

整体护理在改善代谢综合征患者能量摄取中的运用研究

李春玲(河北省张家口市宣化区眼科医院 075100)

【摘要】 目的 探讨整体护理在改善代谢综合征(MS)患者能量摄取中的运用及效果分析。**方法** 选取 2008 年 1 月至 2010 年 12 月在该院就诊的 55 例 MS 患者,在饮食、活动、情绪等方面进行整体护理。对整体护理前后患者的能量摄取情况以及活动情况、体检项目数值变化进行比较。**结果** 整体护理后患者的能量摄取合理比例明显高于护理前($P<0.01$);护理后患者活动量比护理前有明显的增加($P<0.01$);护理后患者体检情况明显好于护理前($P<0.05$)。**结论** 对 MS 患者进行针对性整体护理,能有效帮助患者能量摄取回归合理,达到科学平衡,能大大提高 MS 患者的活动量,对减缓 MS 患者病情发展及程度、提高生活质量具有重大作用,值得临床推广。

【关键词】 整体护理; 代谢综合征; 能量摄取
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.21.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)21-3078-02

最近几十年来,随着国际医学研究的不断发展,国内外学者对代谢综合征(MS)的研究也进一步深化。许多研究均表明,MS 的多种症状如肥胖、三高(血压、血糖、血脂)是引发糖尿病以及心脑血管疾病的重要高危因子,已经严重危害人类健康^[1-2]。同时,MS 发病原因与能量摄取不合理有很大的关系。对 MS 患者进行早期护理干预,改变其原来的生活形式,尤其是能量摄取回归合理是减缓病情发展、降低疾病发生的关键所在^[3]。因此,本院内科对 55 例 MS 患者进行了整体护理干预,在改善患者能量摄取、活动以及健康指标等方面效果明显,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 1 月至 2010 年 12 月在本院诊断及治疗的 MS 患者 274 例作为初选对象,均符合国际糖尿病联盟(IDF)新版 MS 的定义及诊断标准,同时还要剔除患有重大脏器性疾病的患者,对初选对象进行了本次研究目的、方法以及必要性等方面的讲解,最终有 55 例知情并自愿加入本组研究。其中,男 37 例,女 18 例;年龄 25~72 岁,平均(46.8±10.3)岁;高血压患者 19 例,高血脂 18 例,脑血管疾病 4 例,有糖尿病家族史 14 例;受教育年限 9~12 年有 29 例,≥12 年有 26 例。所选 55 例患者均生活水平较高,经济条件优越。

1.2 方法 参与整体护理干预的护理人员都经过相关专业培训并且考核均为优秀,整体护理人员对患者入选前各项体检情况进行记录并建档,对入选患者在研究过程中的情况如随访内容、体检数据及各项变动等均记录在此档案中,以便更加具体、全面的研究。整体护理内容包括:(1)护理前准备工作。采用知己健康管理 2007 版系统软件对入选患者前 1 d 的三餐、活动情况结合患者的身高体重、肥胖指数、血压等综合判断能量摄取、活动是否符合标准,以便比较整体护理前后的效果;(2)情绪护理。患者入选后,护理人员与患者要进行有效沟通,了解患者对疾病是否存在害怕、忧虑甚至是抑郁等情绪,针对患者的不同心理进行情绪护理,适当的情感支持,帮助患者建立积极向上的乐观精神;(3)饮食、活动的护理。制订饮食、活动的具体健康教育内容,并安排好时间对患者进行持续性健康教育。健康教育时可采用多种、直观的方式,如短片、图片、书籍等,内容主要包括 MS 患者的最佳食物、食物怎样合理搭配、如何计算 1 d 的三大基础能量的摄取量、怎样的活动是有效的等,让每例患者掌握饮食原则,适度运动。同时,给患者发放运动能量监测仪,并让患者熟练掌握使用方法,以便准确计算其运动情况。在健康教育的同时,护理人员每天监督、指导患者的饮食、活动,对不合理的地方予以纠正,对做得好的地方要及

时地给予表扬,并鼓励患者长期坚持;(4)院外随访。患者出院后持续随访 24 个月,前 4 个月每周随访 1 次,在 5~12 个月时每月随访 1 次,在 13~24 个月时随访频率为每 2 个月 1 次。在每次的随访中,护理人员都需测量患者的体质量、腰围、血压,询问患者饮食情况,并下载运动监测仪上活动数据,对患者上一阶段的整体控制情况进行分析,指导患者改正不合理的地方,将每次随访内容、患者情况均记录档案,为下次随访做参考。

1.3 评估指标与方法

1.3.1 血压、身高、体质量、腰围的测量 患者在整体护理前以及整体护理随访结束后进行血压、身高、体质量、血液等项目的检查。

1.3.2 每日活动量 利用患者配戴的运动监测仪及分析软件包对监测到的数值进行分析、计算。活动量包括活动的总量、有效的活动量、有效的活动时间。

1.3.3 各项体查 在患者入选时及随访结束后分别进行体质量、BMI 指数、腰围、收缩压、餐前血糖(GLU)等项目的检查。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料以率表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 整体护理前后患者每日摄取能力的合理比例比较 整体护理后患者的能量摄取合理比例明显高于护理前,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 1。

表 1 整体护理前后患者每日摄取能力的合理比例比较[n(%)]

时间	<i>n</i>	糖类物质	蛋白质	脂肪
整体护理前	55	8(14.55)	16(29.09)	4(7.27)
整体护理后	55	43(78.18)	42(76.36)	52(94.55)
χ^2		42.56	26.78	51.69
<i>P</i>		<0.01	<0.01	<0.01

表 2 整体护理干预前后患者每日活动量比较($\bar{x} \pm s$)

时间	例数	活动的总量 (kj/d)	有效的活动量 (kj/d)	有效的活动时间 (min)
整体护理前	55	670.15±108.26	197.36±30.41	52.71±8.67
整体护理后	55	1637.69±310.63	916.42±171.96	160.20±21.82
<i>t</i>		9.64	9.12	10.34
<i>P</i>		<0.01	<0.01	<0.01

2.2 整体护理前后患者每日活动量比较 护理后患者活动量

和活动时间均比护理前明显增加,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 2。

2.3 整体护理前后患者各项体检指标变化 护理后患者体检各项指标明显好于护理前,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 各项体检指标在整体护理前后的变化($\bar{x}\pm s$)				
时间	整体护理前	整体护理后	<i>t</i>	<i>P</i>
体质量(Kg)	75.41±11.59	72.15±9.68	5.12	<0.01
体质量指数(Kg/m ²)	27.05±3.06	24.13±2.81	3.48	<0.01
腰围(cm)	90.13±8.04	81.54±0.79	8.96	<0.01
体脂比率	31.58±4.52	25.29±4.62	2.59	<0.05
SP(mm Hg)	128.64±17.29	120.35±12.67	2.67	<0.05
GLU(mmol/L)	5.81±0.58	5.07±0.63	2.84	<0.05
TC(mmol/L)	2.35±0.59	2.19±0.48	2.59	<0.05
TG(mmol/L)	1.59±0.41	1.42±0.30	2.96	<0.05
HDL(mmol/L)	3.50±1.41	3.73±0.82	2.21	<0.05
LDL(mmol/L)	3.01±0.89	2.48±0.51	2.62	<0.05

3 讨 论

近几年,我国 MS 的发病率逐年提高,在中老年人群中的发病率现已达到 36.5%左右^[4]。不仅发病率快速提升,同时也表现出发病群体的年轻化,另一方面,在医学上对 MS 的治疗至今尚无明显有效的方法,因而严重危害到人们的健康及国民经济的发展,如何有效地管理、控制 MS 患者病情的发展以及高危群体的预防已经迫在眉睫^[5]。而较多的研究均显示,MS 的起病原因与人们平时不合理的生活形式、过多的能量摄取有着紧密的关系^[6]。尤其在我国,社会经济飞速发展,国民生活水平日益提高,人们的能量摄取大大提升,而同时运动量迅速下降,导致我国人们摄取的能量过剩,肥胖人数、肥胖程度快速提高,从而使 MS 高危人群越来越多,而对于 MS 患者而言,不合理的能量摄取会加速、加重病情发展,怎样让 MS 患者群体进行很好的能量控制,增加有效活动量,使能量摄取量趋

于平衡、趋于理性对控制病情至关重要。

本研究通过对 MS 患者实施整体护理,包括情绪护理、饮食活动护理、监督指导、院外持续随访等,让患者不仅在理论上提高对 MS 认知与重视,而且在行动上也积极改变原有的生活、活动形式。结果显示,整体护理后患者的三大基础能量摄取合理比例均明显高于护理前,差异有统计学意义($P<0.01$);护理后患者活动量比护理前有明显的增加,差异有统计学意义($P<0.01$);护理后患者体检情况包括体质量、血压、血糖等明显好于护理前,差异有统计学意义($P<0.05$)。这些数据均表明,对 MS 患者进行针对性整体护理,能有效帮助患者能量摄取回归合理,达到科学平衡,能大大提高 MS 患者的活动量,对减缓 MS 患者病情发展及程度,提高生活质量具有重大作用,值得临床推广。

参考文献

[1] Borch-Johnsen K, Wareham N. The rise and fall of the metabolic syndrome[J]. Diabetologia, 2010, 53(4): 597-599.

[2] 贾伟平. 对代谢综合征的探索和研究在继续[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2010, 26(9): 737-739.

[3] 张金惠, 吕阳梅, 缪艳霞, 等. 能量计算模型对代谢综合征患者的临床护理效果研究[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(1): 10-13.

[4] 宋梅芳. 某社区体检人群代谢综合征的危险因素分析[J]. 海南医学, 2011, 22(14): 126-127.

[5] 胡莉萍, 戴燕妮. 代谢综合征病人对护理延伸服务需求的调查分析[J]. 护理研究, 2010, 24(28): 2568-2569.

[6] 余艺, 傅晓英, 周昭远, 等. 脂肪肝及其腹围与代谢综合征的相关性研究[J]. 海南医学, 2011, 22(18): 13-16.

(收稿日期: 2014-03-10 修回日期: 2014-05-12)

(上接第 3061 页)

染、凝固等情况,而且还能够随时观察到是否发生了再出血情况。但需要注意合并全身多发伤的外伤性血气胸患者,在胸腔镜探查前医务人员应对病情、注意事项、手术风险等进行介绍,从而缓解患者心理压力,减少顾虑,增强治疗信心,提升治疗依从性。

综上所述,胸腔镜探查对外伤性血气胸伴全身多发伤患者进行探查,不仅可以从直观角度确定诊断及治疗,还可以减少对患者的二次创伤。

参考文献

[1] 胡志, 石峰, 岳秋. 电视腹腔镜治疗外伤性血气胸 11 例体会[J]. 临床外科杂志, 2012, 20(5): 370.

[2] 许小伟, 刘红燕, 张平. 电视胸腔镜应用于外伤性血气胸的治疗体会[J]. 中国医学创新, 2009, 6(11): 65-66.

[3] 余晓军, 姜正科, 郑武俊, 等. 电视胸腔镜与开胸手术治疗外伤性血气胸的比较[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(12): 1110-1112.

[4] 耿建军. 124 例创伤性血气胸的应急治疗[J]. 求医问药: 学术版, 2011, 9(12): 463.

[5] 徐帅, 胡瑞行, 叶和军, 等. 外伤性血气胸 62 例急救治疗体会[J]. 实用中西医结合临床, 2009, 9(6): 70-72.

[6] 李岩立, 赵立新. 探讨外伤性血气胸的首选检查和治疗的方法[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(17): 6-7.

[7] 王琦. 胸部锐器贯通伤 68 例临床诊疗分析[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(12): 947-950.

[8] 郭敏, 朗伟思, 蒋维民, 等. 改良型胸腔闭式引流术在电视胸腔镜辅助小切口治疗肺大疱中的应用[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(12): 1497-1498.

[9] 李忠望, 李洪林. 电视胸腔镜治疗胸外科疾病 282 例临床分析[J]. 中国基层医药, 2013, 20(3): 377-379.

[10] 郭满涛, 马宁强, 董志坚, 等. 多层螺旋 CT 及图像后处理技术诊断隐匿性肋骨骨折的临床应用[J]. 实用医技杂志, 2013, 20(1): 15-18.

[11] 何江, 尹钰, 张春霞, 等. 1 例麦默通手术致左侧血气胸及心包积液的急救护理[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2013, 8(1): 91-92.

(收稿日期: 2013-12-08 修回日期: 2014-06-10)