维普资讯 http://www.cqvip.com

及腰部伸动作,以及突然的下蹲动作,以免引起J管移位、脱出和血尿[2-3]。

随着人们生活水平的提高,上尿路结石的发病率呈明显上升趋势,而上尿路结石的发生与人们不良的生活习惯和饮食与营养的搭配不合理有着密切的关系。通过向病人及家属宣传科学的预防疾病的知识,改变其不良的生活习惯和饮食习惯从而减少结石发生和复发。

[参考文献]

[1] 张 坤.留置双J管病人的观察与护理[J].国际医药卫生导报,2007,13(22):94-95.
[2] 韩健美,符少萍.双J管在上尿路手术中应用的护理[J].海南医学院学报,2003,9(1):50-51.
[3] 秦迎春.上尿路手术应用双J导管的观察与护理[J].黑龙江医药科学,2004,27(4):53.

(编辑:周小林)

糖尿病患者的护理体会

王如英 (盐城市盐都区大冈中心卫生院,江苏 盐城 224043)

[关键词] 糖尿病;护理;体会
[中图分类号] R587.1;R248.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0292-02

糖尿病是一种慢性、非传染性的终生性代谢疾病,近年来,其发病率呈上升趋势。如何预防或延缓并发症的发生与发展,广大医务工作者进行了许多的探索[1-3]。我们对2004年至2007年我院收治的116例糖尿病患者的病情、护患沟通及出院后的健康随访指导等情况进行了调查,结果发现良好的护患沟通及出院后的健康随访指导能让糖尿病患者加强自我管理水平,从而能有效地预防或延缓并发症的发生与发展,现报告如下。

1 临床资料

本组糖尿病患者116例,其中男68例,女48例。年龄21~74岁,平均年龄53.8岁。胰岛素依赖型21例,非胰岛素依赖型95例。

2 护理指导

2.1 饮食指导

饮食治疗是糖尿病治疗的基础。先要让患者明白饮食治疗的重要型,要告诉患者如果不控制饮食,再好的药都无济于事。饮食治疗的主要原则是控制每日总热量,保持体重在正常范围内。主食以粗制米、面、杂粮为主,忌食动物脂肪。少食动物内脏、蛋黄等高胆固醇的食物,禁酒和高糖食物,多食新鲜蔬菜,适量进食水果,但要避免香蕉、荔枝等含糖高的水果,并宜在两餐之间吃,口渴也要喝茶水或温开水。

2.2 运动指导

运动是糖尿病治疗的重要组成部分。适当的运动可促使肌肉等对葡萄糖的利用,利于降低血糖和血脂,减轻体重。一般以有氧运动为主,如散步、慢跑、太极拳、游泳等,通常以运动时不出现心悸、气促和/或在运动后无明显肌肉酸胀、疲劳为宜。运动宜餐后1 h左右进行,每天锻炼30 min左右。运动要持之以恒,若间断3~4 d以上,效果将减弱。外出运动时随身应携带一些食品如饼干、糖果等,并佩带糖尿病卡,告之是糖尿病患者及联系方式等,运动时要穿舒适合脚的鞋,不要赤脚行走,也不要穿拖鞋、凉鞋。注意足部的护理,防止皮肤损伤,锻炼前适当饮水,运动后的血糖变化要进行科学的评估。

2.3 正确使用胰岛素

正确保存胰岛素。未开启的胰岛素置于4~8 ℃的环境中,有效期为两年;已启用胰岛素存放于4~28 ℃常温下,有效期为28 d。使用前,要仔细阅读说明,分清短效,长效;使用剂量要精确,使用的时间要准确,根据医嘱一定要分清是餐前30 min皮下注射,还是进餐时皮下肌注。自我注射胰岛素还需注意注射部位的选择与交替。一般选择肩峰下2~3指处,膝关节上方大腿外侧10 cm。每次注射胰岛素均须更换针头,不可用消毒液直接消毒针头。

2.4 监测血糖

教会患者简单的血糖、尿糖测试法。让患者明白血糖监测对于了解治疗效果与及时调整药物非常重要。有条件的可使用便携式快速血糖检测仪进行家庭自我监测。低血糖反应是糖尿病治疗常见的并发症,常见于胰岛素用量过大、未及时进食、运动量大而饮食未增加等情况。要教会病人及其家属识别低血糖反应,熟知其症状及自救方法,对易发生低血糖的患者,可在两正餐之间加一餐,外出应随身备带糖果数颗或饼干数块,并记录低血糖发生的时间及次数,与用药、进餐或运动的关系,症状感觉等,便于及时联系医生调整治疗方案。

糖尿病患者开始都有不同程度的紧张,恐惧。首先要告诉病人糖尿病是一种可治、可防的疾病,打消其顾虑,树立并加强其治疗信心。血糖处于平稳状态,是预防和延缓并发症发生发展的重要因素,向患者说明各种并发症的严重性,从而使患者更加积极主动地进行自我管理,配合治疗。

[参考文献]

[1] 李明子.糖尿病患者的护理与管理[J].护士进修杂志,2008,23

[收稿日期] 2008-05-05 [修回日期] 2008-06-06

维普资讯 http://www.cqvip.com

(1):5-6.
[2] 郑焱玲,蔡红卫,张利容.对糖尿病患者实施心理护理的体会[J].局解手术学杂志,2008,17(3):204.
[3] 张素珍,孙录青,赵 萍.糖尿病患者不良心态分析及心理护理探讨[J].实用护理杂志,2000,16(8):46-47.

(编辑:兰阳军)

中西医结合治疗淤胆型肝炎40例临床分析

杨东发 (城固县人民医院中医科,陕西 城固 723200)

[关键词] 淤胆型肝炎;中西医结合;治疗
[中图分类号] R512.62;R730.59 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0293-01

淤胆型肝炎是病毒性肝炎以肝内胆汁淤积为主要表现的一种特殊类型肝病,其病程长,黄疸迁延不退,治疗难度较大。西医运用肾上腺皮质激素、苯巴比妥等治疗效果肯定,但由于剂量大、疗程长,容易产生各种严重毒副作用[1]。2002年4月至2006年1月笔者采用中西医结合治疗淤胆型肝炎40例,副作用小、疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者40例,其中男27例,女13例;6~18岁7例,19~25岁12例,36~56岁17例,57岁以上4例。全部病例均符合2000年第十次全国病毒性肝炎学术会修订的诊断标准。

1.2 辅助检查

总胆红素20~70 mol/L有15例,72~130 mol/L的20例,132 mol/L以上的5例。转氨酶450 U以下的30例,450 U以上的10例。酶联检查:HBV阳性18例。B超提示:肝内出现弥漫性炎性改变的12例,胆囊继发性改变15例,脾大4例,腹腔积液6例。

1.3 方法

全部病例采用中西药结合治疗。中药清热解毒,化痰通络,利湿退苔,基本方药:茵陈、土茯苓各30 g,五味子25 g,虎杖、公关、板兰根、连台各15 g,大黄、陈皮粒各10 g;加减:肝区隐痛、舌红苔黄厚者加元胡、川楝子各15 g;纳差、呕恶、胸闷、舌苔厚腻者加半夏15 g,竹茹10 g;黄疸持久难退者多为肝血瘀阻,可加大赤芍量为40~60 g;便秘者加桃仁10 g。每日1剂,水煎服。以1个月为1个疗程,治疗过程中每日观察患者临床症状:皮肤黄染、尿黄、乏力、恶心、纳差、腹部不适等,每半月检查1次肝功能。西药保肝(如肌苷、肝安、门冬氨酸钾镁、维生素C、维生素B、肝泰乐、甘利欣)、退黄、降酶、对症支持治疗。

2 结果

参照病毒性肝炎修订诊断标准,痊愈即症状体征消失,肝功酶联二次检查正常,HBSAg转阴,其中治疗6周痊愈者14例,9周治愈者16例,14周治愈者7例。主征消失,HBSAg弱阳3例。

3 讨论

淤胆型肝炎是病毒性肝炎以肝内胆汁淤积为主要表现的一种特殊类型。其发生由于肝细胞胆汁分泌器的损伤,引起肝细胞胆汁分泌和排泄功能发生一系列障碍,从而导致胆汁淤积,同时伴有肝脏微循环障碍。其治疗应采取综合措施,加强利胆,改善肝脏微循环,降低血清总胆红素,缩短黄疸期,尤其是缩短高胆红素血症期,是减少并发症和改善预后的关键[2-4]。

中医认为急性病毒性肝炎病机为湿热之邪从口而入。直犯中熊、蕴结脾胃、侵入肝胆,导致人体脾气围阻、肝敢郁结。金元医家刘段间指出:"治湿之法,不利小便,非其治也"。说明对湿热病的治疗大法在于化湿利湿,故笔者遵从前贤教训,以"自拟汤"为基础,重用茯苓参以砂仁、半下、陈皮,治疗急性病毒性肝炎,本方重在利湿、清热健脾。湿热得去脾气自健,脾健旺,则肝气自舒,故肝病自愈,与《内经》"治病必求基本"思想完全相吻。现代医学研究证实:茵陈具有促进胆红素与葡萄糖醛酯结合成分,能促进实验大鼠胆汁分泌;生大黄能促进胆汁分泌,疏通胆小管及微细胆小管内胆汁淤积,减轻肝细胞变性坏死,降低奥狄氏扩约肌张力,增加肠蠕动,并排出毒素。配合保肝、护肝西药,中西医结合,相互协同,故疗效显著。

[参考文献]

[1] 魏广艺,李克玉.中西医结合治疗淤胆型肝炎26例临床观察[J].国医论坛,2002,17(5):39.
[2] 包守斌,任学军.中西医结合治疗病毒性肝炎高胆红素血症24例[J].现代中西医结合杂志,2004,13(21):2831-2832.
[3] 高丽华.茵陈赤丹退黄汤治疗淤胆型肝炎60例疗效观察[J].中国中医急症,2008,17(3):311.
[4] 苑成伟.甘利欣联合苦参碱治疗慢性乙型肝炎32例[J].局解手术学杂志,2005,14(6):370.

(编辑:周小林)

[收稿日期] 2008-04-24 [修回日期] 2008-06-01