

舒适护理联合安宁疗护在晚期心血管病患者中的应用

郭珍珍

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:探讨舒适护理联合安宁疗护在晚期心血管病患者中的应用效果。方法:选取2022年6月至2025年6月收治的120例晚期心血管病患者为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组各60例。对照组给予常规护理干预,观察组在对照组基础上实施舒适护理联合安宁疗护。比较两组患者的生活质量、心理状态及症状缓解情况。结果:观察组患者的生活质量评分显著高于对照组,焦虑抑郁情绪明显改善,症状缓解程度优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:舒适护理联合安宁疗护能够有效改善晚期心血管病患者的生活质量,缓解负面情绪,提高症状控制效果。

关键词:舒适护理;安宁疗护;晚期心血管病

引言:晚期心血管疾病是临床常见危重症,患者常伴有严重的心功能不全、呼吸困难等症状,严重影响生活质量。传统医疗模式侧重于疾病治疗,往往忽视患者的心理需求和舒适体验^[1]。舒适护理作为一种整体性、个体化的护理理念,强调通过各种措施促进患者的身心舒适。安宁疗护则注重生命的尊严,关注患者及家属的生理、心理、社会和精神需求。两者结合应用于晚期心血管病患者,有望在缓解症状的同时提升患者的整体舒适度,值得深入研究^[2]。基于此,本文旨在探讨舒适护理联合安宁疗护在晚期心血管病患者中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年6月至2025年6月在我院心内科住院的120例晚期心血管病患者作为研究对象。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组各60例。观察组男34例,女26例;年龄35-68岁,平均年龄(52.34±8.67)岁。对照组男32例,女28例;年龄32-69岁,平均年龄(51.87±8.92)岁。两组基线资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:确诊为晚期心血管疾病,心功能NYHA分级Ⅲ-Ⅳ级;意识清楚,能配合评估。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。本研究经医院伦理委员会审批通过,所有参与研究的患者及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,包括病情监测、用药指导、基础护理、健康宣教等标准化护理措施。

观察组在对照组基础上实施舒适护理联合安宁疗护,具体措施如下:

1.2.1 舒适护理

(1)环境舒适:调节病房温湿度至适宜范围,保持环境安静整洁,提供个性化音乐疗法,营造温馨舒适的治疗环境。合理安排照明系统,避免强光直射,采用柔和灯光;定时通风换气,确保空气流通新鲜;设置绿色植物装饰,增加自然元素;配备舒适的床具和枕头,根据季节调整被褥厚度;建立日间活动区域,提供阅读角和休闲空间。(2)身体舒适:协助患者采取舒适体位,定期翻身拍背,进行适度按摩,缓解肌肉紧张;针对疼痛患者给予个体化镇痛方案。关注患者的睡眠质量,提供眼罩、耳塞等助眠用品;进行关节活动度训练,预防肌肉萎缩;提供温水泡脚、热敷等物理疗法;注重口腔护理,保持口腔清洁湿润;协助个人卫生,维护患者尊严。(3)心理舒适:加强与患者的沟通交流,了解其心理需求,提供情感支持;建立信任关系,增强治疗信心。采用开放式对话技巧,耐心倾听患者诉说;运用正念冥想、放松训练等方法缓解焦虑;组织病友交流会,分享治疗经验和感受;邀请专业心理咨询师定期会诊;记录患者的进步和改善,及时给予鼓励和肯定。(4)社会舒适:鼓励家属陪伴,协调家庭关系,帮助患者获得充分的社会支持。建立家属联系制度,定期通报病情进展;组织家属教育讲座,提高照护技能;协调工作单位给予理解和支持;联系社区资源,提供后续服务保障;建立志愿者服务体系,提供生活帮助和情感陪伴。

1.2.2 安宁疗护

(1)症状管理:全面评估患者症状,制定个体化症状控制方案,重点关注呼吸困难、疼痛、恶心呕吐等症状。建立24小时症状监测体系,及时调整治疗方案;运用多学科团队协作模式,整合医疗资源;采用药物与非药物相结合的综合治疗方法;重视营养支持,改善食

欲和消化功能；提供氧疗、雾化吸入等辅助治疗措施。
 (2) 心理支持：运用积极倾听、共情理解等技术，帮助患者处理恐惧、焦虑等负性情绪；提供心理咨询和心理疏导服务。开展认知行为疗法，纠正不合理信念；运用艺术治疗、音乐治疗等创新方法；建立心理档案，跟踪情绪变化轨迹；培训医护人员心理支持技能；创建安全的表达环境，允许患者宣泄情感。(3) 灵性关怀：尊重患者的宗教信仰和个人价值观，协助其寻找生命意义，提供精神慰藉。邀请宗教人士进行探访和祈祷；开展生命回顾和人生意义探索活动；提供传统文化和哲学思想指导；协助完成未了心愿和遗愿；建立纪念册制作服务，留下美好回忆。(4) 家属支持：为家属提供情感支持和实用指导，帮助其应对患者病情变化带来的压力。开设家属心理辅导课程；提供实际照护技能培训；建立家属互助小组；安排专业社工介入家庭支持；制定丧亲后哀伤辅导计划。

1.3 观察指标

(1) 生活质量评估：采用世界卫生组织生活质量量

表简表 (WHOQOL-BREF) 评估患者生活质量，包括躯体功能、心理功能、社会关系、环境领域4个维度，每个维度得分0-100分，分数越高表示生活质量越好。(2) 心理状态评估：采用焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 评估患者心理状态，SAS总分 < 50分为正常，50-59分为轻度焦虑，60-69分为中度焦虑，≥ 70分为重度焦虑；SDS总分 < 53分为正常，53-62分为轻度抑郁，63-72分为中度抑郁，≥ 73分为重度抑郁。(3) 症状缓解评估：采用症状评估量表评价主要症状缓解情况，包括呼吸困难、胸痛、疲劳乏力等核心症状，采用视觉模拟评分法 (VAS) 评估，0分为无症状，10分为最严重症状。

1.4 统计学方法

运用SPSS22.0统计学软件，用“($\bar{x} \pm s$)”、[n(%)]表示，“t”、“ 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

干预后观察组患者各项生活质量评分均显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能	心理功能	社会关系	环境领域
观察组(n=60)	72.34±8.65	75.21±9.12	70.89±8.34	73.56±7.89
对照组(n=60)	61.45±7.98	64.78±8.56	62.34±7.65	64.23±8.12
t值	7.234	6.891	5.987	6.452
P值	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者心理状态比较

干预后观察组患者SAS、SDS评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 心理状态评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS评分	SDS评分
观察组(n=60)	42.34±5.67	44.56±6.23
对照组(n=60)	53.78±6.45	55.89±7.12
t值	10.234	9.876
P值	0.000	0.000

2.3 两组患者症状缓解情况比较

干预后观察组患者各项症状VAS评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 症状缓解情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	呼吸困难	胸痛	疲劳乏力
观察组(n=60)	3.24±1.34	2.89±1.23	3.56±1.45
对照组(n=60)	5.67±1.78	4.98±1.67	5.89±1.89
t值	8.987	7.654	8.234
P值	0.000	0.000	0.000

3 讨论

晚期心血管疾病是指心血管系统出现不可逆性损害，心脏功能严重减退，难以维持机体正常血液循环的状态。这类疾病通常表现为心功能III-IV级，患者出现明显的活动耐力下降、呼吸困难、水肿等症状，严重影响日常生活能力。临床实践中发现，晚期心血管病患者普遍存在睡眠障碍、食欲不振、社交回避等问题，这些问题如果得不到及时有效的干预，将严重影响患者的治疗依从性和生活质量^[3]。因此，探索更加人性化、全方位的护理模式成为临床护理工作的重要课题。舒适护理理念的提出为解决这一问题提供了新的思路。舒适护理强调通过各种护理措施促进患者的身心舒适，包括生理舒适、心理舒适、社会舒适和精神舒适四个维度。这种护理模式不仅关注患者的生理需求，更重视其心理感受和社会支持，体现了整体护理的核心理念^[4]。安宁疗护作为现代医学的重要组成部分，在终末期患者的照护中发挥着重要作用。它不是放弃治疗，而是在积极控制症状的

基础上,注重提高患者的生命质量,维护其尊严^[5]。安宁疗护的理念与舒适护理高度契合,两者的结合应用有望为晚期心血管病患者提供更加全面、人性化的照护服务。

本研究结果显示,从生活质量的角度分析,观察组患者在躯体功能、心理功能、社会关系、环境领域等方面均优于对照组($P < 0.05$)。这说明舒适护理联合安宁疗护不仅改善了患者的生理状况,更重要的是提升了其整体的生活体验。躯体功能的改善可能与症状的有效控制、舒适体位的维持、适度的康复训练等因素有关;心理功能的提升则得益于心理支持、情感关怀、认知行为干预等措施;社会关系的改善反映了家庭支持、同伴关系、医患关系的和谐;环境领域的进步体现了治疗环境的优化和人文关怀的体现。心理状态的改善是本研究的重要发现。观察组患者的焦虑和抑郁评分均显著低于对照组($P < 0.05$),这表明舒适护理联合安宁疗护在心理干预方面发挥了重要作用。心理支持、积极倾听、共情理解等技术的应用,有效缓解了患者的恐惧、无助、绝望等负性情绪。同时,灵性关怀的介入帮助患者重新审视生命意义,增强了面对疾病的信心和勇气^[6]。症状缓解方面的优势同样显著。观察组患者在呼吸困难、胸痛、疲劳乏力等主要症状的改善程度均优于对照组($P < 0.05$)。这可能与个体化的症状管理方案、多学科协作的照护模式、以及综合性干预措施的实施有关。舒适护理中的环境优化、体位调整等措施有助于减轻呼吸困难;安宁疗护中的疼痛管理、症状控制等手段能够有效缓解胸痛;整体性的照护策略对疲劳乏力的改善也有积极作用。分析其原因为:首先,舒适护理联合安宁疗护体现了以患者为中心的护理理念,充分考虑了患者的个体差异和特殊需求,实现了精准化、个性化的护理服务。其次,该护理模式注重多维度、全方位的干预,不仅关注生理指标的改善,更重视患者的心理体验和社会适应,形成了完整的照护体系。再次,团队协作的实施模式确

保了各项措施的有效落实,医生、护士、心理师、社工等专业人员的密切配合,为患者提供了高质量的专业服务。最后,持续的质量监控和效果评估保证了护理质量的不断提升,通过定期的反馈和改进,使护理措施更加科学合理^[7]。

综上所述,舒适护理联合安宁疗护为晚期心血管病患者的照护提供了新的思路和方法,能够有效改善晚期心血管病患者的生活质量,缓解负面情绪,提高症状控制效果。随着人们对医疗服务品质要求的不断提高,这种以人为本的护理模式必将得到更广泛的应用和发展,为更多的患者带来福音。

参考文献

- [1]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.
- [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]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.
- [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]张婷,丁艳萍.舒适护理模式在重症监护室内心血管病患者负性情绪管理中的研究进展[J].现代诊断与治疗,2025,36(12):1870-1872.
- [6]李达珊,陈柳华.舒适护理对ICU心血管疾病患者负性情绪及MACE发生率的影响[J].心血管病防治知识,2023,13(9):63-67.
- [7]张睿娟.老年心血管疾病患者应用舒适护理对生活质量指标产生的影响分析[J].医学食疗与健康,2021,19(15):112-113.