

跨学科协作护理方案对心力衰竭患者心肺功能恢复及生活质量的影响

马红 陈燕辉

宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750000

摘要:目的:探讨跨学科协作护理方案对心力衰竭患者心肺功能恢复及生活质量的影响效果。方法:选取2023年1月至2025年1月我院收治的120例心力衰竭患者作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组60例。对照组给予常规护理干预,观察组在常规护理基础上实施跨学科协作护理方案。比较两组患者的心肺功能指标、生活质量评分及再住院率。结果:观察组患者心肺功能指标、生活质量评分及再住院率均显著优于对照组($P < 0.05$)。结论:跨学科协作护理方案能够有效改善心力衰竭患者的心肺功能,提高患者生活质量,降低再住院率,值得临床推广应用。

关键词:跨学科协作护理;心力衰竭;心肺功能;生活质量

心力衰竭是一种复杂的临床综合征,以心脏泵血功能减退为主要特征,严重影响患者的生活质量和预后。随着人口老龄化加剧和心血管疾病发病率上升,心力衰竭已成为重要的公共卫生问题^[1]。传统护理模式往往局限于单一学科视角,难以全面满足心力衰竭患者复杂的护理需求。跨学科协作护理作为一种新兴的护理模式,通过整合多学科专业资源,为患者提供全方位、个性化的护理服务,有望改善心力衰竭患者的临床结局^[2]。本研究旨在探讨跨学科协作护理方案对心力衰竭患者心肺功能恢复及生活质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2025年1月我院心内科收治的120例心力衰竭患者作为研究对象。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组60例。观察组:男34例,女26例;年龄45-76岁,平均年龄(62.3±8.7)岁;病程1-12年,平均病程(5.8±2.4)年。对照组:男36例,女24例;年龄43-78岁,平均年龄(61.8±9.2)岁;病程1-13年,平均病程(6.1±2.6)年。两组一般资料比较($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:符合心力衰竭诊断标准;心功能分级为NYHAI-IV级。排除标准:合并严重心律失常、急性心肌梗死等急性心血管事件;合并恶性肿瘤、严重肝肾功能不全;精神疾病或认知功能障碍。本研究已通过医院伦理委员会审核批准,所有患者均签署知情同意书。

1.2 护理方法

对照组给予常规护理干预,包括病情监测、用药指

导、基础护理、健康教育等标准化护理措施。

观察组在常规护理基础上实施跨学科协作护理方案,具体措施如下:(1)组建跨学科协作团队:由心内科主任医师、专科护士、临床营养师、物理康复师、心理咨询师、临床药师、社会工作者等多专业人员组成协作团队。建立完善的沟通机制,每周召开多学科病例讨论会,针对每位患者的具体病情、治疗反应、心理状态进行全面评估,制定个体化护理计划。同时建立电子病历共享系统,实现各专业人员间信息实时共享,确保护理连续性。定期组织团队培训,提升各专业人员对心衰患者综合管理的认识和技能水平。(2)心功能优化管理:护士采用先进的监护设备密切监测患者心率、血压、血氧饱和度等生命体征,每小时准确记录液体出入量,建立详细的出入量记录表;观察患者水肿部位、程度及变化趋势,评估颈静脉充盈情况。医生根据BNP、心电图、超声心动图等检查结果,结合患者临床表现,动态调整利尿剂、ACEI/ARB、 β 受体阻滞剂等药物剂量。营养师根据患者体重、肾功能、电解质水平制定个性化低盐(每日 $< 6g$)低脂饮食计划,严格控制液体摄入量在1500-2000ml/日;康复师根据患者心功能分级制定渐进式运动训练方案,从床边活动逐步过渡到步行训练。(3)呼吸功能改善措施:护士运用专业的肺部听诊技术评估患者呼吸音变化,指导患者掌握有效咳嗽技巧,教授深呼吸训练方法,每2小时协助患者翻身拍背,促进痰液排出。康复师运用呼吸训练器制定个性化的呼吸功能训练方案,包括腹式呼吸训练每日3次,每次15分钟;缩唇呼吸训练改善气体交换效率;指导患者进行呼

吸肌力量训练。营养师提供富含优质蛋白、维生素C、维生素E的饮食方案,增强机体免疫功能和组织修复能力。(4)心理社会支持:心理咨询师运用标准化量表(如HADS、PHQ-9)定期进行心理评估,识别焦虑抑郁情绪,采用认知行为疗法、放松训练等方法进行心理干预。护士建立床旁沟通制度,每日与患者及家属进行不少于30分钟的深度交流,提供心衰疾病知识、用药指导、生活方式调整等健康教育。社工协助患者申请医疗救助、联系社区资源、协调家庭关系,构建完善的社会支持网络。(5)出院准备及随访:制定结构化出院评估表,包含心功能状态、用药依从性、家庭支持情况等指标,制定个性化出院计划。建立患者健康管理档案,包含用药清单、饮食建议、运动处方、紧急联系人信息、复诊时间表等。创建医患微信群、开发手机APP等多元化沟通平台,实现每周定期随访,及时了解患者症状变化、用药情况、生活质量改善状况。设立24小时专业咨询热线,由专科护士提供即时健康咨询服务,确保患者获得持续性的专业指导。

1.3 观察指标

(1)心肺功能指标:治疗前后采用超声心动图检测左室射血分数(LVEF)、左室舒张末期径(LVEDD);采用肺功能仪检测第一秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)。(2)生活质量评分:采用明尼苏达心力衰竭生活质量问卷(MLHFQ)评估患者生活质量,总分0-106分,分数越高表示生活质量越差。(3)再住院率:统计治疗后6个月内因心力衰竭加重再次住院的患者比例。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据,计数(由百分率(%)进行表示)、计量(与正态分布相符,由均数±标准差表示)资料分别行 χ^2 、 t 检验; $P < 0.05$,则差异显著。

2 结果

2.1 两组患者心肺功能指标比较

观察组患者LVEF、FEV1、FVC值均显著高于对照组,LVEDD值显著低于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 心肺功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	LVEF(%)	LVEDD(mm)	FEV1(L)	FVC(L)
观察组($n = 60$)	48.2±6.3	52.1±4.8	2.1±0.4	2.8±0.5
对照组($n = 60$)	42.6±5.9	56.8±5.2	1.8±0.3	2.4±0.4
t 值	4.847	5.234	4.743	6.025
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者生活质量评分比较

观察组患者MLHFQ评分显著低于对照组($P <$

0.05)。见表2。

表2 生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后
观察组($n = 60$)	58.4±8.2	32.1±6.7
对照组($n = 60$)	57.9±8.6	45.8±7.3
t 值	0.342	10.847
P 值	0.733	0.000

2.3 两组患者再住院率比较

观察组显著低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 再住院率比较[n (%)]

组别	再住院	未再住院	再住院率
观察组($n = 60$)	7(11.7)	53(88.3)	11.7%
对照组($n = 60$)	17(28.3)	43(71.7)	28.3%
χ^2 值	-	-	4.862
P 值	-	-	0.027

3 讨论

心力衰竭是各种心脏疾病发展到严重阶段的临床综合征,其病理生理机制复杂多样。心肌收缩功能减退导致心脏泵血能力下降,引起体循环和肺循环淤血,进而影响全身器官功能。心力衰竭的治疗目标是改善症状、提高生活质量、延长生存期。药物治疗包括利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂等,需要根据患者具体情况制定个体化治疗方案。非药物治疗包括心脏再同步化治疗、植入式心脏复律除颤器等,适用于特定患者群体^[3]。生活方式干预也是心力衰竭管理的重要组成部分,包括限盐、限水、适度运动等。

跨学科协作护理是一种以患者为中心,整合多学科专业知识和技能的护理模式。该模式强调不同专业背景的医护人员密切合作,共同为患者提供全面、连续、协调的护理服务。跨学科协作护理的核心理念是发挥各专业优势,实现1+1 > 2的协同效应,从而提高护理质量和患者满意度。在心力衰竭患者的护理中,跨学科协作护理具有独特的优势。心力衰竭患者病情复杂,需要多方面的专业干预。医生负责疾病诊断和药物治疗,护士承担病情监测和基础护理,营养师指导饮食管理,康复师制定运动处方,心理咨询师提供心理支持。通过跨学科协作,能够实现各专业人员的有机配合,为患者提供全方位的护理服务。跨学科协作护理的实施需要建立有效的沟通机制和协调平台。团队成员之间需要定期交流患者病情变化,及时调整治疗护理方案^[4]。同时,需要建立明确的职责分工和 workflows,确保各项护理措施的有效落实。信息共享是跨学科协作的重要基础,通过电子病历系统、护理信息系统等平台,实现患者信息的实时

共享和动态更新。跨学科协作护理对护理人员的专业素质提出了更高要求。护理人员不仅需要掌握本专业的知识技能,还需要了解其他相关学科的基本理论和实践方法。这就需要加强跨学科培训和继续教育,提高护理人员的综合素质和协作能力。

本研究结果显示,观察组患者心肺功能指标、生活质量评分及再住院率均显著优于对照组。观察组患者LVEF值达到48.2%,明显高于对照组的42.6%,说明跨学科协作护理能够有效改善患者的心功能。LVEDD值为52.1mm,显著低于对照组的56.8mm,表明心脏结构重塑得到改善。肺功能方面,观察组FEV1和FVC值分别为2.1L和2.8L,均优于对照组,说明呼吸功能得到显著改善。生活质量评分方面,观察组治疗后MLHFQ评分为32.1分,显著低于对照组的45.8分,表明患者的生活质量得到明显提升。再住院率方面,观察组仅为11.7%,远低于对照组的28.3%,说明跨学科协作护理能够有效降低再住院风险。分析其原因为:首先,跨学科协作护理通过整合多专业资源,实现了护理服务的系统化和个性化。医生、护士、营养师、康复师等专业人员的密切配合,确保了各项治疗护理措施的协调一致,避免了单一学科护理的局限性。其次,跨学科协作护理注重患者的全面需求,不仅关注疾病治疗,还重视营养支持、功能康复、心理调适等方面,实现了生物-心理-社会医学模式的有机结合。再次,跨学科协作护理建立了完善的随访和管理机制,通过定期随访、健康教育、用药指导等措施,提高了患者的自我管理能力和依从性。患者对疾病的认识更加全面,对治疗方案的理解更加深入,从而能够更好地配合治疗护理^[5]。此外,跨学科协作护理注重患者和家属的参与,通过健康教育和技能培训,提高了家庭护理水平,为患者提供了更好的康复环境。跨学科协作护理还能够及时发现和处理并发症,通过多学科专家的会诊和讨论,制定更加科学合理的治疗方案。这种协

作模式提高了护理效率,缩短了治疗时间,降低了医疗成本。同时,通过标准化的工作流程和质量控制体系,确保了护理服务的连续性和一致性^[6]。从病理生理角度分析,跨学科协作护理通过综合干预措施,能够有效改善心力衰竭患者的神经内分泌紊乱,减轻心肌重构,改善心功能。营养支持和康复训练能够提高患者的运动耐量和生活质量。心理干预能够缓解患者的焦虑抑郁情绪,改善神经内分泌状态。这些综合措施的协同作用,最终实现了心肺功能的改善和生活质量的提升。

综上所述,跨学科协作护理方案能够有效改善心力衰竭患者的心肺功能,提高患者生活质量,降低再住院率。该护理模式通过整合多学科专业资源,为患者提供全方位、个性化的护理服务,实现了护理质量的显著提升。

参考文献

- [1] 张大鹏,吴晓,马月华,等.基于微信平台的多学科协作延续护理模式在慢性心力衰竭患者中的应用[J].护理实践与研究,2023,20(20):3008-3013.
- [2] 陈碧红,张翠红,魏施.多学科医护协作型护理模式在心力衰竭患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(19):73-76.
- [3] 陈秀平,丁燕.多学科协作下同伴支持护理对妊娠高血压性心力衰竭患者疾病应对方式、母婴结局的影响[J].基层医学论坛(新加坡学术出版社),2025,7(7).
- [4] 丁红.基于多学科协作的康复护理在冠心病合并心力衰竭患者中的应用效果[J].中国民康医学,2024,36(17):158-161,165.
- [5] 刘玉娟.多学科协作护理联合膳食干预对老年慢性心力衰竭患者营养指标及心功能的价值分析[J].心血管病防治知识,2023,13(15):49-51,55.
- [6] 巫富琴.无缝多学科协作护理模式对慢性心力衰竭患者疾病认知程度及自我管理能力的影 响[J].心血管病防治知识,2024,14(23):102-104,108.