经验交流

文章编号:1000-5404(2013)13-1432-02

妇科疾病合并糖尿病预防低血糖体会

莫莉萍,刘学军,施谊萍 (200092 上海,上海交通大学医学院附属新华医院妇科)

[关键词] 糖尿病;低血糖;护理
[中图法分类号] R473.71 [文献标志码] B

世界卫生组织指出,糖尿病已成为全球性的公共卫生问题[1]。而我国目前糖尿病患病率已达到9.7%[2]。近年来,我科合并糖尿病患者的数量明显增多。而反复、严重的低血糖作为常见的临床事件,其护理特点正受到越来越多的重视。本研究回顾总结了近3年我院妇科疾病合并糖尿病患者发生低血糖事件的护理体会,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

纳入2010年1月至2013年1月期间至我院妇科住院合并糖尿病患者216例。糖尿病诊断标准依据1999年WHO糖尿病诊断标准。排除标准包括:①入院前1个月内使用影响糖代谢的药物;②肝、肾功能障碍及其他影响糖代谢的疾病;③入院前3个月内患有可能引起应激性高血糖疾病的患者。本试验经医院伦理委员会批准,所有研究对象自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 生化检查 血糖用葡萄糖氧化酶法测定。指端毛细血管血糖检测采用美国Life scan公司Surestep血糖仪。

1.2.2 研究设计 本研究为描述性研究,主要分析:①患者分型诊断;②入院后患者降糖治疗方案;③入院后患者发生低血糖事件的次数、程度和时间。低血糖事件定义为:即刻血糖<3.9 mmol/L,并伴有明显的低血糖症状,轻者如冷汗、眩晕、心悸、手抖等,重者包括定向障碍、四肢抽搐、呼之不应甚至昏迷;④发生低血糖事件的原因及处理方案。

2 结果

2.1 临床资料分析

在216例糖尿病患者中,有65例患者共发生82次低血糖事件。患者均为女性,年龄(62±10)岁,糖尿病病程中位数为9年。入院诊断如下:子宫肌瘤24例,子宫内膜癌15例,卵巢癌9例,外阴癌2例,卵巢良性肿瘤15例。其中,1型糖尿病8例(暴发性1型糖尿病1例),2型糖尿病57例(成人迟发自身免疫糖尿病6例)。65例患者中,19例为口服降糖药联合胰岛素治疗,38例为胰岛素治疗,8例为口服降糖药治疗。低血糖事件主要发生在围手术期(43次),夜间(14次)、空腹(10次)和其他时间(15次)。

[通信作者] 莫莉萍,E-mail:zhuye57@sina.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130618.1547.002.html(2013-06-18)

2.2 低血糖事件发生原因及处理方法

发生低血糖事件的主要原因包括:①对患者分型诊断认识不足;②围手术期血糖监测不规范;③护理人员对胰岛素的剂型、起效时间、达峰时间认识不足或错误地把注射笔芯当做瓶装注射用胰岛素抽取等。

低血糖事件的理方法包括:及时与医师报告,即刻检测指端血糖,轻度低血糖事件者立即予果汁、含糖饮料等进食,观察低血糖症状有否缓解。无缓解者或重度低血糖症患者立即推注25%葡萄糖液20~40 mL,必要时10%葡萄糖注射液静滴,并密切监测患者血糖。

3 讨论

妇科疾病合并糖尿病患者多为老年女性,体内胰高血糖素和肾上腺素对于低血糖不能充足的反应性分泌,易发生严重的、持续时间长的低血糖事件,总结主要的护理要点和体会如下。

3.1 防治低血糖的护理要点及体会

3.1.1 正确认识患者的糖尿病分型诊断 糖尿病分型诊断与胰岛素使用剂量、剂型密切相关。本研究发生低血糖事件的患者中,1例为暴发性1型糖尿病,6例为成人迟发自身免疫糖尿病。暴发性1型糖尿病患者因使用胰岛素剂量大[3],护理难度高,故需加强血糖监测的频次。而迟发自身免疫糖尿病患者在疾病初发时注射胰岛素剂量往往较少,因此,了解特殊类型糖尿病胰岛素治疗的特点对于防治低血糖事件相当重要。

3.1.2 加强围手术期血糖监测 围手术期的血糖控制目标为:择期手术前空腹血糖控制目标介于7~10 mmol/L,急诊手术时随机血糖<14 mmol/L[4]。本研究发现低血糖事件最多见于围手术期。术前患者禁食和肠道准备期间、术中麻醉期间均易发严重、持续的低血糖事件。此外,对于年龄大、病情重、进食困难、手术时间长的老年患者,诊疗期间尤其需要加强血糖监测。

3.1.3 认识胰岛素注射的剂型剂量 本研究发现,发生低血糖事件的患者主要为胰岛素使用患者。首先,护理人员每次皮下注射胰岛素之前必须认真核对胰岛素药名、剂型、剂量及使用方法,不可睡前错把短效胰岛素当成中效胰岛素注射。其次,护理人员需理解胰岛素笔芯的浓度与瓶装胰岛素浓度并不相等,不可将前者当做瓶装胰岛素抽取相同单位,造成实际给量过大导致患者低血糖发生。最后,在注射胰岛素后,需询问并观察患者有无冷汗、心悸等情况,同时加强指端血糖监测。

3.1.4 加强糖尿病患者一般护理 老年妇科疾病合并糖尿病患者常伴有周围血管病变及周围神经病变,易发生感染,因此术后需加强翻身拍背、雾化吸引、加强吸痰等措施以防止褥疮及肺部感染等。

3.1.5 心理护理与健康宣教 医护人员因积极与患者进行交流,对于合并糖尿病的患者应告知低血糖症的表现与处理原

则。在与患者积极沟通交流的同时早期发现患者焦虑、抑郁情绪,并给予基本的心理辅导,必要时寻求专业帮助。

3.2 局限性

本研究的糖尿病患者均在入院后行3餐前后,晚9点指端毛细血管血糖监测,但仍可能发生夜间低血糖或未检测到的无症状性低血糖,未来可进一步行动态血糖监测以全面了解患者血糖谱。

综上所述,防治糖尿病低血糖事件已成为妇科常见的护理要点之一,在临床实践中需要根据患者的一般情况、糖尿病并发症以及手术或化疗方案进行个体化治疗与护理,对于特殊类型糖尿病、或者年龄大、糖尿病病程长、手术难度大等临床情况复杂的患者尤其注意使用胰岛素及口服降糖药过程中预防低血糖事件。因此,妇科专科的医护人员必须接受糖尿病相关领域的知识培训,并积极向患者宣教,从而更好地预防低血糖,达到血糖控制的目标,最终保证围手术期及化疗期间的诊疗安全。

参考文献:

[1] Beaglehole R, Bonita R, Horton R, *et al*. Priority actions for the non-communicable disease crisis[J]. Lancet, 2011, 377(9775): 1438-1447.

[2] Yang W, Lu J, Weng J, *et al*. Prevalence of diabetes among men and women in China[J]. N Engl J Med, 2010, 362(12): 1090-1101.

[3] 陈海冰, 包玉倩, 周健, 等. 暴发性1型糖尿病合并心跳骤停抢救成功一例[J]. 上海医学, 2009, 32(2): 172-173.

[4] 王彤, 肖新华. 糖尿病患者围手术期的血糖管理[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2010, 26(6): 527-528.

(**收稿**:2013-05-21;**修回**:2013-05-29)

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2013)13-1433-02

经验交流

复合式小梁切除术治疗原发性慢性闭角型青光眼的临床效果

敬 峥,李洪涛,陈燕芯 (835000 新疆 伊宁,解放军第11医院五官科)

[**关键词**] 复合式小梁切除术;原发性慢性闭角型青光眼;临床效果

[**中图法分类号**] R775.205 [**文献标志码**] B

原发性慢性闭角型青光眼(chronic primary angle closure glaucoma,CPACG)致盲率较高。临床上主要采取手术治疗的方法,传统小梁切除术的弊端越来越凸显,而复合式小梁切除术具有手术效果好,并发症少,在临床中的应用越来越广泛[1]。本研究选取2010年2月至2012年2月间于我院接受诊断和治疗的原发性慢性闭角型青光眼患者76例,观察复合式小梁切除术治疗CPACG的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2010年2月至2012年2月间于我院眼科接受诊断和治疗的原发性慢性闭角型青光眼患者76例,分为观察组与对照组,每组38例。纳入标准:所有患者符合原发性慢性闭角型青光眼的诊断标准[2],周边前房浅,虹膜隆起不明显,存在不同程度的粘连,房角狭窄,视盘凹陷,伴有明显的视野缩小。观察组有男性26例,女性12例,年龄33~72(52.1±3.3)岁,眼压32~65(46.5±3.8)mmHg,其中单眼28例,双眼10例。对照组有男性24例,女性14例,年龄32~74(54.3±3.6)岁,眼压31~63(45.8±3.6)mmHg,其中单眼30例,双眼8例。排除标准:排除严重的心肾不全以及肝功能障碍的情况,无其他手术禁忌证。所有患者自愿配合治疗并签署知情同意书,经本院伦理委员会备案同意。2组患者性别、年龄、眼压等情况经χ^2检验以及t检验比较显示结果无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组患者给予传统小梁切除术手术治疗,观察组患者给予复合式小梁切除术手术治疗。

传统小梁切除术:患者给予表面麻醉以及结膜下浸润麻醉。上直肌做缝线牵引固定,以穹窿部为基底做结膜瓣,暴露巩膜,1点处以角膜缘为基底做3 mm×4 mm的1/2厚度的梯形巩膜瓣,于透明角膜缘进行前房穿刺操作,释放少量的房水,切除巩膜瓣下小梁组织1 mm×2.5 mm,虹膜根切约1.5 mm,必要时可注入平衡液重建前房,缝合巩膜瓣和结膜。球结膜下注入地塞米松0.5 mL,结膜囊内涂入复方妥布霉素眼膏,包扎,结束手术操作。患者术后给予滴眼液以及抗生素抗感染治疗。

复合式小梁切除术:观察组患者的麻醉方法与对照组相同,采用与传统小梁切除术相同的方法建立结膜瓣与巩膜瓣,于患者巩膜瓣下放置丝裂霉素(0.2 mg/mL,2 min),然后使用生理盐水冲洗干净。进行前房穿刺操作,放出少量房水,切除巩膜瓣下小梁组织1 mm×2.5 mm,虹膜根切约1.5 mm,缝合巩膜瓣的两侧后缘,并穿出结膜瓣预留结线,缝合结膜瓣,将预留的结线系成可调留置于结膜囊内,术后根据房水渗漏情况可予以调节。必要时可注入平衡液重建前房,余步骤同对照组。

1.3 观察指标

2组患者术后随访6个月,观察比较2组患者视力恢复情况。观察记录2组患者术后眼压控制情况、浅前房发生情况以及术后6个月时滤过泡情况。浅前房按照Spaeth方法进行分类[3],根据患者浅前房的深度,分为Ⅰ、Ⅱ度和Ⅲ度,其中Ⅰ度为轻度浅前房,Ⅱ度为裂隙状浅前房,Ⅲ度为无前房。滤过泡

[**通信作者**] 敬 峥,E-mail:mxjzsm@163.com

[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130428.0820.010.html(2013-04-28)