



探讨临床护理干预在老年糖尿病并发急性脑梗死病人中的应用

李晓燕

(安徽医科大学第四附属医院神经内科 安徽合肥 230000)

摘要:目的: 探讨临床护理干预在老年糖尿病并发急性脑梗死病人中的应用。方法: 回顾性分析我院 2014 年 1 月至 2016 年 6 月神经内科老年糖尿病并发急性脑梗死患者 105 例的临床护理资料。结果: 本组 105 例患者中, 患者基本康复 85 例, 生活能自理; 存在偏身感觉障碍 18 例; 并发重症肺炎死亡 2 例。结论: 有针对性、系统的护理计划可减少或避免老年糖尿病并发急性脑梗死患者并发症的发生, 促进患者早日康复, 提高生活质量。

关键词:老年; 糖尿病; 脑梗死; 护理

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 03-281-02

脑梗死是糖尿病患者的主要血管并发症之一。患者由于脑循环障碍而处于意识障碍和瘫痪状态, 生活不能自理, 恢复时间长, 如处理不及时会造成病情恶化甚至危及患者的生命。本文回顾性分析我院 2014 年 1 月至 2016 年 6 月神经内科老年糖尿病并发急性脑梗死患者 105 例的临床护理资料, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 105 例均符合糖尿病及脑梗死诊断标准, 并经 CT 或 MRI 确诊为急性脑梗死。其中男 63 例, 女 42 例; 年龄 65~84 岁, 合并高血压 72 例, 合并冠心病 75 例, 血脂异常 80 例。主要临床表现: 突发不同程度的头痛、头晕、恶心呕吐、一侧肢体瘫痪, 偏身感觉障碍, 66 例瘫痪肢体中肌力 0 级 7 例、I 级 11 例、II 级 14 例、III 级 10 例、IV 级 24 例。105 例患者均采取了控制血糖、控制血压、改善脑代谢和微循环等常规对症支持治疗。

1.2 护理

(1) 一般护理: ①预防呼吸道感染: 糖尿病并发脑梗死患者易并发感染, 特别是呼吸道感染和泌尿系感染, 其中呼吸道感染以坠积性肺炎为常见。因此在日常护理中, 需定时给病人翻身拍背, 可每 1-2h 翻身拍背, 教会患者有效咳嗽的方法, 促进痰液排出。②预防泌尿系感染: 由于尿糖刺激、昏迷或糖尿病神经源性膀胱, 极易引起泌尿系感染。特别是反复导尿或留置导尿易引起泌尿系上行感染, 因此, 导尿时要严格无菌操作, 留置导尿管需要定期更换尿管, 做好尿管护理, 除了做好会阴抹洗, 还应观察尿液的颜色、量、性状, 必要时遵医嘱予以呋喃西林膀胱冲洗。③其他: 卧床病人应用气垫床, 帮助其翻身及维持功能体位, 保持床褥整洁干燥。另外, 做好患者的口腔护理工作, 注意口腔黏膜变化, 根据 pH 值选用护理液和漱口液。需要皮下注射胰岛素患者更换部位, 避免长期注射同一部位。

(2) 病情监测: 密切观察患者生命体征, 意识与精神状态, 每 1-2h 观察瞳孔大小及对光反射是否正常, 呼吸节律和频率的变化, 如有意识障碍加重、头痛和呕吐等症状提示有梗死面积增大、出血或脑疝的可能。使用胰岛素或降糖药治疗时, 应防止低血糖的发生, 如患者出现心悸、皮肤苍白、出汗等症状, 则应立即通知医生并协助处理, 同时注意监测血糖及尿常规中酮体的变化, 注意呼吸气味的辨别, 防止酮症酸中毒的发生。血压的稳定与否, 直接影响糖尿病的愈合及糖尿病合并脑梗死患者并发症的出现, 因此监测血压意义重大。

(3) 饮食护理: ①吞咽功能评估: 为降低患者由于进食呛咳导致的误吸、气管、支气管炎及肺部感染等并发症, 需要早期做好吞咽功

能的评估。在患者入院病情稍稳定后和拔除胃管前, 进行吞水试验测试, 根据不同分级的吞咽障碍: 可进食者, 开始阶段选择流质或半流质等密度均匀、易于吞咽的食物。吞咽功能改善后, 可逐渐转变为易咀嚼的粥状食物, 最后逐渐过渡到正常食物的形状。不可进食者, 留置胃管进行营养补充。②合理饮食: 在保障营养支持的基础上, 合理控制血糖水平。合理的饮食关键在于控制总热量, 根据患者的活动及病情消耗, 按每日每公斤体重量所需热量配制, 并适量增加蛋白质的摄入。糖尿病多伴有动脉粥样硬化, 尽量减少或避免高胆固醇食物的摄入。由于活动限制, 常伴有便秘的发生, 应增加膳食纤维的摄入, 不仅可以软化大便, 增加饱腹感, 更可以使葡萄糖吸收减慢, 降低餐后血糖, 改善糖耐量和减少降糖药的用量, 并且对降低血脂有一定作用。

(4) 康复锻炼护理: 老年糖尿病并发脑梗死患者必须注重早期康复锻炼, 在病情稍稳定时由专业理疗师根据个体制定循序渐进的康复训练计划, 尽可能的减少合并症。患者未能下床活动时, 可定时按摩及被动屈伸瘫痪肢体。患者可下床活动时, 在指导患者功能康复训练, 并根据不同时期制定个体化康复护理计划, 训练的重点: ①教育并训练不同卧位、坐位、立位的良肢位摆放; ②指导患者正确的翻身方法, 可使用 Bobath 握手法, 利用健侧肢体带动患侧肢体进行左右翻身; ③加强桥式运动 (双桥运动、单桥运动、动态桥式运动) 的训练, 为站立步行作准备; ④加强从卧位到坐位、坐位平衡、坐位到站位、站位平衡的训练锻炼; ⑤着重于精细动作和协调性, 灵巧性的训练, 改善手功能和改善步态的训练, 上下楼梯训练。

(5) 用药护理: 患者由于需要同时做好营养神经、改善微循环、控压、降糖、调脂、抗凝、促进脑细胞代谢、防治脑水肿、维持水电解质平衡的管理, 涉及药物的种类过多, 因此准确开展用药护理至关重要。特别是针对降糖药物管理, 口服药物必须明确服用时间和方法, 并确保服药到口; 速效胰岛素需要在注射后 15min 内进餐, 短效胰岛素需要在注射后半小时内进餐, 避免引起血糖升高或低血糖反应。对于使用抗凝药物的患者, 需预防出血并发症的发生, 密切观察患者皮肤黏膜、凝血功能, 血小板等情况。对于使用脱水药物的患者, 须做好颅内压、心肾功能及水电解质的观察。

(6) 心理护理: 患者在出现偏瘫、失语、肢体活动度下降的一系列机体改变, 在面对这一应激时, 往往会产生负面的心理, 不仅会影响治疗效果, 更使后期康复锻炼的难以顺利开展。因此, 要充分评估并关注到患者心理状况, 建立良好的护患关系, 耐心倾听患者的内心

(下转第 285 页)



组别	例数	入院到确诊时间 (h)	确诊到治疗时间 (h)	致残率[n(%)]	致死率[n(%)]
观察组	30	0.33±0.08	1.06±0.13	2 (6.7)	0 (0)
对照组	30	0.94±0.12	1.14±0.22	8 (26.7)	4 (13.3)
x 2		23.17	1.72	4.32	4.28
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

急性卒中是一种致残率、致死率高的疾病,随着社会的不断进步,由于人们的饮食等生活习惯导致急性卒中中的潜在威胁,值得高度重视。而加强以及规范化护理路径是对急性卒中患者的生活质量的提高[3]。护理路径的规范在于从急救前的准备到急救后手术前的准备均做到细致的护理,更好的服务患者,提高护理质量,从而提高急救成功率,对患者术后康复也有利,缩短术后康复时间[4, 5]。通过本文所研究的 60 名急性卒中患者给予规范化护理路径,在院前急救、院内急救以及术前急救的过程中进行规范化护理,大大降低了患者的致残率与致死率。

综上所述,护理路径的规范化对于急性卒中患者的抢救有着明显的临床治疗效果,能够有效缩短从入院到确诊的时间,从而降低残废患者或者死亡患者的发生率。

参考文献:

- [1] 秦永红,付守芝,陈萍. 121 例急性脑卒中患者的急救护理分析[J]. 吉林医学, 2011, 32(18): 3789.
- [2] 李素红. 36 例急性脑卒中的院前急救及护理[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(12): F4.
- [3] 张宏宇, 华静, 杨雪芬, 等. 基于流程控制急诊溶栓时间窗对急性缺血性脑卒中患者的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2017, 33(17): 1346-1348.
- [4] 李红菊, 沈亚莉, 刘志娟. 急救护理路径在老年急性脑卒中患者院前急救中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(18): 4-6.
- [5] 李桂香, 王运良, 闫波, 等. 急性缺血性脑卒中患者早期急救护理[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(15): 94-95.

(上接第 281 页)

想法,发现患者感兴趣的事物,个体化护理。对于活动障碍患者,应多鼓励,举行病友交流会,提高患者面对压力的应对能力,增强恢复功能活动的信心。同时,做好家属的教育工作,鼓励家属一起参与到治疗、康复锻炼中。

(7) 健康教育: ①戒烟的重要性: 吸烟是 2 型糖尿病合并脑梗死的危险因素之一。吸烟不仅可以促进血中低密度脂蛋白氧化,参与动脉粥样硬化形成。因此,需要加强吸烟危害性的宣教,与家属共同努力鼓励患者戒烟,同时也不应当忽视被动吸烟的危害,做好患者及家属的健康教育,为患者创建一个良好的生活环境。②随访宣教: 老年糖尿病患者发生脑梗死对机体是一次很大的创伤,体内应激水平增高,易代谢紊乱,尽管患者出院时,机体恢复到一定的稳定内环境,但是仍需加强患者出院后血压、血脂、血糖水平的监测。指导患者做好居家血糖、血压监测,出院后 2 周、1 月、3 月、半年、1 年复查,重点评估服药依从性及后续康复锻炼的效果,从而提高患者治愈率和病后的生存质量,降低病死率。

2 结果

本组 105 例糖尿病合并脑梗死患者中治愈 12 例,明显好转 73 例,患者基本康复,生活能自理,占 81.0%; 18 例存在偏身感觉障碍; 2 例并发重症肺炎死亡。

3 讨论

糖尿病易引起高血糖、脂肪、蛋白质代谢紊乱,在高血糖状态下,血液黏稠度增高,血流缓慢,不仅可引起内皮细胞损伤,使血小板在此黏附聚集,易形成血栓;而且同时血管壁通透性增加,促使脂质沉

积在血管壁上,还常伴有脂代谢紊乱,侵入动脉壁引起平滑肌细胞增生,后者与来自血液的单核细胞吞噬大量脂质成为泡沫细胞,刺激纤维组织增生。因此,血糖持续增高,伴高血脂、高血黏度可以促进动脉粥样硬化的发生、发展,从而易发生血栓形成,是脑动脉硬化血管病的主要危险因素之一。

糖尿病患者脑梗死的发生率为非糖尿病患者的 3-4 倍,多发生于血糖控制不佳,糖尿病史长的中老年患者,其病后症状重,病情复杂,对于护理人员来说,护理任务重、难度大、要求高。因此,对于老年糖尿病并发脑梗死患者除需要早期有效控制血糖浓度,配合脑梗死药物治疗外,同时康复护理要尽早开始,要注意改善患者的生活质量,注意合理控制饮食,积极控制并发症,这样才能有利于临床疗效的提高。

本研究显示针对患者的具体病情,有效地制定有针对性的、系统的护理计划,从住院开始至出院后随访,可减少或减轻并发症的发生,促进患者早日康复,提高老年糖尿病并发脑梗死患者的生活质量。

参考文献:

- [1] 张娟. 急性脑卒中患者吞咽障碍康复护理[J]. 医疗装备, 2015, 28(11): 170.
- [2] 楼巍敏, 邢欢, 林坚. 饮食干预结合吞咽训练对脑卒中吞咽障碍患者康复的对照研究[J]. 护理与康复, 2016, 12(5): 413.
- [3] 罗坚, 梁德贞, 梁琴. 脑梗死偏瘫患者康复护理进展[J]. 护士进修杂志, 2015, 31(02): 125.
- [4] 杜伟, 庞长河, 薛亚科. 大面积脑梗死治疗指南(2015)解读[J]. 中华神经医学杂志, 2015, 15(1): 2.