

# 临床护理干预对糖尿病合并高血脂患者的疗效观察

杨晓静 张小波

中宁县中医医院 宁夏 中卫 755100

**摘要:**目的:分析临床护理干预对DM合并HPL患者的应用效果。方法:选取2023年6月-2024年6月本院76例DM合并HPL患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组38例,行常规护理,观察组38例,行临床护理干预,比较两组护理效果。结果:观察组的HDL-C和SF-36评分均明显高于对照组,FBG、2hPG、HbA1c、TG、LDL-C和TC均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:给予DM合并HPL患者临床护理干预能有效改善糖脂水平,提高生活质量,具有推广价值。

**关键词:**临床护理;糖尿病;高血脂;生活质量

DM发生率高,发展缓慢,若治疗不当,长时间影响下,可能损害系统功能,引发诸多并发症,例如神经系统、视网膜等。有关研究提出,预计到2025年,我国DM患者达到9000万。高血脂是我国常见病,对于男性,其发生率约为33%,对于女性,约为32%<sup>[1]</sup>。DM一般存在脂质代谢异常,而血脂异常,又易引发DM并发症,导致冠心病易感性提升。患有DM后,胰岛素分泌量提升,易产生高胰岛素血症。对于胰岛素,其能用于肝脏,产生众多TG,释放出LDL-C,导致血内TG含量提升,聚集在肝内,转变为脂肪肝,其会干扰机体利用葡萄糖,导致脂质代谢异常,进而引发血脂异常<sup>[2]</sup>。针对DM合并HPL,除了要予以规范治疗,还要提供综合、精细化护理,以改善病情,调节血脂。本研究以DM合并HPL患者为对象,分析临床护理干预应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2023年6月-2024年6月本院76例DM合并HPL患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组38例,男20例,女18例,年龄为31-82岁,平均年龄(53.57±8.61)岁;观察组38例,男21例,女17例,年龄为32-83岁,平均年龄(53.68±8.52)岁。两组一般资料( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**纳入标准:**符合DM、HPL诊断标准;有完整资料;意识清晰;认知正常;知情同意本次研究。排除标准:DM急性并发症;肝肾功能障碍;伴有心衰;因甲状腺功能减弱,导致血脂代谢紊乱。

### 1.2 方法

两组均行综合疗法,选择格列齐特缓释片,60mg/次,患者口服,1次/d;选取辛伐他汀片,20mg/次,患者口服,1次/d。对照组行常规护理,讲解DM、HPL知识,

强调常见并发症,提醒其防治措施,饮食时保证低糖、低脂。观察组以对照组为基础,行临床护理干预:

#### 1.2.1 健康教育

围绕DM、HPL,举办讲座,讲解疾病知识,包括病因、病机,常见并发症知识,例如其危害、表现等,宣传有关知识时,保证图文并茂。纠正患者认知,维持轻松、平稳的心态,改善身心状态。介绍情绪会影响血脂,出现负面情绪后,会抑制胰岛素产生,导致血糖值增加,由于血糖波动,会导致血脂异常,予以积极、正向干预,能纠正负面心理,取得一致认知。

#### 1.2.2 生活指导

运动干预,通过适当体力活动、合理运动,可以消耗能量,一方面能减少TG、LDL-C和TC,另一方面又能增加HDL-C,但要结合病情,选择适当种类,控制运动量,保证循序渐进,如患者出汗多,要重视保暖,适当补充水分。确定锻炼时间,一般为餐后60min,展开运动前,先热身,持续5-10min,管控运动时间,一般为30-60min,每次运动后,再做伸展训练,或进行放松练习,以减少运动性低血糖,促使血糖下降。对于老年患者,其进行运动时,要有家人陪同,避免意外事件。注意检验生化指标,既包含血脂、血糖,又要测量尿糖,关注临床表现,能及时发现并发症,同时予以治疗。增加饮水量,减少血液黏稠度,以调节血脂,较少心血管疾病,可采取淡绿茶,或提供温水,饮用时间建议为睡前、餐前及清晨,每次建议约饮用200ml,每天约为2000ml。

#### 1.2.3 用药干预

提供药物指导,对于采取的降脂药、降糖药,讲解药物机制、服用方法等,提醒常见副反应,加大监测力度,确保按时用药,告知其胰岛素作用。提醒患者、家

属自我监督,维护用药安全。

#### 1.2.4 心理护理

提供心理干预,纠正患者认知,维持良好心理健康,令其良好适应、协调外部环境,形成良好人际关系,纠正负面情绪。形成良好休养环境,可结合患者爱好,通过播放音乐、适当运动等方式,放松心情,积极参与社交活动,维护身心健康。

#### 1.2.5 饮食指导

严格把控总热量,了解患者年龄、体重,依据消耗量,拟定饮食计划,针对男性患者,定为1800-2400kcal,针对女性患者,定为1600-2400kcal;对于肥胖者,建议为25-27kcal/kg。保证能量消耗与热量摄入之间,起到动态平衡,保证各成分比例科学,多补充膳食纤维、无机盐,摄取维生素,有效管控体重,防范并发症。保证少食多餐,严格按照热量,提供差异化食谱,定时用餐,注意补充蛋白质,调节餐后血糖,降低血

脂,减少低血糖。选择食物时,确保稳定多样,教会患者食物交换法,采取多样化食物。选择水果时,保证含糖量较低,可采取橘子、李子等,食用水果时间尽量为两餐间。

#### 1.3 观察指标

评价血糖指标<sup>[3]</sup>:检验干预前后的FBG、2hPG和HbA1c。评价血脂指标<sup>[4]</sup>:测量干预前后的HDL-C、TG、LDL-C和TC。评价生活质量:选择SF-36量表<sup>[5]</sup>,共有6个维度,全部百分制。

#### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ( $\bar{x}\pm s$ )表示计量,行 $t$ 检验, $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组血糖指标比较

干预后两组FBG、2hPG和HbA1c均明显低于干预前,观察组变化更明显( $P < 0.05$ )。详见表1。

表1 两组血糖指标比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	FBG (mmol/L)		2hPG (mmol/L)		HbA1c (%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	7.42±0.30	6.01±0.21 <sup>a</sup>	9.80±1.10	7.30±1.23 <sup>a</sup>	7.87±0.24	6.11±0.26 <sup>a</sup>
对照组	38	7.37±0.35	7.00±0.26 <sup>a</sup>	9.75±1.14	8.68±1.14 <sup>a</sup>	7.80±0.21	7.16±0.35 <sup>a</sup>
$t$	/	0.669	18.260	0.195	5.073	1.353	14.845
$P$	/	0.506	0.000	0.846	0.000	0.180	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组血脂指标比较

干预后两组HDL-C明显高于干预前,TG、LDL-C和

TC均明显低于干预前,观察组变化更明显( $P < 0.05$ )。详见表2。

表2 两组血脂指标比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	HDL-C (mmol/L)		TG (mmol/L)		LDL-C (mmol/L)		TC (mmol/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	0.95±0.25	1.59±0.25 <sup>a</sup>	2.81±0.24	1.75±0.16 <sup>a</sup>	4.15±0.21	2.76±0.25 <sup>a</sup>	6.08±1.10	5.00±0.35 <sup>a</sup>
对照组	38	0.97±0.22	1.41±0.21 <sup>a</sup>	2.83±0.20	1.97±0.17 <sup>a</sup>	4.18±0.17	3.43±0.26 <sup>a</sup>	6.10±1.07	5.79±0.38 <sup>a</sup>
$t$	/	0.370	3.398	0.395	5.809	0.684	11.451	0.112	9.426
$P$	/	0.712	0.001	0.694	0.000	0.496	0.000	0.911	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组生活质量比较

干预后两组SF-36评分均明显高于干预前,观察组变

化更明显( $P < 0.05$ )。详见表3。

表3 两组生活质量比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	总体健康(分)		精神健康(分)		情感职能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	61.24±4.18	83.87±7.81 <sup>a</sup>	62.16±5.27	82.49±5.76 <sup>a</sup>	61.44±4.19	84.23±5.48 <sup>a</sup>
对照组	38	61.31±4.10	71.63±7.17 <sup>a</sup>	62.42±5.10	70.30±5.64 <sup>a</sup>	61.53±4.07	73.52±5.24 <sup>a</sup>
$t$	/	0.074	7.117	0.219	9.321	0.095	8.707
$P$	/	0.941	0.000	0.828	0.000	0.925	0.000

续表3 两组生活质量比较[n(x±s)]

组别	例数	社会能力(分)		躯体疼痛(分)		生理功能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	72.26±3.67	87.35±6.51 <sup>a</sup>	63.37±5.19	80.48±7.71 <sup>a</sup>	71.36±3.64	84.78±6.13 <sup>a</sup>
对照组	38	72.41±6.58	79.31±6.40 <sup>a</sup>	63.41±5.11	72.22±6.87 <sup>a</sup>	71.49±3.58	78.20±6.17 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.123	5.429	0.034	4.931	0.157	4.664
<i>P</i>	/	0.903	0.000	0.973	0.000	0.876	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup>*P*<0.05。

### 3 讨论

DM病程长,患者常伴有血脂异常,受高血糖影响,导致脂质代谢异常,胰岛细胞受损,胰岛素含量减少,血糖增加<sup>[6]</sup>。血糖长时间不降,会影响ApoB,提升其糖化率,LDL结合受体能力显著减弱,会影响巨噬细胞,加强其摄取能力,降低血浆清除率。就高血脂而言,其易导致动脉粥样硬化,引发诸多心脑血管病<sup>[7]</sup>。

实施临床护理干预,全面分析患者需求,制定系统化、多方面护理方。针对DM合并HPL者,其大多不了解疾病,不同患者,其治疗知识掌握度不同,应多次、重复予以指导,了解患者差异,提供用药干预,适当运动,控制好运动量。科学、有效护理,能有效纠正病情。强化健康教育,令患者正视病情,提升自我保健意识,积极调节情绪,控制病情。患者病情不同,需求不同,护理方案也有差异,通过临床护理干预,调节患者行为,提高自护能力,改善不良行为,提升预后。研究结果显示和对照组比,观察组的FBG、2hPG和HbA1c均更低(*P*<0.05),表示护理干预能控制血糖,观察组的HDL-C更高,TG、LDL-C和TC均更低(*P*<0.05),表明临床护理干预可调节血脂。该模式注重药物指导,纠正不良习惯,患者适当休息,合理运动,控制病情进展,促使血糖下降,控制血脂。观察组的SF-36评分均更高(*P*<0.05),代表采取该模式,能改善病情,调节身

心健康,提高生活质量。说明应用临床护理干预可以抑制DM合并HPL进展,调节身心状态,取得良好预后。

综上所述,给予DM合并HPL患者临床护理干预能有效改善糖脂水平,提高生活质量,具有推广价值。

### 参考文献

- [1]薛颖,樊百叶,赵转丽.基于自我调节理论的护理干预对高脂血症合并糖尿病患者自我管理能力的影[ J ].糖尿病新世界,2024,27(5):144-147.
- [2]高婷,刘璟,秦丹丹.全面护理在糖尿病合并高血脂护理中的应用效果[ J ].中国继续医学教育,2021,13(23):189-191.
- [3]赵丹.饮食连续护理在2型糖尿病患者中的应用效果[ J ].中国民康医学,2022,34(19):168-170+174.
- [4]郭美莲,刘昱昕,钟丹,黄宇清,胡立业.中医综合护理干预模式在预防糖尿病高危足中的应用研究[ J ].中国医学创新,2023,20(32):115-119.
- [5]仝雪,王瑞.健康教育结合饮食护理对2型糖尿病合并肥胖症患者血糖、血脂及睡眠质量的影响[ J ].临床医学研究与实践,2023,8(29):182-185.
- [6]李秀丽,石美丽,于姗,张丽敏,路康,刘玮琳.不同剂量瑞舒伐他汀治疗老年冠心病合并糖尿病的疗效[ J ].中国老年学杂志,2022,42(20):4943-4946.
- [7]叶亦香.互联网下延续护理应用于2型糖尿病患者治疗中的临床效果[ J ].中国医药指南,2023,21(5):19-22.