

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,显著降低体重质量,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

给予心理干预,措施包括耐心倾听、音乐疗法、病情解释、举行床边座谈会、邀请预后较好的患者当面鼓励等,逐步消除或减弱患者的焦虑、抑郁、恐惧、悲观等负性情绪,协助患者树立积极、乐观的治疗态度和提高心理承受能力。指导家属参与患者的心理康复过程,给予温情支持,尊重患者的人格和心理需求,观察和分析患者的心理变化,制定个性化的心理目标护理方案,提高患者的心理健康水平。(3)综合康复护理:病情稳定后进行早期功能康复护理。早期采取被动康复护理,包括四肢关节的屈伸、内旋外展、肌肉按摩和床上体位的被动护理(协助翻身、做起、抬头、抬腿等),每日 2~3 次,每次 15~20 min,逐步过渡到主动康复训练。指导患者行头面部主动锻炼,如摇头、旋转头颅、鼓腮、叩齿、伸舌等,主动进行肢体运动,如关节的屈伸、肌肉的收缩、翻身、站立、行走、跨台阶等,每日 2~3 次,每次 10~15 min,遵循循序渐进原则。鼓励、协助患者生活自理,如使用汤勺或筷子用餐、自主脱穿衣服、独立大小便和独立步行、爬楼梯等,逐步改善生活自理能力。

1.3 观察项目 观察护理前(入科治疗病情稳定)、后(护理 1 个月)日常生活能力和神经功能康复情况。日常生活能力采用 Barthel 指数(BI)^[5]表示,分数越高,预后越好。神经功能康复应用神经功能缺损程度(NIHSS)评分^[6]表示,分数越高,病情越严重。

1.4 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件处理,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,应用方差分析,检验水准 $\alpha=0.05, P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 日常生活能力 护理前,两组患者的 BI 低,但组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),护理后,两组 BI 明显提高,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组护理前后 BI 变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	护理前	护理后
EBN 组	40	31.68±5.48	49.76±9.54
C 组	40	32.28±4.89	42.64±5.81
<i>F</i>		0.17	10.15
<i>P</i>		>0.05	<0.05

2.2 神经功能康复 护理前,两组 NIHSS 评分较高,EBN 组为(7.32±5.48)分,C 组为(7.44±2.53)分,组间比较差异无统计学意义($P>0.05$);经过护理后,两组 NIHSS 评分,EBN 组为(3.44±1.64)分,C 组为(5.44±1.58)分,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

脑梗死的治疗目标是改善脑部血液循环,降低致死率和致残率,恢复肢体和神经功能,提高患者的生活质量。临床研究认为^[7],脑梗死后部分神经干细胞可再生为新的神经细胞,重建和完善神经系统的功能。大量的临床研究认为^[8-9],护理干预可以促进脑梗死后神经功能恢复和生活质量的提高。本研究结果显示,EBN 组患者的 BI 较 C 组显著升高,NIHSS 评分较 C 组明显降低,说明循证护理对改善患者日常生活能力优于传统的常规护理,并更有效地促进神经功能的康复。循证护理是循证医学发展的结果,已成为临床护理的重要方法,经过临床实践已取得非常显著的护理效果^[10]。本研究成立循证护

理小组,首先提高护理人员的循证能力,以脑梗死治疗后患者的日常生活能力和神经功能等具体问题为护理要点,通过查阅国内外相关文献资料,认真研读科研资料,并对研究成果的科学性、可靠性、实用性等进行小组讨论,提炼、总结最适合患者的实证,结合科室集体的护理经验,为患者制定个性化的护理计划。何英姿等^[11]在脑梗死恢复期应用循证护理,2 周后汉密尔顿康复量表评分显著降低,改善了肢体功能的康复,与本研究结果一致。本研究重点对患者进行脑梗死相关知识的健康教育,增加患者对疾病的认识,提高治疗依从性,而且针对患者的负性心理进行心理干预和早期进行综合康复,纠正患者的不良心理,使其积极、主动参与治疗和康复过程,从而有利于神经功能的恢复,与何英姿等^[11]的报道一致。刘玉莲等^[12]认为早期康复护理能够有效提高脑梗死患者的日常生活能力,笔者在循证护理过程中,通过综合康复护理,同样也提高了患者的 BI,提高了生活质量。循证护理是一项系统的护理工程,要求护理人员有扎实的专业知识、一定的外语能力和较高的科研水平,但在本次实践中存在外语水平不高、科研能力不强的弱项,需要在以后的工作中逐步提高和完善。

总之,循证护理是一种行之有效的护理理念,有效提高脑梗死患者的日常生活能力和促进神经功能康复,值得在临床护理工作中推广应用。

参考文献

[1] Shahpour MM, Mousavi S, Khorvash F, et al. Anticoagulant therapy for ischemic stroke: A review of literature [J]. J Res Med Sci, 2012, 17(4): 396-401.

[2] Lahoud R, Howe M, Krishnan SM, et al. Effect of use of combination evidence-based medical therapy after acute coronary syndromes on long-term outcomes [J]. Am J Cardiol, 2012, 109(2): 159-164.

[3] Catangui EJ, Slark J. Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care [J]. Br J Nurs, 2012, 21(13): 801-805.

[4] Kamienski M. Statins for acute ischaemic stroke: summaries of nursing care-related systematic reviews from the cochrane library [J]. Int J Evid Based Healthc, 2012, 10(4): 417-418.

[5] Sarker SJ, Rudd AG, Douiri A, et al. Comparison of 2 extended activities of daily living scales with the Barthel Index and predictors of their outcomes: cohort study within the South London Stroke Register (SLSR) [J]. Stroke, 2012, 43(5): 1362-1369.

[6] Alshekhlee A, Ranawat N, Syed TU, et al. National institutes of health stroke scale assists in predicting the need for percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in acute ischemic stroke [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2010, 19(5): 347-352.

[7] Doeppner TR, Kaltwasser B, Elali A, et al. Acute hepatocyte growth factor treatment induces long-term neuroprotection and stroke recovery via mechanisms involving neural precursor cell proliferation and differentiation [J]. J Cereb Blood Flow Metab, 2011, 31(5): 1251-1262.

- [8] Cho SH, Yun SC. Bed-to-nurse ratios, provision of basic nursing care, and in-hospital and 30-day mortality among acute stroke patients admitted to an intensive care unit: cross-sectional analysis of survey and administrative data [J]. Int J Nurs Stud, 2009, 46(8):1092-1101.
- [9] Seneviratne CC, Mather CM, Then KL. Understanding nursing on an acute stroke unit: perceptions of space, time and interprofessional practice [J]. J Adv Nurs, 2009, 65(9): 1872-1881.
- [10] Meier PP, Patel AL, Bigger HR, et al. Supporting breast-feeding in the neonatal intensive care unit: Rush Mother's Milk Club as a case study of evidence-based care [J]. Pediatr Clin North Am, 2013, 60(1):209-226.
- [11] 何英姿, 陈勤勤. 早期康复护理对脑梗死患者神经功能缺损的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(12):33-34.
- [12] 刘玉莲, 赖育芳, 罗庆. 早期康复护理对脑梗死患者神经功能缺损及日常生活能力的影响 [J]. 护理实践与研究, 2011, 8(24):14-15.

(收稿日期:2013-01-04 修回日期:2013-04-18)

胃溃疡合并大出血的观察与临床护理

李美冰(广东省深圳市宝安区中医院 518103)

【摘要】 目的 对患有胃溃疡合并大出血患者的在治疗过程中进行护理干预的临床效果进行研究分析。**方法** 选取 70 例胃溃疡合并大出血患者病例,采用常规方法进行治疗,将其分为观察组和干预组,平均每组 35 例。在治疗期间观察组接受常规护理;干预组患者接受相应的护理干预措施。**结果** 干预组患者在止血效果、在治疗期间出现并发症的人数、住院时间和止血时间、治疗后出血症状复发率方面与观察组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对患有胃溃疡合并大出血患者的在治疗过程中进行护理干预的临床效果非常明显。

【关键词】 胃溃疡; 大出血; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)16-2193-02

由于大出血症状导致出现失血性休克是胃溃疡患者最为常见的一种严重并发症,临床对该类患者进行治疗的重视程度也在逐步提高。在对该类患者进行救治的过程中对病情进行严密观察,为其提供细致周到的护理可以使抢救成功率和治愈率显著提高^[1-2]。为探讨胃溃疡合并大出血的临床观察与护理措施,本研究选取 70 例胃溃疡合并大出血者展开分组护理,对比分析护理效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 10 月至 2011 年 10 月间本院收治的胃溃疡合并大出血临床患者病例,共 70 例,在将其分成观察组与干预组后,每组 35 例。观察组中男 22 例,女 13 例,年龄 22~81 岁,平均 53.5 岁;干预组中男 20 例,女 15 例;年龄 24~82 岁,平均 54.1 岁。以上统计的研究对象的一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。

1.2 方法 观察组采用常规护理;干预组则采用护理干预,具体措施。(1)急救:患者入院时立即对其进行局部止血、抗休克等综合治疗。(2)静脉通道:大出血症状发生后立即用套管针建立静脉通道,保证治疗过程中的液体及药物能够顺利输入,必要时可以建立多个静脉通道,在准备对患者进行输血时,应立即静脉输注质量浓度为 0.10 g/mL 的葡萄糖,不要在开始时单独进行输血、输液,由于患者在急性失血后血液会发生浓缩、血稠,此时输血并不能使微循环的缺血缺氧状态得到任何改善。(3)体位:出现大出血症状的患者应绝对保证卧床休息,采取半卧位或去枕平卧位,将患者的下肢抬高 30°左右,防止出现脑缺血缺氧现象。同时要使患者的呼吸道保持通畅,将其头偏向一侧,避免在呕血时发生窒息现象,必要时可以根据需要吸氧,活动期间要保证禁食^[3-4]。(4)饮食:在大出血期间患者必须保证绝对禁食,对少量出血没有出现呕吐症状,临床症状表现没有明显活动的患者,可以采用温凉清淡性的流食,每次的进食量应该严格控制在 300 mL 以内,间歇 2~3 h 进

食,饮食温度应该控制在 37~40 ℃之间。由于进食可以使胃的收缩功能减少,并具有中和胃酸的作用,对溃疡愈合具有促进作用,并使机体活动所需营养得到充分维持。待出血症状停止后可以改为半流质饮食,并可渐改为软食,给营养丰富且易消化食物,以高蛋白、高维生素易消化食物为宜,保证少量多餐,不食生拌菜、粗纤维含量多的食物、刺激性较强的食物和饮料。对存在少量便血症状的患者应适当给予冷牛奶、冷豆浆等碱性流质食物。(5)心理:护理人员应主动向患者说明病情的发展过程和用药治疗所能达到的效果,使患者的情绪更加稳定。同时护理人员不仅要熟练各项操作技术,还要给予患者更多的关心和鼓励,使患者能够充分感受到安全感和信赖感,从而使心理状态达到最佳^[5-6]。统计并比较两组患者的止血效果、止血与住院时间以及并发症发生率。

1.3 治疗效果评价方法 治愈:患者的临床症状完全消失,达到彻底止血目的;有效:所有临床症状表现已有很大程度的减轻,出血现象已基本得到有效控制;无效:所有临床症状表现没有变化,出血未获得有效控制,甚至加重^[7-8]。

1.4 统计学处理 研究中相关数据资料采用 SPSS17.0 统计学软件进行处理,止血时间、住院时间等观察指标采用 $\bar{x} \pm s$,针对计数资料与组间对比分别进行 t 检验和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 则表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 止血效果 观察组患者止血有效率为 77.1%;干预组患者止血有效率为 94.3%。干预组有效率较观察组高($P < 0.05$)。详见表 1。

2.2 止血和住院时间 干预组患者止血时间为(13.2±1.7)h,住院时间为(6.9±2.4)d。观察组患者止血时间(22.4±2.1)h 与住院时间(9.5±1.8)d 均较干预组长($P < 0.05$)。

2.3 并发症和复发率 干预组患者在治疗期间并发症发生率为 2.8%(1/35),发生率为 5.7%(2/35);观察组患者并发症发