

无肯定下降,胰岛素剂量应加倍。

1.4.3 维持电解质酸碱平衡,预防感染及其他并发症。轻症患者经补液及胰岛素治疗后,酸中毒可逐渐缓解,一般不主张补碱,当血 pH 值降低至 7.0~7.1 时可适当补碱,但补碱的量不宜过大。DKA 患者体内均有不同程度的缺钾,如果经补液及胰岛素治疗后血钾进一步下降,应及时复查及补钾,但应见尿补钾。同时要积极抗感染,预防心力衰竭、肾衰竭、脑水肿等其他并发症。

2 结 果

35 例患者经积极治疗,33 例痊愈,1 例孕妇因多器官功能衰竭抢救无效死亡,1 例 76 岁老年人因合并大面积脑梗死抢救无效死亡。

3 护理体会

3.1 基础护理 良好的护理是抢救 DKA 的重要环节。患者应卧床休息,避免活动。糖尿病患者抵抗力低下,尤其是昏迷患者易发生感染,应及时清洁口腔皮肤,预防褥疮和继发性感染,昏迷患者还应及时翻身拍背、做好会阴擦洗及换尿袋,定时膀胱冲洗,用气垫床、注意烫伤等。

3.2 严密观察病情 DKA 患者病情重,病情变化快。入院后立即进行心电监护、低流量吸氧,观察患者意识状态、心率、血压、呼吸等生命体征;检测微循环状态:如手足温度、脉搏强弱等;观察皮肤弹性变化,有无眼眶凹陷等脱水表现,以判断脱水及酸中毒有无改善^[2]。严格记录 24 h 出入量,以了解血容量是否充足,并为补液及维持电解质平衡提供参考;合理安排用药顺序,输入碱性药是避免和胰岛素同一静脉通道,以免降低胰岛素效价;及时监测各项指标,如电解质、血糖、尿酮体、血气分析等,以利于医生及时调节治疗方案。

3.3 正确使用胰岛素 胰岛素治疗是关键。治疗初血糖下降速度一般为每小时 3.9~6.1 mmol/L,当血糖降至 13.9 mmol/L

1 时,应注意及时减少胰岛素用量,使血糖稳步下降,避免治疗中发生低血糖,减少因血糖骤然波动对器官的损伤。患者能进食时,要注意让患者控制饮食并安排餐前短效胰岛素以控制餐后血糖。此时胰岛素静脉泵仅提供基础胰岛素用量,如果餐前不用短效胰岛素,餐后血糖就会升高,不利于血糖的稳定^[3-4]。

3.4 心理护理 糖尿病是慢性终身性疾病,需要长期服药,给患者的生活带来不便而且增加患者的经济负担。一旦出现并发症对患者的打击很大,加重患者的心理负担,尤其是经济条件差的患者易产生悲观、绝望、恐惧等不良情绪,影响治疗。医务人员应及时给予患者安慰、鼓励,多开导患者,让患者树立战胜疾病的信心。

3.5 出院指导 帮助患者认识并正确对待疾病,控制饮食、体质质量,加强锻炼,用手指血糖仪自我检测血糖,定期来医院复诊,不自行停药、换药、减量等。教会患者及家属注射胰岛素,并根据血糖的情况调节胰岛素的用量。让患者由被动接受治疗转为主动参与治疗,减少并发症的发生,提高生活质量,延长寿命。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2009:788-789.
- [2] 张美华,徐丽.糖尿病酮症酸中毒患儿的护理[J].护理杂志,2008,23(13):32-33.
- [3] 陈翠芹.胰岛素泵治疗 8 例糖尿病酮症酸中毒护理[J].临床和实验医学杂志,2006,5(12):2091.
- [4] 桃,朱小兰.小剂量胰岛素治疗糖尿病酮症酸中毒的护理[J].临床和实验医学杂志,2009,8(8):封 3.

(收稿日期:2011-07-27)

内窥镜下低温等离子治疗顽固性鼻出血的护理体会

刘丽娜(重庆市第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科 400014)

【关键词】 顽固性鼻出血; 内窥镜; 低温等离子; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.01.082 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)01-0124-02

内窥镜是一种微创医疗检查器械,具有良好的照明,通过配套的手术器械可以使手术变得更加精细,并可以达到传统手术无法达到的区域。有 0°~120°不等的角度,可直接窥视到鼻腔内各个鼻窦开口,各个沟、鼻窦内部的隐蔽狭窄处及鼻咽部的细微病变^[1]。顽固性鼻出血是指鼻腔反复多次出血,日出血量达到 400 mL 以上,且出血部位隐蔽,多不能明视,经反复鼻腔前后孔填塞不能止血者。本科于 2008 年 1 月至 2009 年 4 月应用鼻内窥镜引导下低温等离子刀治疗顽固性鼻出血 143 例,现将其护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科于 2008 年 1 月至 2009 年 4 月应用鼻内窥镜引导下低温等离子刀治疗顽固性鼻出血 143 例,年龄 22~89 岁,平均 51 岁;其中男 122 例,女 21 例。

1.2 治疗方法 143 例患者均在鼻内窥镜下经低温等离子治疗后,81 例患者未行鼻腔填塞,62 例患者术后选择性采用高膨胀海绵进行鼻腔填塞止血^[2],48 h 后取出,7 例再次出血,经填塞 48 h 后再取出,无再次出血。

1.3 护理措施

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 着重患者的心理护理。顽固性鼻出血的患者长期受到鼻腔堵塞的痛苦,出血带来的恐惧心理,甚至有的产生绝望、轻生的念头。大多数患者家属对疾病本身不很了解,也在一旁表现出慌张的情绪和发出吃惊的语言,更加重患者的心理负担。所以术前要做好患者及家属的思想工作。详细讲解可能导致鼻出血的病因,对有鼻中隔偏曲的患者,告知其手术的必要性;本科医务工作者的精湛技术和先进的医疗设备;介绍本科成功治疗顽固鼻出血的病例,加强患者战胜疾病的信心^[3]。

1.3.1.2 完善术前检查,包括三大常规检查、心电图、胸片、鼻窦 CT 等。手术式多为局麻,术晨可以进食适量温凉饮食。

1.3.2 术后护理

1.3.2.1 鼻出血及生命体征的观察 体温、脉搏、呼吸、血压每 4 小时测量并记录一次,特别注意血压变化。嘱患者口咽部有血性分泌物要吐在痰杯里,及时通知护士便于观察出血情况。患者用来擦拭鼻部的卫生纸也是重点观察内容。如果是

淡红色液体说明出血较少,多为鼻腔分泌物及炎性渗出液;如果是鲜红色液体且持续不断呈滴出状,必须立即通知医生进行处理。

1.3.2.2 体位 术后取半卧位,抬高床头 30°~60°,可减少头部血流,利于患者呼吸。给予前额部或鼻根部间断冷敷。

1.3.2.3 饮食 术后 2 h 可进食温凉的饮食,禁食辛辣刺激性食物。行鼻腔填塞的患者注意多饮水,防止口咽部不适或疼痛。如有咽部不适可口服润喉片,防止恶心干呕、咳嗽。

1.3.2.4 排便的观察 记录患者的排便情况,告知患者及家属切不能用力排便,如有排便困难,可口服缓泄剂或使用开塞露。多食粗纤维食物。

1.3.2.5 鼻腔填塞及疼痛的护理 术后 48 h 选择性用高膨胀止血棉做鼻腔填塞,膨胀止血棉相对于以前用油纱条做鼻腔填塞疼痛程度要小。62 例行鼻腔填塞的患者中,50 例患者在 24 h 后能耐受,未做特殊处理;12 例患者在 24 h 内采用局部冷敷、口服布洛芬片缓解疼痛,48 h 后抽取止血棉后疼痛消失。在这期间,嘱患者勿自行牵拉填塞物,避免打喷嚏和剧烈咳嗽。耳部不适多因压迫咽鼓管所致,可嘱患者张口呼吸,待取出填塞物后用 1%麻黄素点鼻,以减轻鼻黏膜水肿,保持通畅。由于鼻腔填塞,术后常规用抗生素、止血药和糖皮质激素 5~7 d,预防感染、止血、减轻水肿。未行鼻腔填塞的患者,术后用药时间在 3~5 d。

1.3.2.6 健康教育 在这些患者中,94 例患者为中老年人,有原发性高血压病^[4],135 例有不同程度的鼻中隔偏曲、鼻窦炎疾病。他们对自己所患疾病重视度不够,没有系统的服药和治疗。在充分了解患者病情后,加强沟通,让患者及家属从思想上认识到治疗原发病的重要性,积极配合医护人员的治疗。强调出血与情绪和温度有密切关系,忌大喜大悲,要有平常心,指导给患者一些简易止血法,如指压法、局部冷敷法,遇事不

慌。一周内禁止洗热水澡、洗头。禁止擤鼻、挖鼻。
1.3.3 出院指导 3 个月内不做重体力劳动,避免剧烈运动。饮食宜清淡,忌烟酒,宜食高蛋白、高纤维食物,防止便秘。注意保持鼻腔清洁、湿润,可用薄荷油点鼻。积极治疗原发疾病。10 d 后来本院复查。

2 结 果
143 例患者均鼻出血停止,随访 3 个月无一例复发。

3 讨 论
顽固性鼻出血对患者及家属来说是身心都严重受伤害的病症,失血较多的患者还需要输入全血,经济负担较大。通过本科开展的鼻内镜下低温等离子治疗鼻出血,解决了长期困扰他们的难题^[5]。本科护理组对以上 143 例病例术前进行有效的心理护理和术前准备;术后重点对鼻腔出血、生命体征及疼痛的观察,体位、饮食、排便情况的指导和观察,预防再次出血的健康教育等护理,达到预期的效果,随访 3 个月无一例复发。

参考文献

[1] 段金芳.经鼻内窥镜低温射频等离子手术治疗动脉性鼻出血[J].中国实用医药,2007,2(29):39-40.
[2] 林兴,杨峰,袁宇.鼻内镜下选择性鼻腔填塞治疗鼻腔深部出血 31 例报告[J].微创医学,2010,5(3):288.
[3] 轩秀萍,邵东方,刘爱梅,等.临床护理路径在鼻内窥镜手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2006,12(01B):134.
[4] 王若兰.临床护理路径在老年鼻内窥镜手术患者中的应用[J].当代护士:学术版,2009(7):50-52.
[5] 叶继旺.鼻内镜技术在鼻出血治疗中的应用:附 130 例报告[J].中国社区医师:医学专业,2011,13(13):157-158.

(收稿日期:2011-07-10)

糖尿病患者尿微量清蛋白/尿肌酐比值的临床意义

杨德朝(安徽省天长市中医院检验科 239300)

【关键词】 糖尿病; 尿微量清蛋白; 尿肌酐; 肾损害
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.01.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)01-0125-02

随着生活水平的提高,糖尿病的发病率也逐步升高,有统计表明糖尿病成为继恶性肿瘤、心脑血管病后的第三大杀手,糖尿病所引起的并发症严重影响着人类生活质量,如何早期发现显得尤为重要。近年来研究发现尿微量清蛋白(MAU)/尿肌酐(UCr)比值测定对发现糖尿病早期肾损害具有重要作用。作者对本院 150 例确诊糖尿病患者进行 MAU/UCr 测定,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例来源 150 例糖尿病患者,其中男 75 例,女 75 例;均来自 2011 年 1~4 月本院内科住院确诊患者,均剔除了其他原因引起的肾损害患者。其中尿常规检测尿蛋白阴性 110 例(73.3%),弱阳性 34 例(22.7%),阳性 6 例(4%)。

1.2 仪器与试剂 Olympus AU 640 生化仪。尿微量清蛋白采用免疫比浊法,尿肌酐测定采用氧化酶法,试剂均购自北京利德曼生化股份有限公司。

1.3 方法 按试剂说明书上 Olympus AU 640 生化仪操作,

定标液及质控物由北京利德曼公司提供。MAU 及 UCr 样本浓度超线性时,用生理盐水稀释后操作。以 MAU/UCr<3.17 mg·mmol⁻¹·L⁻¹为正常参考范围^[1]。以 MAU/UCr 增高程度作统计分析。

2 结 果

对 150 例住院糖尿病患者 MAU/UCr 结果分析表明,异常者高达 84%,其男性占 35.3%,女性占 48.7%,男女之间肾损害人数差异有统计学意义。除 3.17 mg·mmol⁻¹·L⁻¹<MAU/UCr≤10 mg·mmol⁻¹·L⁻¹ 比例占 26%,其余各阶段 MAU/UCr 比值与患者数关系无明显差异。具体见表 1。

表 1 MAU/UCr 检测结果

检测结果(mg·mmol ⁻¹ ·L ⁻¹)	性别	n	所占比例(%)	合计(%)
≤3.17	男	22	14.7	16
	女	2	1.3	
>3.17~10	男	14	9.3	84