

无缝隙护理在老年冠心病患者中的应用效果及满意度评价

吴冰 陈金尧

山东省军区潍坊第一离职干部休养所 山东 潍坊 261042

摘要：目的：分析无缝隙护理在老年CHD患者中的应用效果。方法：选取2023年3月-2024年3月本院78例老年CHD患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组39例，行常规护理，观察组39例，行无缝隙护理，比较两组护理效果。结果：观察组的护理满意度、心绞痛发作情况、心绞痛稳定状态、身体活动受限度和疾病认知度评分均明显高于对照组，SAS、SDS、PSQI评分和心血管事件发生率均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：给予老年CHD患者无缝隙护理能减轻病情，改善睡眠质量和情绪，提升护理质量，具有推广价值。

关键词：无缝隙护理；老年人；冠心病；满意度

冠状动脉管腔出现闭塞或者狭窄，心肌受到影响，出现缺氧缺血，引发心脏病，称之为CHD，观察CHD典型表现，主要为胸闷、胸痛，患者活动后，各表现明显加重。 ≥ 40 岁群体多发，且女性CHD发生率稍低于男性^[1]。CHD目前多采取药物管控，或应用手术干预，疗效确切，便于挽救生命。但CHD疗程长，当下无特效疗法，要终身用药，故而治疗时，要配合护理措施，以更好地控制疾病。常规护理集中于院内实施，遵医嘱执行各种措施，院外涉及较少，和CHD医护特征不符，效果不理想^[2]。采取无缝隙护理，既包含院内，又重视院外，提供系统化、科学化服务，兼顾护理全程，更符合CHD特征，便于满足患者需求，但目前相关研究不多。研究以老年CHD为对象，分析无缝隙护理应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年3月-2024年3月本院78例老年CHD患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组39例，男21例，女18例，年龄为60-80岁，平均年龄（ 71.13 ± 6.75 ）岁；观察组39例，男22例，女17例，年龄为61-81岁，平均年龄（ 71.34 ± 6.69 ）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：采取心脏超声、造影等检查，证实为CHD；年龄 ≥ 60 岁；知情同意本次研究。排除标准：肝肾肺功能异常；先天性心脏病；聋哑人；精神疾病；认知异常。

1.2 方法

对照组行常规护理，保证病房环境清洁，提供对症干预，予以生活指导，采取口头宣教法，介绍疾病知识

等。观察组以对照组为基础，行无缝隙护理：

1.2.1 创建护理小组

由心内科人员组成，包含主治医师，负责制定治疗方案并执行，为护理提供指导；责任护士，执行各项护理措施；营养师，评估营养状态，制定护理方案；康复师，完善康复计划，持续改进；护士长，了解患者病情，创建无缝隙护理方案，面对日常护理，合理、科学安排。小组成员均要有较强护理能力，较高责任意识，工作经验丰富， ≥ 5 年。评估老年患者病情，围绕无缝隙护理，制定护理方案，并持续改进。因患者存在个人差异，应切实了解其需求，适当调整干预方案，采取弹性排班法，每天轮换3班，就每个班次而言，将时间定作8h，留出30min，开展护理交接，实现无缝隙干预。先建立工作组，制定出护理方案后，及时上传，提醒责任护士查收，便于及时明白护理目标、任务，对护理方案进行调整。

1.2.2 制定护理措施

遵循计划表，由责任护士负责，制定护理方案。收治患者后，于其入院当天，积极联系患者，和家属沟通，先做自我介绍，然后讲解主治医师信息，了解患者病情，围绕住院期情况，分析危险因素，开展整体评估，判断护理风险，根据风险程度，选用不同颜色标识牌，将其挂在患者床头，进行差异化干预，知晓患者护理需求，并尽量满足。开展无缝隙护理，重视心理层面，提供指导，加强其认知。掌握患者有关信息，包括病程时间，实际文化程度等，评估其疾病认知，提供1VS1服务，及时解答疑惑。制作PPT，采取图文形式，进行宣教，制作专家讲座视频，为其播放，灵活借助走

廊宣传栏,创造病友沟通机会,讲解CHD知识,全方位宣传CHD病因病机、症状表现、治疗方法等,纠正其认知,调整不良生活习性。进行心理干预,CHD要每天用药,受CHD影响,会出现疼痛感、不适感,害怕成为家人负担,影响子女生活,滋长出负面情绪,从而放弃或抵触治疗。可提供语言安慰,富有同理心,引入治疗成功案例,可借助肢体语言,提供眼神暗示,多陪伴患者,降低心理负担,提升其配合度。结合患者病情,制定差异化康复护理方案,探索易患因素,开展康复教育,制定综合性干预法,包括药物干预法,体外反搏法,高压氧措施等,有效控制危险因素。改善生活习惯,日常饮食时,保证低脂、低盐,多提供新鲜蔬果。就CHD而言,肥胖为其重要危险因素,肥胖程度越高,CHD发生可能性越大,就算是轻中度超重,也可能引发CHD。详细介绍调整饮食意义,保证少食多餐,每餐定量,控制进餐频率,为3-5次/d,调整进餐量,每次6-7分饱即可。选择多样化食物,计算每日、每餐热量、脂肪摄入量,日常饮食保证低脂肪、低热量,少盐,控制胆固醇摄入量,尽量少食用蛋黄、甜食等摄入量。适当运动,可选择快走、打太极拳等方式,能减少血糖水平,调节血脂,特别是甘油三酯等,科学、合理予以营养支持。提供生活指导,CHD发展缓慢,存在诸多危险因素,包括社会性、遗传性等,持续健康教育,从院内开始,一直至院外,积极参与社会生活。提醒患者积极、适当运动,有充足睡眠,减轻紧张心理。根据天气变

化,适当增减衣物,保证规律生活,积极调节情绪,养成乐观、豁达心理。建立微信群,制作宣教知识,定期推送,动态监测病情变化。伴有基础病者,注意检查相关指标,例如血糖、血压等,结合检验结果,优化饮食方案。

1.2.3 优化护理方案

定期分析干预效果,1次/月,根据不足之处、问题或出现的意外,进行评价,遵循护理需求,持续优化护理方案,便于后续实施,提升干效果。

1.3 观察项目和指标

评价疾病改善情况:采用SAQ量表^[3],涵盖5个维度,均为百分制。评价睡眠质量和心理状态:前者用PSQI量表^[4],0-42分,后者用SAS和SDS量表,界限为57和55分^[5]。评价心血管事件^[6]:包括心力衰竭、再次心肌梗死和死亡。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疾病改善情况比较

对比护理满意度、心绞痛发作情况、心绞痛稳定状态、身体活动受限度和疾病认知度评分,观察组均更高 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组疾病改善情况比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	护理满意度(分)		心绞痛发作情况(分)		心绞痛稳定状态(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	58.34±4.16	87.74±4.61 ^a	59.62±3.91	88.78±6.11 ^a	60.36±3.41	87.72±4.15 ^a
对照组	39	58.26±4.19	75.24±3.61 ^a	59.41±4.06	74.47±6.16 ^a	60.42±3.28	76.48±4.38 ^a
t	/	0.085	13.332	0.233	10.300	0.079	11.633
P	/	0.932	0.000	0.817	0.000	0.937	0.000

续表1 两组疾病改善情况比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	身体活动受限度(分)		疾病认知度(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	62.35±3.64	87.75±5.48 ^a	60.25±7.15	86.69±5.57 ^a
对照组	39	61.79±3.79	75.23±5.26 ^a	60.31±7.09	74.47±5.16 ^a
t	/	0.666	10.293	0.037	10.051
P	/	0.508	0.000	0.970	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组睡眠质量和心理状态比较

对比SAS、SDS和PSQI评分,观察组均更低 ($P <$

0.05)。详见表2。

2 两组睡眠质量和心理状态比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)		PSQI (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	57.46±3.65	32.46±4.19a	55.34±3.61	30.46±3.36a	15.56±2.32	8.78±1.11a
对照组	39	57.52±3.59	43.36±4.09a	55.19±3.82	41.29±3.52a	15.61±2.27	11.06±1.27a
<i>t</i>	/	0.073	11.626	0.178	13.899	0.096	8.442
<i>P</i>	/	0.942	0.000	0.859	0.000	0.924	0.000

注：与本组干预前比较，^a*P* < 0.05。

2.3 两组心血管事件比较

详见表3。

对比心血管事件发生率，观察组更低 (*P* < 0.05)。

表3 两组心血管事件比较[n(%)]

组别	例数	心力衰竭	再次心肌梗死	死亡
观察组	39	1 (2.56)	0 (0.00)	0 (0.00)
对照组	39	8 (20.51)	6 (15.38)	5 (12.82)
χ^2	/	6.155	6.500	5.342
<i>P</i>	/	0.013	0.011	0.021

3 讨论

年龄越高生理机能越差，易发生慢性病，体质差，CHD发生率高^[7]。分析CHD表现，常见的有恶心呕吐、心绞痛等，不典型，也无特异性，与呼吸道、腹部病变表现相似^[8]。老年人患有CHD后，其身心机能减弱，生活负担加重。

CHD者常伴有心绞痛，若未及时治疗，会诱发心肌梗死。给予CHD规范治疗基础上，联合高质量护理，便于改善预后。采取无缝隙护理，其能对医疗资源进行有效整合，对护理流程进行优化，提供全程服务^[9]。创建护理小组，掌握患者病情，汇总取得的数据，制定护理方案，采用多元化、差异性护理方案，以减轻CHD，降低心理压力，调动其积极性，从院内延伸至院外，全程予以指导，提供更精准、更有效的服务^[10]。研究结果显示观察组的护理满意度、心绞痛发作情况、心绞痛稳定状态、身体活动受限度和疾病认知度评分均明显高于对照组，SAS、SDS、PSQI评分和心血管事件发生率均明显低于对照组 (*P* < 0.05)，表明无缝隙护理重视CHD变化，提供全程干预，突出每个环节重点，予以干预，便于减轻CHD病情。说明应用无缝隙护理可以改善CHD预后。

综上所述，给予老年CHD患者无缝隙护理能减轻病情，改善睡眠质量和情绪，提升护理质量，具有推广价值。

参考文献

[1] 孙素洁.无缝隙护理模式对老年冠心病住院患

者依从性、不良事件发生率的影响[J].临床研究,2024,32(3):140-142.

[2] 杨淑月.无缝隙护理在老年冠心病患者中的应用效果及满意度评价[J].中国医药指南,2024,22(6):186-188.

[3] 王凤菊,徐瑾媛.无缝隙护理对老年冠心病患者心绞痛控制及预后的效果观察[J].吉林医学,2024,45(1):234-237.

[4] 李娜.无缝隙护理模式在老年冠心病患者护理中的应用效果研究[J].婚育与健康,2023,29(18):139-141.

[5] 张芝萍,孔祥梅.无缝隙护理结合心理疏导对老年冠心病患者护理依从性和生活质量的影响[J].中华养生保健,2023,41(17):144-147.

[6] 阮成梅,张旭明,江伏燕.无缝隙护理在老年冠状动脉介入治疗护理中的应用及对患者血流动力学的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(11):2055-2058.

[7] 周倩.基于无缝隙的护理模式在老年冠心病患者护理中的应用效果[J].中华养生保健,2023,41(5):148-150.

[8] 叶衍,杨连仁.无缝隙护理加移情干预对急诊心绞痛患者院前急救时间及抢救成功率的改善分析[J].心血管病防治知识,2022,12(34):83-85+89.

[9] 朱文荣,王明芹.无缝隙护理干预对老年冠心病患者的应用效果观察[J].中国社区医师,2022,38(32):137-139.

[10] 郑曦.无缝隙护理对老年冠心病患者心绞痛控制及预后的效果[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(5):526-527.