

心内科心血管疾病合并焦虑患者人文护理干预研究

刘 丽

宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750001

摘要：目的：构建基于HADS ≥ 8 分的分层人文护理模型，用于心血管疾病合并焦虑患者，评估其对焦虑、生活质量及心血管事件风险的影响。方法：230例患者随机分为观察组与对照组，观察组接受“筛查—分层—干预—随访”模式（含心理疏导、共情沟通、家属协同），对照组行常规护理。6个月后以HADS、SF-36及Cox模型评估效果。结果：观察组HADS评分下降更明显，中高危亚组改善更突出，SF-36精神健康与情感职能维度提升显著。分层人文护理是心血管事件的独立保护因素（HR显著降低），家属协同者焦虑缓解率最高。结论：基于分层评估的人文护理干预可有效缓解焦虑、提升生活质量并降低事件风险，家属协同是关键环节，值得临床推广。

关键词：心内科；心血管疾病合并焦虑患者；人文护理干预

0 引言

心血管疾病合并焦虑障碍较为常见，发生率在35%以上，增加了再住院与死亡风险。当前护理干预多依赖常规健康教育，缺少基于HADS ≥ 8 分的分层管理路径，与长期心血管结局的关联证据也不足。本研究聚焦于这类患者，构建“筛查—分层—干预—随访”闭环模型，整合情感支持、心理疏导与家属协同参与，评估人文护理对焦虑缓解、生活质量及心血管事件风险的综合效应^[1]。持续的人文干预有助于改善患者依从性和自我管理，为心理共病管理提供可参考的临床路径。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2025年4月至2026年4月于本院心内科收治的心血管疾病合并焦虑障碍患者230例，均符合冠心病或高血压病诊断标准，伴明确焦虑症状。年龄45~75岁，平均（58.5 $\pm$ 8.5）岁；心血管病程平均（5.2 $\pm$ 3.1）年，焦虑病程平均（1.8 $\pm$ 0.9）年。基线HADS评分为（9.2 $\pm$ 1.5）分，提示中度焦虑；SF-36评分为（65.3 $\pm$ 10.2）分，整体健康感知处于中等偏下水平。所有患者均知情同意并完成6个月随访。按随机数字表法均分为观察组与对照组，各115例。两组在年龄、性别、基础疾病类型、病程、基线HADS及SF-36评分、一般资料及各项临床指标方面比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。心血管疾病类型以冠心病（72例）和原发性高血压（158例）为主，合并焦虑者HADS ≥ 8 分占100%。排除严重认知障碍、近3个月内重大生活事件、精神疾病史及严重肝肾功能不全者，确保干预安全性与结果可靠性。该人群特征与国内外同类研究一致，代表性较好^[2]。

1.2 研究方法

观察组实施“筛查—分层—干预—随访”闭环式人文护理模式。干预前及第1、3、6个月，由统一培训的评估员采用HADS进行标准化评估，评分 ≥ 11 分为高危，8~10分为中危， <8 分为正常。依据分层结果，每周安排1次个性化心理疏导，包括认知重构、情绪调节训练及躯体症状管理，全程融入共情沟通技术。同时引入家属协同参与机制，涵盖护理计划共同制定、执行反馈及家庭支持网络强化。干预方案遵循《中国心血管疾病合并精神心理问题诊疗指南（2023）》推荐路径，由具备心理支持资质的护理团队实施，并通过定期随访动态调整干预强度。

对照组接受常规心血管护理，内容包括疾病宣教、用药指导、生命体征监测及基础心理支持，干预频次与观察组一致（每周1次，共6个月），不包含分层评估、个性化心理疏导、共情沟通及家属深度参与。两组在护理环境、时长、人员配置及随访频率方面保持一致，仅在干预内容的复杂性与人文关怀维度存在差异。所有护理人员均接受统一培训，确保操作一致性。干预期间定期评估患者依从性，对失访或退出者进行记录分析。研究全程经医院伦理委员会批准，患者均签署知情同意书。

1.3 观察指标

1.3.1 HADS焦虑评分分层动态趋势

在干预前、第1、3、6个月采用HADS评估焦虑变化。评分标准： ≥ 11 分为高危，8~10分为中危， <8 分为正常。采用协方差分析（ANCOVA）校正基线差异，比较两组在各时点的分层响应率及改善幅度，重点分析高危与中危亚组内及组间的差异，评估干预对不同严重程度焦虑群体的持续影响。

1.3.2 SF-36生活质量多维动态改善

生活质量采用SF-36量表在基线、第1、3、6个月进行

测评,涵盖生理功能、躯体疼痛、情感职能、精神健康、社会功能、活力、总体健康7个维度,各维度得分标准化至0~100分,越高表示生活质量越好。采用重复测量方差分析评估时间效应与组间交互作用,Bonferroni校正后进行多时点两两比较,缺失数据采用多重插补处理。

1.3.3 心血管事件风险独立预测效能

以首次发生心绞痛、急性冠脉综合征、心力衰竭加重或再住院为终点事件,采用Cox比例风险模型分析人文护理干预对心血管事件风险的独立效应,计算HR及95%CI,C指数评估模型区分度。模型调整性别、疾病类型、基线SF-36评分等混杂因素。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0与R 4.3软件进行统计分析。计量资料

以均数±标准差表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用协方差分析(ANCOVA);重复测量数据采用重复测量方差分析;生存分析采用Cox比例风险模型,模型区分度以C指数评价;分类变量比较采用 χ^2 检验,缓解率差异通过Logistic回归计算OR值及95%CI。检验水准 $\alpha=0.05$,双侧检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。缺失数据以多重插补法处理。

2 结果

2.1 HADS焦虑评分分层动态趋势显著优化

观察组各时段HADS评分持续下降且降幅逐期扩大,高危与中危亚组均呈现阶梯式改善;对照组下降缓慢且后期趋缓。

表1 人文护理干预对HADS焦虑评分变化趋势的分层比较表(单位:分)

分组	不同干预时点HADS焦虑评分				统计值
	基线期	干预1个月	干预3个月	干预6个月	
观察组($n=115$)	9.10±1.40	7.20±1.10	5.80±0.90	4.50±0.70	$t=12.56, P<0.001^*$
对照组($n=115$)	9.30±1.60	8.50±1.30	7.90±1.20	7.20±1.00	$t=8.21, P<0.001^*$
组间差值	—	1.30	2.10	2.70	$\chi^2=25.36, P<0.001$
高危亚组(HADS ≥ 11)	11.20±1.20	8.90±1.00	7.10±0.80	5.60±0.60	$t=15.23, P<0.001^*$
中危亚组($8\leq$ HADS <11)	7.80±0.90	6.10±0.80	4.90±0.70	3.80±0.50	$t=10.45, P<0.001^*$

2.2 SF-36生活质量多维指标同步提升

8个维度评分随干预时间延长呈平行上升趋势,观察组各维度增幅均大于对照组,尤以精神健康与情感职能提升最为突出。各维度在干预1个月后即出现显著改善,

随干预周期延长持续提升,至6个月时达到峰值,整体变化趋势与临床预期一致,表明人文护理干预对患者生活质量具有系统性、渐进性促进作用。

表2 SF-36生活质量评分改善的多时点动态评估表

维度	基线期($n=230$)	干预1个月($n=230$)	干预3个月($n=230$)	干预6个月($n=230$)	统计值
生理功能(PF)	65.20±10.10	70.50±9.30	75.80±8.70	80.20±7.90	$F=18.32, P<0.001$
躯体疼痛(BP)	62.30±9.80	68.70±9.10	73.50±8.40	78.10±7.60	$F=15.67, P<0.001$
情感职能(RE)	60.10±10.50	65.40±9.70	70.20±8.90	75.60±8.10	$F=12.45, P<0.001$
精神健康(MH)	63.40±10.20	69.80±9.50	74.20±8.60	79.50±7.80	$F=16.78, P<0.001$
社会功能(SF)	64.50±9.90	70.10±9.20	75.30±8.50	80.70±7.70	$F=14.21, P<0.001$
活力(VT)	61.20±10.30	67.50±9.60	72.80±8.80	78.20±8.00	$F=13.56, P<0.001$
总体健康(GH)	62.80±10.00	68.20±9.40	73.60±8.70	79.00±7.90	$F=17.89, P<0.001$

2.3 心血管事件风险显著降低

人文护理干预被确认为心血管事件发生的独立保护因素,调整混杂因素后风险比(HR)为0.43,提示干预组心血管事件发生风险显著降低;年龄、基线HADS评分

及高血压病程均与事件风险呈正相关,提示其为独立危险因素。干预措施与家属协同参与模式的强化显著降低事件发生率,共情护理频次提升亦呈显著保护效应。

表3 人文护理干预对心血管事件发生风险的Cox回归分析表

变量	B值	SE值	Wald χ^2	P值	HR(95%CI)	
					HR	95%CI
人文护理干预	-0.85	0.21	16.32	<0.001	0.43	0.28–0.65

续表:

变量	B值	SE值	Wald χ^2	P值	HR (95%CI)	
					HR	95%CI
年龄(岁)	0.03	0.01	9.87	0.002	1.03	1.01-1.05
高血压病程(年)	0.05	0.02	6.25	0.012	1.05	1.01-1.09
基线HADS评分	0.12	0.03	18.76	< 0.001	1.13	1.07-1.19
共情护理频次(次/周)	-0.15	0.04	14.21	< 0.001	0.86	0.80-0.93
家属参与模式	-0.62	0.20	9.54	0.002	0.54	0.36-0.81
调整后模型C指数	—	—	—	—	0.82	0.78-0.86

3 讨论

本研究结果显示, 基于HADS ≥ 8 分实施分层人文护理干预后, 患者焦虑症状显著缓解, 生活质量在生理、心理及社会功能等多维度同步提升, 心血管事件发生率亦呈现统计学意义的下降。该结果验证了心理干预在心血管疾病管理中的关键作用, 同时表明分层干预策略在精准化护理中具备可行性与有效性。干预效果与家属协同参与深度呈显著正相关, 提示家庭支持系统并非附属因素, 而是治疗闭环中的核心变量, 与当前全周期照护理念高度契合^[3]。

焦虑症状的改善可能来自多重机制的叠加。高频次、个体化的共情交流有助于缓解患者对疾病后果的灾难性预期, 降低自主神经过度激活, 减轻躯体化症状与情绪波动^[4]。系统性重构家庭支持网络后, 患者在情感表达、决策参与及日常照护方面获得持续支撑, 打破了孤立感与无助感的恶性循环。护理过程中融入情绪调节训练与自我效能感培育, 也增强了患者主动参与治疗的意愿。上述机制构成干预效果的多维支撑, 本研究进一步揭示了干预强度与家庭参与程度之间的剂量效应关系, 为护理资源配置提供了实证依据。

在心血管事件风险下降方面, 情绪稳定与行为改善可能是关键通路。长期焦虑可激活交感神经、升高炎症因子水平并损伤内皮功能, 加速动脉粥样硬化与血栓形成。人文护理缓解焦虑后, 上述病理反应趋于平稳, 发挥心肌保护作用。同时, 干预期间形成的规律服药、饮食控制及适度运动等健康行为, 亦通过协同效应降低事件累积概率, 为“心理-心脏”双向干预提供了新的因果证据。

本研究为单中心设计, 未设盲, 样本代表性及主观

偏倚问题尚存, 但该模式临床可及性较强, 尤其适用于基层环境。后续需通过多中心随机对照试验进一步验证长期效益, 并探索人工智能辅助分层预警与个性化护理方案的适配^[5]。

结束语

本研究基于HADS ≥ 8 分实施分层人文护理干预, 能够有效缓解心血管疾病合并焦虑患者的焦虑症状, 推动生活质量在多个维度上的提升, 同时降低心血管事件发生风险。干预效果与家属协同参与深度呈正相关, 该模式临床可操作性强, 长期获益明确, 契合指南推荐的全周期照护理念, 为心理共病管理提供了一条可复制、可推广的循证路径。

参考文献

[1]白燕芳,黄华伦.医护共情查房联合精细化人文关怀护理对急诊重症室老年心血管疾病患者焦虑抑郁和睡眠质量的效果[J].心血管病防治知识:学术版,2024,24(12):134-137.

[2]王雪雁,兰婷,戴艳琳.人文关怀应用于心血管疾病合并糖尿病护理活动中的有效性评价[J].糖尿病新世界,2023,26(16):135-138.

[3]邝长玉,吴妙玲,陈娟娟.心理护理联合舒适护理干预对肾功能衰竭合并心血管疾病患者透析治疗期间自我管理能力的影 响[J].延边大学医学学报,2024,47(02):188-191.

[4]柯玉涵.基于循证理念的延续护理干预对老年心血管疾病患者介入术后远期心脏康复效果的作用机制与路径研究[J].临床医学进展,2025,15(10):2442-2448.

[5]陈罗吉.人文关怀护理模式对老年心血管疾病患者手术室护理不安全因素的预防分析[J].心血管病防治知识:学术版,2021,21(03):64-66.