

液、静脉用药频率高、输液时间长、且多种药物使用有可能对血管产生刺激作用时,不仅减轻了患者因反复穿刺的痛苦,而且为危重患者的抢救用药赢得治疗及抢救时间,且减轻了重症监护室护士的劳动强度。这是外周静脉通路无法比拟的,临床作用巨大,因此,寻找简便有效的固定方法是护理人员提高护理质量的保证^[8]。之前采用的静脉切开术,多数需要医生来完成,而在抢救过程中,往往医生忙于处理伤口,寻找病因或与家属沟通,在时间和人员方面不能保证。即使进行周围静脉切开,此时因创伤和血液灌注严重不足周围组织水肿,静脉回流受阻,有效循环建立受限,丧失有效抢救时机,所以在这种情况下采用中心静脉插管,可直接将液体通过上腔静脉进入心脏,快速建立有效循环,恢复组织和器官功能,必要时可建立2~3条输液通路配合抢救,大大提高抢救成功率。

根据病情选择锁骨下、颈内、股静脉等大静脉穿刺,是由于考虑到置管直接接近心脏,位置恒定,管腔大,管腔壁不易塌陷,液体很快进入有效血液循环,及时使抢救药物起效及血容量不足得到补充,根据以往经验也显示效果十分显著;深静脉穿刺与普通针头比较,穿刺成功率较大;穿刺置管后固定方便、牢固,很少受烦躁时肢体不稳定等因素的影响,不影响血压等生命体征的监测,这样就有效地配合了抢救工作。

在一些复杂病情,如四肢灼伤、烧伤、烫伤等,建立外周静脉通路选择合适部位非常困难,深静脉穿刺则不存在;深静脉置管可保留较长时间,一般为2周,输液时操作及拔管均易操作;同时可以用于测定中心静脉压,尤其对心功能差或老年体弱者的失血性休克患者,测定中心静脉压了解血容量及心脏负荷情况,来指导液体的速度和入量,对医生全面了解全身情况至关重要。不至于在抢救过程中引起心力衰竭等情况发生,通过中心静脉输液抢救使患者休克改善,病情达到平稳,生命得以挽救,为病情的痊愈奠定了坚实的基础。

综上所述,急性重症胸部创伤性休克的抢救中,中心静脉

穿刺置管术在早期抢救中发挥重要作用,迅速改善有效循环,建立给药途径,中心静脉压监测,维持生命体征等方面有显著效果。

参考文献

[1] 徐昉,陈雪梅,黄桃,等.无创性正压通气治疗肺挫伤所致急性肺损伤[J].重庆医学,2005,34(3):385-386.
 [2] Cheng TT,Wang G,Zhang H,et al. Effect of ulinastatin plasma levels of TXA2/PGI2 and cytokines in traumatic hemorrhage shock in rabbits[J]. China J Mod Med,2003,13(19):1-4.
 [3] Wu SB,Lin ZW,Wu SN,et al. Clinical application of venipuncture install tube operation in low vena of clavicle[J]. China J Mod Medicine,2000,10(8):54-55.
 [4] 姜莹,周颖.ICU中心静脉导管相关性感染的预防与护理进展[J].护士进修杂志,2008,23(20):1886-1889.
 [5] 吴朝晖,胡梅,金益曼.深静脉留置期间两种不同保护膜应用的效果观察[J].中国实用护理杂志,2006,22(20):25-26.
 [6] 耿平,夏仲芳,徐敏,等.控制性肺膨胀联合肺保护性通气策略在急性呼吸窘迫综合征的临床应用研究[J].实用临床医药杂志,2007,11(9):55-58.
 [7] 宋秀琴,时兢,俞亚芬,等.创伤患者血浆降钙素原与创伤严重程度全身性感染器官衰竭及死亡率之间关系的研究[J].中国急救医学,2004,24(8):561-564.
 [8] 朱小燕,占淑美,林美英.无缝线固定中心静脉导管的护理[J].中国实用护理杂志,2005,21(13):77.

(收稿日期:2014-10-21 修回日期:2015-01-28)

护理干预应用于胃癌合并糖尿病患者围术期的临床疗效*

王艳香,王小华,董丽娟,于 洋(河北省唐山市滦县人民医院 063700)

【摘要】 目的 观察并分析在胃癌合并糖尿病患者围术期中应用护理干预的临床效果。方法 选择2012年9月至2013年2月在唐山市滦县人民医院接受治疗的42例胃癌合并糖尿病患者参与该研究。把42例患者平均分成两组,对照组患者采用常规护理模式进行护理,干预组患者采用护理干预措施进行护理。检测并记录两组患者干预护理前、后空腹血糖、血压及心率变化情况,并根据这些指标的变化,观察在胃癌合并糖尿病患者围术期中应用护理干预的临床效果。结果 护理干预后两组患者的空腹血糖状况与护理干预前相比均明显下降,且干预组患者血糖下降情况优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);同时两组患者收缩压与心率均有升高,但仅对照组患者与护理干预前差异有统计学意义($P<0.05$),且护理干预后,干预组患者收缩压和心率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。此外,干预组患者手术后首次下床时间、排气时间及拔出引流管时间和住院时间均比对照组患者短,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在胃癌合并糖尿病患者围术期应用护理干预,可有效改善患者的临床治疗效果,有利于患者身体健康恢复,值得我国医学临床深入推广和应用。

【关键词】 胃癌; 糖尿病; 护理干预; 围术期; 临床效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.09.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)09-1320-03

近年来,我国胃癌合并糖尿病患者的数量呈逐年增长趋势,且病死率也在不断增长。医学研究表明,对胃癌合并糖尿病患者围术期进行护理干预,可有效降低患者手术过程中出现

风险的概率,提高患者手术成功率,越来越受到患者和家属的重视^[1]。本文对护理干预在胃癌合并糖尿病患者围术期的临床效果进行分析,现报道如下。

* 基金项目:河北省科研获奖课题(20120381)。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 9 月至 2014 年 2 月本院收治的 42 例胃癌合并糖尿病患者参与该次研究。把 42 例患者分成两组,分别命名为干预组和对照组。对照组 21 例患者中男 12 例,女 9 例;年龄 38~69 岁,平均 42 岁;胃癌病程 3~11 月,平均 6 个月;糖尿病病程 3 个月至 15 年,平均 4.3 年。干预组 21 例患者中男 11 例,女 10 例;年龄 41~72 岁,平均 47 岁;胃癌病程 2~13 个月,平均 6.3 个月;糖尿病病程 5 个月至 16 年,平均 5.1 年。本院所选患者均在全身麻醉的情况下施行胃癌手术。两组患者入院体检结果和临床资料差异无统计学意义 ($P < 0.05$),不对本院本次护理干预结果造成影响。

1.2 护理方法 对照组患者采用常规护理模式进行护理,干预组患者采用护理干预措施进行护理干预。

1.3 评价标准 观察两组患者护理干预前、后血糖、血压及心率等指标变化情况,同时记录患者手术后首次下床时间、首次排气时间、引流拔管时间及住院时间的长短,根据这些指标的具体变化情况,观察和评价护理干预在胃癌合并糖尿病患者围术期的临床效果。

1.4 具体护理干预措施

1.4.1 手术前护理干预 (1)心理护理。由于胃癌合并糖尿病患者具有治疗时间长、治疗过程痛苦和病死率高等特点,使患者对胃癌手术失去信心,担心糖尿病会影响手术结果,不利于术后恢复,继而产生恐惧、紧张、焦虑等负面心理情绪。临床实践证明,患者情绪过度紧张,会导致患者交感神经兴奋,加强患者体内胰高血糖分泌,从而使患者体内葡萄糖合成和输出增加,最终导致患者血糖升高。如果患者血糖一直居高不下,会给胃癌手术带来一定难度,影响胃癌手术的成功率^[2]。因此,在胃癌手术前医院护理人员一定密切关注患者心理情绪变化,如果发现患者出现紧张、焦虑等心理情绪,一定要及时对患者进行心理疏导,让患者对手术结果充满信心,能够积极配合治疗,从而提高患者的临床治疗效果。(2)营养护理。糖尿病患者饮食必须适应胃癌的手术要求。通常情况下糖尿病患者的脂肪摄入量占总摄入量的 20%~30%,蛋白质摄入量占总摄入量的 12%~15%,碳水化合物占总摄入量的 50%~60%。胃癌患者由于胃部病变,长期处于食欲减退和食欲缺乏的状态,久而久之就会造成营养不良和贫血等问题,使机体对手术耐受力 and 抗感染力下降,导致胃癌手术风险增大^[3]。因此在胃癌手术前,护理人员要合理改善胃癌合并糖尿病患者的饮食结构,指导患者食用富含丰富蛋白质,高纤维素的食物,以及适量的碳水化合物,限制患者体内摄入过多的糖分,尽量做到在控制患者血糖的情况下,补充患者身体所需要的营养。胃癌患者食物应以煮、炖、煨等做法为主,切忌不可生食,不可食用煎、烤、炸及辛辣食物,有效防止刺激性食物对患者胃肠黏膜的刺激,以免引发患者胃出血,加剧患者病情。(3)血糖护理。胃癌合并糖尿病患者应在手术 1 周前停用调血糖类药物,改用胰岛素控制糖尿病病情,使用胰岛素的剂量应根据患者血糖情况进行调整,降血糖的速度不宜过快,以防止患者出现血糖低的症状,最好将患者血糖控在 7.4~9.0 mmol/L 为最佳^[4]。

1.4.2 手术中护理干预 (1)手术体位。在手术过程中,护理人员应帮助患者寻找最佳体位,确保患者体位舒适,呼吸顺畅,并利于手术部位暴露,方便医生在手术过程中的操作。手术过程中不可把患者肢体悬空放置,应使用托架作为依托。(2)皮

肤消毒。手术过程中对患者的皮肤进行消毒,不可过多使用消毒药液,从手术区域中心点开始,按环形区域涂擦并且消毒范围要超出患者手术所需面积。

1.4.3 手术后护理干预 (1)常规护理。患者手术结束后,从手术室移动到病房后,护理人员一定要确保患者病房内空气流通,保持病房内卫生,加强对患者呼吸道的护理;注意观察患者手术切口所敷药物是否干燥,按时给患者换药,加快患者手术切口愈合,降低手术切口发生感染的概率^[5]。同时每天给患者擦 1 次身体,每 2 小时帮助患者翻一次身,以防患者出现褥疮。(2)营养护理。胃癌合并糖尿病患者,在手术过程中需要消耗的能量较大,手术后对营养物质的需求就会大量增加,补充足够的营养,有利于患者身体健康恢复。患者在手术后禁食期间,可采用静脉注射补充身体所需的脂肪乳和氨基酸,需要注意的是胰岛素和葡萄糖的使用应按照合理比例给予患者注射^[6]。同时手术结束后,一定要严格监测患者血糖状况,把患者的血糖控制在正常范围内,有效杜绝潜在糖尿病并发症发生。此外,护理人员还要鼓励患者尽早下床活动,以利于患者胃肠功能恢复,确保患者对身体所需营养的有效摄入,促进患者健康恢复。

1.4.4 手术后体征监测 患者手术结束后,严密观察患者神志、意识及瞳孔的变化,同时还要 24 h 监控患者血糖、心率、血压、脉搏、呼吸及患者体温和血氧饱和度,并准确记录患者 24 h 液体出入量。

1.5 统计学处理 本研究治疗所得数据均采用 SPSS19.0 统计学软件进行统计分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 进行检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理干预前、后血糖情况 见表 1。护理干预结束后两组患者空腹血糖状况与护理干预前相比均有明显下降,干预组患者血糖下降情况明显优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);同时两组患者收缩压与心率均有明显升高,但仅对照组与护理干预前差异有统计学意义 ($P < 0.05$),且护理干预后干预组患者收缩压和心率明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组护理干预前、后血糖、血压和心率结果 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	空腹血糖 (mmol/L)	收缩压 (mm Hg)	心率 (次/分)
干预组	21	护理干预前	10.7 ± 1.4	118.2 ± 5.9	78.5 ± 4.9
		护理干预后	6.5 ± 0.7	120.6 ± 6.6	84.9 ± 8.2
对照组	21	护理干预前	10.6 ± 1.3	118.3 ± 5.6	77.1 ± 5.1
		护理干预后	9.3 ± 1.4	138.4 ± 5.9	89.3 ± 5.6

2.2 两组患者术后情况比较 见表 2。手术结束后干预组患者首次下床时间、排气时间及拔出引流管时间和住院时间均比对照组患者短,两组患者之间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者术后活动情况比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	<i>n</i>	首次下床 时间	首次排气 时间	拔出引流 管时间	住院时间
干预组	21	3.2 ± 1.2	3.1 ± 0.5	4.4 ± 0.7	16.2 ± 2.5
对照组	21	5.6 ± 1.7	6.5 ± 0.4	6.9 ± 2.5	29.2 ± 4.9

3 讨 论

胃癌是我国医学临床上最为常见的恶性肿瘤之一,在我国恶性肿瘤中居首位,胃癌患者到了晚期,疼痛感非常剧烈,病死率高,严重影响患者的生活质量。目前我国医学临床上治疗胃癌的首选方式为手术。糖尿病是我国医学临床上比较常见的内分泌系统疾病,对机体的影响比较广泛,是肿瘤外科患者最常见的伴发性疾病,严重影响肿瘤患者的临床治疗效果,是我国医学临床上的难点问题之一。

胃癌合并糖尿病患者的手术麻醉过程中及手术创伤状态下存在的应激高血糖毒性,会使患者在手术过程中所能承受的手术耐受性下降,加大手术过程中存在的风险及手术后并发症的发生率。因此对胃癌合并糖尿病患者的围术期采取护理干预措施,对于改善患者的临床治疗效果具有重要意义^[7]。

有相关研究结果显示,处于应激状态下的个体,如果没有社会的支持和良好的应付方式,会在极大程度上加大其心理损害的程度,至少可达 40%,是不处于应激状态下个体的 2 倍。同时还有其他研究结果显示,相应的负面情绪会使患者处于应激状态的时间变长,增加人体内升糖激素的分泌,减少人体内胰岛素的敏感因素,继而诱发胰岛素抵抗,导致血糖状况紊乱^[8]。

在胃癌合并糖尿病患者的围术期做好护理干预工作、血糖监测工作及营养供给工作是确保患者手术成功的重要保障。在患者的围术期,密切监测患者血糖状况,合理适量应用胰岛素,防止患者发生高血糖状况。临床实践证明,糖尿病患者的免疫力要明显低于健康人,在胃癌合并糖尿病患者的围术期,应要求患者谨遵医嘱服药,合理使用抗菌药物等药物,加强对护理干预各个环节的严格规范,将护理干预中可能出现的风险率降到最低。

本研究结果显示,护理干预后两组患者空腹血糖状况与护理干预前相比均有明显下降,且干预组患者血糖下降情况优于

对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);同时两组患者收缩压与心率均有升高,但仅对照组与护理干预前差异有统计学意义($P < 0.05$),且护理干预后,干预组患者收缩压和心率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

本研究结果表明,在胃癌合并糖尿病患者围术期采取护理干预措施,是患者安全度过围术期的重要保障,值得我国临床医学深入应用和广泛推广。

参考文献

- [1] 汪素文. 控制血糖护理在老年胃癌合并糖尿病患者围术期中的应用及效果分析[J]. 中国医药导报, 2012, 9(13): 155-156.
- [2] 杨伟华. 护理干预在胃癌合并糖尿病患者围术期中的应用[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(25): 38-40.
- [3] 徐凤. 生活方式护理干预用于 2 型糖尿病患者的临床效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(32): 123-124.
- [4] 张跃进, 米惠茹, 张炜冉, 等. 护理干预应用于糖尿病患者普外科手术围术期的效果观察[J]. 河北医药, 2014, 49(17): 2705-2706.
- [5] 谭爱民. 胃癌合并糖尿病患者围术期的饮食调护[J]. 实用临床医学, 2011, 12(2): 117-118.
- [6] 杨安平. 妇科肿瘤合并糖尿病患者围术期护理的临床分析[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(2): 162-163.
- [7] 周艳玲, 卿伯华, 邓玉琴. 老年性结肠癌合并糖尿病患者围术期的特点与护理干预[J]. 中国医药指南, 2013, 11(8): 39-40.
- [8] 侯社荣. 护理干预用于急性阑尾炎患者围术期的临床效果观察[J]. 辽宁医学杂志, 2014, 26(4): 234-235.

(收稿日期: 2014-11-05 修回日期: 2015-01-10)

特殊患者专用病员服在神经内科偏瘫患者中的应用

黄 琴, 蔡玉梅(江苏省海门市人民医院十五病区 226100)

【摘要】 目的 探讨特殊患者专用病员服在神经内科偏瘫患者中的使用效果。方法 选取 50 例脑血管意外偏瘫患者, 分成试验组和对照组各 25 例, 其中试验组使用特殊患者专用病员服, 对照组使用普通病员服, 比较 2 套病员服穿脱方便程度及患者和护理人员对其满意度。结果 较传统病员服, 患者、家属及护理人员均认为特殊患者专用病员服使用方便、满意度高。结论 特殊患者专用病员服值得临床推广应用。

【关键词】 病员服; 脑血管意外; 偏瘫

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.09.060 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)09-1322-02

近年来脑血管意外发生率呈逐年升高趋势, 脑出血、脑梗死后半身不遂、长期卧床患者增多, 此类患者更换衣服不便、费时费力^[1-2]。因此部分患者卧床期间全身赤裸以便护理, 从而使患者的自我形象得不到保障, 自尊心受到打击^[3-4]。2012 年本科室针对此类患者设计了一款特殊患者专用病员服(专利号: 201220233999.0)并应用于神经内科偏瘫患者, 收到了良好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 7 月 1 日至 2013 年 12 月 31 日本科室收治的脑血管意外患者 50 例, 分成试验组和对照组各 25

例, 其中男 26 例, 女 24 例, 年龄 34~87 岁, 脑出血 30 例, 脑梗死 20 例。全部患者均无意识障碍, 两组间偏瘫部位、四肢肌力差异均无统计学意义($P > 0.05$)(表 1)。

表 1 两组患者肢体偏瘫与肌力比较

组别	肢体偏瘫		上肢肌力				下肢肌力			
	左侧	右侧	0 级	I 级	II 级	III 级	0 级	I 级	II 级	III 级
试验组	12	13	11	2	5	7	7	2	5	11
对照组	12	13	12	1	4	8	7	1	5	12