维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2008年第17卷第1期
J Regional Anat & Operative Surg,2008,Vol.17,No.1

应激性高血糖对综合ICU危重病人预后的影响

The effect of stress hyperglycemia to prognosis of heavy patients in ICU

刘金凤[1],许丽华[2] (1.桦川县人民医院急诊科,黑龙江 桦川 154300;2.佳木斯市中心医院ICU,黑龙江 佳木斯 154300)

[关键词] 应激性高血糖;危重症;预后
[中图分类号] R825.8 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0033-02

ICU危重病人应激性高血糖,同时伴有与应激相关的胰岛素抵抗,在过去的研究中曾认为中度的血糖升高是可以接受的现象[1],但越来越多的证据表明这种急性一过性的高血糖可产生很多有害的病理生理效应,现就我院139例危重病人ICU应激性高血糖临床分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择2003年5月至2007年5月在我院重症监护病房的危重患者139例,急性生理学和慢性健康状况评估(APACHE)评分为13~21分,诊断分别为颅脑外伤、急性心功能不全、复合伤、多脏器功能衰竭及急性呼吸窘迫综合征。

1.2 方法

将2003年至2005年的允许性高血糖的64个病人作为A组,2005年至2007年的胰岛素干预治疗的75个病人作为B组,两组病人的营养支持为等热量、等氮量,热量:氮=150:1;同时记录两组病人入我科后每天的空腹血糖及胰岛素干预组病人的每8 h血糖值、肺感染的发生率、ICU平均住院日与死亡率;肺感染以细菌培养阳性为准。统计学处理:数据用$\bar{x}\pm s$表示,采用SPSS 12.0软件处理。

2 结果

一般资料比较:两组患者年龄、性别、既往糖尿病史及APACHE评分的比较均无统计学差异;A组患者平均年龄为39.5岁;B组患者平均年龄为41.3岁,两组患者的一般状况具有可比性。平均住院日:A组(25±4.5)d,B组(19±3.4)d。死亡率:A组42%,B组25%。两组患者空腹血糖、肺感染性率比较见表1。

表1 两组患者空腹血糖、肺感染发生率、ICU平均住院日及死亡率的比较($\bar{x}\pm s$)

时相	A组		B组	
	空腹血糖(mmol/L)	肺感染发生率(%)	空腹血糖(mmol/L)	肺感染发生率(%)
第1天	13.2±4.5	3	14.7±3.9	4
第5天	10.9±4.3	11	8.3±1.7*	7*
第10天	13.5±2.8	45	6.8±1.4#	12#

*:与A组比较,$P<0.05$;#:与A组比较,$P<0.01$

3 讨论

应激性高血糖包括有糖尿病史的病人出现高血糖状态和无糖尿病史的病人在应激状态下出现的高血糖。世界卫生组织将空腹血糖浓度范围定在6.1~7.0 mmol/L和餐后为8.1~11.1 mmol/L,超越此上限者为糖尿病性高血糖。无糖尿病史者入院后随机测定两次以上,其空腹血糖大于或等于6.9 mmol/L或随机血糖大于或等于11.1 mmol/L,既可诊断为应激性高血糖[1]。应激性高血糖的发生主要与神经激素调节异常、神经内分泌的改变(下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴即HPA轴的强烈兴奋)、细胞因子的大量释放以及胰岛素抵抗有关。因此危重疾病应激时,反向调解激素(胰高血糖素、儿茶酚胺、皮质醇和生长素)分泌增多,胰岛素分泌减少与胰岛素抵抗共同作用促使了应激性高血糖的发生。高血糖的危害表现为:①导致高渗性利尿,影响血容量,并可造成电解质及酸碱平衡紊乱;②免疫力下降,易合并伤口及全身感染;③影响脑缺血缺氧后局部或全脑功能的恢复[2]。在ICU中应激性高血糖的发生率为50%,其危害性极大,本组资料总的病死率高达33%,死因主要为多器官功能衰竭,说明了应激性高血糖的严重危害性。有作者[3]认为控制应激性高血糖,患者免疫功能相应改善可降低感染所致的多器官功能障碍。本文胰岛素干预组血糖达到良好控制水平,其感染率、多器官功能不全发生率及病死率均明显低于允许性高血糖组,证实了良好的血糖控制与患者预后的关系。

作者对于应激性高血糖的治疗经验是持续静脉注射胰岛素,而不用口服降糖药。首先积极根治原发病和严格控制外源性葡萄糖的输入,经上述处理后血糖仍持续升高者,应进行外源性胰岛素治疗:①严格控制。将血糖控制在4.4~6.0 mmol/L。②常规控制。预防低血糖、酮症酸中毒及高渗状态的发生,将血糖控制在9.9~11.1 mmol/L。③静脉输入胰岛素的初始剂量与病人的病情和血糖水平有关。一般情况下,血糖每升高2 mmol/L胰岛素输入量应增加1 U/h,但一般小于0.1 U/(kg·h),待血糖达到理想水平时,胰岛素的维持用量为1~2 U/h。

应激性高血糖在危重病人中非常常见,特别是在早期。抗调节激素和细胞因子的大量分泌以及胰岛素抵抗是产生高血

[收稿日期] 2007-09-20 [修回日期] 2007-12-06

维普资讯 http://www.cqvip.com

糖的主要原因。因此,强化胰岛素治疗方案,控制血糖,可以减少高血糖所致的并发症,促进疾病的恢复,改善疾病的预后。

[参考文献]

[1] McCowen KC, Malhotra A, Bistrian BR. Stress-induced hyperglycemia [J]. Crit Care Clin, 2001, 17(1):107-124.

[2] Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, et al. Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes[J]. J Clin Endocrinol Metab,2002,87(3):978-982.

[3] Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, et al. Intensive insulin therapy in the critically ill patients[J]. N Engl J Med,2001,345(19):1359-1367.

(编辑:朱志立)

78例胃肠减压失败原因分析与护理对策

Analysis and nursing of gastrointestinal decompression faied in 78 cases

岳东峻 (鞍山钢铁集团公司立山医院普通外科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 胃肠减压;消化道疾病;护理
[中图分类号] R825.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0034-01

胃肠减压是消化道疾病治疗中所采用的一种措施,有效的胃肠减压不仅能降低胃肠道内的压力,减轻腹胀和腹痛,而且还可以促进肠蠕动早期排气排便,保证消化道疾病的治疗质量。作者将2004年至2006年我院普外科326例实施胃肠减压中78例失败者的资料进行回顾性分析,结合文献学习将护理对策报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组326例实施胃肠减压,78例未成功,其中男性42例,女性36例,年龄14~82岁。所患疾病:胃及十二指肠穿孔9例,肠梗阻15例,胆石症16例,结直肠肿瘤26例,肝脾肠外伤8例,嵌顿疝4例。

1.2 方法

采用国产14~16号一次性硅胶管,外接负压吸引器,近端自鼻腔送入胃内,下入长度根据病人身材及胃管刻度而定。将听诊器放在病人腹部胃区(上腹部),另取20 mL注射器将气体从胃管注入,如能听到注气声,表示胃管下端已达到胃腔内。此外用注射器或负压吸引器抽吸胃管,能抽出胃液也表示胃管已在胃内。

2 结果

本组326例病人中,因各种原因致胃肠减压失败78例,占23.9%。78例中因患者自行拔除胃管7例,占9.0%;改换体位或下床活动不慎胃管自行脱落18例,占23.1%;胃管刚置入就不能引流出胃内容物19例,占24.5%;另有胃管选择不当13例,占16.7%;外接负压吸引器不当所致9例,占11.5%;因进食食物堵塞胃管孔6例,占7.7%;在胃肠减压中途由于胃内胃液少出现引流不畅6例,占7.7%。

3 讨论

胃肠减压失败原因主要有:①心理护理和操作前解释不够。病人心理紧张致使喉头食管收缩不能配合操作,胃管在口腔打折或盘曲,使胃管有效长度不够,不能保证胃管前端在胃内,故胃内容物不能有效的引出。②胃管置入过深至幽门部或十二指肠内。③胃肠减压管堵塞。④负压吸引装置漏气。

下管前护士要耐心细致地做好解释,说明胃肠减压的重要性,下胃管过程中还要正确指导患者的行为配合方法,如呼吸形式、吞咽形式、肌肉放松方式指导等。其次根据病人年龄、身材、高矮及发病前进食情况,选择合适的胃管,下管前管壁涂好石腊油,保持润滑易进,作者经临床观察和研究测量发现,要使胃管侧孔完全达到胃内,起到良好的减压效果,插管深度必须在55 cm以上,但置管主要还应根据患者个体差异来掌握插管深度。固定胃管时采用胶布长度要充分,先将胶布在胃管上缠绕两周,再用纱布擦干患者鼻梁上的汗渍,将胶布牢固固定于鼻梁上,不易脱落。为防止和减少胃肠减压管堵塞,护士应经常巡视病人,如发现胃管出现堵塞,可从胃管内注入少量生理盐水,反复多次稀释地抽吸,排除不畅,值得注意的是胃管内不能注入过多的空气。

因胃管在鼻腔内会引起疼痛或不适感,除妥善固定外,当患者坐起或翻身时应注意保持管道与身体同步,防止管道牵拉、扭曲,刺激加重疼痛。插入胃管一定注意不要超过幽门,否则达不到胃内减压效果,而过多排出肠液会影响患者消化功能。另外,操作时动作要轻柔,熟练准确,避免引起咽喉粘膜损伤、水肿及出血,防止咽喉刺激而引起反射性呕吐及食管刺激诱发心律失常等心脏并发症的发生。

(编辑:张天飞)

[收稿日期] 2007-10-24 [修回日期] 2007-11-20