

# 综合护理干预在老年慢性心力衰竭患者的应用效果观察

韦克珊 刘菊 刘顺梅 龙大敏

贵州省贞丰县人民医院 562200

**【摘要】**目的：评价老年慢性心衰患者综合护理干预的效果。方法：选取我院2021年2月-2022年2月老年心力衰竭患者100例，采用随机数字表法将其分成两组：观察组和对照组各50名。对照组采用常规护理，观察组以对照组为基础进行综合护理。结果：护理前后焦虑评分、抑郁评分、生活质量评分、心功能指数、护理满意度及并发症发生率均有显著差异。结果：观察组SAS、SDS评分明显低于正常组，差异有显著性（ $P<0.05$ ）；观察组术后左心室射血分数（LVEF）明显高于处理前，而左心室舒张末直径（LVEDD）明显低于处理前（ $P<0.05$ ）。LVEF明显高于正常组，LVEDD值明显降低，两者间存在显著性差异（ $P<0.05$ ）。护理人员的护理满意度明显高于对照组，有显著性差异（ $P<0.05$ ）；术后并发症的发生率明显降低，有显著性差异（ $P<0.05$ ）。结论：对老年慢性心衰患者进行综合护理干预，可显著改善其负面情绪、心功能，增加患者的满意程度，且并发症少，安全可靠，值得临床应用推广。

**【关键词】**综合护理干预；老年慢性心力衰竭；心功能

慢性心衰是老年人心功能快速恶化的一个重要指标。临床上有明显的呼吸困难、血流量减少、灌注减少、心源性休克等症状，对血流动力学指标有较大的影响。近年来，我国慢性心力衰竭病死率较高，住院率呈逐年增高趋势。老年慢性心力衰竭的发生、发展及预后一直是临床上关注的问题。多数慢性心力衰竭患者因对自身疾病的认识不足，常伴有焦虑、忧郁，且对治疗的依从度较低<sup>[1]</sup>。所以，对患者进行适当的护理干预非常重要。综合护理是一种新型的护理方式，它以标准化护理计划、患者健康教育、护理流程为主要内容，对改善护理服务的质量、改善患者的生存质量起着至关重要的作用。同时，也反映出了责任关怀与团队关怀的优越性。本文对老年心衰患者实施全面护理进行以下回顾性总结和分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院2021年2月-2022年2月住院的100名老年心力衰竭患者，采用随机数字表方法，将其分成两组：观察组和对照组各50名。对照组为26例，平均年龄62-84岁（ $70.53 \pm 8.09$ ）。病程为 $7.39 \pm 2.21$ 年。在观察组中，平均年龄61-83岁，（ $70.63 \pm 8.02$ ）。病程为1-13年，平均为 $7.38 \pm 2.24$ 年。两组在总体数据上没有统计学意义（ $P>0.05$ ），两者之间存在比较。患者和他们的家人在完全了解试验的内容后，自愿签字。本项研究已获本院医学道德委员会认可。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》<sup>[2]</sup>中慢性心力衰竭诊断标准，经CT、MRI及心脏彩超检查确诊为慢性心力衰竭者；②交流无障碍，可配合研究者；③临床资料完整；④无重大器质性疾病者。

排除标准：①合并重要脏器严重受损者；②合并精神类疾病者；③合并恶性肿瘤疾病者；④合并全身感染症状者；⑤妊娠期妇女。

### 1.3 方法

对照组患者按常规的治疗程序，观察患者的症状和体征，并指导患者遵照治疗。观察组除了常规的护理，还要进行全面的护理：

①环境的护理。创造一个温暖、舒适、干净的病房，并定期进行通风和消毒。调整房间的温度和湿度。绿色植物可以在室内净化空气，使人心情愉快。为了不影响患者的睡眠，病房里的仪器应该尽可能地降低噪音。护理工作要尽量在相同的时间内进行，保证患者充分的休息。

②心理治疗。注重患者的情绪和精神状况，根据他们的学历和性格，对他们进行心理辅导，安抚他们的情绪，说明治疗过程、注意事项和可

能取得的疗效，说明成功的案例，鼓励患者的自信心。鼓励患者用耐心解释，解释自己的忧虑和疑惑。建议家属多去看望、多关心、多关心、多关心，以帮助患者更好的处理。

③卫生保健。介绍冠心病的特点、高危因素及防治方法，或利用多媒体进行疾病知识宣传，使患者更好地认识自己的健康。说明饮食、运动和药物的重要性，并鼓励患者积极配合不同的护理和治疗，以提高患者的预后。

④锻炼。针对患者的具体情况和体质，进行个体化的运动干预，如太极、步行等，一天两次，一次20-30mins。坚持循序渐进的原则，适当控制运动的力度和频率，以避免胸闷、气喘。为了提高他们的生活习惯，我们鼓励患者尽可能的穿衣、折叠等。

⑤膳食的保健。饮食上要注意清淡易消化的饮食，控制钠盐、维生素、蛋白质的摄入，尽量做到少吃多餐，多吃新鲜的蔬菜和水果。⑥体位与机能的锻炼。注意观察患者的体温、心率、血压等生命体征，并对患者进行全面的检查。在低流速吸氧患者中，要注意呼吸的频率、深度的监控，指导患者进行呼吸训练，及时纠正咳嗽、痰的排泄，预防肺部感染。

### 1.4 观察指标

①对两组患者的焦虑得分进行对比。本研究以焦虑自评量表（SAS）为指标，共20项，每项为1-4，得分愈高者，其焦虑程度愈重。

②将两组患者的抑郁症得分进行对比，以20项指标进行评定，每项得分为1-4，得分越高，抑郁症的程度越重<sup>[4]</sup>。将两组患者的心功能指标（LVEF）、左心室舒张末内径（LVEDD）进行对比。心脏超声检测是由心悅iE33型的心脏超声诊断设备（制造商：Philips Ultrasound）进行的。

③对两组患者的生存质量进行比较。使用QOL-75量表，包括物质、身体、心理、社会四个维度，每一项的得分均为100，得分越高，生活品质越好。

④对两组患者的护理满意度进行对比分析。我院自编的护理满意调查表共20个，每个项目以0-5分进行打分，总分100分，根据满意程度分为：80分以上、60-79分基本满意、60分以上、不满意60分。总体满意度=（非常满意+基本满意）/总例数 $\times 100\%$ 。⑤对两组患者的合并症进行比较。并发症包括血栓，栓塞，肺部感染，电解质紊乱等。合并症=（血栓+栓塞+肺部感染+电解质紊乱+静脉血栓形成的总例数 $\times 100\%$ ）。

### 1.5 统计学分析

采用SPSS 22.0统计学软件进行处理，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，比较采用t检验，计数资料以[n（%）]表示，比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$

表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 SAS、SDS 评分比较

护理后, 两组患者 SAS、SDS 评分均低于护理前, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 且观察组患者 SAS、SDS 评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者 SAS、SDS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别		SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50	63.14 ± 3.73	36.12 ± 2.94	64.26 ± 3.64	39.75 ± 2.15
对照组	50	63.24 ± 3.59	43.16 ± 2.46	64.37 ± 3.58	50.14 ± 2.36
t		0.137	12.986	0.152	23.013
P		0.892	<0.001	0.879	<0.001

2.2 两组患者心功能指标比较

护理后, 两组患者 LVEF 均高于治疗前, LVEDD 均低于治疗前, 差

异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者 LVEF 高于对照组, LVEDD 低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者心功能指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	LVEDD (%)		LVEF (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	46.51 ± 4.23	62.55 ± 4.18	65.21 ± 3.42	50.36 ± 3.19
对照组	50	46.56 ± 4.35	51.75 ± 4.52	65.24 ± 3.43	56.26 ± 3.36
t		0.058	12.404	0.044	9.005
P		0.954	<0.001	0.965	<0.001

2.3 两组患者生活质量评分比较

护理前, 两组患者生活质量评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ );

护理后, 观察组患者生活质量评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

文本组别	例数	躯体健康		心理健康		物质生活		社会功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50	48.85 ± 8.23	82.04 ± 7.52	56.38 ± 4.42	84.97 ± 4.34	60.33 ± 5.35	74.81 ± 4.31	57.32 ± 4.22	75.59 ± 4.14
对照组	50	48.83 ± 7.18	72.35 ± 5.52	55.38 ± 5.49	74.66 ± 5.36	60.34 ± 5.28	69.21 ± 5.35	57.31 ± 4.24	68.94 ± 4.22
t		0.013	7.345	1.003	10.571	0.009	5.764	0.012	7.954
P		0.990	<0.001	0.318	<0.001	0.993	<0.001	0.991	<0.001

3 讨论

CHF 患者的心肌收缩功能降低, 主要是由于心输出量无法满足身体代谢需要, 造成心脏负担, 诱发心脏病, 是各种终末期心脏病的共同产物, 其临床特征以呼吸困难、水肿、猝死为主, 病死率高, 复发率高。随着我国人口老龄化的不断加深, 老年冠心病的患病率也呈逐年上升的趋势。有报告指出, 超过 60 岁的冠心病患病率在 5-12% 之间<sup>[4]</sup>。因为病情较长, 容易反复发作, 患者要长期服用药物, 有的患者要多次住院, 容易产生焦虑、紧张等情绪, 从而影响治疗的顺应性, 甚至产生抗药性, 因此, 对患者进行恰当的护理干预显得尤为重要。

在传统的护理模式下, 老年心衰患者的护理多以疾病自身及处理方式为主, 而忽略了患者的个人需要, 因而存在着一定的局限性。随着现代医疗服务水平的提高, 老年心力衰竭患者的护理水平得到了明显的提高<sup>[5]</sup>。观察组患者在心理、生理、运动、饮食等方面进行了全面的护理干预, 从而改善了护理工作的质量, 为患者提供了更加精细、优质的护理服务。良好的病房环境, 既能防止院内交叉感染, 又能减轻患者对医院环境的陌生与紧张。通过普及疾病知识、心理护理、疾病知识等, 能使患者的情绪得到平复, 并能使患者在治疗过程中保持乐观的心态, 从而提高患者的顺应性。老年 CHF 的康复除依靠临床用药之外, 还要与患者的饮食、运动及其他行为习惯密切相关<sup>[6]</sup>。因此, 护理人员要加强对患者的日常生活、体育锻炼, 提高身体免疫力, 提高心脏机能。

膳食护理能提高患者的营养水平, 提高患者的身体素质<sup>[7]</sup>。通过功能训练和运动干预, 可以使机体的细胞氧化酶活力、神经内分泌功能、提高骨骼肌的毛细血管密度、改善机体机能、提高机体的运动耐力。通过适当的运动, 患者也能减轻和消除消极的情绪, 改善治疗的顺应性和动力<sup>[8]</sup>。在护理后发现, SAS 患者 SDS 评分低于对照组, 心功能指标 LVEF 高于对照组,

LVEDD 低于对照组, 生活质量得分高于对照组, 并发症发生率低于对照组, 且并发症发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。陈静韵的研究与本文的结论是一致的。术后护理组患者的满意度明显高于对照组, 有显著性差异 ( $P < 0.05$ ), 说明患者更认可全面的护理。

综上所述, 综合护理干预对老年冠心病患者的消极情绪及心功能有明显的改善, 且具有较低的并发症、较高的安全性, 具有较好的临床应用价值。

参考文献:

[1] 毛承誉, 朱华芳, 张田田, 等. 上海市社区中老年人群心力衰竭患病率流行病学调查研究[J]. 中国预防医学杂志, 2019, 20(2): 124-127.  
 [2] 赵雅琴, 朱慧鹏, 王冉. 延续性护理对老年慢性心力衰竭患者遵医行为与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(3): 93-95.  
 [3] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中国医师协会心力衰竭专业委员会中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 760-789.  
 [4] 刘瑞娜. 老年慢性心力衰竭患者自我管理水平的影响因素及其护理对策[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(23): 33-35.  
 [5] 余爱玲. 护理干预对老年慢性心力衰竭患者的影响[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(18): 3020-3022.  
 [6] 李红梅, 李方敏, 杨铭霞. 整体护理干预对慢性心衰患者焦虑抑郁及生活质量的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(3): 571-574.  
 [7] 达志, 李婷茹, 王素英. 老年慢性心衰患者自我护理行为现状及影响因素研究[J]. 现代医学, 2020, 48(9): 1211-1215.  
 [8] 郭宝, 官莉莉. 持续护理联合中医情志疗法对慢性心衰患者心功能和生活质量影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(8): 200-203.