

DOI: 10. 12209/CAIM202308280011

· 中西医结合临床案例 ·

冠心病患者 PCI 术后心脏康复二级预防个案护理报告

杨 雪

(琼海市中医院 心病科, 海南 琼海, 571400)

摘要: 近年来,随着社会发展和人民生活习惯的改变,冠心病的患病率和病死率呈逐年上升趋势,尤其是在急性心肌梗死方面,呈年轻化趋势。本文总结冠心病患者 PCI 术后心脏康复二级预防个案护理经验,运用冠心病二级预防策略,通过五大核心处方,即药物、运动、营养、心理、戒烟进行综合模型干预,改善患者预后,提高其生活质量。

关键词: 冠心病; PCI 术后; 心脏康复二级预防; 护理

Nursing report on secondary prevention of cardiac rehabilitation in a patient with coronary heart disease after PCI

YANG Xue

(Department of Cardiology, Qionghai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qionghai, Hainan 571400)

ABSTRACT: In recent years, with the development of society and the change of people's living habits, the prevalence and mortality of coronary heart disease show an increasing trend year by year. Especially in terms of acute myocardial infarction, there is a trend towards youthfulness. This paper summarized the nursing experience on secondary prevention of cardiac rehabilitation in a patient with coronary heart disease after PCI. Secondary prevention of coronary heart disease was applied, and comprehensive model intervention, including drugs, exercise, nutrition, psychology, and smoking cessation was conducted. The patient's prognosis and the quality of life were improved.

KEY WORDS: Coronary heart disease; post-PCI; secondary prevention of cardiac rehabilitation; nursing

冠心病是指冠状动脉粥样硬化,引起血管狭窄或阻塞,造成缺血性坏死。据推算心血管病现患人数有 3.30 亿,其中冠心病患者有 1139 万^[1]。目前,经皮冠状动脉介入(Percutaneous Coronary Intervention, PCI)防治冠心病疗效显著^[2]。PCI 术虽可有效开通血管,但无法对生物学进程进行逆转,术后仍会出现冠状动脉狭窄或堵塞。冠心病二级预防是以医学整体评估为基础,通过五大核心处方(药物、运动、营养、心理、戒烟)进行综合模型干预,使患者恢复最佳状态,延缓或逆转动脉粥样硬化进展,降低并发症和死亡率,提高生活质量和生命质量。本科室于 2020 年 10 月 25 日收治 1 例冠心病患者,在 PCI 术后通过五大核心处方对其进行综合干预,患者好转出院,现将护理实施过程报道如下。

1 临床资料

患者男,43 岁,2020 年 10 月 25 日无明显诱因突发胸闷痛不适,以心前区为主,呈闷痛样,无头晕、大汗等不适,就诊于当地医院。就诊时测血压 182/116 mmHg,心电图示:V1-V3、ST-T 段改变,血清肌钙蛋白 I<0.01 ng/mL,CK-MB14.4 U/L,当时考虑不稳定型心绞痛,予硝酸甘油组药液泵入扩冠、氯吡格雷片 300 mg 及阿司匹林肠溶片 300 mg 抗血小板聚集、阿托伐他汀钙片调脂、依诺肝素钠抗凝等对症治疗,经处理后患者胸闷痛症状较前缓解。为求进一步诊治,家属将其转运至本院就诊,急诊查心电图示:窦性心律、r 波递增不良(V3),肌钙蛋白 I 14 ng/mL、CK-MB145 ng/mL、Myo123 ng/mL,诊断:急性冠脉综合征

收稿日期:2023-08-28

OPEN ACCESS

www. case. jcme. net. cn

(ACS),拟急诊PCI术。但患者拒绝急诊手术,故收入本科进一步治疗。

患者既往发现高血压病2年余,血压最高180/110 mmHg,平日未规律服药及监测血压。吸烟20余年,10~15支/天,饮酒10余年,100 g/天。

辅助检查:2020年10月26日查心电图示:窦性心律、异常Q波,r波递增不良(V2)。肌红蛋白118 ng/L、肌钙蛋白I 81.97 ng/mL、超敏C-反应蛋白7.47 mg/L、白细胞 $12.82 \times 10^9/L$ 、天冬氨酸氨基转移酶138 U/L、乳酸脱氢酶358 U/L、甘油三酯2.60 mmol/L。腹部超声检查示:轻度脂肪肝、胆结石。心脏超声检查示:左心室收缩功能正常,EF58%(大于50%)。

治疗经过及转归:2020年10月26日根据患者心电图变化及心肌酶、血清肌钙蛋白变化,考虑急性前间壁心肌梗死,予低盐低脂饮食,监测血压、心率、抗血小板聚集、调脂、稳定斑块、控制心室率、护胃等对症治疗,注意保持大便通畅。2020年10月27日患者入院后未再发胸闷痛,复查心肌酶、血清肌钙蛋白I、血清肌红蛋白较前呈下降趋势,治疗上继续予抗血小板聚集、调脂稳定斑块、控制心室率减少心肌耗氧量、调控血压、扩冠等对症治疗,继续密切观察病情变化。待患者病情稳定再择期行冠脉造影+必要时PCI治疗。2020年10月28日复查心肌酶及血清肌钙蛋白I较前明显下降,治疗上继续予冠心病二级预防等对症处理,择期行手术治疗。2020年11月3日行冠脉造影术示:LM(-);LAD:动脉硬化,中段90%狭窄,远端血流TIMI3级;LCX:动脉硬化,未见明显狭窄,血流TIMI3级;RCA:动脉硬化,未见明显狭窄,远端血流TIMI3级,冠状动脉呈右优势。对LAD行PCI治疗,植入一枚支架,造影示:支架内通畅,未见残余狭窄,血流为TIMI3级。2020年11月4日患者诉无胸闷胸痛,无咳嗽咳痰,无腹胀腹痛不适,查体:生命体征平稳,双肺呼吸音清,双肺未闻及明显干湿性啰音及胸膜摩擦音。继续予抗血小板聚集、调脂、控制血压心率、营养心肌、扩冠等对症治疗。2020年11月5日术后生命体征平稳,双肺呼吸音清,心尖搏动位于第5肋间左锁骨中线内0.5 cm,未见异常搏动,未触及震颤,无心包摩擦感,心率62次/分,心律齐,心音正常。各瓣膜听诊区未闻及杂音及心包摩擦音,腹部平坦,腹软,无压痛、反跳痛,双下肢无水肿,患者出院。

2 护理

2.1 危险因素评估

我国冠心病患者人群对自身心血管疾病相关危险因素的知晓率较低,因此患者危险因素评估在冠心病二级预防中极其重要。该患者吸烟20余年,10~15支/天;饮酒10余年,100 g/天,白酒居多;身高170 cm,体重75 kg,BMI 26 kg/m²,属于超重;入院前查血压164/108 mmHg,入院后查血压112/64 mmHg,血压达标;入院前查血糖正常,入院后查空腹血糖5.92 mmol/L、糖化血红蛋白5.7%,血糖达标;入院前查血脂异常,入院后查总胆固醇5.98 mmol/L、甘油三酯2.60 mmol/L、低密度脂蛋白胆固醇3.63 mmol/L、高密度脂蛋白胆固醇1.17 mmol/L,其中甘油三酯不达标;有高血压病史、容易生气;住院前体育运动:<3次/周、<20 min/次、连续时间<3个月。

2.2 院内心脏康复

2.2.1 药物护理

本案例主要采用心血管疾病药物评估表、Morisky用药依从性问卷对患者进行评估,根据评估结果进行针对性指导。

运用心血管疾病药物评估表评估患者目前所服用药物为阿司匹林、替格瑞洛、瑞舒伐他汀钙片、美托洛尔、福辛普利。在服药过程中,常漏服替格瑞洛、瑞舒伐他汀钙片,其原因主要与外出就餐(晚餐)导致漏服。

根据所服用药物的说明书对用药不良反应进行评估,发现该患者无出血、胃肠道反应、过敏反应;无头晕头痛、心率缓慢;无干咳、皮疹、低血压、高血钾;无转氨酶升高、肌肉痛。

采用Morisky用药依从性问卷进行评估,评分为4.75分,用药依从性中等。该患者的二级预防药物治疗的依从性影响因素大致为外出就餐(晚餐)导致漏服。针对以上影响因素,我们进行如下健康教育:首先,特别强调冠心病二级预防药物治疗的必要性及相关危险因素的控制目标,帮助患者评估病情,阐明药物治疗的获益远大于药物副作用可能存在的风险;防控冠心病的重要措施是降低低密度脂蛋白胆固醇水平,控制血压,教育患者按时遵医嘱服用他汀类药物及其他降脂、降压药,同时坚持健康的饮食和生活习惯,加强体育锻炼可有效改善血脂、血压状况。其次,告知患者所用药物名称、颜色、剂量、服用方法等,制定药品清

单并放置于显眼位置或是应用手机信息、程序定期提醒服药,漏服时不得随意补服,并教会患者自行监测血压、心率。最后,采用自我登记报告模式评估用药依从性,以提高患者服药依从性。

2.2.2 运动处方

了解患者病情后,采用6 min步行试验对患者的运动能力做出评估。6 min步行试验主要对患者的**心率、心律、症状、体征、运动耐受性、疲劳感、血流动力学改变等进行测试。该患者6 min步行试验结果如下:运动时最大心率86 bpm,血压130/85 mmHg, Borg 评分0.5分,步行523米,未出现运动试验终止指征。

根据6 min步行试验结果,制定如下运动处方:平地慢走;运动强度:2 km/h;运动时间:20~30 min/次;运动频率:1次/天;运动上限:1 km/次。

运动的目标是有效控制体重,体质指数应控制到18.5~23.9 kg/m²,男性目标腰围<90 cm。每日运动时间不宜超过30 min,并记录锻炼日志和体重记录;可配以伸展运动(广播体操),频率为1次/天;暂不支持力量 and 平衡训练;运动时目标心

率:86次/分;如果锻炼时出现以下症状如胸部不适、极度疲劳、严重气短或感觉眩晕或晕倒,请及时停止运动,联系医生或护士。

2.2.3 营养处方

通过膳食回顾法了解饮食和行为,评估目前膳食营养状况和身体活动水平,即饮食以荤食为主,蔬菜摄入量较少;口味偏重,喜食油煎炸食品;平日饮食相对规律,每日3餐,偶尔夜间加餐;经常在餐馆聚餐,每周3次左右;全天主食摄入量300 g左右,肉类每日150 g左右,畜肉类为主;患者睡眠不好,每日睡眠5~6小时,有午休习惯,每日约30~60分钟;无规律性身体活动,日常活动少;有吸烟史20余年,每日10~15支;有饮酒史10余年,100 g/天,52度白酒居多。

该患者身高170 cm,体重75 kg, BMI 26 kg/m²,属于超重。

计算标准体重:标准体重=170-105=65(kg)。

确定每天能量摄入量,按每天20~25 kcal/kg体重计算每日总能量:(20~25)×65=1300~1625 kcal。

根据患者情况制定营养食谱如表1。

表1 营养食谱

早餐	低脂牛奶250 mL或面条62 g(180千卡)
	花卷42 g或素包子55 g或饼干22 g或花生15 g(各90千卡)
	马铃薯117 g(90千卡),鸡蛋1个(50 g)(90千卡)
	餐后水果:李子110g(1个)或西瓜170 g(1小块)(各45千卡)
中餐	大米150 g(180千卡)
	白菜250 g(45千卡)或豆角130 g(45千卡)
	清蒸鱼36 g或虾50 g或猪肉30 g(各45千卡)
	油1平勺(45千卡)
晚餐	餐后水果:橘子176 g或猕猴桃147 g(各90千卡)
	大米150 g(180千卡)
	牛肉40 g或鸭胸肉50 g(各45千卡)
	生菜280 g(45千卡)
	白萝卜200 g(45千卡)
	油1平勺(45千卡)

膳食指导原则:控盐、减脂/胆固醇、减体重、减少外出就餐。忌用动物脂肪含量高的食物或油煎炸的食物,如肥肉、炸鸡排、炸猪排等。忌用胆固醇含量高的食物,如动物脑、动物肝脏、肥肠等。忌用各种甜食点心、腌制食品、辛辣刺激品、浓茶、咖啡、烈酒等。健康膳食选择各种谷薯类杂粮、新鲜蔬菜水果、豆制品、奶制品、坚果类等。减少酱油、味精、调味品使用,出锅放盐。烹调方式选择:蒸、煮、少盐、凉拌。点菜原则:一荤两素(蔬菜)。肉类先选鱼类,再选鸡鸭鹅类,后选牛羊猪

肉类。以茶代酒,或是饮用干红、啤酒、低度白酒。

2.2.4 心理处方与睡眠管理

心理、睡眠评估:采用简易精神状态量表(MMSE)进行评估,评为30分,说明患者认知功能正常。

焦虑评估:采用广泛性焦虑障碍量表2(GAD-2)评估,评为3分,筛查为焦虑高危人群;继续予广泛性焦虑障碍量表7(GAD-7)评估,评为6分,属轻度焦虑。

抑郁评估:采用病人健康问卷2(PHQ-2)评

估,评为2分,筛查为抑郁高危人群,继续予病人健康问卷9(PHQ-9)评估,评为7分,说明有抑郁症状。

生活质量评估:采用SF-36量表,生理机能为80分,生理职能为0分,躯体疼痛为100分,一般健康状况为77分,精力为50分,社会功能为62.5分,情感职能为66.7分,精神健康为48分。上述得分情况说明健康状况一般。

睡眠质量评估:采用匹兹堡睡眠质量评定量表(PSQI)评估,评为10分,说明患者睡眠质量差。患者每周有3次以上入睡困难,睡眠持续时间5~6小时,期间做梦多。

根据以上评估结果采取以下措施。①支持性心理帮助。精神应激是心血管疾病的重要危险因素之一,我们应该积极给予支持性心理帮助。具体内容如下:对于一般患病反应或对疾病有误解的情况,我们应积极引导,可通过微视频、PPT讲解、图册宣传等方式进行健康指导。在治疗和护理时,应多关注患者的感受,听取倾诉,了解患者之所需,及时指导其解决困扰问题,以缓解压力。另外,调动家庭支持系统,提高其战胜疾病的信心和治疗依从性。对于抑郁、焦虑者,可指导其进行深呼吸、肌肉放松训练,或是移情活动,以缓解其抑郁、焦虑症状。②药物治疗。患者的抑郁、焦虑症状主要与近段时间工作多、压力大、休息不足有关,故暂不予药物治疗。

2.2.5 戒烟处方

烟草中所含的有害物质能使交感神经兴奋、氧化应激,可以损伤病人血管内膜,导致动脉粥样硬化,增加冠心病和猝死的风险。采用国际通用的尼古丁依赖程度评估表(FTND)评估,评为4分,属于尼古丁中度依赖。患者住院时开始戒烟,目前戒烟模式为戒烟治疗行为指导。告知患者吸烟的危害,指导患者如何应对尼古丁成瘾后产生的戒断症状,即当突然产生一种强烈的欲望想要吸烟时,可以尝试以下措施:深呼吸;用茶水淡化,如菊花茶或茉莉花茶;嚼口香糖;家庭支持、督促;移情护理,即转移注意力。

2.3 随访

分别于2020年11月7日、11月12日、11月17日通过电话或微信语音对患者进行随访。患者住院时戒烟,出院后未再吸烟,戒烟依从性好。简易精神状态量表(MMSE)评估30分,说明认知功能正常。广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)评估3分,

无焦虑。病人健康问卷9(PHQ-9)评估4分,无抑郁症状。SF-36量表评估生理机能:100分,生理职能:50分,躯体疼痛:100分,一般健康状况:87分,精力:100分,社会功能:100分,情感职能:100分,精神健康80分。评分结果表明基于早期康复干预可有效提高病人生活质量。匹兹堡睡眠质量评定量表(PSQI)评估8分,说明患者睡眠质量较前改善。Morisky用药依从性问卷进行评估,评为7.75分,即用药依从性好。患者出院后饮食规律,荤素搭配,营养均衡,BMI 25.6 kg/m²。

3 讨论

冠心病患者药物治疗的依从性影响着冠心病危险因素的控制情况、患者治疗预后及其治疗方案的选择与调整,因此需要做好监督与随访^[3]。本案例主要采用自我登记报告模式评估用药依从性,采用家庭监督模式跟踪随访,时刻提醒患者按时服药。经过干预指导,患者的用药依从性(7.75分)优于出院前(4.75分)。

运动是冠心病二级预防过程中不可或缺的一个环节。相关研究^[4]表明,坚持运动对于心脏病患者的预后和恢复是有效的。运动有利于缓解病人冠状动脉粥样硬化进程,患者通过运动可以促进血管内皮生长因子的表达、增加内皮祖细胞的数量、毛细血管增生、侧支循环的建立、血清中甘油三酯减少等降低心血管事件的发生率。池菊芳等^[5]指出,应根据患者运动治疗的观察与评估情况(包括自我感觉、心血管反应、运动后反应等),制定与之匹配的运动方式及强度。本文根据6 min步行试验结果,制定如下运动处方,即每天运动1次,每次20~30 min,运动强度为2 km/h,运动上限:1 km/次。在运动的过程中须对患者实施监控,观察患者的耐受力,从而适当地为患者调整运动的强度,当患者出现心跳加快、呼吸困难等现象时要停止运动^[6]。结果显示,患者出院后遵医嘱运动,且在运动过程中未出现不适症状。

吸烟会破坏血管内壁,影响血管壁的功能,导致血管老化。内皮细胞受损后,血管会变狭窄,导致斑块形成。通过非药物干预,患者已顺利戒烟。为防复吸,后续尚需全程提供辅导、及时协助及跟进。

Lu等^[7]研究表明冠心病患者的健康素养属于低水平。因此,需重视冠心病患者的健康教育。本案例通过膳食指导、支持性心理帮助方式等,有

效改善患者的情绪、睡眠及饮食习惯。结果显示,患者睡眠质量(PSQI: 8分)较前(PSQI: 10分)有所改善;患者目前无焦虑、抑郁症状;饮食规律,荤素搭配,营养均衡。

综上所述,心脏康复二级预防管理能够提高患者依从性,改善身体、心理不适症状,继而改善生存质量。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2020 概要[J]. 中国循环杂志, 2021, 36(6): 521-545.
THE WRITING COMMITTEE OF THE REPORT ON CARDIOVASCULAR HEALTH. Report on cardiovascular health and diseases burden in China: an updated summary of 2020[J]. Chin Circ J, 2021, 36(6): 521-545. (in Chinese)
- [2] 毛静远, 吴永健, 史大卓. 中成药治疗冠心病临床应用指南(2020年)[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(9): 1409-1435.
MAO J Y, WU Y J, SHI D Z. Guidelines for clinical application of Chinese patent medicine in treating coronary heart disease (2020) [J]. Chin J Integr Med Cardio Cerebrovasc Dis, 2021, 19(9): 1409-1435. (in Chinese)
- [3] SON Y J, SHIM S K, HWANG S Y, et al. Impact of left ventricular ejection fraction and medication adherence on major adverse cardiac events during the first year after successful primary percutaneous coronary interventions[J]. J Clin Nurs, 2016, 25(7/8): 1101-1111.
- [4] Campo G, Tonet E, Chiaranda G, et al. Exercise intervention improves quality of life in older adults after myocardial infarction: randomised clinical trial. Heart, 2020, 106(21): 1-7.
- [5] 池菊芳, 郭航远, 林辉. 心脏康复的管理与服务[J]. 中国全科医学, 2017, 20(20): 2432-2438.
CHI J F, GUO H Y, LIN H. Management and services for cardiac rehabilitation[J]. Chin Gen Pract, 2017, 20(20): 2432-2438. (in Chinese)
- [6] 康铁朵, 刘文娟, 康云鹏, 等. 心脏康复运动在老年慢性心力衰竭患者治疗中的应用[J]. 中国医药, 2017, 12(2): 171-174.
KANG T D, LIU W X, KANG Y P, et al. Application of cardiac rehabilitation exercise in the treatment of elderly patients with chronic heart failure[J]. China Medicine, 2017, 12(2): 171-174.
- [7] Lu MM, Xia HO, Ma JY, et al. Relationship between adherence to secondary prevention and health literacy, self-efficacy and disease knowledge among patients with coronary artery disease in China [J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2020, 19(3): 230-237.

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。