

格控制血糖对降低巨大儿的发生率及出生后低血糖等并发症的发生是必要的。

参考文献

[1] 王建文. 糖筛查试验异常对妊娠的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志 2008,6(4):501-502.
[2] 梁敏,贺瑜. 妊娠期糖尿病糖代谢变化的研究[J]. 广西医科大学学报,2008,25(4):573-574.
[3] 潘淑媛,苏玛. 妊娠期糖耐量异常对母儿的影响[J]. 山东

医药,2009,49(30):68-69.
[4] 黄春琴,詹美色. 608 例妊娠期妇女葡萄糖耐量筛查分析[J]. 中国妇幼健康研究,2008,19(6):635-636.
[5] 曾红卫. 妊娠期糖耐量受损与围生儿预后临床分析[J]. 医学临床研究,2007,24(7):1173-1174.
[6] 闫立青. 妊娠期糖耐量降低与妊娠结局的关系[J]. 泰山医学院学报,2009,30(9):676-678.

(收稿日期:2011-06-29)

健康教育在红蓝光治疗面部痤疮中的作用

王 芳(江苏省常州市第一人民医院 213000)

【摘要】 目的 探讨健康教育在红蓝光治疗面部痤疮中的作用。**方法** 将 120 例痤疮患者随机分为两组,对照组为红蓝光治疗加上传统护理方法,实验组为红蓝光治疗加上科学全面的健康教育宣教。**结果** 实验组有效率为 86.7%,对照组有效率为 60.0%,实验组的有效率明显高于对照组。**结论** 在红蓝光治疗过程中全面进行健康教育,达到了较满意的效果。

【关键词】 痤疮; 红蓝光; 健康教育宣教
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.057 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)22-2792-02

痤疮是痤疮丙酸杆菌感染引起的毛囊皮脂腺慢性炎症性皮肤病,与皮脂腺分泌过旺、雄激素水平升高、受体敏感性增高及痤疮丙酸杆菌等病原微生物感染有关,是临床常见病和多发病。85%的青少年都曾出现不同程度的痤疮^[1]。在现今社会,对于痤疮的治疗需求很大,但传统治疗的疗效却不尽人意。由英国医生发明的一种全新的红蓝光治疗却得到了极大关注^[2],本院在 2008 年引进红蓝光治疗仪,结合健康教育宣教等护理手段治疗面部痤疮,疗效显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例均为本科室门诊患者,共 120 例,其中男 58 例,女 62 例;年龄 13~43 岁;病程 1 个月至 3 年,平均 1.5 年。轻、中度粉刺和炎性丘疹为主 48 例,炎性丘疹和脓疱为主 34 例,丘疹脓疱伴结节 38 例。按随机分组法分为实验组和对照组,其中实验组 60 例,对照组 60 例,两组均以欧美娜红蓝光照射,每周 2 次,每次 20 min,8 次为 1 个疗程。对照组为传统护理方法,实验组采用个性化及科学全面的健康教育宣教。

1.2 疗效评分标准 采用皮损计数及评分法记录各类新旧皮损。疗效=(治疗前皮损数-治疗后皮损数)/治疗前皮损数×100%。痊愈:皮损消退 90%以上;显效:皮损消退 60%~90%;好转:皮损消退 30%~59%;无效:皮损消退 30%以下。有效率为痊愈与显效病例合计。

1.3 健康教育的内容和方法

1.3.1 健康教育方法 建立图文宣传手册,真实病例治疗前后照片对比说明,开展痤疮专题讲座。在红蓝光治疗过程中与患者进行沟通,了解患者的心理状态、睡眠饮食习惯、日常皮肤护理等情况,就此向患者进行宣教,达到健康教育的目的,使患者了解有关痤疮的临床和护理知识。

1.3.2 健康教育内容

1.3.2.1 心理护理 痤疮患者由于病程长且影响容貌常表现焦虑、忧郁、自卑、性格内向。国内一项调查研究显示,有 11.1%的痤疮患者常感到焦虑,61.5%的痤疮患者有时有焦虑而抑郁倾向不明显^[3]。另一项调查研究显示,女性患者比男性患者的心理更易受影响^[4]。因此,心理干预对痤疮患者的治疗

非常重要,在治疗过程中针对患者心理状况,应主动与患者进行交流,以热情的态度接待患者,认真倾听患者的诉说,耐心回答患者提出的问题,以解除患者的心理负担,纠正不正确的认知,使患者了解痤疮的病因和发病机制及诱发因素并告知其正确对待自己疾病的重要性,让其认识到及时调整好自己的心态和情绪是治疗的关键。

1.3.2.2 日常生活指导 患者应生活有规律,保证足够的睡眠,不宜长期熬夜。饮食清淡,避免食用油炸辛辣食品和甜食,多食水果蔬菜,多饮水,保持大便通畅。

1.3.2.3 正确护肤指导 临床文献报道,红蓝光治疗前后采取正确的皮肤护理对预防痤疮加重和反复发作有重要意义^[5]。告知患者一天洗脸 2~3 次为宜,不宜用碱性大的香皂和洗面奶,宜选择偏酸性和中性的洗面奶,有助于去除多余油脂。女性不宜化浓妆及使用油性化妆品,以免堵塞毛孔。避免用手挤压毛孔,以免造成疤痕^[6]。

1.3.2.4 红蓝光治疗过程中科学指导 在红蓝光治疗过程中应注意治疗仪与面部的距离,至少保持 20 cm 以上。同时观察治疗过程中患者照射部位皮肤有无灼热、发红现象,如出现上述状况应及时停止照射,照射完毕可嘱患者使用保湿补水面膜,以缓解皮肤干燥现象。告知患者避免强烈的阳光照射,必要时可涂防晒霜。

2 结 果

两组患者对比发现,通过对实验组进行正规红蓝光治疗的同时进行有计划、有目的、有针对性的健康教育宣教,患者增强了治疗的信心,更能积极配合治疗。结果显示,实验组疗效明显高于对照组,结果见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较(n=60)

组别	治愈	显效	好转	无效	有效率(%)
实验组	46	6	6	2	86.7
对照组	32	4	6	2	60.0

3 讨 论

痤疮是痤疮丙酸杆菌感染引起的毛囊皮脂腺慢性炎症性

皮肤病,是临床常见病。它严重影响了患者的容貌及心理健康。红蓝光治疗仪是治疗痤疮的物理有效方法,它适用于各种年龄层次,采用这种新型光动力治疗技术能有效杀死痤疮丙酸杆菌且不会对周围正常组织产生热损伤。临床实践证明,红蓝光治疗仪结合有计划、有目的、有针对性的健康教育宣教,其临床疗效远远优于红蓝光治疗仪加传统护理方法的临床疗效,这就说明健康教育宣教对患者起到了至关重要的作用。因此,作为医务人员在对患者进行正规临床治疗的同时亦应注重患者的健康教育宣教。

参考文献

[1] Munavalli GS, Weiss RA. Evidence for laser and light based treatment of acne vulgaris[J]. Semin cutan Med Surg, 2008, 27(3): 207-211.

[2] Gupta AK, Ryder JE. Photodynamic therapy and topical aminolevalinic acid: an overview[J]. AM J Clin Oermatol, 2003, 4: 699-708.

[3] 吴燕,毛越萍,郑捷,等.寻常痤疮对患者的影响[J].中国麻风皮肤病杂志, 2004, 20(6): 536-538.

[4] 常红芹,郭盛华,曹妍.痤疮患者焦虑和抑郁状况调查[J].中国皮肤性病学杂志, 2010, 24(4): 369-370.

[5] 张勤,鲁晓红.蓝光痤疮治疗仪治疗面部痤疮的护理体会[J].中国美容医学, 2007, 16(2): 260-261.

[6] 王艳芳. 56 例痤疮患者治疗护理观察[J].南方护理学报, 2002, 9(6): 26-27.

(收稿日期: 2011-06-22)

纳洛酮抢救急性乙醇中毒疗效观察

张亚军,丁剑波(江苏省常州市新北区新桥镇卫生院 213031)

【摘要】 目的 探讨纳洛酮治疗急性乙醇中毒的疗效及实用性。**方法** 将 2004 年 1 月至 2011 年 1 月急性单纯性乙醇中毒患者分为两组,治疗组 30 例采用纳洛酮治疗,对照组 10 例采用补液利尿常规治疗。比较两组清醒时间。**结果** 纳洛酮治疗急性乙醇中毒清醒时间明显较对照组提前,且未发现明显不良反应。**结论** 纳洛酮在治疗急性乙醇中毒时安全有效,值得推广。

【关键词】 纳洛酮; 乙醇中毒; 急救抢救; 静脉滴注; 利尿
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 22. 058 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)22-2793-02

乙醇对中枢神经系统有抑制作用,适量饮酒可有松弛、消除紧张及缓解疼痛的作用,一次大量饮酒则可产生醉酒状态,即急性乙醇中毒,可产生精神和躯体障碍。其临床表现分为 3 期,一是兴奋期:有欣快感及眩晕等症状;二是错乱期:神志错乱,走路不稳、吐字不清等;三是昏迷期:昏迷、躁动、瞳孔缩小、血压下降等,严重者甚至危及患者生命^[1]。作者在门、急诊 2004 年 1 月至 2011 年 1 月共诊治急性乙醇中毒 40 例,其中 10 例患者饮酒较少,仅有欣快感及眩晕等症状,予以常规补液利尿保护胃黏膜等治疗,余下 30 例患者均有昏睡、躁动等症状,在上述治疗方案下加用纳洛酮治疗,患者清醒取得较好的结果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2004 年 1 月至 2011 年 1 月共诊治急性乙醇中毒 40 例,治疗组 30 例,男 25 例,女 5 例;年龄 17~50 岁,平均 27.5 岁;就诊时间为酒后 1.0~3.6 h,平均时间 2.3 h。对照组 10 例,男 8 例,女 2 例;年龄 16~51 岁,平均 27.3 岁;就诊时间为酒后 1.1~3.5 h,平均时间 2.5 h。

1.2 诊断方法 (1)发病前有过量饮酒史;(2)呼吸、呕吐物中有乙醇气味;(3)中枢神经系统兴奋或抑制,有共济失调或昏睡等症状,重度中毒者呈昏迷状态;(4)排除药物、化学性气体及其他原因所致的昏睡、昏迷,无其他并发症。按病情分为轻、中、重三度。(1)轻度中毒:患者由兴奋转为嗜睡,行为笨拙,言语不清,步态不稳,恶心呕吐,各种反射存在,生命体征平稳;(2)中度中毒:浅昏迷状态,强刺激可唤醒,不能对答,很快又进入浅昏迷状,腱反射消失,呼吸浅慢,血压正常,角膜反射存在;(3)重度中毒:深昏迷,早期可有四肢肌力增强,下肢反射亢进,病理反射阳性,后期全身肌肉弛缓,各种反射消失,瞳孔对光反射存在,有时散大,有时缩小,呼吸浅慢,血压降低,可有肺水

肿、休克、少尿。

1.3 方法 入院后所有病例均给予洗胃、保暖,补液。在治疗和护理过程中将头偏向一侧,防止呕吐、误吸、舌后坠,及时清除呕吐物及呼吸道分泌物,保护胃黏膜,防止消化道出血。治疗组在此基础上应用盐酸纳洛酮(0.4 毫克/支)稀释后静脉推注,兴奋期和共济失调期予纳洛酮 0.4~0.8 mg 加生理盐水 10~30 mL 静脉推注,昏睡及昏迷期予纳洛酮 0.8~1.2 mg 加生理盐水 20~30 mL 静脉推注,用药 30 min 未清醒者,可重复给药 1 次,危重者可重复给药至清醒为止。治疗组用药量为 0.4~2.8 mg,平均用药量为 0.72 mg。对照组除常规洗胃、保暖外,予 10%葡萄糖注射液 500 mL 加维生素 C 1~2 g 加普通胰岛素 12 U 静脉滴注,同时补充 B 族维生素。

2 结果

中毒缓解情况:患者清醒,中毒症状消失,回答问题合理,能独立行走,步态稳健。纳洛酮治疗组显效时间 5~20 min,平均 13.6 min。10 min 内显效 10 例,20 min 13 例,35 min 7 例。症状减轻时间 20~60 min,平均 31.2 min。症状消失时间 30~40 min 5 例,50~60 min 15 例,61~120 min 4 例,120 min 以上 1 例,大部分患者在 1 h 左右清醒,活动恢复正常。极少数患者在几个小时内恢复。对照组症状消失时间为 1.5~5.4 h,平均 4.1 h,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

3 讨论

乙醇具有脂溶性,可迅速透过大脑神经细胞膜并作用于膜上的某酶而影响细胞的功能。乙醇对中枢神经系统的抑制作用随着剂量的增加,由大脑皮质向下,通过边缘系统,小脑网状结构到延脑。小剂量出现兴奋作用,这是乙醇作用于脑细胞突触后膜苯二氮卓- γ -氨基丁酸受体,从而抑制 γ -氨基丁酸对脑的抑制作用。血液中乙醇浓度增高,作用于小脑引起共济失