

差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法 62 例患者首先取 0.9% 生理盐水 50 mL 和氨溴素 30 mg 混合均匀后置于一次性针筒中,与细延长管相连后与吸氧管一起插入气管套管内(插入深度 6 cm 左右),将注射器固定于微量注射泵上面,调节其注射速度为 3 mL/h,另根据患者的具体病情调节氧气流量的范围为 3~5 mL/h。治疗组患者另在气管切开套管口处加用一次性氧气面罩,如不方便可将面罩系于患者颈部(固定面罩,使不易滑动);对照组患者则取纱布(双层)置于气管处,隔段时间用一次性无菌注射器注射 0.9% 生理盐水于纱布上,若纱布污染,则及时更换。

1.3 统计指标 两组患者护理后分别统计气管切开套管口的平均暴露次数,护理时数以及患者肺部的感染情况,最后统计学方法比较两组患者的临床效果是否具有统计学差异。

1.4 统计学处理 统计数据录入 SPSS17.0 统计学软件中,以 t 或 χ^2 检验方法检验各组数据, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

治疗组患者气管切开套管口的平均暴露次数(4.5 ± 3.2)次,日均护理时数(1.8 ± 0.4)h,肺部感染者 7 例(20.6%),具体比较结果见表 1。

表 1 两组患者疗效结果比较

组别	n	平均暴露次数($\bar{x}\pm s$,次)	日均护理时间($\bar{x}\pm s$,h)	肺部感染情况 [n (%)]
治疗组	34	4.5 ± 3.2	1.8 ± 0.4	7(20.6)
对照组	28	8.8 ± 4.1	2.2 ± 0.6	11(39.3)
t 或 χ^2		4.445 8	2.291 0	6.226 5
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

气管套管每天应清洁消毒两次,方法为先用双氧水浸泡

15 min 彻底洗净,后在 100 ℃ 的沸水中浸泡 20 min,最后用生理盐水冲洗干净。经常检查创口周围的皮肤有无感染或湿疹,每日用 0.5% 的碘伏消毒两次^[3-4]。

护理实施过程的注意事项^[5]:气管内套定时更换,防止痰液血块阻塞,内套 4~6 h 清洗一次,12 h 消毒一次从消毒液中取出的内套需用无菌 0.9% 氯化钠溶液冲洗干净方可使用,内套要清洗仔细,彻底清除内套的积痰和血块。金属套管可用煮沸法消毒,硅胶管禁煮沸清洁伤口自内向外消毒,感染性伤口自外向内消毒气管内滴药避免使用带针注射器,防止针头掉进气管^[6]。

参考文献

- [1] 黎柏源,白海平,朱平娟. 气管套管防尘加湿罩的制作和临床应用[J]. 西北国防医学杂志,2005,26(4):252-252.
- [2] 章红萍. 人工鼻在气管切开患者气道管理中的应用和效果分析[J]. 天津护理,2006,14(1):10-11.
- [3] 周玉洁,朴玉粉,路潜,等. 雾化吸入面罩带菌状况的研究[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(22):44-45.
- [4] 徐强,牛传贵,周永勤,等. 支气管镜下经皮微创气管切开与常规气管切开在重症患者中应用的对比研究[J]. 中华临床医师杂志·电子版,2012,6(15):202-203.
- [5] 庞宇峰,龚静蓉. 经皮扩张气管切开术与常规气管切开术在临床应用中的对比研究[J]. 中华临床医师杂志·电子版,2011,5(6):1743-1744.
- [6] 于学洁. 经皮微创气管切开术在重型颅脑损伤的应用及护理[J]. 河北医药,2012,34(19):3010-3011.

(收稿日期:2012-12-27 修回日期:2013-04-28)

护理干预在肥胖 2 型糖尿病患者中的应用效果

蔡桃英(湖北省武汉市汉口医院内分泌科 430012)

【摘要】 目的 探讨对肥胖 2 型糖尿病患者实施护理干预的效果。**方法** 选取 2010 年 6 月至 2011 年 12 月湖北省武汉市汉口医院内分泌科收治的肥胖 2 型糖尿病患者 90 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 45 例。对照组给予常规护理,观察组在此基础上实施护理干预。**结果** 干预后两组血糖指标和血脂指标均较干预前显著改善($P<0.05$),且观察组与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组干预后 BMI 显著降低($P<0.05$),且显著低于对照组($P<0.05$),而对照组无统计学变化($P>0.05$)。观察组自理能力、躯体症状、社会功能、心理功能评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 护理干预能有效改善肥胖 2 型糖尿病患者的血糖和血脂状况,显著降低体质量,提高生活质量,值得临床推广应用。

【关键词】 2 型糖尿病; 肥胖; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)16-2189-03

2 型糖尿病患者糖代谢和脂代谢紊乱,易造成肥胖,据调查 80%~90% 的 2 型糖尿病患者存在肥胖^[1]。而肥胖尤其是腹部肥胖又是 2 型糖尿病的独立危险因素,肥胖者发生 2 型糖尿病的危险性是正常人的 3 倍^[2]。肥胖可引起胰岛素抵抗,加重血脂代谢紊乱,与糖尿病及心血管密切相关,是导致 2 型糖尿病患者出现心血管并发症死亡的重要原因^[3]。因此,控制 2 型糖尿病患者的肥胖程度对糖尿病治疗效果至关重要。2010 年 6 月至 2011 年 12 月,本院对肥胖 2 型糖尿病患者实施护理干预,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 6 月至 2011 年 12 月本院收治的肥胖型 2 型糖尿病患者 90 例,病例纳入标准:(1)按 1998 年世界卫生组织(WHO)制定的糖尿病诊断、分型标准^[4]诊断为 2 型糖尿病,体质量指数(BMI) >25 kg/m²;(2)无肝肾功能不全及其他严重并发症,排除妊娠期和哺乳期妇女。按随机数字表法分为两组,观察组 45 例,男 26 例,女 19 例;年龄 30~82 岁,平均(55.5 ± 3.6)岁;BMI 25.0~53.8 kg/m²,平均(29.5 ± 4.2) kg/m²;空腹血糖(FPG)8.2~13.8 mmol/L,平均(10.5

±2.6)mmol/L。对照组 45 例,男 28 例,女 17 例;年龄 30~80 岁,平均(55.7±3.1)岁;BMI 25.0~53.2 kg/m²,平均(30.2±4.0) kg/m²;FPG 8.1~13.7 mmol/L,平均(10.2±2.9) mmol/L。两组患者年龄、性别、BMI、FPG 等一般资料经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者均注射胰岛素和(或)口服降糖药强化控制高血糖,对照组进行常规护理,主要形式为口头讲解 BMI 教育、饮食、运动等方面的内容,并发放文字性的说明材料;观察组在此基础上根据患者病情及特点实施个体化、系统的护理干预,包含心理、饮食、运动和用药等方面内容,采取每月知识讲座、知识手册、患者现身说法、一对一指导及出院随访等多种形式。

1.2.1 心理干预 肥胖 2 型糖尿病患者往往存在自卑、抑郁等负性心理情绪,部分患者甚至拒绝或放弃治疗,使内分泌系统进一步紊乱,造成血糖波动^[5]。护理人员应耐心倾听患者倾诉,尊重患者的隐私,表达同理心,增强信任感;耐心向患者讲解糖尿病的相关知识,做好长期治疗的心理准备;纠正其错误认识,并请康复较好的患者现身说法,树立战胜疾病的信心。积极争取患者家庭的支持、配合,提供情感支持,诱导正向观念。

1.2.2 饮食干预 饮食控制是糖尿病治疗和控制肥胖的关键,合理的饮食应既能保证营养充足,又不使血糖和血脂过高。因此,应严格限制患者对脂肪、糖的摄入,禁烟酒,以优质低蛋白饮食为原则,多给予高纤维素饮食,以去除体内过多的脂肪,减轻体质量。同时,监测患者饮食,定时、定量进餐,严禁随意减少食量,减少餐次或者延迟进餐时间。

1.2.3 运动干预 研究表明^[6],合理的运动锻炼能促进血液循环中葡萄糖与游离脂肪酸的利用,降低血糖和体质量。应根据患者年龄、体质和运动的耐受性选择合适的运动方式、时间,如缓慢步行或做操等活动,从小运动量开始酌情增加,循序渐进,持之以恒,并正确处理与饮食、药物之间的关系。在注射胰岛素 1 h 内应避免较大幅度或长时间地活动。

1.2.4 用药干预 指导患者正确服用降糖药,二甲双胍对肥胖型 2 型糖尿病有显著降低体质量的作用。定时进行血糖监测,充分掌握患者餐前、餐后血糖动态变化,及时调整药物用量。外出时备带“糖尿病急救卡”,及时纠正早期低血糖反应。

1.3 效果评价 (1)血糖:在护理干预 28 周后,采用罗氏血糖仪测定治疗前后 FPG、餐后 2 h 血糖(PBG2h)、糖化血红蛋白(HbA1c);(2)血脂:采用 Olympus5400 型全自动生化分析仪测定胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白(HDL-C)、低密度脂蛋白(LDL-C)。(3)体质量:测量体质量,计算 BMI。(4)生活质量:采用生活质量评估表(QQL)评估,包括躯体症状、自理能力、心理状态和社会关系四个部分,按 1~4 级评分,得分越高,生活质量越差^[7-8]。调查人员讲解统一指导语,患者充分理解条目意义后自评填写。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 形式表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用方差分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组干预前后血糖指标比较 干预后两组 FPG、PBG2h、HbA1C 均显著下降($P<0.05$),且观察组与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组干预前后血糖指标比较 ($n=45, \bar{x}\pm s$)

组别	时间	FPG(mmol/L)	PBG2h(mmol/L)	HbA1C(%)
观察组	干预前	10.50±2.60	11.2±8.6	9.3±1.4
	干预后	6.12±0.33 ^{ab}	6.4±2.4 ^{ab}	5.2±2.7 ^{ab}
对照组	干预前	9.15±1.03	11.6±8.8	9.1±0.9
	干预后	6.97±0.27 ^a	8.4±2.6 ^a	7.5±2.6 ^a

注:与同组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组干预后比较,^b $P<0.05$ 。

2.2 两组干预前后血脂水平比较 干预后两组 TC、TG、HDL-C、LDL-C 均显著改善($P<0.05$),观察组与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组干预前后血脂水平比较 ($n=45, \bar{x}\pm s, \text{mmol/L}$)

组别	时间	TC	TG	HDL-C	LDL-C
观察组	干预前	6.8±1.1	2.2±0.2	0.9±0.3	4.0±0.3
	干预后	4.2±0.8 ^{ab}	1.1±0.3 ^{ab}	1.4±0.2 ^{ab}	2.2±0.6 ^{ab}
对照组	干预前	6.9±1.6	2.1±0.2	0.9±0.2	4.1±0.5
	干预后	5.7±1.3 ^a	1.6±0.4 ^a	1.1±0.3 ^a	3.2±0.5 ^a

注:与同组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组干预后比较,^b $P<0.05$ 。

2.3 两组干预前后 BMI 比较 观察组 BMI 在干预前为(29.50±4.20)kg/m²,干预后为(25.52±2.60)kg/m²,前后比较差异具有统计学意义($P<0.05$);对照组 BMI 在干预前为(30.20±4.00)kg/m²,干预后为(29.20±3.50)kg/m²,前后比较差异无统计学意义($P>0.05$)。两组干预后结果比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2.4 两组干预后生活质量比较 观察组自理能力、躯体症状、社会功能、心理功能评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组干预后生活质量比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	自理能力	躯体症状	社会功能	心理功能
观察组	45	23.9±0.4 ^a	14.4±0.8 ^a	13.4±0.4 ^a	12.2±0.6 ^a
对照组	45	30.8±1.3	20.2±1.2	19.1±2.0	18.9±2.1

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3 讨 论

研究证实,肥胖型 2 型糖尿病患者的体质量减少 10%,能使 FPG 减小 60%,死亡率降低 30%;对于 BMI≥35 的 2 型糖尿病患者,其体质量减小 30 kg 则能保证死亡率降低 70%~80%^[7]。另有,研究表明,肥胖与 2 型糖尿病和日常生活、行为方式、饮食习惯及精神因素等相关^[8]。比如患者如对治疗过程的长期性、艰巨性认识不足,过量饮食、擅自停药或不配合训练,均可致体质量增加,病情加重。因此,肥胖 2 型糖尿病患者的复杂性和特殊性决定了单纯的控制血糖和一般护理并不能满足其要求,需要更加专业化和系统化的护理措施。

通过多年的临床实践,本院在实施护理干预过程中,采用交谈、讲座、一对一讲解等多种形式,将护理的内容灵活而又生动的贯穿其中,保证护理的个体化和具体化,使患者充分认识良好心理状态、运动疗法及合理膳食习惯的重要性,从而使患者树立健康观念,使人们自觉采取有益于健康的行为和生活方式,从而对患者的康复起到了有益和有效的作用。本研究结果

显示,观察组干预后 BMI、血糖(FPG、PBG2h、HbA1C)和血脂(TC、TG、HDL-C、LDL-C)及生活质量评分(自理能力、躯体症状、社会功能、心理功能)均显著优于对照组($P < 0.05$),而对对照组 BMI 无明显变化($P > 0.05$)。由此可见,护理干预能有效改善肥胖 2 型糖尿病患者的血糖和血脂状况,显著降低体重,提高生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 赵霞. 社区糖尿病高危人群筛查情况调查[J]. 中国现代医生, 2012, 50(10): 21-22.
 [2] 李强. 肥胖促进 2 型糖尿病发生的研究进展[J]. 临床内科杂志, 2012, 29(3): 152-154.
 [3] 朱采萍, 王海琴. 腹型肥胖与社区中老年人糖尿病关系的调查[J]. 社区医学杂志, 2008, 6(7): 65-66.

[4] 钱荣立, 项坤三, 刘力生, 等. 中国糖尿病防治指南[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2004: 78-80.
 [5] 李明, 范国平, 赵明仙. 中年人 2 型糖尿病患者心理状况调查分析[J]. 中国乡村医药, 2011, 18(10): 8.
 [6] 陈朝晖, 张梅. 糖尿病运动疗法的机制研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2010, 22(3): 280-282.
 [7] 武阳丰, 周北凡, 陶寿淇, 等. 我国中年人群的超重率和肥胖率现状及发展趋势[J]. 中华流行病学杂志, 2002, 23(1): 11-15.
 [8] 陈开宁, 高勇义, 黎艺, 等. 低血糖指数膳食联合运动干预对初诊 2 型糖尿病胰岛素抵抗的影响[J]. 重庆医学, 2010, 39(5): 581-583.

(收稿日期: 2012-12-18 修回日期: 2013-04-11)

循证护理对急性脑梗死患者日常生活能力和神经功能康复的影响

邢 艳, 张雪燕, 刘 黎, 任佳楠 (江苏省徐州民政医院内科 221000)

【摘要】 目的 探讨循证护理对脑梗死患者日常生活能力和神经功能康复的影响。方法 80 例急性脑梗死患者随机均分为循证护理组(EBN 组)和常规护理组(C 组), C 组实施常规护理, EBN 组给予循证护理, 措施包括成立循证护理小组、循证问题、循证支持和应用等, 观察护理前后日常生活能力(Barthel 指数, BI)和神经功能(NIHSS 评分)康复情况。结果 护理前, 两组的 BI、NIHSS 评分无统计学差异($P > 0.05$), 护理实施 1 月后, EBN 组 BI、NIHSS 评分分别为(49.76±9.54)分、(3.44±1.64)分, 和 C 组的(42.64±5.81)分、(5.44±1.58)分比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 循证护理显著提高急性脑梗死患者的日常生活能力, 改善神经功能康复。

【关键词】 急性脑梗死; 循证护理; 日常生活能力; 神经功能

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.076 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)16-2191-03

急性脑梗死是神经内科常见的多发病, 病理改变主要是脑组织缺血导致软化、坏死, 在发展中国家致死率高达 80%^[1], 严重威胁患者生存质量。循证医学研究表明^[2], 尽早溶栓治疗再通梗死血管虽是提高急性脑梗死疗效的主要措施, 可显著改善预后, 促进功能康复, 但更多的研究证明^[3-4], 护理干预在早期治疗和康复中占有重要地位, 是减轻梗死后致残程度、提高生活质量和促进功能康复的关键。本研究对急性脑梗死患者应用循证护理, 旨在观察对急性脑梗死患者的日常生活能力和神经功能康复的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 3 月至 2012 年 11 月 80 例住院治疗的急性脑梗死患者, 入院后均给予病情急救、药物溶栓和常规治疗, 其中男 53 例, 女 27 例, 年龄 39~70 岁, 平均(59.67±12.43)岁。采用随机数字表法随机均分为循证护理组(EBN 组)和常规护理组(C 组)。80 例患者的临床表现和影像学检查(CT 或 MRI)均符合急性脑梗死的诊断标准, 69 例单侧肢体肌力下降, 11 例单侧肢体瘫痪(左侧 6 例, 右侧 5 例), 74 例首次发病, 6 例再次发病, 但无神经功能障碍或其他并发症, 经治疗 2 d 内病情稳定, GCS 评分大于 9 分或 MMSE 评分大于 8 分。所有患者无认知功能障碍、失语、肝肾功能障碍、听力障碍和心理疾病等病史, 两组患者的性别、年龄、临床表现、既往史等比较差异无统计学意义, 资料具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法 C 组采用神经内科常规护理, EBN 组给予循证护

理, 具体循证护理步骤和方法如下。

1.2.1 成立循证护理小组 在护理部指导下组建以护士长为组长的循证护理小组, 副主任护师、主管护师和工作至少 5 年的护师担任组员。护理部主任对小组成员集中培训循证护理的概念、内涵、实施方法和步骤等, 并外院专家和其他科室有经验的护士长介绍循证护理的理论和实践经验。经过理论学习和实践锻炼, 提高小组成员的循证护理能力。

1.2.2 循证问题 针对急性脑梗死的发病机制、治疗方法、护理措施、日常生活能力和神经功能康复的影响因素等进行小组集体讨论, 结合患者年龄、心理、病情等情况, 确立本研究的循证问题, 即脑梗死、护理、日常生活能力、神经功能、康复等作为循证问题。

1.2.3 循证支持 将上述循证问题在维普期刊资源整合服务平台、中国知网全文数据库、万方数据资源和 PubMed 等数据库进行文献查询, 并将检索的资料进行小组讨论, 评价实证的科学性、合理性和实用性, 取得最佳护理实证, 结合科室护理实践经验, 充分考虑患者的愿望和需求, 制定个性化的最佳护理方案。

1.2.4 循证应用 (1)健康教育: 小组成员根据患者的病情、年龄、职业、文化程度等进行个性化健康知识宣教, 采用大众化语言讲解脑梗死的防治措施、诱发因素、医疗配合注意事项和常见并发症等, 提高患者的治疗依从性。(2)心理康复护理: 小组运用医学心理学、护理经验、社会关系学、人际关系学等方面的心理辅导知识, 根据患者的性格特征、心理特点、家庭关系等