

观察时间护理路径对并发糖尿病的精神分裂症患者的护理效果

孙艳玲

锡盟安神医院 内蒙古锡林浩特 026021

摘要:目的:分析时间护理路径对并发糖尿病的精神分裂症患者的护理效果。方法:选取本院收治的70例精神分裂症并发糖尿病患者,均在本院2022年1月-2023年10月的住院患者中筛选。以随机抽签分组,各35例。对照组,对患者开展常规护理;观察组,开展对照组基础之上的时间护理路径干预。评估干预效果。结果:观察组干预后血糖水平低于对照组($P<0.05$);观察组干预后NORS评分低于对照组($P<0.05$);观察组干预后ADL评分高于对照组($P<0.05$);观察组糖尿病不良风险事件发生率低于对照组($P<0.05$)。结论:对精神分裂症并糖尿病患者开展时间护理路径,有助于控制患者的糖尿病病情及精神分裂症病情,可提升患者生活自理能力,降低糖尿病不良风险事件发生风险。

关键词:精神分裂症;糖尿病;时间护理路径

糖尿病是一类严重危害人类健康的慢性病,目前,中国已经是仅次于印度的第二大糖尿病国家,目前有5000多万人罹患糖尿病,而且呈不断增加的趋势^[1]。许多研究表明,患有精神分裂症的患者,相比普通人群更容易患上糖尿病。近年来,伴随着非典型抗精神病药的大量使用,继发糖尿病的精神分裂症患者数量呈高发趋势^[2]。由于糖尿病和精神分裂症都是终身慢性病,而患者往往病情持续时间长,易反复发作,部分患者还会出现全身功能下降情况。这两种病一旦合并发生,控制难度将进一步加大。在合理使用精神病药物的前提下,对精神分裂症合并糖尿病患者进行饮食、运动、药物治疗、指导患者自我血糖监控和健康宣教等方面的干预是非常必要的^[3]。时间护理路径是一种根据预定的时间顺序,将制定好的护理措施进行实施的干预手段,可使诊疗和护理工作有条不紊地进行,能够降低护理遗漏,缩短患者住院时间,提升护理质量^[4]。本次研究针对患有糖尿病的精神分裂症的患者,开展时间护理路径干预,效果显著。现报道如下。

一、资料与方法

(一)一般资料

选取本院收治的70例精神分裂症并发糖尿病患者,均在本院2022年1月-2023年10月的住院患者中筛选。以随机抽签分组,各35例。对照组,男女比20:15,年龄44-69岁,平均(58.6 ± 4.8)岁;糖尿病病程2-8年,平均(4.4 ± 1.3)岁;观察组,男女比19:16,年龄45-67岁,平均(59.3 ± 5.4)岁;糖尿病病程2-7年,平

均(4.6 ± 1.1)岁。研究经医院伦理委员会批准。分组资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。

(二)纳入标准

①均符合中国精神疾病分类方案对精神分裂症的诊断标准;②符合世界卫生组织对糖尿病诊断标准;③患者及家属知情同意。

(三)排除标准

①合并其他严重器质性疾病者;②合并其他精神疾病者;③文盲或者有听力、视力及语言表达障碍者。

(四)方法

对照组:采用常规护理干预。遵医嘱,指导患者使用抗精神病药物及降糖药物治疗,开展健康教育,定期查房,进行饮食、运动等指导;观察患者异常情况,做好安全防护,为患者提供良好的住院环境。

观察组:联合时间护理路径干预。(1)饮食护理:糖尿病患者缺乏胰岛素,如果不严格地进行饮食管理,会引起慢性高血糖,加重其并发症,进而损伤胰岛的正常机能。在对日常卡路里摄入严格限制下,注重对饮食的干预。①饮食时间:医院的营养餐厅一般实行三餐制,每天三餐能量摄取比例分别1/5, 2/5, 2/5,这符合胰岛素分泌规律和一天中能量的消耗特点。自带饮食的则分成4份,即:1/7, 2/7和2/7, 2/7,减少餐后的血糖波动,保护胰岛功能。②用餐时长:用餐时应尽量延长,并鼓励充分咀嚼。人的肠胃和脑部之间的讯息传送大约需要20分钟,减慢吃东西的速率不仅可以降低肠胃的负荷,而且可以在不改变食物总摄入量的前提下,降低

饥饿的感觉。③用餐顺序：先吃主食再吃副食，先吃大块、高纤维、低热量的蔬菜和菌菇类，待大脑发出吃饱的信号时，再吃米饭、肉类和汤，可以降低血糖升高的速率。(2)病情监护。接受了加强疗法和胰岛素疗法后状态不稳的患者，分别在3餐前、餐后2小时和睡觉前做7点法血糖检测；对于有血糖倾向的患者，应在清晨3点进行血糖监控。保证各每天的血糖动态对比，把握血糖变化规律，及时调整用药。同时，对其并发症，也要区别不同时期，进行重点观察。由于人的生理规律，下午16-20:00为体温最高阶段，所以对于有感染症状的患者，最好在此时测量体温；但对于饮食不良，胰岛素增长过快的患者，则需在晚上进行观察。这是由于夜晚是胰岛素发挥作用的高峰期，低血糖多在此时发生。此时监测血糖，可避免患者睡眠状态时出现低血糖昏迷。(3)健康教育。针对心理状态差且对健康教育的认知不高的患者，将健康教育分为两个阶段进行。前期的健康教育主要是针对精神分裂症的，重点是提高患者对心理疾病、住院措施和治疗依从性的了解，并在此基础上增加饮食控制和低血糖症状识别等内容；后期（通常在入院2周后），患者精神症状得到良好控制后，应着重于糖尿病基础知识、各种综合干预措施和慢性病的自我管理等方面的健康教育。将健康教育贯穿整个过程，让患者明确自我管理的重要性。(4)运动护理。使患者明确有氧锻炼可以提高胰岛素的敏感度，不仅可以帮助控制高血糖，还可以降低肥胖、高血脂和高血压等危险因素，对精神分裂症患者的治疗效果更加明显。运动的时间定在饭后1小时，每次30-60min，3-5次/周，帮助患者减轻体重，改善胰岛素敏感性。

(五) 观察指标

1.在干预前及干预1个月、干预3个月，进行下述指标评估：

(1) 评估患者血糖控制情况

对患者进行空腹血糖(FPG)及餐后2h血糖(2hPBG)检测；

(2) 评估患者精神分裂症控制情况

采取精神护理观察评分量表(Mental Care Observation Score, NORS)评估，评分0-120分，评分与患者的精神状态呈正比；

(3) 评估患者的生活自理能力

采取日常生活质量能力评分量表(Activity of Daily Living Scale, ADL)评估，评分0-100分，分数与指标呈正比。

2.统计糖尿病风险事件

主要有低血糖、低血糖昏迷、酮症酸中毒，高渗性昏迷。

(六) 统计学分析

以SPSS 22.0软件对比数据。 $(\bar{x} \pm s)$ 为计量方式，检验值为t；n(%)为计数方式，以 χ^2 检验。P<0.05，对比有统计学差异。

二、结果

(一) 血糖控制情况对比

干预前，两组血糖水平差异不显著(P>0.05)；干预后，观察组FPG及2hPBG水平低于对照组(P<0.05)。见表1。

表1 血糖控制情况对比($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	FPG		2hPBG	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	35	9.2 ± 3.2	6.5 ± 0.8	13.6 ± 4.2	7.5 ± 1.3
对照组	35	9.3 ± 2.8	8.1 ± 1.6	13.8 ± 3.8	9.7 ± 1.5
t		0.139	5.292	0.209	6.557
P		0.890	0.000	0.835	0.000

(二) 精神分裂症控制情况对比

干预前，两组患者精神分裂症表现无统计学差异(P>0.05)；干预1个月、3个月，观察组NORS评分均低于对照组(P<0.05)。见表2。

表2 精神分裂症控制情况对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	NORS评分		
		干预前	干预1个月	干预3个月
观察组	35	54.2 ± 10.2	45.7 ± 8.4	40.0 ± 6.8
对照组	35	53.8 ± 9.5	50.1 ± 8.9	48.0 ± 7.7
t		0.170	2.127	4.607
P		0.866	0.037	0.000

(三) 生活自理能力对比

干预前，两组患者生活自理能力无统计学差异(P>0.05)；干预1个月、3个月，观察组ADL评分均高于对照组(P<0.05)。见表3。

表3 生活自理能力对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	ADL评分		
		干预前	干预1个月	干预3个月
观察组	35	45.1 ± 3.8	60.5 ± 4.6	74.8 ± 5.5
对照组	35	44.8 ± 4.2	50.7 ± 3.7	59.2 ± 5.6
t		0.313	9.821	11.758
P		0.755	0.000	0.000

(四) 糖尿病风险事件对比

观察组糖尿病风险事件发生率相比对照组更低(P<0.05)。见表4。

表4 糖尿病风险事件对比[n(%)]

组别	例数	低血糖	低血糖昏迷	酮症酸中毒	高渗性昏迷	总发生
观察组	35	1	0	0	0	1(3.9)
对照组	35	3	1	1	1	6(17.1)
X ²						3.968
P						0.046

三、讨论

精神分裂症并糖尿病患者，生活自理能力差，情绪波动大，在疾病控制过程中，存在很大的难题。其原因在于：(1) 护理对象原因：精神分裂症患者往往存在人格障碍，精神病理表现、文化水平低下、家庭条件差等都会对其造成不利的影[5]。以精神分裂症患者的饮食行为来说，容易出现暴饮暴食和偷吃的行为。另外，还可能由于被幻觉、妄想等心理症状所控制，导致食欲减退，食欲减退；也有两种特征交替出现的情况，从而提高了患者发生高血糖和低血糖的危险；(2) 护理人员原因：有38%的非内分泌科护士对糖尿病专科的护理知识了解不够充分，大部分的精神科护士缺乏内分泌科的工作经验；(3) 客观原因，糖尿病的发生和发展具有一定的特异性，与精神分裂症之间存在交互作用，给医护人员带来更大的不确定性。如果患者正在服用抗精神分裂药，尤其是二代抗精神分裂药，会导致高血糖[6]。再比如，在精神分裂早期比较普遍的激动和不安，会导致患者体力消耗过大，从而引起低血糖；如果患者在初期出现了轻微的精神变化，也可能会有烦躁不安的症状，这就增加了观察难度[7]。

针对这一特点，本研究将时间护理路径运用于精神科患者的日常护理中。以“因病施护”为中心的传统护理方法，以“面”为重点，制定“横轴”的护理工作内容；以时间为中心的“因时施护”，以“点”为重点，以“时间”为纵轴[8]。将两种方法相结合，力求做到“点面结合”，“纵横交错”，在实际工作中取得良好的疗效。

时间护理路径在精神分裂症并糖尿病患者中收到良好的疗效，(1) 对糖尿病患者实施定时护理，其原理与人体内分泌系统、降糖药物的作用具有很强的节律性和时间性，这些都是时间护理路径的实施基础[9]。(2) 实施时间护理路径符合精神病学特征，克服了以往护理工作中的经验化、形式化和主观化不足，提出了具体的护理任务，提高了护理程序的操作性，特别适合非内分泌专科的护理人员。(3) 实行时间护理路径，使护理观察和处理变消极为积极，在精神分裂症患者中更有针对性。

在此基础上，使护理人员从被动变为主动，从而避免了延误病情观察，判断错误情况发生；(4) 时间护理路径强调护理观察和实施的关[10]。实行时间护理路径，可以提高护理工作的效率，做到“有的放矢”，达到事半功倍的目的。

综上，对伴有糖尿病的精神分裂症患者实施时间护理路径，提高了疾病控制效果，改善了患者自理能力，提高了其安全性。

参考文献

- [1] 陈灿, 刘羽茜, 王婷, 施杨. 基于计划行为理论的干预策略对男性精神分裂症合并糖尿病患者血糖自我管理能力的影[10]. 江苏卫生事业管理, 2023, 34(12): 1751-1754+1763.
- [2] 任晓霞. 循证护理对糖尿病合并精神分裂症患者的心理健康状况的作用研究[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24(18): 1-5.
- [3] 林玲, 张毅, 何美. 基于复元理念的个体化干预对精神分裂症合并糖尿病患者的护理研究[J]. 中华全科医学, 2023, 21(11): 1972-1976.
- [4] 陈惠萍, 邹金周. 基于时效激励理论的延续性护理对精神分裂症合并2型糖尿病患者预后的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2023, 9(10): 115-117.
- [5] 郭淑英. 双心干预模式对精神分裂症合并糖尿病患者依从性和自护能力的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2023, 46(4): 71-72+75.
- [6] 李堃. 精细化护理在精神分裂症与躁狂症伴糖尿病患者中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2022, 20(14): 165-167.
- [7] 梁艳, 叶飞英, 邱海山, 袁群锋, 彭林平. 精神分裂症合并2型糖尿病患者血糖管理调查研究[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(23): 3993-3996.
- [8] 丰配芝. 精神分裂症并发糖尿病患者的护理干预措施与效果评估[J]. 糖尿病新世界, 2022, 25(16): 113-116.
- [9] 顾陈英, 陈姬. 院外延伸护理对精神分裂症合并糖尿病患者自我管理水平和控糖效果的影响[J]. 临床与病理杂志, 2022, 42(9): 2242-2247.
- [10] 王春菊. 精神分裂症与躁狂症伴发糖尿病的临床观察和护理[J]. 中国医药指南, 2021, 19(28): 25-27.