

[文章编号] 1000-2200(2010)07-0748-03

· 护理学 ·

糖尿病合并冠心病 51 例护理体会

陈志敏

[摘要]目的:总结糖尿病合并冠心病患者的护理措施及注意事项。方法:从药物护理、饮食护理、生活护理等多方面指导,针对患者进行健康教育指导。结果:通过健康教育指导,患者掌握了糖尿病合并冠心病的知识及护理技术,达到了预防并发症及提高生活质量的护理目标。结论:正确的健康教育与细致入微的综合护理是糖尿病合并冠心病患者适应正常生活的重要保障。

[关键词] 糖尿病;冠心病;护理干预

[中国图书资料分类法分类号] R 587.1 [文献标识码] A

冠心病发病率近年来在我国呈逐年上升的趋势,糖尿病是引起冠心病的主要危险因素之一,而冠心病合并糖尿病的患者存在诸多危险因素,血糖控制差,饮食、运动、药物的治疗依从性差,这些危险因素直接影响到患者的康复和治疗质量。2008年1月至2010年1月,我科对冠心病合并糖尿病的患者采取综合护理措施,提高了患者的依从性和自理能力。现作报道。

1 临床资料

51例中男32例,女19例;年龄45~80岁。病程3~25年。心绞痛12例,急性心肌梗死31例,均合并2型糖尿病。诊断符合WHO 1979年临床命名标准化联合专题组关于缺血性心脏病的诊断标准,同时又符合1985年WHO糖尿病分型和诊断标准的2型糖尿病患者^[1]。经积极治疗和护理,患者掌握了糖尿病合并冠心病的知识及护理技术,达到了预防并发症及提高生活质量的护理目标。本组仅1例因多器官功能衰竭病死,余经过控制血糖和有效扩张冠状动脉后症状缓解,好转出院。

2 护理

2.1 糖尿病合并心肌梗死的护理 护理此类患者应特别注意观察胸闷、胸痛的部位、性质、持续时间、舌下含化硝酸甘油是否缓解等。同时注意观察有无继发低血糖,以防因低血糖引起心动过速、心律失常、心脏供血重新分布,造成心肌更大面积的梗死而加重心脏损害。此时,血糖宜维持在11.0 mmol/L左右,不宜降得太低。同时注意由于糖尿病引起的

自主神经损害,易发生无痛性心肌梗死,应及时检测心肌酶,观察心电图的变化,为抢救治疗争取时间^[2]。

2.2 糖尿病合并心力衰竭的护理 护理此类患者以控制输液速度及严格掌握输入液体的种类为主。糖尿病患者输液一般多忌糖而选用0.9%氯化钠溶液,但血钠高又可加重心脏负担而诱发心力衰竭;输液过多、过少均可导致肾功能低下,发生水电解质紊乱。输液过程中结合监测血糖、电解质、尿量、尿比重,调节输液的速度和种类。

2.3 糖尿病合并心律失常的护理 对出现心律失常的患者除进行心电监护外,需嘱患者绝对卧床休息。同时给患者创造安静的休息环境,严格控制探视。低流量持续吸氧。应用强心药时需严防毒性反应。

2.4 药物治疗的护理

2.4.1 口服药物治疗的护理 采用口头和书面相结合的形式向患者交代用药的具体方法,说明药物的作用、机制和副作用,满足患者的治疗信息需求,从而主动配合服药,提高用药的依从性。

2.4.2 胰岛素治疗的护理 要做到规范、准确、有效,护士在为患者测量血糖和注射胰岛素的同时,向患者讲解准确测量血糖和准确注射胰岛素的重要性以及低血糖反应的症状,如何预防和处理低血糖。对出院后有自测血糖、尿糖或自我注射胰岛素的患者,在出院前有计划地教会其掌握测量血糖、尿糖的方法,注射胰岛素的方法。

2.4.3 其他药物治疗的护理 乙醇、水杨酸制剂、磺胺药及四环素类等药物可以使血糖下降,所以,糖尿病的患者尽量不使用对血糖有影响的药物,如确实要使用,要与降糖药分开服用,并间隔一定的时间,严密监测血糖的变化^[3]。

2.5 饮食护理 饮食治疗是糖尿病综合治疗方案

[收稿日期] 2010-02-24

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 消化、内分泌科,安徽 蚌埠 233040

[作者简介] 陈志敏(1962-),女,主管护师。

中的重要组成部分^[4],是所有糖尿病治疗的基础^[5],是糖尿病自然病程中任何阶段预防和控制糖尿病必不可少的措施,它需要患者的密切配合。讲解饮食在控制冠心病合并糖尿病病情、防止并发症中具有重要的意义,提高严格和长期执行规范饮食管理的自觉性。定量进餐,在热量分配上按早、中、晚 1/3、1/3、1/3 或 1/5、2/5、2/5 的三餐分配比例,也可按 1/7、2/7、2/7、2/7 的四餐分配比例。强调饮食原则遵循低脂、低盐、低碳水化合物、高蛋白质、高纤维素食物的原则;少食多餐,忌甜食、饱食、烟、酒及刺激性食物。饮食治疗对冠心病合并糖尿病患者的的重要性,应通过口头宣教、书面宣教资料和宣传片等多种教育形式反复强化,提高患者的自觉性,使之能持之以恒地按饮食处方进餐。

2.6 生活护理

2.6.1 洗澡指导 指导患者洗澡时水温不宜太高或太低,以 35~40℃ 为宜,温度太高容易引起全身血管扩张,导致冠状动脉和脑部供血不足,引起胸闷、头晕等症状;水温太低会引起冠状动脉痉挛导致心肌缺血,引起心绞痛。洗澡时间不宜太长,建议洗澡的安全时间以每次 8~12 min 为宜,使用抽风机保持空气流通,以免诱发胸闷等不适。

2.6.2 排便指导 糖尿病患者因为高浓度的血糖,对植物神经有损害作用,致胃肠蠕动无力,大便不易排出;另外,由于代谢紊乱,蛋白质呈负平衡,以致腹肌和会阴肌张力不足,排便无力引起糖尿病性便秘。所以我们向患者解释便秘的发生与糖尿病的发病是同步的,随着血糖的逐渐控制,便秘症状也将得到改善,控制血糖是改善便秘症状的关键。指导患者尽量使用坐便器而避免采用蹲厕,以减少腹压和跌倒的发生。对年纪较大、行动不便、视力低下的患者,采取床边或床上排便或有专人扶持。

2.7 运动护理 患者病情稳定,指导他们进行康复运动。康复运动过程应该是一个循序渐进的过程,开始先有护士指导患者在床上或床边进行被动和主动运动 1~2 天,每天 2~3 次,每次 20~30 min,无不适应后由医师、物理治疗师为其做运动负荷试验,医生根据试验的结果,为患者开出运动处方,处方的量以患者运动至微量出汗并且感觉有点费劲(Borger 指数 13~14)为宜。患者只有根据运动处方进行持之以恒的运动,才能达到治疗和预防并发症的效果。指导患者出院后,尽量回到医院在监护下进行运动,或至少在家属等陪同下进行户外有氧运动,确保运

动过程的安全。

2.8 心理护理 由于患者大多比较敏感、多疑、内心脆弱,心理护理可帮助患者消除焦虑、抑郁情绪,唤起患者积极的应对机制,保持心境的安宁和稳定,有助于更好发挥药物治疗的作用,控制病情,使危险因素严重性明显降低^[6]。糖尿病和冠心病均需严格控制饮食,患者会因此而感到生活严重受限,丧失人生的乐趣,悲观失望,对治疗丧失信心,所以做好患者的心理护理尤为重要。

2.9 健康教育 本病为终身性疾病。护理的任务不仅是在患者住院期间提供优质护理,更应教会患者有关防病知识,因此,加强健康教育尤为重要。应根据患者的具体情况制定详细的健康教育计划并付诸实施。内容包括坚持饮食治疗、合理运动、药物治疗方法、正确自测血糖及尿糖、足部护理常识、并发症处理等。健康教育的形式多采用集体授课、小组指导、个体交流等。指导患者外出时随身携带治疗卡及保健盒。

3 讨论

2004 年美国心脏学会提出“糖尿病是心血管疾病”的新论点,在美国成人胆固醇教育计划中,糖尿病又被列为冠心病的等危症,在糖尿病发生之后,心血管病变的危险性进一步增加^[7]。发达国家糖尿病的患病率在 6%~10% 以上,我国糖尿病的患病率约在 2%~4% 以上,每年以 1‰~2‰ 的速度递增^[8]。目前糖尿病已成为严重威胁人类健康的世界性公共卫生问题,五大并发症对人类的主要危害便是并发症。冠心病又是糖尿病慢性并发症之一。糖尿病患者冠心病发生率高,约 80% 死于心血管疾病,其中 75% 死于冠心病,心肌梗死发生率高,预后差。

糖尿病合并冠心病患者具有一定的特点^[9]。目前,国内外已把生命质量作为衡量疾病治疗效果的一个重要观察指标^[10]。针对上述特点,笔者对糖尿病合并冠心病患者,在有效控制血糖时,严密观察冠心病的病情进展;监测血糖及心电图的变化,注意有无心肌缺血,同时注意记录血流动力学变化、尿量、输液量,达到随时监测、随时治疗,并对从药物护理、饮食、生活等方面给予指导,进而达到提高患者生命质量,降低糖尿病合并冠心病患者的病死率。糖尿病合并冠心病治疗繁琐复杂,时间长,最重要就是提高患者的依从性和自理能力,对患者战胜疾病

预防并发症,提高生活质量有重要意义。

[参 考 文 献]

- [1] 吴华颖,王莺,郭莉兰.健康教育对老年冠心病合并糖尿病患者负性情绪和疗效的影响[J].中国实用医药,2009,27(4):225-226.
- [2] 李小鹰.糖尿病合并冠心病的病理基础与临床特点[J].中华老年多器官疾病杂志,2004,3(2):9.
- [3] 程云清,陈凌,戴红霞,等.冠心病合并糖尿病患者实施安全护理的效果评价研究[J].护理进修杂志,2007,22(22):2049-2050.
- [4] 莫永珍.糖尿病患者的饮食治疗与教育[J].中华护理杂志,2007,42(5):477.
- [5] 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2006:418-423.
- [6] 周桃梅,黄明珍.心理干预对中老年冠心病患者焦虑抑郁的影响[J].护理学杂志,2005,20(11):44-45.
- [7] 陆风华.糖尿病合并冠心病患者的饮食治疗及护理进展[J].全科护理,2009,7(9):2527-2528.
- [8] 陈春银,向秀,周洁丽.综合治疗糖尿病并发冠心病患者的观察与护理[J].当代护士,2008,2(11):13-15.
- [9] 鲁大云,孙明丽.糖尿病合并冠心病患者的护理[J].实用心脑血管病杂志,2009,17(9):837-838.
- [10] 朱元钰.评估生命质量逐渐成为临床试验的新标准[J].中华内科杂志,2003,42(2):753.

[文章编号] 1000-2200(2010)07-0750-03

· 护理学 ·

神经外科手术中侧俯卧位的摆放和护理

张妮娜

[摘要]目的:探讨神经外科手术中侧俯卧位的摆放和护理方法。方法:侧俯卧位的摆放时1人站在患者头部,保护气管插管,托扶头、颈部;其他2~3人分别立于手术床两侧,托扶背部,向上轻抬患者呈30°。半卧位,于腋窝投影处放置一软垫,将患者脊柱保持在同一纵轴位转动,并固定。结果:22例手术,准备时间缩短,手术体位术者满意,未因手术体位的摆放和护理因素而发生并发症。结论:在进行特殊部位手术时,摆放侧俯卧位并给以恰当的护理,可使手术时间缩短,手术并发症减少。

[关键词] 手术室护理;神经外科手术;侧俯卧位摆放

[中国图书资料分类号] R 472 [文献标识码] A

在神经外科手术中,安全合理的手术体位是手术成功的基本保证,尤其神经外科显微手术在显微镜下操作,手术部位深,术野狭窄,手术精细,时间长,准确的体位易于术野的暴露和医生操作准确方便,并可减少术中并发症的发生^[1]。全身麻醉下侧俯卧位是显微神经外科手术中较为复杂的一种体位,适用于颅后窝、桥小脑角、后颅窝中线区、脑干背外侧面、枕部、幕上顶枕部,脊柱、脊髓等部位病变的手术^[2]。此体位若使用不当可造成患者生理学的改变,易导致循环、呼吸障碍、神经损伤和皮肤压疮等并发症^[3]。2005年1月至2009年10月,笔者通过对22例侧俯卧位手术患者体位的摆放和相应的护理,取得良好的效果,现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 22例中,男14例,女8例;年龄18~73岁。病变部位及性质:第四脑室肿瘤手术2例,第四脑室囊虫1例,小脑半球肿瘤手术5例,桥小脑角区肿瘤手术10例,颈髓肿瘤2例,腰髓肿

瘤1例,颈髓海绵状血管瘤1例。手术时间4~7.5h。

1.2 方法 头颅颈部手术用头架固定,手术体位采用侧俯卧位摆放,摆放角度术者满意,并给以恰当护理。

1.3 结果 手术准备时间缩短,手术野暴露充分,手术医生操作方便并对手术体位、术中护理满意。未因手术体位的摆放和护理不当而发生任何并发症。

2 护理

2.1 体位摆放 患者全麻状态后进行体位摆放。1人站在患者头部,负责观察患者情况,保护气管插管、托扶头、颈部,2~3人分别立于手术床两侧,托扶背部、胸、腰部,向上轻抬患者呈30°半卧位,于腋窝投影处放置一软垫。搬动患者时要步调一致,将患者脊柱保持在同一纵轴位转动,避免牵拉或损伤。侧俯卧位垫与患者身体接触的部位是肩峰前侧面、肋骨、髂前上棘、股骨上端。下方手臂伸直放置身旁,身体前倾30°,放置软垫于身体侧,上方手臂放于托臂板上。下方腿伸直,上方腿屈膝放置软垫上,上方肩部、臀部、膝部用约束带固定。头颈部手术患

[收稿日期] 2009-12-18

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 手术室,233000

[作者简介] 张妮娜(1975-),女,护士。