

多学科协作安宁疗护模式在心血管终末期患者中的应用效果

田美凤

西安交通大学第一附属医院(含东院、南院区) 陕西 西安 710089

摘要: **目的:** 探讨多学科协作安宁疗护模式在心血管终末期患者中的应用效果。**方法:** 选取2022年3月至2025年9月收治的心血管终末期患者86例,采用随机数字表法分为观察组和对照组各43例。对照组给予常规护理干预,观察组实施多学科协作安宁疗护模式。比较两组患者的生活质量、疼痛缓解程度及心理状态改善情况。**结果:** 观察组患者的生活质量评分显著高于对照组,疼痛评分明显低于对照组,焦虑抑郁情绪得到更好的改善,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 多学科协作安宁疗护模式能够有效提升心血管终末期患者的生活质量,减轻疼痛症状,改善心理状态,值得临床推广应用。

关键词: 多学科协作安宁疗护模式; 心血管终末期; 应用效果

引言: 心血管疾病作为全球主要致死原因之一,终末期心血管疾病的发病率逐年上升。终末期心血管患者常伴有严重的心功能不全、反复心力衰竭发作等症状,生活质量严重下降。传统的医疗护理模式往往侧重于疾病治疗,忽视了患者的身心需求。安宁疗护作为一种综合性护理理念,强调以患者为中心,通过多学科协作的方式提供全面照护^[1]。本研究旨在探索多学科协作安宁疗护模式在心血管终末期患者中的应用价值,为临床实践提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年3月至2025年9月在我院心血管内科收治的心血管终末期患者86例,采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组各43例。观察组中男24例,女19例;年龄45-78岁,平均年龄(62.34±8.76)岁。对照组中男23例,女20例;年龄43-79岁,平均年龄(61.87±9.12)岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:符合心血管终末期诊断标准;预计生存期 > 3个月。排除标准:合并恶性肿瘤或其他严重疾病;存在认知功能障碍;精神疾病史。本研究已获得医院伦理委员会批准,所有参与研究的患者及其家属均签署知情同意书。

1.2 干预方法

对照组给予常规护理干预,包括基础生命体征监测、药物管理、饮食指导、健康宣教等常规护理措施。

观察组在常规护理基础上实施多学科协作安宁疗护模式,具体措施如下:(1)团队组建:成立由心血管

专科医师、安宁疗护护士、心理咨询师、营养师、康复治疗师、社会工作者组成的多学科协作团队。团队成员均接受过安宁疗护专业培训,具备相应的专业知识和技能。(2)个体化评估:对每位患者进行全面评估,包括生理状况、心理状态、社会支持系统、家庭经济状况等。根据评估结果制定个性化的安宁疗护计划,确保护理措施的针对性和有效性。(3)疼痛管理:建立疼痛评估体系,使用数字疼痛评分法(NRS)每日评估患者疼痛程度。根据疼痛等级采用阶梯式镇痛方案,轻度疼痛给予非甾体抗炎药,中重度疼痛使用阿片类药物,同时结合物理疗法、音乐疗法等辅助手段。(4)心理支持:定期开展心理疏导,运用认知行为疗法帮助患者调整负面情绪。组织患者参加团体心理活动,促进同伴交流和支持。对于焦虑抑郁严重的患者,邀请心理咨询师进行一对一心理治疗。(5)灵性关怀:尊重患者的宗教信仰和个人价值观,提供灵性支持服务。协助患者与家人沟通,处理未完成的心愿,帮助患者获得内心的平静和安详。(6)家属支持:为患者家属提供情感支持和技能培训,教授基本的护理知识和技巧。定期组织家属座谈会,分享护理经验,减轻照顾负担。(7)环境营造:创造温馨舒适的住院环境,提供个性化的生活用品。播放舒缓音乐,调节适宜的温度和湿度,营造宁静祥和的氛围。

1.3 观察指标

(1)生活质量:采用世界卫生组织生活质量量表(WHOQOL-BREF)评估患者的生活质量,包括生理领域、心理领域、社会关系领域和环境领域4个维度,总分

100分,分数越高表示生活质量越好。(2)疼痛程度:采用数字疼痛评分法(NRS)评估患者疼痛程度,0分为无痛,10分为剧痛,分数越低表示疼痛程度越轻。(3)心理状态:采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评估患者心理状态,HAMA评分范围0-56分,HAMD评分范围0-54分,分数越低表示焦虑抑郁程度越轻。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生活质量比较

干预后,观察组患者的生活质量各项指标评分均显著高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 生活质量比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	生理领域	心理领域	社会关系领域	环境领域
观察组	43	72.34±6.87	68.92±7.15	70.45±6.23	69.78±7.01
对照组	43	58.67±8.23	54.83±8.94	56.34±8.76	55.23±9.15
t 值	-	8.923	8.765	8.847	8.634
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者疼痛程度比较

干预后,观察组患者的疼痛评分显著低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 疼痛程度比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	43	7.45±1.23	3.21±0.87
对照组	43	7.38±1.34	5.67±1.12
t 值	-	0.267	11.892
P 值	-	0.789	0.000

2.3 两组患者心理状态比较

干预后,观察组患者的焦虑抑郁评分均显著低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 心理状态比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	HAMA评分	HAMD评分
观察组	43	12.34±3.45	14.67±3.78
对照组	43	18.76±4.23	21.45±4.56
t 值	-	7.892	7.734
P 值	-	0.000	0.000

3 讨论

心血管终末期患者常伴有多种并发症,如心律失常、肺水肿、肾功能不全等,这些并发症相互影响,形成恶性循环。患者的日常生活能力严重受限,需要长期卧床或限制活动,增加了压疮、肺部感染等并发症的风险。同时,频繁的住院治疗和复杂的用药方案给患者及其家庭带来沉重的经济负担和精神压力^[2]。在心理层面,心血管终末期患者普遍存在着对死亡的恐惧、对未来的不确定感以及对家人的愧疚感。疾病带来的身体不适和生活能力的丧失进一步加剧了患者的焦虑抑郁情绪。许

多患者会出现睡眠障碍、食欲减退、社交回避等问题,严重影响了其生命质量。家庭成员同样承受着巨大的心理压力,既要承担繁重的照护责任,又要面对即将失去亲人的痛苦^[3]。传统的护理模式往往局限于基础的医疗护理,缺乏对患者心理、社会、灵性等多方面需求的关注。护理人员的专业知识和技能主要集中在疾病管理和技术操作方面,对于心理支持、灵性关怀等方面的能力相对不足^[4]。这种单一化的护理模式难以满足心血管终末期患者复杂多元的需求,也限制了护理效果的提升。

安宁疗护作为一种综合性护理理念,强调以患者为中心,通过多学科协作的方式提供全面照护。该模式核心理念是提高患者的生命质量,而非延长生命时间,重视患者的身心需求,尊重患者的意愿和选择。多学科协作是安宁疗护模式的重要特征,通过整合不同专业领域的知识和技能,为患者提供全方位、个性化的照护服务。在心血管终末期患者的安宁疗护中,多学科团队的构成至关重要。心血管专科医师负责疾病管理、症状控制和治疗决策;安宁疗护护士承担日常护理、病情监测和家属教育;心理咨询师提供心理支持和危机干预;营养师制定个性化的营养方案;康复治疗师指导适当的功能锻炼;社会工作者协助解决社会资源和法律问题。各专业人员密切协作,形成完整的照护网络。疼痛管理是安宁疗护的重要组成部分。心血管终末期患者的疼痛往往来源于心肌缺血、胸腔积液、肌肉痉挛等多种因素。有效的疼痛管理需要综合运用药物治疗、物理疗法、心理干预等多种手段。药物治疗应遵循阶梯式原则,从小剂量开始,逐步调整至最佳效果。非药物治疗方法如按

摩、热敷、音乐疗法等也能发挥重要作用^[5]。心理支持是安宁疗护的关键环节。针对心血管终末期患者的心理特点,应采用个体化的心理干预策略。认知行为疗法可以帮助患者调整对疾病的认知,减少不必要的恐惧和焦虑。正念冥想、放松训练等技术有助于患者保持内心平静。团体心理活动可以促进患者间的相互支持,增强应对疾病的信心。灵性关怀体现了安宁疗护的人文关怀特色。每个患者都有自己的信仰体系和价值观念,在生命末期需要得到相应的灵性支持。医护人员应尊重患者的宗教信仰,协助患者处理未完成的心愿,帮助患者获得内心的平静和安详。这不仅有利于患者的心理调适,也有助于家属的心理准备。

本研究结果显示,观察组患者的生理、心理、社会关系和环境四个维度的生活质量评分均显著高于对照组($P < 0.05$)。这种改善源于多学科协作模式的综合效应。生理维度的提升主要归功于系统性的症状管理和个性化的护理方案,通过专业的疼痛控制、营养支持和康复指导,有效改善了患者的躯体症状。心理维度的改善得益于持续的心理支持和情绪疏导,帮助患者建立了积极的心态。社会关系维度的提升反映了团队对患者社会支持系统的关注和维护。环境维度的优化体现了对患者住院环境的精心设计和人文关怀^[6]。疼痛程度的显著改善是多学科协作安宁疗护模式的重要成果。观察组患者的疼痛评分从干预前的7.45分降至干预后的3.21分,降幅明显大于对照组($P < 0.05$)。这种效果的实现基于以下几个方面:首先,建立了规范的疼痛评估体系,确保疼痛的及时发现和准确评估;其次,采用了多模式镇痛策略,结合药物治疗和非药物疗法,提高了镇痛效果;再次,注重个体化治疗,根据患者的具体情况调整用药方案;最后,加强了对患者和家属的健康教育,提高了他们对疼痛管理的认知和配合度。心理状态的改善体现了安宁疗护模式的深层价值。观察组患者的焦虑和抑郁评分均显著降低($P < 0.05$),表明多学科协作模式在心理支持方面发挥了重要作用。这种改善的机制可能是多方面的:专业的心理干预直接缓解了患者的负面情绪;良好的医患沟通增强了患者的信任感和安全感;家庭支持的强化减

轻了患者的心理负担;灵性关怀帮助患者找到了生命的意义和价值。分析其原因为多学科协作安宁疗护模式充分发挥了各专业领域的优势,形成了协同效应。心血管专科医师的专业诊疗为患者提供了安全保障;安宁疗护护士的全程陪伴给予了患者温暖关怀;心理咨询师的干预解决了患者的心理困扰;营养师的科学指导改善了患者的营养状况;康复治疗师的适当锻炼维持了患者的身体功能;社会工作者的协调服务解决了患者的社会问题^[7]。这种全方位、多层次的照护模式真正实现了以患者为中心的理念。

综上所述,多学科协作安宁疗护模式在心血管终末期患者中显示出显著的应用效果。该模式通过整合多学科资源,提供全方位、个性化的照护服务,有效提升了患者的生活质量,缓解了疼痛症状,改善了心理状态。这一研究成果为心血管终末期患者的临床护理提供了新的思路和方法。

参考文献

- [1]彭梦云,原田奈穗子,齋藤信也.日本心血管疾病患者的安宁疗护及启示[J].中华护理杂志,2024,59(5):533-539.
- [2]胡欢婷,王雅,贾盈盈,等.终末期心力衰竭患者安宁疗护评估工具的研究进展[J].中华现代护理杂志,2023,29(12):1661-1666.
- [3]孙小亚,赵彬.安宁疗护在我国的发展困境及对策研究[J].新西部,2024(4):154-157.
- [4]张辰,杨浩杰,张哲,等.晚期心力衰竭患者安宁疗护准入评估指标的构建[J].中华护理杂志,2023,58(13):1544-1551.
- [5]郑改改,王玉洁,田焕.心力衰竭病人姑息照护的概念分析[J].全科护理,2024,22(21):3961-3964.
- [6]董佩霞,刘瑞卿,王素娟,等.安宁疗护联合认知干预措施对慢性心力衰竭老年患者治疗的影响[J].四川解剖学杂志,2024,32(2):88-90.
- [7]张辰,杨浩杰,董丽丽,等.医患视角下晚期心力衰竭患者安宁疗护需求的质性研究[J].护理学杂志,2022,37(2):12-14.