

冠心病并发糖尿病患者冠脉介入治疗的护理

左玉姣,刘小平,刘娟,王娴莉

(南华大学附属第一医院心内科,湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 探讨冠心病合并糖尿病患者冠脉介入治疗的护理方法。 **方法** 回顾性选择采用不同护理方法的 164 例冠心病合并 2 型糖尿病患者,常规护理组术后采用常规护理方法;干预护理组在常规护理方法的基础上给予术前心理护理、血糖监测与控制、术中各项生理指标的监测及护理、术后并发症监测及护理等综合护理方法干预。 **结果** 干预护理组患者术后收缩压、舒张压、空腹血糖、餐后 2 h 血糖、总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白水平低于其术前和常规护理组,干预护理组术后高密度脂蛋白水平高于其术前和常规护理组 ($P < 0.05$);干预护理组患者术后并发症发生率明显低于常规护理组 ($P < 0.05$),住院时间明显缩短 ($P < 0.05$)。 **结论** 加强冠心病合并糖尿病患者冠脉介入治疗的观察和护理,可明显降低术后并发症发生率,缩短住院时间,改善患者血压、血糖、血脂水平,对于提高患者的治疗效果及生活质量、改善预后具有十分重要的意义。

关键词: 冠心病; 糖尿病; 经皮冠状动脉介入治疗; 并发症

中图分类号: R473.5

文献标识码: B

冠心病的易患因素包括高血压、高血脂、肥胖、抽烟、糖尿病等,因此糖尿病患者冠状动脉粥样硬化非常常见,其心梗发生率高,预后差,据报道有 80% 的 2 型糖尿病患者死于心血管疾病,而其中 75% 则死于冠状动脉疾病^[1]。经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous transluminal coronary intervention, PCI)是一种重建冠脉灌注的有效方法,但术后出血、急性冠状动脉闭塞、心律失常等并发症的发生往往给患者带来极大危害。本研究旨在探讨冠心病合并糖尿病患者冠脉介入治疗的护理方法,以尽可能降低因并发症相关原因导致患者的低治愈率,改善患者预后,提高患者的生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选择 2010 年 1 月~2013 年 4 月在本院心内科住院的冠心病合并 2 型糖尿病患者 164 例,其中男 96 例,女 68 例,年龄 43~75 岁,平均年龄 56.15 ± 14.62 岁。所有患者均经冠状动脉造影检查确诊,显示存在单支病变 50 例 (30.49%),双支

病变 62 例 (37.80%),三支病变 52 例 (31.71%);糖尿病病史 4 月~25 年,平均 8.34 ± 5.21 年,根据护理方法不同,将患者分为两组,每组各 82 例患者。

1.2 入组标准

纳入标准:符合 1999 年世界卫生组织 (WHO) 颁布的 2 型糖尿病诊断标准^[2];有冠心病病史且经冠状动脉造影显示至少有 1 支冠状动脉的主要分支血管腔狭窄 $\geq 75\%$ 的患者。 **排除标准:**1 型糖尿病、糖耐量异常以及妊娠糖尿病的患者。所有患者均具有 PCI 治疗指征,无手术禁忌,并全部给予经股动脉途径穿刺行 PCI 治疗,术中顺利。

1.3 观察指标

两组病人 PCI 术前 1 天测血糖、血脂、血压,其中血压 Q6h,以平均值为准,血糖包括空腹血糖及三餐后 2 h 血糖,以平均值为准,清晨抽血查血脂;出院前 1 天测血糖、血脂、血压,方法同术前。比较两组术后的收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP)、空腹血糖 (FBG)、餐后 2 h 血糖 (2hPG)、总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、高密度脂蛋白 (HDL)、低密度脂蛋白 (LDL) 等指标情况,比较两组住院时间以及术后并发症发生情况。

1.4 统计学处理

应用 SPSS17.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 护 理

常规护理组采用常规护理措施,主要包括有:严格执行医嘱,观察监测患者生命体征,微量血糖监测,血脂检测,PCI术穿刺伤口护理及防褥疮护理等。干预护理组在常规护理组的基础上给予综合护理方法干预,即根据患者的整体评估情况而制定针对性的护理措施以保障患者行PCI术的效果,具体操作如下。

2.1 术前护理

除按常规做好术前准备外,重点做好心理护理及血糖的监测与控制。(1)心理护理:术前大多数患者因为对PCI手术缺乏认识,思想负担较重,会产生紧张、焦虑或恐惧感。这些负面情绪会加剧患者血糖的波动及影响介入的效果、预后,因此针对患者具体情况应给予积极的心理护理,如:详细介绍本病的基本知识、手术过程,医生与护理水平,及介入室良好的环境、仪器、设备,嘱咐术中配合方法及术后注意事项,消除患者紧张及恐惧心理,树立信心,积极、顺利地配合介入治疗。(2)血糖监测与控制:告知患者及家属糖尿病及冠心病之间的联系及影响,强调血糖控制对PCI术中及术后恢复的重要性,指导患者严格按糖尿病饮食,按时服用降糖药物,每日三餐前及三餐后2 h、夜间睡前分别测血糖1次,必要时加测凌晨时段的血糖。对于口服降糖药及饮食治疗难以奏效的患者,还需配合正规胰岛素治疗,待血糖控制在6.7~11.1 mmol/L行介入治疗。

2.2 术中护理

患者进入介入室后,护士要测指尖末梢血随机血糖1次,术中输液常规采用0.9%氯化钠注射液匀速滴注,严密监测血压、心率、心律、呼吸及有创压变化等指标,如手术时间较长患者应注意监测指尖血糖,注意有无低血糖反应,发现血糖偏低时,应向医生反映并及时采取相应措施,避免出现低血糖。术前应准备好葡萄糖注射液,如果术中出现低血糖时,能及时注射葡萄糖注射液予以纠正。

2.3 术后护理

2.3.1 血糖监测与控制 患者返病房后要测指尖末梢血随机血糖一次,24 h内视情况每2~4 h测1次,对血糖较高(>13 mmol/L)者需应用普通胰岛素加入生理盐水中静脉滴注,或应用微量泵定量输入生理盐水所配制的胰岛素液,当血糖下降至11 mmol/L时予停用胰岛素,坚持口服降糖药及控制饮食即可。在饮食方面,要根据患者性别、年龄及

具体病情计算出总热量,合理控制热能及食物成份,其食物中蛋白质、脂肪、碳水化合物比例要合理,蛋白质占15%~20%,脂肪占20%~25%,碳水化合物占64%,按早餐占1/5,中餐、晚餐各占2/5的计划食谱饮食,并按时服用降糖药物。

2.3.2 并发症监测及护理 (1)术后出血的护理:PCI术后患者留置动脉鞘管4 h后拔鞘管后按压穿刺部位15~30 min,再用弹力绷带加压包扎,1 kg砂袋压迫6 h^[4],术肢制动12 h卧床24 h后可床边活动,3日内避免用力屏气排便,有剧烈咳嗽时手按压穿刺点,密切观察伤口情况,对于局部血肿或瘀血者早期予冰敷后期可热敷或理疗。(2)术后低血压的护理:护理人员术后应加强观察与监护,一旦发现低血压,及时准确有效配合抢救。另外拔鞘管时采用分断减压方法压迫止血,按压力度不宜过大,以能触摸到足背动脉搏动为宜^[5]。(3)术后低血糖的护理:患者出现轻度低血糖时,可立即进食一些糖水、甜食等,如出现严重低血糖,应立即给予静脉推注20~40 mL 50%葡萄糖注射液,血糖上升后可继续静脉输注5%或10%葡萄糖,将血糖维持在10~15 mmol/L,待病情平稳后再予撤除。(4)术后急性冠脉闭塞的护理:患者返回病房后严密观察心绞痛症状,如有心绞痛发作即予录心电图,及时发现异常。一旦有心绞痛发作,血压下降或心电图ST段改变等急性冠脉闭塞现象,立即配合医生给予抗凝或急诊介入治疗^[6-7]。(5)术后心律失常的护理:术后24 h内给予CCU监测心率、心律及血压,经常巡视及询问患者有无头晕、胸闷、心悸等。如心率突然增快或减慢或出现危险性心律失常等,一旦发生室颤,立即电除颤。另外,应用胰岛素的患者注意观察血钾浓度,因为胰岛素使钾离子由细胞外泵入细胞内,引起低血钾,引起心律失常。

2.4 出院护理

出院前嘱咐患者要坚持服药,注意用法、用量及服药时间,必须严格控制饮食,规律锻炼,自行监测血糖、尿糖,按时监测血脂,保持心情平和,避免情绪大起大落,避免用力排便。

3 结 果

3.1 两组患者一般资料情况比较

两组患者的性别、年龄、病程、SBP、DBP、FBG、中重度冠脉狭窄(即狭窄面积 $\geq 75\%$)等指标进行

比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性, 见表 1 和表 2。

表 1 两组患者一般资料的比较

组别	n	男/女 (例)	年龄 (岁)	冠心病病程 (年)	糖尿病病程 (年)	体质指数 (kg/m ²)	冠脉狭窄面积(例,%)		
							75% ~	80% ~	90% ~
干预护理组	82	51/31	49.51 ± 10.21	8.47 ± 2.04	15.21 ± 6.54	28.16 ± 2.34	35(42.68)	27(32.93)	20(24.39)
常规护理组	82	49/33	47.56 ± 11.34	7.89 ± 1.85	14.71 ± 5.82	27.87 ± 3.01	38(46.34)	26(31.71)	18(21.95)

表 2 术后两组患者各项指标比较

组别		SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	FBG (mmol/L)	2hPG (mmol/L)	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	HDLc (mmol/L)	LDLC (mmol/L)
常规护理组	术前	147 ± 7	87 ± 7	8.01 ± 1.89	9.98 ± 3.42	7.59 ± 1.61	3.14 ± 1.29	1.06 ± 0.22	4.57 ± 1.64
	术后	148 ± 9	86 ± 6	7.51 ± 1.93	10.34 ± 3.16	7.62 ± 1.64	3.01 ± 1.34	0.96 ± 0.18	4.76 ± 1.71
干预护理组	术前	145 ± 8	88 ± 6	7.69 ± 1.45	9.89 ± 3.15	7.24 ± 1.26	2.98 ± 1.15	1.12 ± 0.28	4.28 ± 1.87
	术后	137 ± 9 ^{ab}	81 ± 5 ^{ab}	6.67 ± 1.01 ^{ab}	8.92 ± 2.35 ^{ab}	6.59 ± 1.03 ^{ab}	1.75 ± 0.73 ^{ab}	1.41 ± 0.03 ^{ab}	3.46 ± 1.20 ^{ab}

与常规护理组术后比较,a: $P<0.05$;与同组术前比较,b: $P<0.05$ 。

2.2 干预护理组手术前后各项指标的比较

干预护理组患者术后 SBP、DBP、FBG、2hPG、TC、TG、LDLC 低于术前,术后 HDLC 高于术前,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 术后两组各项指标的比较

术后两组患者的 SBP、DBP、FBG、2hPG、TC、

TG、HDLc、LDLC 等指标比较,干预护理组均明显优于常规护理组($P<0.05$),见表 2。

2.4 两组住院时间及并发症情况的比较

干预护理组住院天数以及并发症发生情况均明显短(少)于常规护理组($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者住院时间及并发症情况的比较(例,%)

组别	n	住院时间(天)	术后出血	低血压	急性冠脉闭塞	血管迷走神经反射	心律失常	低血糖
常规护理组	82	15.14 ± 4.31	31(37.80)	37(45.12)	6(7.31)	8(9.76)	34(41.46)	28(34.15)
干预护理组	82	11.31 ± 2.54 ^a	5(6.10) ^a	8(9.76) ^a	0(0.00) ^a	2(2.44) ^a	5(6.10) ^a	6(7.32) ^a

与常规护理组比较,a: $P<0.05$

3 讨 论

国内冠心病发病率近年来呈逐年上升的趋势,PCI 是目前恢复冠脉血流最直接、最有效的微创性手术方法,伴糖尿病的冠心病患者的冠状动脉病变具有多支血管弥漫性病变,远端血管病变以及左主干受累等特点,该类患者有更多的斑块破裂和血栓形成的发生,行 PCI 时心血管事件的发生率也比无糖尿病者高^[7-10]。冠心病合并糖尿病患者不同于单纯冠心病患者,其疾病的复杂性给治疗、护理和患者的自我护理都带来了一定困难,其病死率高于单纯的冠心病患者。2 型糖尿病合并冠心病患者行 PCI 治疗,由于患者本身存在的一系列内分泌障碍及介入术引起的应激反应,神经内分泌系统激活,引起交感神经兴奋,糖皮质激素、儿茶酚胺类激素的释放增

多,促使糖原分解,同时胰高血糖素分泌增多并抑制胰岛素分泌,加剧血糖波动及血脂紊乱,加重病情。另外,2 型糖尿病合并冠心病患者与单纯冠心病患者相比,他们有着更高的血管内斑块破裂及血栓形成的发生率,所以 2 型糖尿病合并冠心病患者其冠状动脉的病变程度要比无糖尿病单纯冠心病患者复杂及严重很多。因此,在行 PCI 术时,2 型糖尿病合并冠心病患者的心血管意外发生率要比无糖尿病单纯冠心病患者高。

本研究选择 164 名在本院心内科住院的冠心病合并 2 型糖尿病的患者作为研究对象,患者主要分支血管腔狭窄≥75%。手术前干预护理组中重度冠脉狭窄(即狭窄面积≥75%)的患者与常规护理组比较无统计学意义($P>0.05$);通过经皮冠状动脉介入治疗后,两组患者的冠脉狭窄完全消失,达到了

手术治疗的预期效果。为了确保冠心病合并糖尿病患者 PCI 手术的安全及成功,降低术后并发症发生率,本科室针对此类患者制定了综合护理干预方法。术前常规做好术前准备,并重点做好心理护理,消除患者紧张及恐惧心理,树立信心,积极、顺利地配合介入治疗,及做好术前血糖的监测与控制,指导患者严格按糖尿病饮食,按时服用降糖药物,定时血糖监测,待血糖控制后行介入治疗。术中要严密监测血压、心率、心律、呼吸及有创压变化等指标,注意有无低血糖反应发生,如发现血糖偏低,应及时采取相应措施,避免出现低血糖。术后要做好血糖的监测与控制,24 h 内视情况每 2~4 h 测 1 次血糖,同时术后应加强观察与监护,做好术后出血、低血压、低血糖、急性冠脉闭塞、心律失常等并发症的监测及护理,积极预防并发症,并做好应对措施。出院前嘱咐患者要坚持服药,注意用法、用量及服药时间,必须严格控制饮食,自行监测血糖、尿糖,保持心情平和,规律锻炼,及避免用力排便等注意事项。结果显示,干预护理组患者术后的血压、血糖、血脂水平均明显优于术前和常规护理组($P < 0.05$),术后并发症发生率明显低于常规护理组($P < 0.05$),住院时间明显短于常规护理组($P < 0.05$),可见干预护理组患者可明显改善血压、血糖、血脂水平,降低并发症发生率,明显缩短住院时间,明显改善患者预后,提高了患者的生活质量。

综上所述,采用术前、术中及术后一系列综合干预护理措施可明显降低冠心病合并糖尿病患者在冠脉介入治疗后并发症发生率,明显缩短住院时间,改善患者血压、血糖、血脂水平,其对于提高患者的治

疗效果及生活质量、改善预后具有十分重要的意义。

参考文献:

- [1] 苏改生. 综合护理对糖尿病患者冠脉介入术后并发造影剂肾病的影响[J]. 中国美容医学, 2012, 21(10X): 617.
- [2] 王书彩, 孙芳毅, 郝青, 等. 冠脉介入治疗对老年糖尿病患者血清胱抑素 C 和肾功能的影响[J]. 河北医药, 2012, 34(3): 352-353.
- [3] 郭红. 冠心病合并糖尿病患者经皮冠脉介入术后的护理[J]. 健康必读, 2011, 15(6): 214-215.
- [4] 梁焕兰, 朱娟. 急性冠脉综合症合并糖尿病患者冠脉介入治疗术后的护理[J]. 医药与保健, 2009, 17(6): 7-9.
- [5] 魏传菊. 冠心病合并糖尿病患者冠脉介入治疗围手术期的护理[J]. 当代医学, 2009, 20(29): 622-623.
- [6] 王蓓, 张华, 杜锦霞, 等. 糖尿病合并冠心病患者冠脉介入治疗并发症的观察及护理[J]. 护士进修杂志, 2009, 25(18): 1683-1685.
- [7] 阎雪. 冠心病合并糖尿病患者冠脉介入治疗术后并发症的监测与护理[J]. 山东医药, 2008, 48(7): 29.
- [8] 徐玉平, 张会云, 路俊霞. 整体护理在冠心病合并糖尿病冠脉介入治疗中的应用[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 11(17): 4060-4061.
- [9] 戴金英, 黎观妹. 冠心病合并糖尿病患者行冠脉介入性治疗的护理[J]. 现代护理, 2005, 11(16): 1320-1321.
- [10] 张赫男, 李曦铭, 胡越成, 等. 冠心病伴 2 型糖尿病患者 PCI 预后分析[J]. 天津医药, 2013, 41(1): 29-32.

(此文编辑:朱雯霞)