效的干预手段,在预防和促进康复方面效果是显著的。国际糖尿病联盟早在 1996 年就已经提出了糖尿病的“五驾马车”治疗措施,即饮食治疗、运动治疗、药物治疗、糖尿病教育和自我监测,其中饮食治疗在糖尿病患者健康教育中起到了至关重要的作用。因此,本文就糖尿病患者的饮食教育作一探讨。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 湖北民族学院附属医院内分泌科 2010 年 2 月 1 日至 7 月 1 日收治糖尿病患者 30 例,其中男 12 例,女 18 例,年龄 40~70 岁,病程 1~5 年。职业有退休工人、农民、教师、司机等,正常体质量 6 例,肥胖 24 例,均为 2 型糖尿病,2 例合并有糖尿病并发症。

**1.2 饮食教育的实施者** 实施者为经过糖尿病专科护理培训的护理人员。

**1.3 饮食教育的方法** 根据患者的健康状况、知识层次、文化程度等因素,“因人施教,因病施教”。采用口头讲解、提出问题

等形式进行饮食教育<sup>[2]</sup>,并且督导患者的饮食行为。

#### 1.4 饮食教育的内容

**1.4.1 讲解饮食治疗的重要性** 糖尿病饮食治疗是一项基础治疗措施,无论病程久暂,病情较重,也不论是否应用药物治疗,都应该首先坚持饮食疗法。通过合理控制饮食,可以减轻胰岛 B 细胞的负荷,有利于血糖水平的控制,对 2 型糖尿病患者,尤其是肥胖或超重患高血糖、脂代谢紊乱和高血压,以及减少降糖药物剂量的患者,饮食治疗显得尤为重要。

**1.4.2 确立每日饮食总热量** 首先教会患者计算标准体质量,标准体质量(kg)=身高(cm)-105,实际体质量在标准体质量范围 10% 以内为正常,低于 10% 为消瘦,超 10% 为肥胖。指导患者查表确定每公斤所需热量,并计算每日所需总热量,每日所需总热量=标准体质量×每公斤体质量需要热量。孕妇、乳母、营养不良和消瘦、伴有消耗性疾病者在理想体质量热卡的基础上每天每公斤体质量酌情增加 21 kJ(5 Kcal),肥胖者酌情减少 21 kJ(5 Kcal),使体质量逐渐恢复到理想体质量的±5%。

**1.4.3 帮助患者确定各营养要素比例和分配** 食物中的碳水化合物、脂肪、蛋白质的分配:碳水化合物约占饮食总能量的 50%~60%,提倡用粗米、面和一定量的杂粮;蛋白质的含量一般不超过总能量的 15%,成人每天每公斤理想体质量 0.8~1.2 g,孕妇、乳母、营养不良和消瘦、伴有消耗性疾病者宜增至 1.5~2.0 g,伴有糖尿病肾病而肾功能正常者应限制至 0.8 g,

蛋白质应至少有 1/3 来自动物蛋白;脂肪约占总热量 30%<sup>[3]</sup>。主食的分配应定时定量,根据患者生活习惯、病情和配合药物治疗的需要进行安排,对病情稳定的 2 型糖尿病患者可按每天 3 餐 1/5、2/5、2/5 或各按 1/3 分配;对注射胰岛素或口服降糖药且病情有波动的患者,可每天进食 5~6 餐,从 3 次正餐中匀出 25~50 g 主食作为加餐用。

**1.4.4 帮助患者建立合理的食谱** 指导患者在饮食中运用食品交换法,即把食品分为奶类、蔬菜、水果、米面、肉类和脂肪六类。每一单元的食品含有类同碳水化合物、蛋白质、脂肪、热量可以随时更换食用,增加患者对食品的选择性。指导患者选择血糖指数最低食物<sup>[4]</sup>,热量相同的食物因种类不同对糖尿病的控制有不同的影响,特别是餐后血糖。食物中血糖指数高的食物有:精粉面包、土豆片、玉米片;血糖指数中的食物有:米、面、蚕豆等;低的有:大豆、豆制品、大麦、燕麦、黑面包等。可溶性纤维素可以延缓食物吸收,有助于降低餐后血糖。作者指导患者多进富含膳食纤维和果酸的食物,多食新鲜蔬菜、豆荚、小扁豆、小麦、大豆、新鲜水果(不含糖)作为每餐的基础。少量供应富含蛋白质的食物:鱼、海产品、蛋、瘦肉、坚果、无皮鸡肉、低脂奶酪、酸乳、牛奶,肥肉、黄油、油脂类不宜食用。

**1.4.5 患者饮食注意事项** 控制总热量:控制饮食的关键在于控制总热量。当患者因饮食而出现饥饿感觉时,可增加蔬菜、豆制品等副食。在保持总热量不变的原则下,凡增加一种食物时应同时减去另一种食物,以保证饮食平衡。超重者,忌吃油炸、油煎食物,炒菜宜用植物油,且要少食动物内脏、蟹黄、虾子、鱼子等含胆固醇高的食物。限制饮酒,每天食盐摄入量低于 6 g,以免促进和加重心、肾血管并发症。严格限制各种甜食:包括各种食糖、糖果、甜点心、饼干、水果及各种含糖饮料等,对于血糖控制较好者,可在两餐间或睡前加食含果糖或蔗糖的水果。患者需甜食时,为满足甜味的口感,可使用甜味剂,如蛋白糖、木糖醇、甜菊花等。多食含纤维素高的食物:每天饮食中食用纤维含量 40~60 g 为宜,包括豆类、素菜、粗谷物、含糖分低的水果等。食物中纤维素含量高可加速食物通过肠道,从而延迟和减少糖类食物在肠道的吸收,使餐后血糖下降,同时可增加肠蠕动,有利于大便通畅,纤维素体积大,进食后使人有饱食感,有利于控制体质量。食物纤维尚有一定的降低胆固醇极低密度脂蛋白的作用,故对糖尿病心血管并发症也有一定的预防作用。检测体质量变化:每周定期测量体质量一次,如果体质量改变大于 2 kg,应报告医师并协助查找原因。

**2 结 果**

经过 2 个月的饮食教育,通过提问的方式对患者进行调查,30 例 2 型糖尿病患者对糖尿病的知晓率达到 100%,坚持正确饮食,血糖控制均稳定,无并发症的发生。

**3 讨 论**

糖尿病患者的饮食教育是一项投入少、产出高、效益大的保健措施,饮食教育改变人们不良的生活方式和行为,减少自身制造的危险,是一项一本万利的事业<sup>[5-6]</sup>。作为一名护理人员,有义务承担起饮食教育的职责,帮助患者获得其所需要的健康知识,减少因知识匮乏给患者带来的巨大身心伤害和经济损失。目前由于糖尿病患者的知识不足,患者没有系统的饮食知识,均未受过营养方面的专业培训,大部分获得的知识零散

混乱,再一个受文化层次、年龄及病程的限制,严重影响了饮食治疗有效、深入的开展<sup>[5]</sup>。再次因为社区卫生服务宣传不够,糖尿病患者的饮食控制离不开家庭和社会的支持,我国传统的家庭模式是全家就餐,多数没有分餐,这很不利于患者的饮食控制。因此,护理人员必须通过多种形式、连续的、有计划的、有针对性的饮食教育,来制定一系列的对策,提高患者的认知程度。具体对策如下。

**3.1 制订全面的饮食教育计划**,为糖尿病患者提供系统的糖尿病防治知识 糖尿病教育是一项系统工程,糖尿病的治疗方案——“五驾马车”缺一不可。糖尿病患者知识需求是多方面的。所以教育者应为糖尿病患者提供全面的防治知识,才能满足糖尿病患者多方面的需求,使健康教育收到良好的效果。

**3.2 培养一支糖尿病健康教育的队伍** 随着护理模式由生物医学模式向生物—心理—社会医学模式的转变,护士的工作范畴逐渐扩展,护理人员在健康教育中承担起越来越重要的角色。虽然现在各大医院的护士均接受过正规院校培训,但所学的知识已经远远不能满足患者对健康教育知识的需求。所以要做好糖尿病患者的健康教育,应该坚持对在职医护人员进行再教育,培养一批经过系统化专业培训的人员,使其掌握丰富的糖尿病相关知识,有能力担任起健康教育的任务。

**3.3 提供个性化护理** 饮食教育不能千篇一律,应尽力做到因人施教,才能收到最大的效益。为此,教育者应首先对教育对象进行评估,了解患者的文化层次、糖尿病知识知晓程度,根据患者的知识缺乏程度和需求内容给予具体指导。

**3.4 建立长效饮食教育机制** 采取多种形式开展糖尿病患者饮食教育,1995 年,国际糖尿病联盟对糖尿病提出的口号是“减轻因为对糖尿病无知而付出的代价”。这个口号道出了糖尿病教育对防治糖尿病的极端重要性<sup>[7]</sup>。为了减轻患者的经济负担,医院可定期开展糖尿病饮食教育专题讲座,面向社会所有的糖尿病患者,让患者学会如何健康饮食,另外,指导患者可以通过专业书籍、杂志、网络等途径寻求知识,使患者血糖得到平稳控制,预防或减少并发症。

**参考文献**

[1] 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2006:413-423.  
[2] 戴霞,尹志妙,姚冬芳,等.糖尿病患者自我管理能力的调查分析[J].护理学杂志,2001,11(16):648-649.  
[3] 姚玉琴.糖尿病饮食治疗及护理[J].中华现代护理学杂志,2006,8(3):16.  
[4] 李玉梅,王玉兰,郁应海.2 型糖尿病患者心理状态研究及心理干预[J].神经疾病与精神卫生,2005,5(4):293.  
[5] 刘会林,张东伟,冯春雷.糖尿病患者健康教育指导[J].中国现代医生,2007,45(24):36.  
[6] 赖爱莲.糖尿病患者健康教育的重要性[J].临床和实验医学杂志,2008,7(11):138-139.  
[7] 黄敬亨.健康教育学[M].北京:科学出版社,2000:216.

(收稿日期:2011-05-22)

(上接第 2507 页)

**参考文献**

[1] 梁立新.多发性骨髓瘤 28 例误诊分析[J].基础医学论坛,2009,13(1):46.

[2] 姜波.多发性骨髓瘤的实验室特点及误诊分析[J].临床检验杂志,2010,28(3):268.

(收稿日期:2011-06-27)