

胰岛素注射规范护理, 控糖更稳定

南宁市妇幼保健院 韦雪丽

对于糖尿病患者来说, 胰岛素是平稳控糖、延缓血管及全身并发症的核心药物, 皮下注射也是绝大多数居家糖友每日必做的基础护理操作。临床一线护理随访中发现, 超过六成血糖反复波动、空腹及餐后血糖长期不达标的患者, 并不是胰岛素用药剂量不合理, 而是日常注射操作随意、护理细节存在诸多漏洞。

针头反复复用、长期固定一处注射、预混胰岛素未摇匀、推药后立刻拔针漏液、皮肤消毒不规范等常见小问题, 看似无伤大雅, 长期累积会直接减慢胰岛素吸收速度, 造成血糖忽高忽低, 大幅提升糖尿病肾病、眼底病变、周围神经麻木、足部溃烂等多种远期并发症风险。结合临床标准护理流程, 全面梳理居家胰岛素注射全流程护理要点, 帮广大糖友避开误区, 稳稳控制全天血糖。

一、注射前护理: 做好准备, 从源头规避用药误差

规范注射, 术前准备是控糖第一步。很多血糖失控的隐患, 都藏在注射前的疏忽里。

未开封胰岛素需存放于2~8℃冰箱冷藏, 严禁冷冻结冰, 低温会直接破坏胰岛素分子结构, 导致药物彻底失效; 已开封的日常使用胰岛素, 无需冷藏, 放置在室温25℃以下避光干燥处保存即可。反复冷热交替会加速药液变质, 影响降糖效果。注射前务必核对药品名称、剂型、有效期, 分清短效、预混、长效胰岛素, 不同剂型起效时间不同, 绝对不能混用。

预混胰岛素静置后会呈现明显分层, 千万不能直接注射。正确混匀手法: 双手掌心水平滚动胰岛素笔10次, 再缓慢上下颠倒10次, 直至药液变成均匀乳白色, 无分层、无絮状沉淀即可; 切忌用力剧烈摇晃, 避免药液产生大量气泡, 导致注射剂量不准。

注射前洗净双手, 采用75%医用酒精环形消毒注射部位皮肤, 消毒范围直径不小于5厘米, 一定要等待酒精自然风干后再进针。不少人不等酒精干透就注射, 残留酒精不仅会加重穿刺刺痛感, 还会混入皮下影响药效, 干扰血糖控制。

二、注射中护理: 把控细节, 保障药物充分

吸收

注射过程的每一个小细节, 都直接决定胰岛素吸收效率。人体标准注射部位分为腹部、上臂外侧、大腿外侧、臀部外上象限。其中腹部皮下脂肪厚、血液循环稳定, 胰岛素吸收最快最均匀, 最适合餐前短效、预混胰岛素; 臀部吸收速度最慢, 更适合睡前长效胰岛素, 平稳控制夜间空腹血糖。日常注射避开肚脐周围5厘米区域, 同时远离皮肤疤痕、硬结、红肿破溃处。目前家用胰岛素针头多为4mm、5mm短针头, 正常体型成年人无需捏皮, 可垂直直接进针; 体型偏瘦人群、老年皮肤松弛者, 需轻轻提起皮下脂肪再进针, 防止针头刺入肌肉内。肌肉层血流速度快, 胰岛素快速入血, 极易引发突发心慌、出汗等低血糖反应, 这也是很多糖友无意识因低血糖的主要原因。

三、注射后护理: 改掉陋习, 长期稳定控糖

针头必须遵循一针一换原则, 绝对不能反复使用。针头使用一次后针尖就会产生肉眼不可见的毛刺, 反复穿刺会损伤皮下组织, 诱发脂肪硬结, 还会导致笔芯漏气、药液渗漏, 剂量持续出现偏差。同时坚持规律轮换注射部位, 不要长期扎同一个位置。建议采用区域轮换+点位轮换相结合的方式, 腹部、大腿、上臂三大区域交替使用, 同一区域内两次注射点间隔不少于1厘米, 避免局部皮下脂肪增生硬化。

每次注射后简单记录注射时间、用药剂量与注射部位, 搭配监测空腹、餐后2小时血糖, 定期整理血糖数据复诊, 方便医护人员针对性调整治疗方案。

四、护理总结

糖尿病居家控糖, 药物是基础, 规范注射护理是关键。很多糖友一味纠结药量调整, 却忽略了每日注射的细微操作偏差, 日积月累造成血糖难以管控。做好胰岛素规范储存、皮肤无菌消毒、注射点位轮换、按时拔针、一次性更换针头这些基础护理, 不用盲目增加用药剂量, 就能有效平稳全天血糖, 减少高低血糖频繁波动, 远离各类糖尿病并发症。规范每一次注射, 做好日常精细化管理, 才是糖友长期安稳控糖的最优方式。

宝宝喉咙卡异物: 海姆立克急救法家长必学

玉林市第二人民医院 宾连

在育儿过程中, 宝宝喉咙卡异物是常见意外, 气道异物梗阻处理不当, 短短几分钟就可能造成缺氧甚至危及生命。很多家长遇到这类情况时要么慌乱拍背、要么强行抠喉咙, 反而可能加重异物卡堵风险。而被誉为“生命的拥抱”的海姆立克急救法, 是应对气道异物梗阻的黄金急救手段, 每个家长都应该熟练掌握, 关键时刻能救孩子一命。

一、识别气道异物梗阻: 分清普通呛咳和危险信号

首先要区分宝宝是普通呛咳还是完全性气道梗阻。3岁以下宝宝吞咽功能尚未发育完善, 咽喉卡堵风险高, 加上好奇心重总喜欢把东西往嘴里塞, 坚果、果冻、纽扣、硬币、玩具小零件都是常见的高危异物。如果宝宝呛咳后还能说话、哭闹、咳嗽有力, 说明气道只是部分梗阻, 可以鼓励宝宝用力咳嗽, 尝试自行把异物咳出。如果宝宝突然出现面色发紫、无法发声、咳嗽无力、双手下意识抓挠喉咙部位, 甚至出现意识模糊, 就说明气道已被完全堵死, 必须立刻使用海姆立克急救法施救。

二、1岁以下婴儿: 拍背压胸法交替操作

针对1岁以下婴儿, 施救者要先找稳坐姿, 将宝宝的脸朝下, 身体倚靠在前臂上, 手臂放在大腿上支撑, 用手托住宝宝的下颌和头部, 保持头低脚高的姿势, 另一只手的掌根在宝宝后背两肩胛骨之间, 用力向下拍5次。拍完之后立刻把宝宝翻过来, 脸朝上放在前臂上, 同样保持头低脚高, 用两根手指放在宝宝胸骨下半段(两乳头连线中点下方), 快速向下按压5次, 深度大概在1.5到2.5厘米左右。持续交替拍背和压胸的动作, 直到异物被咳出, 或者宝宝失去意识, 如果宝宝已经昏迷无反应, 要立刻开始心肺复苏, 同时拨打120急救电话。注意千万不要直接倒拎宝宝的双脚抖动, 这种做法不仅很难排出异物, 还可能造成宝宝颈椎损伤。

三、3岁以上儿童: “剪刀石头布”手法规范操作

针对1岁以上已经能站立的宝宝, 施救者站在宝宝身后, 双腿分开站稳, 让宝宝上半身微微前倾, 双臂环绕在宝宝的腰腹部。首先找到宝宝肚脐上方两横指的位置, 左手握拳, 拳眼贴在这个位置, 右手包住左手的拳头, 然后双手快速用力向上、向内挤压宝宝的腹部, 挤压动作要短促有力, 每一次挤压都要停顿一下, 重复操作直到异物被排出。如果施救者是个子比较小的家长, 或者宝宝已经昏迷躺倒在地, 可以让宝宝平躺在硬地面上, 施救者跨坐在宝宝的髋部, 双手交叠放在肚脐上方两横指的位置, 同样快速向下向内按压腹部, 直到异物排出。

四、注意事项: 避免误区, 防止再伤害

海姆立克急救法虽然有效, 但操作不当反而会造造成二次伤害, 有几个误区一定要避开: 首先如果宝宝还能正常说话、咳嗽有力时, 不要盲目使用海姆立克法, 避免异物移位造成更严重的梗阻。操作的时候要注意力度, 不要挤压到宝宝的肋骨或者胸骨下方的剑突部位, 避免造成肋骨骨折、内脏损伤。另外就算通过海姆立克法已经把异物排出来了, 也要带宝宝去医院做相关检查, 确认有没有异物残留, 以及气道、内脏有没有受损伤。如果施救过程中宝宝已经失去意识、呼吸停止, 要立刻停止海姆立克操作, 开始心肺复苏, 同时拨打120送医。

五、预防为主: 源头避免异物卡喉

比起异物卡喉后的急救, 提前做好预防才是避免危险的关键。家长要记住几个原则: 3岁以下的宝宝不要吃整颗花生、瓜子、核桃等坚果, 不要吃果冻、橡皮糖这类有弹性、不易嚼碎的食物, 宝宝吃饭的时候不要逗笑、训斥、追着喂饭, 让孩子养成安静吃饭、细嚼慢咽的习惯。家里的纽扣、硬币、电池、玩具小零件等小物件要放在宝宝够不到的地方, 给宝宝买玩具的时候要检查有没有容易脱落的小零件, 避免宝宝塞进嘴里。另外也要从小教育宝宝, 不要把小物件放到嘴巴、鼻子里, 养成良好的习惯。

结语: 宝宝喉咙卡异物事发突然, 急救窗口极短, 掌握海姆立克急救法, 就是给孩子的安全多加一道防护锁。更要做好日常防护, 从饮食、居家环境等方面减少孩子接触危险异物的可能, 从根源规避意外。建议每位家长牢记操作步骤, 关键时刻沉着应对, 守护孩子生命安全。

顺利转出ICU不等于痊愈, 后续康复不能大意

重庆医科大学附属大学城医院重症医学科 田永阳

临床中, 大量重症患者转出ICU后, 看似病情平稳、生命体征正常, 实则身体处于透支虚弱状态, 多器官功能、肌肉力量、呼吸能力、心理状态均存在不同程度损伤, 医学上将这一系列表现称为ICU后综合征。若忽视后续规范康复, 放松护理与调理, 极易出现病情反复、二次感染、器官功能衰退、肢体乏力等问题, 大幅延长康复周期, 甚至遗留长期后遗症。

一、为什么转出ICU为何不等于痊愈

首先, 长期卧床制动、重症消耗与呼吸机辅助治疗, 会造成患者明显躯体功能衰退。许多患者转出ICU后, 常伴浑身酸痛无力、无法自主起身、行走费力等表现, 这是典型的ICU获得性衰弱。同时, 长期卧床会引发肌肉萎缩、肌力下降, 心肺功能与免疫力跌至低谷, 肺通气、换气功能减弱, 轻微活动便会气喘、胸闷, 且咳嗽无力, 极易诱发肺部反复感染。

其次, 经历过ICU密闭环境、有创插管、持续监护与剧烈病痛折磨的患者, 易产生心理创伤。不少人会长期失眠、焦虑、情绪低落, 伴随记忆力减退、注意力涣散; 部分患者会惧怕密闭空间、医疗诊疗场景, 严重者可出现创伤后应激障碍。这类心理问题会直接影响患者食欲、睡眠与康复锻炼的主动性, 阻碍躯体恢复, 也是很多患者难以回归正常生活的重要诱因。

最后, 转出ICU的患者脏器功能尚未完全修复, 机体免疫力低下, 属于高危恢复期。受凉、护理不当、过度劳累、营养摄入不足等轻微诱因, 都可能造成病情反复, 甚至再次进展为重症、重返ICU, 这也是临床上部分患者反复住院的核心原因。

二、转出ICU后的四大核心康复要点

呼吸功能康复, 夯实心肺基础: 多数重症患者, 尤其是接受过呼吸机治疗者, 肺功能存在不同程度损伤、呼吸肌肌力薄弱, 呼吸康复是恢复期重中之重。康复阶段需高强度运动, 以温和训练为主: 日常坚持腹式呼吸、缩唇呼吸训练,

平躺或静坐时吸气放松腹部, 缓慢收腹呼气, 每次10~15分钟, 每日2~3次; 也可借助吹气球、简易呼吸训练器辅助练习, 循序渐进提升肺活量。同时鼓励患者主动有效咳嗽, 及时排出气道痰液, 防止痰液淤积诱发感染, 逐步恢复自主呼吸能力。

肢体肌力训练, 改善周身乏力: 针对肌肉萎缩、肢体无力问题, 康复训练需尽早开展、循序渐进, 切忌长期卧床不动。恢复初期, 家属可辅助患者完成被动肢体活动, 活动四肢关节、拉伸肌群, 预防关节僵硬与深静脉血栓; 体力稍有恢复后, 引导患者自主翻身、床上坐起、抬臀四肢, 再逐步过渡至床边坐立、缓慢步行。训练遵循“少量多次”原则, 根据患者体能实时调整强度, 切勿急于求成, 避免过度活动加重机体负担, 稳步恢复肢体肌力与活动能力。

科学营养干预, 支撑机体修复: 重症疾病会大量消耗机体能量与营养储备, 恢复期规范营养支持是修复脏器、重塑肌肉、提升免疫力的关键。饮食遵循“清淡易消化、营养均衡、循序渐进加量”原则: 初期选择粥、烂面条、蛋羹、流质营养制剂等温和食物, 减轻胃肠道负担; 待消化功能好转后, 逐步补充鸡蛋、牛奶、瘦肉、鱼虾等优质蛋白, 搭配新鲜果蔬补充维生素与微量元素, 促进机体组织修复。同时避开两大饮食误区: 一是长期纯素食, 造成营养供给不足、恢复缓慢; 二是盲目大量进补高蛋白高脂食物, 加重脏器代谢负荷。

心理情绪疏导, 实现身心同步恢复: 躯体与心理康复密不可分, 平稳积极的心态是加速康复的重要前提。家属应多陪伴、倾听、鼓励患者, 耐心安抚负面情绪, 不催促、不指责, 避免患者滋生自卑、焦虑情绪。切勿将患者过度保护、视作“脆弱病患”, 在身体耐受范围内, 鼓励其独立完成穿衣、洗漱、进食等日常活动, 逐步重建自我价值感。若患者长期存在失眠、低落抑郁、莫名恐惧、情绪失控等表现, 不可置之不理, 需及时开展专业心理干预, 防止心理问题迁延不愈。