

血糖控制在ICU重症护理中的临床意义

赵婷婷 周素娟^{通讯作者}

重庆市公共卫生医疗救治中心, 中国·重庆 40000

【摘要】目的: 分析研究在ICU重症护理中强化血糖控制的临床效果和价值。方法: 从我院2020年7月倒2021年7月ICU重症患者中, 选取64例作为本次研究的对象, 随机抽选32例给予常规护理方式, 视为参考组, 另外32例在常规护理的基础上强化血糖控制的管理, 视为研究组。然后对比两组患者的相关临床指标, 包括干预前后的血糖水平变化情况、预后的状况、系统功能评分、住院时间、发生感染和死亡的情况。结果: 经过干预, 两组患者的血糖水平都有所降低, 但是差距也呈现拉大趋势, 具体来看, 研究组患者的血糖水平(5.73±0.05)mmol/L明显低于参考组患者的(7.28±1.03)mmol/L; 从预后的总体有效率来看, 研究组患者的数据为96.88%(31/32), 明显高于参考组患者81.25%(26/32); 研究组患者的APACHE(急性生理和慢性健康)评分、SOFA(平均序贯气管衰竭)评分为(13.15±3.04)、(7.37±1.02), 均小于参考组患者的(19.57±5.01)、(16.39±4.51), 且住院时间(11.16±0.61)短于参考组患者; 研究组患者发生感染的几率6.23%(2/32)与死亡的占比0.00%(0/32)均低于参考组患者的15.63%(5/32)、3.13%(1/32); 统一维度对比下, 组间的数据间统计学差异显著, p<0.05。结论: 在ICU重症护理中, 除了进行常规化的护理, 强化血糖控制的管理, 能够有效控制患者的血糖水平, 改善患者的机体功能, 降低感染和死亡的发生风险, 实现有效的预后效果, 缩短患者的住院时间, 临床效果和价值表现十分突出, 值得广泛推广和应用。

【关键词】ICU; 临床; 资料和方法

引言

ICU(重症监护室), 顾名思义是为危急重症患者提供专业治疗和护理的地方, 过程中, 患者随时都会发生生理机能的突变, 而这些突变大部分都会以血糖升高这一生化指标表现出来, 如果患者血糖升至过高状态, 会给患者的机体造成一些严重的损害, 甚至威胁生命安全。因此, 换句话说, 想要保障ICU重症患者的机体功能和生命安全, 在护理过程中, 必须对患者进行严格的血糖控制。基于此, 本文从我院2020年7月倒2021年7月ICU重症患者中, 选取64例作为本次研究的对象, 分析研究在ICU重症护理中强化血糖控制的临床效果和价值。

1 资料和方法

1.1 一般资料

从我院2020年7月倒2021年7月ICU重症患者中, 选取64例作为本次研究的对象, 随机抽选32例给予常规护理方式, 视为参考组, 另外32例在常规护理的基础上强化血糖控制的管理^[1], 视为研究组。收集、整理、归类这些患者的相关临床资料发现, 两组患者在性别、年龄等一般资料方面, 组间数据间没有显著的统计学差异, p>0.05, 下一步的研究具有可行性和参考价值, 具体如下表1所示。纳入标准: 所有的患者均为ICU重症患者; 意识清醒, 自愿配合研究的患者; 患者均为成年人; 临床资料完整的患者。排除标准: 预估生命存续时间不足10天的患者; 意识模糊或者没有意识的患者; 中途转院的患者^[2]。

表1 两组患者的一般临床资料情况对比

组别	例数	年龄(岁)		性别	
		区间	区间	男性	女性
对照组	32	26-79	43.28±3.91	17	15
研究组	32	25-80	43.31±3.73	16	16
p	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

参考组: 常规护理方式。第一, 责任护士对于ICU患者的临床资料进行仔细研读, 根据主治医师的治疗意见、患者具体的病情发展以及生命体征的信息, 对患者的具体情况加以掌握评估, 制定专项护理计划。第二, 心理护理。对于ICU患者来说, 因为其病情的严重性, 患者面临巨大的心理压力, 难以接收这种现象, 因此负面情绪较高。所以, 责任护士要首先制定方案疏导患者的

不良心理, 给与他们安慰, 平复他们的情绪, 做好心理基础, 从而提高患者的护理依从性。第三, 管道管理。ICU患者难免需要各种插管治疗和拔管操作, 科学的管道管理能够减少意外脱落、堵塞情况的发生, 有效辅助治疗效果, 降低并发症的发生几率, 提高患者的舒适性。第四, 气道管理。ICU患者因为行动受限, 难以正常呼吸, 因此责任护士必须做好患者的气道管理, 为患者进行吸痰或者叩背, 保持呼吸通畅。第五, 生活护理。ICU患者长期保持在卧床的状态下, 受压部位的压疮和皮疹发生率就会大大增加, 因此责任护士要辅助患者定期进行题为更换, 保持病床及患者自身的卫生^[3]。

研究组: 常规护理方式的基础上强化血糖控制。常规护理的方式和内容与参考组患者一样, 强化血糖控制的具体操作为: 第一, 对患者是否存在糖尿病家族史和个人史的基础上, 对患者的血糖情况进行一个基本了解, 记录备注, 列出后续护理需要注意的事项。第二, 严格监测ICU患者的血糖水平, 定期进行视察记录, 血糖值在11.1mmol/L以上, 即为高血糖, 如果在2.8mmol/L以下, 则为低血糖。第三, 针对不同水平的血糖值进行对症护理。空腹情况下, 如果患者的血糖在6.1mmol/L及其以上, 就需要皮下注射胰岛素控糖; 如果血糖水平多地, 则需要通过注射或者引用葡萄糖的方式来控糖。通过不同方式的控糖, 确保患者的血糖水平控制在4.1-6.1mmol/L这一正常范围之内^[4]。

1.3 观察指标

(1) 在护理干预前后, 监测并记录两组患者的血糖水平, 正常的血糖值应该保持在4.1-6.1mmol/L之间。

(2) 统计两组患者的预后情况, 如果症状得到了有效的改善, 且病情趋于稳定状态, 血糖水平在正常范围内, 则为显效; 如果症状有所改善, 患者的各项生命体征稳定, 但是还需要进一步监测, 则为有效; 如果患者的症状没有改善, 则为无效^[5]。

(3) 统计两组患者的APACHE(急性生理和慢性健康)评分(满分30分, 分值与患者的机体恢复情况成反比)、SOFA(平均序贯气管衰竭)评分(满分20分, 分值与患者的预后恢复情况成反比)。

(4) 统计两组患者发生感染和死亡的例数。

1.4 统计学方法

收集本次研究的相关指标数据, 使用SPSS20.0对开展开统计

分析, 计量数据运用t检验, 计数数据运用 χ^2 检验, 以 $p < 0.05$ 作为差异具有统计学意义的判断标准^[6]。

2 结果

2.1 干预前后, 两组患者的血糖水平情况对比

干预之前, 参考组和研究组患者的血糖水平分别为(7.47 ± 1.16) mmol/L、(7.39 ± 1.25) mmol/L, 统计学差异不明显, $p > 0.05$ 。经过干预, 两组患者的血糖水平都有所降低, 但是差距也呈现拉大趋势, 具体来看, 研究组患者的血糖水平(5.73 ± 0.05) mmol/L明显低于参考组患者的(7.28 ± 1.03) mmol/L, 统计学差异显著, $p < 0.05$, 具体如下表2。

表2 干预前后, 两组患者的血糖水平情况对比

组别	例数	干预前 (mmol/L)	干预后 (mmol/L)
参考组	32	7.47 ± 1.16	7.28 ± 1.03
研究组	32	7.39 ± 1.25	5.73 ± 0.05
t		17.371	17.328
p		>0.05	<0.05

2.2 两组患者的预后情况对比

经过护理, 参考组患者预后显效的例数为10例(31.25%), 明显低于研究组患者的18例(56.25%), 且无效的例数为6例(18.75%), 高于研究组患者的1例(3.12%)。从预后的总体有效率来看^[7], 研究组患者的数据为96.88%(31/32), 明显高于参考组患者81.25%(26/32), 统计学差异显著, $p < 0.05$, 具体如下表3。

表3 两组患者的预后情况对比

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
参考组	32	10 (31.25%)	16 (50.00%)	6 (18.75%)	26 (81.25%)
研究组	32	18 (56.25%)	13 (40.63%)	1 (3.12%)	31 (96.88%)
χ^2		-	-	-	9.173
p		-	-	-	<0.05

2.3 两组患者的系统功能评分以及住院时间情况对比

不同护理方式下, 研究组患者的APACHE(急性生理和慢性健康)评分、SOFA(平均序贯气管衰竭)评分为(13.15 ± 3.04)、(7.37 ± 1.02), 均小于参考组患者的(19.57 ± 5.01)、(16.39 ± 4.51), 且住院时间(11.16 ± 0.61)短于参考组患者的(14.64 ± 0.53), 统计学差异显著, $p < 0.05$, 具体如下表4。

表4 两组患者的系统功能评分以及住院时间情况对比

组别	例数	APACHE	SOFA	住院时间 (d)
参考组	32	19.57 ± 5.01	16.39 ± 4.51	14.64 ± 0.53
研究组	32	13.15 ± 3.04	7.37 ± 1.02	11.16 ± 0.61
t		12.638	10.137	11.285
p		<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组患者发生感染和死亡的情况对比

不同护理方式下, 研究组患者发生感染的几率6.23%(2/32)与死亡的占比0.00%(0/32)均低于参考组患者的15.63%(5/32)、3.13%(1/32), 统计学差异显著, $p < 0.05$, 具体如下表5。

表5 两组患者发生感染和死亡的情况对比

组别	例数	感染	死亡
参考组	32	5 (15.63%)	1 (3.13%)
研究组	32	2 (6.23%)	0 (0.00%)
χ^2		9.315	8.427
p		<0.05	<0.05

3 讨论

ICU重症病房区别于一般的普通病房, 需要专业、有针对性、严密的护理监视, 以便能够推进患者尽快稳定病情, 保障其生命安全。ICU患者的病情状况十分危急, 且病情变化难以预测, 血糖呈现出明显的波动状态, 难以维持稳定性, 如果不加以控制, 就会直接影响到患者的预后, 增加其发生感染的风险, 对机体功能带来一些不可逆的损害, 严重的话还会威胁患者的生命安全。因此, 对ICU患者的护理中, 除了常规性的护理内容外, 强化血糖控制十分必要。血糖控制, 就是采集患者的指尖血进行血糖水平的检测, 以检测结果为依据进行胰岛素注射或葡萄糖注射的针对性护理, 来控制患者的血糖恢复到一个正常的水平^[8]。

收集并整理本次研究的相关临床指标数据发现, 强化血糖控制管理的参考组患者的血糖水平要优于只进行常规护理内容的参考组患者, 且预后的有效率高于参考组患者。在APACHE(急性生理和慢性健康)以及SOFA(平均序贯气管衰竭)这两方面的系统功能评分均低于参考组的患者, 住院时间短于参考组的患者, 发生感染和死亡的几率也小于参考组的患者。同一维度对比下, 组间的数据间统计学差异显著, $p < 0.05$ 。

综上所述, 对于ICU重症监护室的患者来说, 在给予他们护理服务的过程中, 要将常规护理和血糖控制管理有效结合, 通过改善患者的血糖水平来提高其预后效果, 帮助患者更快稳定病情, 促进其机体功能的改善和恢复, 提高治疗效果, 保障患者的健康和生命安全。

参考文献:

- [1]陈娟. 血糖控制在ICU重症护理中的临床意义分析[J]. 糖尿病天地·教育(上旬), 2020, 017(001):P.162.
- [2]赵改艳, 仵利娟. 血糖控制在ICU重症护理中的临床意义[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(17): P.2.
- [3]贺育英, 李增成, 黄冬雪. 研究血糖控制在ICU重症护理过程中的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(24): P.2.
- [4]吕江燕. 血糖控制在ICU重症护理中的意义[J]. 当代医药论丛, 2013, 11(002): P.122-123.
- [5]杨秀兰. 血糖控制在ICU重症护理中的临床观察分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018(91): P.2.
- [6]尚晋. 血糖控制在ICU重症护理中的意义[J]. 实用糖尿病杂志, 2017, 13(4): P.2.
- [7]赵传静. 探讨血糖控制在ICU重症护理中的意义[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016(46): P.1.
- [8]朱丹丹. 血糖控制在ICU重症护理中的临床意义分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(12): P.1.