

- [5] 吴芷芷,李红玉. 家庭支持性心理干预对脑外伤后抑郁的疗效观察[J]. 重庆医学, 2012, 41(28): 3011-3013.
- [6] 林红霞,徐晓光,岳桂英. 脑外伤后出院回归社会患者迟发性抑郁与社会支持的相关性[J]. 中国临床康复, 2010, 9(24): 1-3.
- [7] 周荷英. 脑外伤后抑郁的临床特点及护理对策[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(2): 71-72.
- [8] Zatzick D, Russo J, Lord SP, et al. Collaborative care intervention targeting violence risk behaviors, substance use, and posttraumatic stress and depressive symptoms in injured adolescents: a randomized clinical trial[J]. JAMA Pediatr, 168(6): 532-539.
- [9] 王振伟,崔莺,冀志芹. 醒脑清神汤治疗脑外伤后抑郁型精神障碍 120 例临床观察[J]. 中医临床研究, 2013, 5(9): 14-15.
- [10] 刘丽贞,张丽,陈漫玲. 早期支持性心理干预对脑卒中患者康复的影响[J]. 全科护理, 2010, 8(3): 571-572.
- [11] Bailey NW, Segrave RA, Hoy KE, et al. Impaired upper alpha synchronisation during working memory retention in depression and depression following traumatic brain injury[J]. Biol Psychol, 2014, 99(28): 115-124.

(收稿日期: 2014-08-26 修回日期: 2014-10-28)

个体化营养护理干预对 2 型糖尿病患者糖脂代谢的影响

黄奕燕(海南省农垦总医院内分泌科,海口 570311)

【摘要】 目的 探讨个体化营养护理干预对 2 型糖尿病患者糖脂代谢的影响。方法 将 2013 年 1 月至 2014 年 1 月海口市城市社区 220 例 2 型糖尿病患者分为研究组和对照组,各 110 例;对照组患者给予常规的护理方案,研究组患者给予个体化营养护理干预,随访研究 1 年,观察并比较两组患者干预前后糖脂代谢的变化情况。结果 两组患者干预后空腹血糖(FPG)、餐后 2 h 血糖(2 h PG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、血清三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)水平及胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)均明显低于干预前,比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$);且研究组较对照组改善更明显,干预后两组各项糖脂代谢指标比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。结论 个体化营养护理干预可明显改善 2 型糖尿病患者的糖脂代谢,应加强临床营养护理的建设和管理。

【关键词】 营养护理干预; 2 型糖尿病; 糖代谢; 脂代谢

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.056 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)05-0709-03

随着社会的发展和医学技术的进步,中国居民的疾病谱和死因谱发生了重大的变化,慢性非传染性疾病成为威胁居民健康的主要疾病,其致死人数超过其他所有病因致死人数的总和,造成的死亡占有死亡人数的 60% 以上^[1]。由于人们生活方式和环境的改变,我国慢性非传染性疾病的患病率逐年上升,已成为我国城乡居民死亡的主要原因。慢性非传染性疾病引起的伤残调整生命年损失已达 70%,造成生活质量的恶化,带来严重的经济损失,给国家及个人造成了沉重的负担。糖尿病是常见的慢性非传染性疾病,其患病率高,且不易根治,需要进行长期甚至终生的饮食、运动和药物治疗,而饮食疗法对患者的糖脂代谢具有明显的影响^[2]。本研究主要探讨个体化营养护理干预对 2 型糖尿病患者糖脂代谢的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以本市城市社区 2 型糖尿病患者为研究对象,按照纳入排除标准从中选取符合条件的患者 220 例,采用随机数字表法将纳入的所有患者分为研究组和对照组。研究时间为 2013 年 1 月至 2014 年 1 月。纳入标准^[3]: (1) 在本市社区卫生服务站建立过居民健康档案; (2) 长期固定居住于本辖区的居民(≥ 5 年); (3) 最近 1 年 4 次随访成功; (4) 2 型糖尿病患者; (5) 愿意配合且易随访者。排除标准^[4]: (1) 1 型糖尿病患者; (2) 有其他严重并发症者; (3) 有语言沟通障碍或身体活动不方便者; (4) 需要胰岛素治疗者。研究组患者 110 例,其中男 55 例,女 55 例; 年龄 40~78 岁,平均(60.67±6.78)岁; 体质指数(BMI) 过低患者 4 例,正常 36 例,超重 45 例,肥胖 25 例; 病程小于 5 年的患者 30 例,5~10 年 30 例,10~20 年 30 例, ≥ 20 年 20 例。对照组患者 110 例,其中男 61 例,女 49

例; 年龄 40~76 岁,平均(60.12±6.87)岁; BMI 过低患者 4 例,正常 37 例,超重 45 例,肥胖 24 例; 病程小于 5 年的患者 30 例,5~10 年 30 例,10~20 年 30 例, ≥ 20 年 20 例。比较两组患者性别、年龄、BMI 和病程等一般资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经医院和社区伦理学委员会批准实施,研究过程中收集的所有资料仅用于科学研究,绝不泄露,不给患者造成任何困扰。所有患者在纳入研究之前签订知情同意书。

1.2 方法 对照组给予糖尿病患者的常规护理,包括饮食、运动和用药的指导。研究组给予个体化营养护理干预。具体方案如下, (1) 专题讲座: 社区卫生服务机构首先制订出一整套年度计划,每月进行 1 次健康讲座,每次健康讲座时间约 40 min; 每个季度进行 1 次随访,包括入户随访和门诊随访,入户随访共 4 次,时间分别为 2013 年 1、4、8、12 月,每次随访时间超过 20 min。健康讲座和随访的内容主要包括: 什么是合理膳食、中国居民膳食平衡宝塔、膳食指南,以及营养护理干预对 2 型糖尿病患者的重要性。 (2) 小组讨论: 在每次健康讲座之后,由医护人员、患者及其家属共同制订出糖尿病患者的日常饮食方案,包括主食、水果、蔬菜、油盐等的摄入量和次数等。 (3) 个体化指导: 对 2 型糖尿病患者采用 24 h 膳食记录法,记录其每日饮食情况,主要包括患者每日膳食食物的种类及每一类食物的重量,保证记录的准确性和可靠性。每周收集 1 次记录结果。 (4) 发放宣传手册: 在患者就医、问诊、取药时给患者及其家属发放糖尿病相关知识的宣传手册,让患者及其家属对糖尿病有全面的了解,帮助患者将个体化营养护理顺利地走下去。 (5) 营养评价: 由专门的营养医师对患者的日常饮食方案进行

系统的评价并及时地调整方案。

1.3 观察指标 观察并比较两组患者干预前后糖脂代谢的变化情况。患者分别于空腹和餐后 2 h 抽取 2 mL 静脉血,采用血糖仪(美国强生公司)进行血糖检测,记录患者空腹血糖(FPG)、餐后 2 h 血糖(2 h PG)和糖化血红蛋白(HbA1c)的变化。用稳态模型公式评估胰岛素抵抗指数(HOMA-IR), $HOMA-IR = \text{空腹血糖}(\text{mmol/L}) \times \text{空腹胰岛素}(\text{U/mL}) / 22.5^{[5]}$ 。此外,测定血清三酰甘油(TG)和总胆固醇(TC)水平。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理和统计学分析;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者干预前后糖代谢变化情况比较 两组患者干预后 FPG、2 h PG、HbA1c 水平和 HOMA-IR 值均明显低于干预前,干预前后各项糖代谢指标组内比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$);且研究组较对照组改善更明显,干预后各项糖代谢指标组间比较差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者干预前后糖代谢变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	FPG(mmol/L)	2 h PG (mmol/L)	HbA1c (%)	IR
研究组	110	干预前	8.69±1.20	14.30±2.30	8.53±2.10	5.31±1.22
		干预后	6.10±1.02 ^{ab}	8.13±1.22 ^{ab}	6.12±1.23 ^{ab}	3.06±1.41 ^{ab}
对照组	110	干预前	8.68±1.30	14.41±2.21	8.64±2.22	5.40±1.31
		干预后	7.01±1.02 ^a	9.11±1.21 ^a	7.10±1.21 ^a	4.00±1.41 ^a

注:与干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者干预前后脂代谢变化情况比较 两组患者干预后血清 TG 和 TC 水平均低于干预前,干预前后 TG 和 TC 水平组内比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$);且研究组较对照组改善更明显,干预后 TG 和 TC 水平组间比较差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后脂代谢变化情况比较($\bar{x} \pm s$,mmol/L)

组别	n	时间	TG	TC
研究组	110	干预前	2.74±0.87	5.65±0.98
		干预后	2.01±0.45 ^{ab}	4.23±0.34 ^{ab}
对照组	110	干预前	2.73±0.77	5.64±0.88
		干预后	2.40±0.45 ^a	4.79±0.64 ^a

注:与干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

3 讨 论

糖尿病作为慢性非传染性疾病是目前威胁我国居民健康的重要疾病之一,致残率和病死率高居世界前三位。糖尿病的发病原因主要是胰岛素功能障碍或分泌不足,临床主要表现为“三多一少”(多饮、多食、多尿、体质量减少),如不及时对其进行控制和治疗,会引起严重的并发症,对患者的身体健康和生活质量造成严重的影响^[6]。因此,糖尿病治疗的关键在于病情的控制,病情的良好控制还可以明显降低心、脑、肾、眼底等并发症的发生。然而,随着我国居民生活方式的改变,糖尿病的患病率呈明显的上升趋势,琳琅满目、各式各样的食物给患者带来了巨大的挑战,使糖尿病的控制和治疗更加的困难^[7]。

目前,人们对护理服务的需求逐渐增加。个体化营养护理干预打破了传统的糖尿病护理模式,是医护人员的一大挑战,它不仅仅是针对某一科或某一疾病的护理,而是一种以人为中心的护理,强调患者在护理过程中的主体地位,是集专题讲座、小组讨论、个体化指导、发放宣传手册、营养评价等于一体的一种个体化的护理方式^[8-9]。其中专题讲座是针对糖尿病的病因而、诱因、常见症状、并发症、治疗及护理等方面所进行的全面系统的讲解,让患者了解该病的性质以便更好地配合治疗;小组讨论主要针对糖尿病患者的日常饮食,并结合其生活习惯订一套饮食方案;个体化指导是根据每例患者的具体情况而进行具体的个体化指导,保证患者得到最佳的营养方案;发放宣传手册可以时刻帮助患者及其家属调整患者的日常饮食,并及时让患者了解疾病的最新知识;营养评价可以对患者每日每周的饮食状况作出评价,不仅能够了解患者是否严格执行饮食方案,还能够督促患者按方案执行^[10]。

大量临床实践证明,个体化营养护理干预可明显影响糖尿病患者的糖脂代谢状况,有助于糖尿病患者血糖水平的控制和病情的改善。本研究以 2 型糖尿病患者为研究对象,经过 1 年的护理干预后,两组患者的糖脂代谢情况均有明显的改善,FPG、2 h PG、HbA1c、TG、TC 水平及 IR 值均明显低于干预前,且研究组改善状况明显优于对照组,说明糖尿病患者经过个体化的营养护理干预后血糖更加稳定,脂代谢指标更加正常。这可能是因为个体化的营养护理干预可以影响患者的生活方式,改变患者的膳食结构,使患者的日常饮食、用药更加科学化、规范化。

综上所述,个体化的营养护理干预可明显改善 2 型糖尿病患者的糖脂代谢情况,且方法简单易行,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 周淑琴. 社区护理干预对提高糖尿病患者遵医行为的调查分析[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(6): 1490.
- [2] 陈秋霞, 李小红, 魏虹. 44 例糖尿病患者医院感染危险因素分析及护理干预措施[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(6): 1300-1302.
- [3] 王静, 曾凯宏, 林赟, 等. 个体化营养护理干预改善 2 型糖尿病病人糖脂代谢的探讨[J]. 肠外与肠内营养, 2013, 20(1): 37-39.
- [4] 李志勤. 饮食护理干预对老年糖尿病患者血糖和糖化血红蛋白水平的影响[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(20): 2130-2131.
- [5] 王利芳. 糖尿病患者医院感染因素分析及护理对策[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(12): 2563-2564.
- [6] 陈虹, 徐艳, 戈海林. 社区护理干预在高校教师 2 型糖尿病患者中的应用[J]. 江苏医药, 2011, 37(22): 2733-2734.
- [7] 刘莉美, 李蕾, 薛鹏. 2 型糖尿病新诊者实施运动和护理干预的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(28): 16-18.
- [8] 魏梅, 陈焕娣, 谭静, 等. 延续性护理干预对 2 型糖尿病患者生活质量的影响[J]. 广东医学, 2013, 34(9): 1473-1475.
- [9] 毛晓润, 杜文娟, 徐月贞, 等. 综合护理干预预防社区老年高血压或糖尿病患者跌倒的效果评价[J]. 中国全科医

学, 2013, 16(5): 575-578.

[10] 张云, 黄莉文, 吴文. 社区干预对 2 型糖尿病生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(24): 5525-5526.

(收稿日期: 2014-06-29 修回日期: 2014-10-16)

物理降温时机对发热癫痫患者发作频率的影响

陈晓琴¹, 陈晓莉^{2△} (1. 重庆市梁平县人民医院重症医学科 405200; 2. 重庆市三峡中心医院肿瘤科 404000)

【摘要】 目的 探讨物理降温时机对发热癫痫患者癫痫发作频率的影响。方法 以 2012 年 1 月至 2013 年 12 月梁平县人民医院收治的脑外伤继发癫痫处于康复期的患者 80 例为研究对象, 按照发热顺序分为试验组与对照组, 各 40 例。试验组与对照组分别在体温为 (38.5~<39.0℃)、≥39.0℃ 时给予温水擦浴物理降温, 比较两组整个发热期间癫痫发作频率。结果 试验组患者癫痫发作频率低于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 外伤后癫痫患者发热时, 在中等热水平即给予物理降温, 可有效降低患者整个发热期间的癫痫发作频率。

【关键词】 外伤性癫痫; 物理降温; 癫痫发作频率

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.057 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)05-0711-02

外伤性癫痫的发病机制尚未完全阐明, 目前国内治疗癫痫的方法主要用于癫痫发作的控制, 而无法进行根治^[1], 并且即使患者在药物控制下, 癫痫也常常发作。本研究通过改变外伤性癫痫患者发热时的物理降温时机, 以有效地控制患者发热期间的癫痫发作频率。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2012 年 1 月至 2013 年 12 月梁平县人民医院收治的脑外伤继发癫痫处于康复期的患者 80 例为研究对象, 其中男 56 例、女 24 例, 年龄 21~65 岁, 住院时间 3~6 个月。纳入标准: (1) 病情稳定, 无其他癫痫诱发因素; (2) 按医嘱正规服用抗癫痫药物; (3) 发热前 2 周内患者癫痫发作次数不超过 2 次。排除标准: (1) 无发热时, 2 周内癫痫发作次数不少于 2 次; (2) 发热未明确诊断者; (3) 发热已明确诊断, 但病情危重或伴有其他癫痫诱发因素者。将 80 例患者按发热先后顺序分为试验组和对照组, 各 40 例。试验组患者平均发热时间为 (3.98±0.25)d, 无发热期 2 周癫痫发作频率 (每例患者平均发作次数) 为 (1.25±0.09) 次; 对照组平均发热时间为 (4.13±0.12)d, 无发热期 2 周癫痫发作频率为 (1.21±0.11) 次。两组患者在病情、发热时间、无发热期 2 周癫痫发作频率等一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 降温方法 对照组以高热 (体温在 39.0℃ 及以上) 作为患者发热时的物理降温时机, 试验组以中等热水平 (体温在 38.5~<39.0℃) 作为患者发热时的物理降温时机, 发热分级标准参照文献^[2]。以水银体温计监测腋温, 32~34℃ 温水擦浴降温。

1.2.2 观察指标 观察两组患者整个发热时期癫痫发作频率, 癫痫发作诊断标准参照国际抗癫痫联盟癫痫发作分类标准^[3]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理与统计学分析; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

试验组患者癫痫发作频率低于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($t = 4.759, P < 0.05$), 即患者体温在 38.5~<39.0℃ 时行物理降温, 能降低发热期的癫痫发作频率。见表 1。

表 1 两组癫痫发作频率比较 ($\bar{x} \pm s$, 次)

组别	<i>n</i>	癫痫发作频率
试验组	40	1.50±0.31
对照组	40	2.04±0.64

3 讨论

3.1 物理降温时机的选择对癫痫发作频率的影响 外伤后癫痫是颅脑损伤后的一种严重并发症, 常反复发作^[3]。发热是诱发癫痫的常见因素之一^[4]。因发热会增加脑的代谢和耗氧量, 影响癫痫发作的阈值, 从而引起癫痫的反复发作。而高热诱导的癫痫发作可导致脑改变, 进一步增加癫痫发作的易感性^[5]。本研究结果显示, 在外伤后癫痫患者发热期间, 将物理降温时机由高热 (体温在 39.0℃ 及以上) 提前到中等热水平 (体温在 38.5~<39.0℃) 能有效降低患者的癫痫发作频率, 从而减轻患者的脑损伤, 促进其康复。

3.2 癫痫患者高热发生前行物理降温的可行性 在长期的临床工作中, 用酒精或温水擦浴行物理降温的时机一直遵循护理相关教科书的参考标准, 在患者高热时, 即体温在 39.5℃ 或不高于 39.0℃ 时才对患者进行物理降温处理^[6-7]。然而, 杨小妹等^[8]研究发现, 脑外伤高热患者物理降温的最佳效果出现在降温处理后 1 h, 4 h 后体温又达到降温处理前的一个较高水平。因此, 外伤后癫痫患者发热时若按照常规标准行物理降温, 患者将在较长时间内处于高热状态, 从而加重脑的代谢和耗氧量, 诱发癫痫发作。将物理降温时机由高热提前到中等热水平, 正是通过降低癫痫患者整个发热时期的发热水平, 减少脑的代谢和耗氧量, 降低癫痫发作频率。

3.3 正确选择癫痫患者物理降温方式的重要性及安全性 全身物理降温的方式主要有温水擦浴和酒精擦浴, 当温度超过 39.5℃ 时, 需配合冰袋冰敷降温才能达到理想的降温效果。然而, 冰袋冰敷和酒精擦浴对癫痫患者造成冷刺激, 容易导致患者发生寒战; 若降温过快, 出汗过多, 水分补充不足, 又会导致患者出现虚脱。寒战和虚脱也是癫痫的诱发因素, 因此在为癫痫患者行物理降温时, 应尽量避免使用冰袋和酒精。

综上所述, 本研究将外伤后癫痫患者发热时的物理降温时机提前到中等热水平, 并采用温水擦浴, 取得了良好的降温效果, 同时降低了癫痫发作频率, 值得临床推广应用。

△ 通讯作者, E-mail: 15213570699@139.com.