

# 顽固性心力衰竭患者心血管内科重症护理干预效果分析

王龙 张艳秋<sup>(通讯作者)</sup> 金薇薇

吉林大学第二医院, 吉林长春, 130000;

**摘要:** 目的: 探讨顽固性心力衰竭患者应用心血管内科重症护理干预效果。方法: 随机从2023年至2025年医院挑选出80例顽固性心力衰竭患者为对象, 在抽签法下将患者分成对照组及研究组, 对照组进行常规护理, 研究组实施心血管内科重症护理干预, 观察并发症发生情况, 评估患者心理状况、心功能及生活质量。结果: 研究组患者并发症发生率相比对照组降低, 而心理弹性、心功能及生活质量均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 顽固性心力衰竭患者通过心血管内科重症护理干预可以有效预防并发症, 促进预后恢复。

**关键词:** 顽固性心力衰竭; 心血管内科; 护理干预; 康复效果

**DOI:** 10.69979/3029-2808.26.04.058

顽固性心力衰竭通常属于心脏疾病终末期阶段表现的一种病症, 通常指的是患者心律传导存在异常且在相关药物治疗后仍然反复发作, 预后效果较差, 且患者死亡率高<sup>[1]</sup>。受到疾病持续影响, 患者心排血量会显著降低, 伴有心悸、胸闷或者休克症状, 且血流动力学出现异常, 脑灌注明显缺乏后, 导致睡眠状况降低, 同时还会引发患者产生焦虑和疲劳感, 进而给预后带来严重影响<sup>[2]</sup>。针对顽固性心力衰竭临床干预, 需要促使患者症状得到缓解的基础上, 还需改善患者预后, 提高生活质量, 而实现这一目的则需重视心血管内科护理措施干

预。心血管内科重症护理干预作为一种针对性护理措施, 能够结合顽固性心力衰竭病情实际情况, 合理评估患者状况, 为患者提供个性化护理指导, 同时加强患者康复护理, 促进患者病情改善, 提高预后效果。对此, 本篇文章随机选取2023年1月至2025年12月医院收治顽固性心力衰竭患者, 探讨心血管内科重症护理干预。

## 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

以2023年1月-2025年12月医院内80例顽固性心力衰竭患者研究对象, 搜集资料统计至表1。

表1 患者临床资料

组别	n (例)	性别 (男/女)	平均年龄 (岁)	平均病程 (年)	体重指数 (kg/m <sup>2</sup> )
对照组	40	21:19	62.47±2.43	2.07±0.52	23.74±0.96
研究组	40	23:17	62.58±2.51	2.09±0.48	23.82±0.92
X <sup>2</sup> /t		0.202	0.199	0.179	0.381
P		0.653	0.843	0.859	0.705

#### 1.1.1 纳入标准

(1) 入院经心脏彩超及症状观察确认符合顽固性心力衰竭疾病标准; (2) 经心功能NYHA分级评估在I-I-IV级内; (3) 近期未采取过相关影响疗效评估措施; (4) 资料搜集齐全; (5) 签署同意书。

#### 1.1.2 排除标准

(1) 生命体征不稳定; (2) 意识模糊难以交流沟通; (3) 精神疾病; (4) 中途退出研究者。

## 1.2 方法

对照组实施常规护理, 需要严格按照心血管内科标准为患者进行规范化抗心衰治疗, 维持低流量吸氧, 保持绝对卧床休息, 同时结合患者个人状况提供β受体阻

滞剂、利尿剂或者硝酸酯类药物。护理人员为患者讲解疾病饮食注意事项, 同时观察患者每天的饮食及饮水量, 在运动和休息方面给予患者嘱咐, 并必要时采取艾司唑仑药物提高患者睡眠质量, 由护理人员告知患者及家属在治疗期间需要注意的问题, 同时及时反馈给主诊医师。

研究组实施心血管内科重症护理干预: (1) 病情监测: 密切监测患者的心功能以及心律失常等情况的变化情况, 并对患者的健康状况变化情况进行了解, 当患者入院后, 对患者相应的有关信息、身体条件以及合并症等进行分析, 尤其关注患者的积水程度、血压值等情况是否发生了过度积水的现象。每天对患者入院后出水

量及血液检查数值、生物学指标进行观察并做好记录工作,并及时将出现排尿障碍、下肢水肿等情况反馈给医生。(2)氧疗护理:结合患者个人血氧饱和度情况,进行氧疗干预,确保血氧饱和度维持在90%以上,若是患者伴有轻度低氧血症则需要给予鼻导管吸氧(2-4L/min),如果患者程度较高则给予面罩吸氧,氧流量4-6L/min。在急性肺水肿情况下,给予高流量供氧(6-8L/min),加用酒精(20%~30%)降低肺表面张力,提高氧弥散能力;对于严重患者及常规吸氧效果不佳者需要及时准备非侵入性或侵入性的呼吸机帮助其通气,监测并记录氧耗量以及定时检测血气指标以指导调节氧疗方案。(3)体位护理:患者取正坐位或是半卧位,抬高双下肢,并将床位也抬高至30-60°,以减少心排出量,减轻肺淤血,有利于呼吸困难症状的缓解;病情基本稳定及水肿情况消退后,适当变换体位并定时翻身(不少于2次/d),以防止压迫性皮损及静脉血栓形成;躯干旋转应动作轻柔,避免剧烈运动诱发心功能不全加重。

(4)液体限制护理:严格控制补液,根据患者情况将日均补液量控制在1500~2000ml左右,重症者可酌情降至1000~1500ml,以免因过量的体液增加心脏负荷;合理调控输注速度,一般不宜大于20~30滴/min。防止出现急性肺水肿,并准确记录每日出入量,保持水出入平衡,如有出入不平衡及时报告医生进行处理。(5)药物指导:对患者进行药物治疗前应掌握肝功能、心脏生物化学指标、血电解质及心电图情况等各项数据,并取得患者的既往病史、药物使用及过敏等情况的相关材料,以免造成患者服药后产生严重不良反应。对于较为特殊药物应该提前做好应急措施,并向患者说明个体用药及用药危险性。如果采用静滴方式来进行给药治疗,应该尽量避免刺激到血管,在选择静脉的时候应当选择活性大弹性好的静脉,避免因为滴速太快而加重心脏负担的情况发生。(6)饮食护理:坚持少盐少油、易消化、少食多餐原则减轻心脏负担,每日盐摄入 $\leq$ 2-3g,不食腌渍食物加工食品,忌油腻、油炸食物,减少胆固醇摄入以防动脉硬化;少食多餐每日5-6餐,每次七八分饱为宜防止暴饮暴食对心脏带来过多压力。进食富含维生素以及蛋白质的食物(新鲜蔬菜、水果、瘦肉、鱼蛋等)提高自身免疫力。戒烟戒酒,禁浓茶咖啡等以免刺激心脏。(7)康复护理:在患者病情稳定后遵照运动康复方案进行运动治疗,初期在监护仪下室内行走3

-6m/次,休息1-2分钟后再进行行走,每日3次,活动量根据患者病情严重程度决定。护理人员引导患者进行心脏康复锻炼(包括耸肩运动、肩部环绕运动、按压穴位、扩胸运动等),每次5分钟,每天2次。在病情稳定后,可在2周内进行四肢伸展运动,如关节内旋转及内收、肢体屈伸、外出散步、短距离行走等活动,时间约30~40min,每日2次;第4周可指导患者进行低强度有氧运动,比如骑自行车、跑步、爬楼梯等等,每次都要控制在30分钟以内,每天锻炼一次,在家人的陪同下完成这些项目,并保证适度的运动量,避免心率增快现象发生。(8)延续护理:出院后由护士电话及微信等方式对患者进行随访,采用网络途径进行患者心理干预,帮助患者缓解出院后可能出现的焦虑和恐惧情绪;鼓励患者多参与社会交往,加强其社会支持系统;定期进行电话随访或家访了解其病情情况,同时也会经常在线与其沟通,解答其日常生活中产生的各种疑惑,最后根据观察结果为其及时调整医疗及生活管理方案。针对运动依从性较差者,告知其坚持锻炼的好处,在条件允许的情况下,鼓励患者在体力恢复的基础上增加运动量。督促患者在规定时间内到院进行检查治疗并监测其身体指标以及病情变化情况以供医师根据具体情况更改恢复方案。

### 1.3 观察指标

(1)心理弹性:采用康纳-戴维森韧性量表(CD-RISC)评估<sup>[3]</sup>,内容包括自强、乐观、坚韧等方面评价,共包括25个条目,每个项目计分为0~4分,得分越高心理弹性越好。(2)并发症发生情况,记录发生率。(3)心功能指标:经超声仪测量记录左室舒张末期内径(LVEDD)左室收缩末期内径(LVESD)左射血分数(LVEF)指标。

(4)生活质量:健康简易健康问卷SF-36评估,分值越高生活质量越高。

### 1.4 统计学分析

采用SPSS 26.0开展研究数据处理,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )描述,用t检验,计数资料用n(%)表示,用 $\chi^2$ 检验,结果为 $P < 0.05$ 提示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 心理弹性

护理前后心理弹性评估显然研究组提高程度更显著,且干预后高于对照组( $P < 0.05$ )。

表 2 两组患者心理弹性评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	自强		乐观		坚韧	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	11.92±1.75	17.51±1.56	8.94±0.85	11.25±1.21	20.24±3.63	29.54±4.17
研究组	11.85±1.83	19.25±1.63	8.97±0.91	13.36±1.08	20.39±3.58	32.52±3.63
t	0.175	4.878	0.152	8.228	0.186	3.409
P	0.862	0.001	0.879	0.001	0.853	0.001

2.2 并发症发生率

研究组并发症发生率低于对照组 (P<0.05)。

表 3 两组患者并发症发生率 (n/%)

组别	n (例)	心律失常	感染	肝功能异常	总发生率
对照组	40	3 (7.50)	3 (7.50)	2 (5.00)	8 (20.00)
研究组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	0	2 (5.00)
$\chi^2$	-	-	-	-	4.1143
P	-	-	-	-	0.0425

2.3 心功能评估

两组心功能指标对比显然干预后研究组均高于对照组 (P<0.05)。

表 4 两组患者心功能指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	LVEF (%)		LVESD (mm)		LVEDD (mm)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=40)	44.25±3.09	47.52±2.63	56.41±2.37	53.39±1.78	57.39±2.87	54.04±1.85
研究组 (n=40)	44.18±2.97	49.67±3.15	56.52±2.85	51.07±1.52	57.52±2.71	51.33±1.01
t	0.103	3.314	0.188	6.269	0.208	8.132
P	0.918	0.001	0.852	0.001	0.836	0.001

2.4 生活质量

研究组患者生活质量高于对照组 (P<0.05)。

表 5 两组患者生活质量评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n (例)	躯体功能	生理职能	心理功能	社会功能
对照组	40	53.41±2.71	53.42±2.31	52.47±2.82	52.49±2.93
研究组	40	56.08±2.63	56.52±2.24	56.81±2.65	57.52±2.08
t		4.472	6.093	7.093	8.853
P		0.001	0.001	0.001	0.001

3 讨论

顽固性心力衰竭通常是由于心肌梗死或者是心肌病等持续影响下导致心肌损伤后, 心肌结构和功能出现显著变化, 促使呼吸困难、乏力或者体内滞留症状出现, 患者在相关措施治疗后难以取得理想控制效果<sup>[4]</sup>。伴随患者病程逐渐延长后, 容易诱发较大程度睡眠障碍, 这时自主神经会受到影响, 导致应激反应增强, 心肌耗氧量增多, 促使心脏负荷明显增加, 所以加重病情, 导致其他不良心血管事件出现。因此在临床中需要加大关注, 及时采取有效护理干预措施, 以缓解患者症状, 控制病情。

心血管内科重症护理干预属于一种个性化护理手段, 能够对患者进行动态观察以及异常情况发现处理工作, 保障患者的生命安全; 并且运用心电监护仪对患者的血液循环情况进行监测, 在用药过程中对患者反应状

况给予关注, 出现异常后立即采取措施; 从而保障患者的身体健康<sup>[5]</sup>。通过评估本次研究结果可见, 研究组心理弹性及心功能指标改善程度均比对照组高 (P<0.05)。原因分析: 在心血管内科重症护理过程中, 关注患者心理干预, 可帮助纠正患者存在的认知偏差, 消除不良情绪, 树立自我效能感并指导患者进行自我管理, 可以促进患者按时按量服药, 并给予正确的用药指导, 增强自我用药意识<sup>[6]</sup>。同时对患者进行健康教育, 使其树立科学饮食观念以及生活习惯, 以便于在治疗期间维持健康生活方式, 防止病情出现恶化情况。在帮助患者进行康复训练前, 护理人员需对患者的实际情况进行全面掌握, 并制定个性化护理方案; 随着治疗时间的延长, 在患者运动能力和机体康复的基础上对其训练项目予以适当调整, 从而改善患者心功能<sup>[7]</sup>。同时, 针对顽固性心力衰竭患者而言, 要进行适当运动疗法, 能够刺激出冠状动脉的树形分支, 并且还可以提升身体内部的心脏血流

量,使得肌组内血供增多,也使得心肌收缩力得到提高,进而达到提高病人身体素质以及改善病情的目的。

在并发症发生率对比中研究组患者较低,而生活质量研究组高于对照组( $P<0.05$ )。原因分析:心血管内科重症护理加强患者病情监测,定期进行评估,可及时发现异常及时处理,进而预防并发症。另外,强化患者运动指导,适度运动有助于患者纠正异常循环以及肌肉的痉挛外,还可以提高患者的机体血流量,在降低交感神经及周围血管张力的基础上降低机体负荷水平,并增强其活动耐受性,从而实现对患者病情的有效控制。此外,常规随访及指导有助于医师针对患者的实际情况来修正训练方案,增强训练强度以及针对性和有效性,确保疗效及远期预后<sup>[6]</sup>。加以延续护理服务,能有效纠正患者疾病的认知行为,提高患者的依从性。确保药物的有效性和安全性,维持心功能处于最佳状态,减轻疼痛程度,并最终可明显提高生活质量。

综上所述,顽固性心力衰竭患者病情容易反复发作,通过心血管内科重症护理干预可有效缓解病情,改善心功能,提高患者心理弹性,有助于预后恢复,提高生活质量。

### 参考文献

- [1]刘洪欣,赵雅丽.运动康复护理干预对顽固性心力衰竭患者自护能力及康复效果的影响[J].心血管病防治知识,2024,14(03):116-118+123.
- [2]吕聪英,潘国焰.运动康复护理干预对顽固性心力衰竭护理的效果研究[J].中国校医,2022,36(11):831-832+837.

[3]吕丽芬,范焕珍,康峰光,等.逐水粉六穴贴敷在慢性心力衰竭顽固性水肿患者中的应用[J].中国当代医药,2021,28(35):207-212.

[4]吴晖,李希玲.中药穴位贴敷联合缩唇-腹式呼吸训练干预慢性顽固性心力衰竭伴睡眠障碍的临床观察[J].四川中医,2021,39(06):206-210.

[5]吴晖,王燕,任耀龙,等.中药穴位贴敷联合缩唇-腹式呼吸训练对慢性顽固性心力衰竭伴睡眠障碍患者睡眠质量、心功能及负性情绪的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(16):159-162.

[6]吕聪英,潘国焰.沙库巴曲缬沙坦联合综合护理治疗老年顽固性心力衰竭的效果[J].蛇志,2020,32(04):475-477.

[7]陈莉.双轨道互动护理管理模式对慢性心力衰竭患者治疗依从性及不良心理状态的影响[J].首都食品与医药,2020,27(04):186-187.

[8]汪晓静,张佩,王雅芬,等.综合性护理在降低交替双通道微量泵静脉输入盐酸胺碘酮注射液致静脉炎中的效果[J].中外医药研究,2025,4(03):126-128.

作者简介:王龙,男,(1987.8-),毕业于北华大学,护理学,现就职于吉林大学第二医院,护士,主管护士。

通讯作者:张艳秋,女,(1974.11-),毕业于吉林大学护理学院,护理专业,目前就职于:吉林大学第二医院心血管内科,职务为护士长,职称为副主任护师。