

探讨 ICU 急性心力衰竭患者中采用心理护理干预的效果分析

张朋敏

(献县中医医院 河北沧州 062250)

摘要: 目的: 探讨将心理护理模式运用于入住 ICU 的急性心力衰竭患者中的效果。方法: 选取 2022 年 5 月-2023 年 5 月进入本院 ICU 接受治疗的急性心力衰竭患者作为研究对象, 共 40 例, 以随机分组的方式将其分成两组, 即对照组 (常规护理, 20 例)、观察组 (添加心理护理, 20 例), 将两组的心理状态、血气指标进行对比。结果: 在心理状态方面, 观察组护理后的紧张 (7.39 ± 0.85) 分、愤怒 (9.68 ± 1.45) 分、疲劳 (6.02 ± 0.89) 分、抑郁 (7.07 ± 0.67) 分、慌乱 (7.01 ± 0.53) 分、总分 (36.64 ± 1.23) 分, 均低于对照组的 (10.30 ± 1.04) 分、(13.34 ± 1.69) 分、(8.68 ± 1.02) 分、(11.31 ± 1.08) 分、(9.65 ± 0.88) 分、(52.38 ± 2.46) 分; 在血气指标上, 护理后观察组的 (79.68 ± 6.16) mmHg、(96.65 ± 1.62) %, 高于对照组的 (64.35 ± 5.29) mmHg、(92.25 ± 1.45) %, PaCO₂ (37.06 ± 1.38) mmHg, 低于对照组的 (41.19 ± 1.65) mmHg; 均存在明显差异 (P < 0.05)。结论: 针对急性心力衰竭于 ICU 接受治疗的患者, 在心理护理的帮助下, 血气指标有了明显的改善, 心理状态有所好转。

关键词: ICU; 急性心力衰竭; 心理护理; 心理状态

在急性心力衰竭的情况下, 以左心衰竭较为常见, 可出现心搏骤停、严重呼吸困难、休克、晕厥等症状, 具有非常高的危险性, 常需要接受 ICU 的一系列治疗, 包括吸氧、镇静、扩张血管、缓解支气管痉挛等^[1]。急性心力衰竭患者在 ICU 治疗过程中对护理的配合具有较高的要求, 高质量的护理配合对患者治疗工作的顺利进行具有较大的帮助。有学者提出, 急性心力衰竭患者不仅要承受生理上的痛苦, 同时还会伴随严重的心理障碍, 有必要加强对患者的心理护理干预, 以便减轻患者的心理创伤, 提高总体护理与治疗效果。鉴于此情况, 本文就心理护理的进行对此类患者产生的影响展开分析^[2]。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

共纳入 40 例急性心力衰竭患者, 均满足 ICU 治疗的条件, 对其进行随机分组。对照组 (n=20) 男 12 例、女 8 例; 年龄 55~70 岁, 平均 (62.58 ± 3.67) 岁; 病程: 1~26h, 均值: (13.59 ± 2.61) h。观察组 (n=20) 包括 13 例男性患者与 7 例女性患者; 年龄在 56~70 岁之间, 平均年龄为 (62.69 ± 3.55) 岁; 病程: 1~25h, 均值: (13.47 ± 2.53) h。纳入标准: 通过体征检查、心电图检查等确认为急性心力衰竭, 心功能受损为 II~IV 级, 个人资料完整。排除标准: 合并重症肺炎等呼吸道感染性疾病、无生命体征等。

1.2 方法

对照组: 常规护理, 严格监测患者的生命体征, 协助患者保持舒适的体位, 定时帮助患者更换体位, 清洁皮肤, 待患者恢复意识后简单讲解一些疾病知识与治疗、护理方案; 保持室内安静整洁, 调节适宜的温度, 定期开窗通风, 遵照医嘱用药, 指导患者合理进食, 使其保持营养均衡, 根据患者的实际情况采取止痛措施, 积极预防并发症的发生等。

观察组: 添加心理护理, 护理人员需保持沉着、冷静, 提

表 1 两组心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | n | 时间 | 紧张 | 愤怒 | 疲劳 | 抑郁 | 慌乱 | 总分 |
|-----|----|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 对照组 | 20 | 护理前 | 17.56 ± 1.38 | 20.01 ± 2.32 | 13.32 ± 1.64 | 16.35 ± 1.29 | 13.34 ± 1.46 | 81.23 ± 3.65 |
| | | 护理后 | 10.30 ± 1.04 | 13.34 ± 1.69 | 8.68 ± 1.02 | 11.31 ± 1.08 | 9.65 ± 0.88 | 52.38 ± 2.46 |
| | | t 值 | 6.302 | 5.125 | 8.648 | 5.921 | 7.302 | 7.864 |

高警惕, 注意细节的处理, 耐心向家属解释患者的病因、治疗情况等, 稳定家属的情绪; 观察患者的面部表情、肢体动作等, 换位思考, 共情患者当下的感受, 减少患者的精神刺激, 建立相互信任的护患关系, 重视患者的个人感受, 让患者感受到充分的尊重; 根据患者的实际情况使用约束带, 避免患者出现过激的行为, 待患者清醒后, 随时观察其思想动态, 询问患者的护理需求尽量满足, 合理安排亲友探视时间, 让患者适当倾诉内心, 排解消极的情绪; 了解患者的心理承受能力, 向患者介绍一些治疗成功案例, 予以患者肢体与语言上的鼓励, 增加患者的自信心^[3]; 收集患者的个人资料, 全面了解其个人情况, 分析导致患者出现负面情绪的原因, 并对其进行一对一心理疏导, 让患者认识到保持积极态度的重要性, 对人生充满希望; 营造良好的住院环境, 确保患者有充足的休息, 根据患者的病情恢复情况指导其通过深呼吸进行自我放松^[4-5]。

1.3 观察指标

(1) 采用心境状态量表 (POMS) 评估两组的心理状态, 包括 5 个消极情绪: 紧张 (0~24 分)、愤怒 (0~28 分)、疲劳 (0~20 分)、抑郁 (0~24 分)、慌乱 (0~20 分), 评分越高说明消极情绪越严重。

(2) 记录两组护理前后的血气指标, 包括 PaO₂: 动脉血氧分压、PaCO₂: 动脉血二氧化碳分压、SaO₂: 血氧饱和度。

1.4 统计学方法

处理工具为 SPSS 22.0 统计软件, 比较差异有统计学意义以 P < 0.05 表示。

2. 结果

2.1 心理状态

两组护理后的消极状态评分均较护理前低, 且观察组低于对照组, 见表 1。

| | | | | | | | |
|-----|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | P 值 | 0.012 | 0.008 | 0.015 | 0.016 | 0.020 | 0.017 |
| 观察组 | 20 护理前 | 17.52 ± 1.35 | 20.07 ± 2.38 | 13.37 ± 1.68 | 16.38 ± 1.24 | 13.39 ± 1.41 | 81.27 ± 3.69 |
| | 20 护理后 | 7.39 ± 0.85 | 9.68 ± 1.45 | 6.02 ± 0.89 | 7.07 ± 0.67 | 7.01 ± 0.53 | 36.64 ± 1.23 |
| | t 值 | 12.305 | 15.644 | 13.309 | 11.124 | 12.65 | 16.204 |
| | P 值 | 0.006 | 0.001 | 0.012 | 0.008 | 0.013 | 0.005 |
| | t 护理前组间值 | 0.745 | 0.692 | 0.635 | 0.842 | 0.734 | 0.610 |
| | P 护理前组间值 | 0.113 | 0.205 | 0.148 | 0.196 | 0.303 | 0.234 |
| | t 护理后组间值 | 9.635 | 5.128 | 5.724 | 7.630 | 8.021 | 7.910 |
| | P 护理后组间值 | 0.036 | 0.025 | 0.021 | 0.019 | 0.023 | 0.038 |

2.2 血气指标

观察组护理后的 PaO₂、SaO₂ 高于对照组，PaCO₂ 低于对照组，见表 2。

表 2 两组血气指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | PaO ₂ (mmHg) | SaO ₂ (%) | PaCO ₂ (mmHg) |
|-----|----------|----------|-------------------------|----------------------|--------------------------|
| 对照组 | 20 | 护理前 | 53.46 ± 4.17 | 88.67 ± 1.23 | 45.27 ± 2.31 |
| | | 护理后 | 64.35 ± 5.29 | 92.25 ± 1.45 | 41.19 ± 1.65 |
| | | t 值 | 6.239 | 10.021 | 9.457 |
| | | P 值 | 0.031 | 0.028 | 0.026 |
| 观察组 | 20 | 护理前 | 53.57 ± 4.23 | 88.72 ± 1.25 | 45.23 ± 2.34 |
| | | 护理后 | 79.68 ± 6.16 | 96.65 ± 1.62 | 37.06 ± 1.38 |
| | | t 值 | 13.302 | 16.125 | 12.029 |
| | | P 值 | 0.007 | 0.012 | 0.010 |
| | | t 护理前组间值 | 0.765 | 0.820 | 0.839 |
| | | P 护理前组间值 | 0.136 | 0.202 | 0.148 |
| | t 护理后组间值 | 7.302 | 5.649 | 5.835 | |
| | P 护理后组间值 | 0.038 | 0.045 | 0.041 | |

3. 讨论

急性心力衰竭主要是心室射血功能受损，使心排血量无法满足机体需要而形成，其诱因较复杂，包括感染、精神因素、电解质紊乱、心肌缺血等^[6]。急性心力衰竭的临床表现主要包括肺淤血、体循环淤血，可伴随下肢水肿、腹水、心动过速等情况，如果治疗不及时可能还会引发肾脏损伤、肺气肿等并发症。

急性心力衰竭的情况较紧急，常被接收于 ICU 展开治疗，同时，还会配合常规护理进行辅助^[7]。常规护理内容包括基础健康教育、饮食管理、病情监测等，能够解决治疗过程中遇到的一些问题，减轻患者的生理负担，使其处于舒适的状态。有学者提出，心理护理也是急性心力衰竭患者中不可或缺的护理内容，而在进行常规护理过程中很容易忽略患者的心理疏导，不利于患者的康复。

心理护理是利用心理学对患者的心理活动产生积极影响的一种干预方式，通过实施心理护理，能够增加护患之间的沟通，减少患者精神上的刺激，予以患者心灵上的安抚，从而可以改善其心理状态，同时对其血气指标的恢复更为有利^[8]。如以上结果所示，观察组护理后的心理状态评分、血气指标水平均优于对照组。

综上所述，通过心理护理干预，对急性心力衰竭患者血气指标的改善具有更大的帮助，并且可减轻其心理负担，获得更加满意的护理服务。

参考文献：

[1]董瑞,张玉.个性化心理护理联合运动康复护理对慢性心力衰竭患者心理状态、心功能和生活质量的影响[J].黑龙江医学,2023,47(15):1868-1870.

[2]石柳,那润萍.路径式护理联合积极心理干预在急诊留观急性心力衰竭患者中的应用效果评价[J].生命科学仪器,2022,20(S1):158.

[3]李丹丹.医院——社区模式下延续性护理联合引导式心理干预在急性失代偿性心力衰竭出院患者中的应用效果评估[J].黑龙江医学,2022,46(02):238-240.

[4]张朋真,田晓艳.综合护理在接受无创呼吸机治疗的急性心力衰竭合并呼吸衰竭患者中的应用效果[J].河南医学研究,2021,30(32):6139-6141.

[5]王宁.序贯性通气治疗联合心理干预对重症急性心力衰竭并发呼吸衰竭患者的影响[J].心理月刊,2021,16(05):53-54.

[6]宦佳丽,顾永梅.心理护理干预在 ICU 急性心力衰竭患者中的应用和体会[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(22):21+26.

[7]吴芳.急救护理及早期心理干预在门诊急性心力衰竭患者的急救工作中的应用效果[J].心理月刊,2020,15(23):174-175.

[8]巩芳.分析急性心力衰竭患者的重症护理重点与效果[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(15):13.