

血糖控制在 ICU 重症护理中的评价

吴迁妹

宁南县人民医院 四川宁南 615400

【摘要】目的 对 ICU 重症护理中施以血糖控制方式的价值进行明确。方法 以 2024 年 4 月至 2025 年 4 月期间院内于 ICU 治疗的 69 例重症患者作为试验观察对象，试验分组按照随机数字表法进行，包括对照组（34 例）、观察组（35 例），不同小组护理模式分别以常规手段、血糖控制手段开展，分析比较其结果。结果 相较于对照组，观察组总并发症例数占比更少（ $P < 0.05$ ），观察组临床指标数据更低（ $P < 0.05$ ）。结论 于 ICU 重症护理中施以血糖控制方式，有助于降低相关并发症风险，让患者尽早出院。

【关键词】ICU；重症护理；血糖控制；并发症

【中图分类号】R473

【文献标识码】A

【文章编号】1005-4596 (2025) 06-142-02

ICU 患者通常患有严重疾病或处于危急状态，在给予患者相应治疗措施的同时，还需要配合有效护理措施，以减少多方面因素对康复不良影响。常规 ICU 重症护理模式下，有助于患者病情稳定，但未能考虑到血糖控制对整体病情控制重要影响，导致感染当相关并发症风险得不到良好控制。研究发现^[1]，将血糖控制在合理状态，有助于增强 ICU 重症护理效果，稳定病情。对此，文中对 ICU 重症护理中施以血糖控制方式的价值进行明确，旨在推动 ICU 重症护理研究发展。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2024 年 4 月至 2025 年 4 月期间院内于 ICU 治疗的 69 例重症患者作为试验观察对象，试验分组按照随机数字表法进行，包括对照组（34 例）、观察组（35 例）。对照组中 13 例为女、21 例为男，年龄最小 61 岁、最大 82 岁，均值（ 70.01 ± 0.15 ）岁。观察组中 14 例为女、21 例为男，年龄最小 62 岁、最大 83 岁，均值（ 70.03 ± 0.09 ）岁。两组基础资料信息统计学结果表示无统计学含义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。选择条件：均于 ICU 接受治疗；临床资料齐全。剔除条件：存在凝血功能障碍情况；同时存在严重全身感染性疾病情况。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采取常规手段开展护理工作：①对各项生命体征变化、意识与精神状态变化、心理健康变化等密切监视，结合实际情况合理采取保护性约束措施，若患者处于清醒状态，则给予相应健康教育。②结合血氧饱和度变化对氧流量合理调整，维持供氧稳定状态，有效维持呼吸道通畅，预防窒息。③定期评估机体营养状况，合理补充营养物质。

1.2.2 观察组

以对照组护理内容为基础，开展血糖控制护理工作：①明确血糖控制目标：使用血糖监测仪定期检测患者的血糖水平，1 次 /1-2h，尽量维持空腹血糖 4.4-6.1mmol/L 范围，且空腹血糖最低不可 < 2.8mmol/L、最高不可 > 11.1mmol/L，以此为目标采取对应护理措施。②低糖控制：当血糖监测结果显示空腹血糖 < 2.8mmol/L 后，迅速给患者口服或静脉注射高浓度葡萄糖溶液，以纠正低血糖状态。③高糖控制：当血糖监测结果显示空腹血糖 > 11.1mmol/L 后，减少碳水化合物的摄入量，增加蛋白质和脂肪的比例，以降低血糖水平，避免摄入过多的糖分和含糖饮料。遵医嘱使用胰岛素或口服降糖药物。④饮食控制：根据患者的口味和喜好，制定个性化的饮食方案，严格控制碳水化合物的摄入，采用少量多餐的方式，

每餐的碳水化合物控制在 50g 以内。选择低 GI（血糖生成指数）的食物，如燕麦、全麦面包等，避免高 GI 食物，如白面包、土豆等。增加膳食纤维的摄入，如蔬菜、水果等，有助于延缓血糖升高。⑤情绪干预：积极主动与患者沟通，用温和的语气和表情与患者交流，以建立信任 and 安全感，减少患者恐惧和焦虑。播放轻松的音乐或进行冥想训练，帮助患者放松身心。适当增加家属和亲友探访频率，提供情感支持。确保 ICU 环境的安全和舒适，如调整适宜的温湿度、减少噪音和光线的干扰等，可以在患者床头放置家属的照片或喜欢的物品，以增加患者的亲切感和归属感。

1.3 判断标准

（1）并发症影响分析：统计两组感染、微血管病变、加重原发病等并发症发生例数占比。（2）临床指标影响分析：对两组 ICU 治疗时长、住院治疗时长等临床指标进行统计。

1.4 统计学方法

本次研究的所有数据均纳入 SPSS23.0 软件中进行比较分析，对于计数资料和计量资料的检验，分别用 χ^2 和 t 进行，分别用百分占比（%）和（平均数 ± 标准差）表示，若（ $P < 0.05$ ）差异有统计学意义。

2 结果

2.1 并发症影响分析

表 1：相较于对照组，观察组总并发症例数占比更少（ $P < 0.05$ ）。

表 1：并发症影响分析（n，%）

组别	例数	感染	微血管病变	加重原发病	合计
观察组	35	0	0	0	0 (0)
对照组	34	1	1	1	3 (8.82)
χ^2					9.226
P					0.002

2.2 临床指标影响分析

表 2：相较于对照组，观察组临床指标数据更低（ $P < 0.05$ ）。

表 2：临床指标影响分析（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	ICU 治疗时长	住院治疗时长
观察组	35	7.14±0.43	31.52±0.48
对照组	34	9.74±1.03	37.58±1.77
t		13.611	19.533
P		0.001	0.001

3 讨论

高血糖环境是细菌生长的温床，因此控制血糖可以降低

感染发生率。研究指出^[2], 将 ICU 患者的血糖控制在 6.0–7.8mmol/L 范围内, 可以显著降低感染发生率。对 ICU 重症患者进行血糖控制有着重要意义, 如, 血糖异常可能导致器官功能障碍, 如高血糖可能引发肾脏、神经系统和视网膜等组织的损伤, 而低血糖则可能影响脑部功能, 导致意识障碍、昏迷等; 高血糖状态会削弱患者的免疫功能, 使患者更容易受到感染, 而低血糖则可能抑制患者的免疫反应, 进一步增加感染风险; 良好的血糖控制有助于维持患者的营养状态, 促进伤口愈合和组织修复, 从而加速患者的康复进程。

结合文中研究结果, 相较于对照组, 观察组总并发症例数占比更少 ($P < 0.05$)。分析原因可能为, 高血糖环境为病原体提供了良好的生长环境, 抑制免疫功能, 使患者对感染的抵抗力降低, 增加感染风险。通过控制血糖, 可以减少病原体在体内的繁殖, 同时促进免疫功能恢复, 提高患者对抗感染的能力, 有效预防感染。长期高血糖会导致微血管病变, 如视网膜病变、肾病等, 还会导致氧化应激增加, 加重微血管病变和器官损伤。通过控制血糖, 可以保护微血管, 降低病变风险, 还有助于减少氧化应激, 保护器官免受损伤, 降低并发症风险。相较于对照组, 观察组临床指标数据更低 ($P < 0.05$)。分析原因可能为, 通过限制碳水化合物的摄入和选择低 GI 食物, 减缓血糖的升高速度, 避免血糖波动过大,

减少胰岛素的分泌, 减轻胰岛负担, 稳定血糖水平。增加膳食纤维的摄入可以增加饱腹感, 减少总体热量摄入, 也有助于控制血糖。焦虑、恐惧等负面情绪会导致体内应激激素 (如皮质醇) 的分泌增加, 可能导致血糖升高。通过积极的情绪干预, 可以减少患者负面情绪, 有助于稳定血糖水平。血糖得到有效控制, 可以改善组织细胞的能量代谢, 促进细胞修复和再生, 减轻器官损伤, 保护器官功能, 加速病情恢复, 缩短 ICU 和住院时间^[3]。

综上所述, 于 ICU 重症护理中施以血糖控制方式, 有助于降低相关并发症风险, 让患者尽早出院。但文中纳入例数有限、观察指标缺乏全面性, 在未来研究中需要考虑扩大样本量、完善观察指标, 对 ICU 重症护理中应用血糖控制的价值进一步证实。

参考文献

- [1] 曹慧娟. ICU 重症心血管疾病患者护理中强化血糖控制的价值评价 [J]. 心血管病防治知识, 2024, 14(17):102-105.
- [2] 张维. 血糖控制在 ICU 重症护理中的应用价值探讨 [J]. 基层医学论坛 (新加坡学术出版社), 2024, 6(4):78-79.
- [3] 黄金悦, 冯琳琳, 关宇新, 等. 血糖控制在 ICU 重症护理中的意义 [J]. 中外医学研究杂志, 2024, 3(3):110-112.

(上接第 140 页)

重影响。而有效的疼痛管理是提高癌症患者生活质量的关键。

本结果显示, 疼痛组 VAS 评分低于常规组, 说明疼痛护理路径能够有效缓解患者的疼痛程度。这是因为疼痛护理路径能够及时、准确地评估患者的疼痛程度, 并根据评估结果采取针对性的干预措施, 从而更好地控制疼痛^[3]。在镇痛药物使用量方面, 疼痛组少于常规组, 这与疼痛护理路径中强调的合理用药和非药物干预有关。在护理中会严格按照 WHO 癌症三阶梯止痛原则使用镇痛药物, 避免了药物的滥用和浪费, 同时结合心理干预、物理干预等非药物干预措施能够增强镇痛效果, 减少镇痛药物的使用量, 降低药物不良反应的发生风险^[4]。

此外, 疼痛组护理满意度高于常规组, 表明疼痛护理路径能够提高患者对护理工作的认可度。这是因为疼痛护理路径注重与患者的沟通交流, 能够及时了解患者的需求和感受, 为患者提供更加针对性的护理服务, 从而建立良好的护患关系^[5]。

综上所述, 疼痛护理路径在癌症疼痛治疗中临床应用价值

显著, 能够有效缓解患者的疼痛程度, 减少镇痛药物的使用量, 提升护理满意度。可在临床上采纳应用, 以更好地为癌症疼痛患者提供护理服务。

参考文献

- [1] 王宝燕. 疼痛护理路径在镇痛药治疗癌性疼痛中的临床效果观察 [J]. 每周文摘·养老周刊, 2024(21):206-208.
- [2] 王桐, 周娟, 董凡凡. 疼痛管理临床护理路径干预对骨折术后患者疼痛程度、睡眠质量及心理应激的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(21):4015-4019.
- [3] 陈莹, 银荣花. 疼痛护理路径在镇痛药治疗癌性疼痛中的应用效果研究 [J]. 自我保健, 2021(15):130-130.
- [4] 钟孟秋, 张克标, 陈珍, 等. 急诊科创伤性骨折患者急性疼痛早期管理路径的构建及应用 [J]. 中华急危重症护理杂志, 2024, 5(6):552-556.
- [5] 邢陆英, 王红, 王存玉. 多学科整合护理路径对膝关节骨折患者术后心理应激、疼痛程度及膝关节功能的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2024, 43(14):2563-2567.

(上接第 141 页)

理的临床路径给患者进行了全方位、合理的住院护理。患者参与到护理这个过程中, 明晰了护理的所有过程, 能够在某种程度上改善患者焦躁、不安的情绪。同时, 减短住院时长并缩减住院费用, 能降低患者的负担, 提升其满意度。另外, 开展中医护理的临床路径, 能够是病历的书写更为简便, 增加了护士同患者沟通交流的时间, 改善护患关系, 提升患者满意度。

本次研究中, 进行中医护理临床路径的试验组, 患者住院的时长、住院的费用与护理后的满意度都优于对照组, $P < 0.05$, 与何海兰等^[2] 研究结果相符。

综上所述, 中医护理临床路径运用到腹腔镜子宫肌瘤患者护理中的效果明显, 有利于提升患者对护理的满意度, 具有临床应用的价值。

参考文献

- [1] 李华. 临床护理路径对腹腔镜切除子宫肌瘤的围手术期患者的护理效果分析 [J]. 中外医学研究, 2025, 23(5):102-104.
- [2] 何海兰. 对用腹腔镜切除子宫肌瘤的围手术期患者按照临床护理路径进行护理的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2024, 22(12):149-150.