

全面护理策略对心衰伴血压升高病人护理舒适度的干预作用

侯咪红

心力衰竭是一种较为常见的心血管疾病,经确诊后需要长时间服用药物治疗,尤其是急性期发作时,给患者的生命安全带来极大威胁。高血压是心血管疾病最主要的诱因之一,心力衰竭合并血压升高的患者明显增多^[1]。因此,改变慢性心衰合并血压升高患者的生活质量,关键就在于有效合理地控制血压。有文献指出,在对心衰伴血压升高患者进行对症治疗的基础上,通过有计划、有组织的干预措施,可以有效地提高生活质量^[2]。既往传统的护理措施仅仅关注于住院期间临床症状和生命体征改变,护理效果较为一般。全面护理措施针对高血压合并慢性心力衰竭患者临床特点进行护理,能有效控制血压水平,提高护理质量^[3]。本次研究对舟山市中医院心力衰竭伴血压升高患者128例实施全面护理,探讨全面护理策略对护理舒适度的干预作用。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2013年5月至2015年12月来舟

山市中医院进行诊治的心力衰竭伴血压升高患者128例,均符合下列纳入标准:①参照《冠心病诊断与治疗指南2007》^[4]中的冠心病相关诊断标准;②患者或家属均签署知情同意书;③入选患者具有一定的阅读理解能力,客观地完成问卷调查。排除:①妊娠期或哺乳期妇女;②癫痫急性发作、精神病、认知障碍;③患有重症脑血管疾病、恶性肿瘤等;④正在参与其他研究;⑤过敏体质,或者不能完成本次护理过程;⑥基础资料不全、治疗依从性差。本次研究经本院医学伦理委员会审核通过。其中男性73例、女性55例;年龄48~75岁,平均年龄(60.12±7.24)岁;心衰病程1~5年,平均心衰病程(2.56±0.57)年;心功能(New York heart association, NYHA)分级:Ⅱ级49例、Ⅲ级42例、Ⅳ级37例;平均收缩压(176.12±12.35)mmHg、舒张压(108.42±9.68)mmHg。根据护理方式不同分为对照组64例和观察组64例,两组基础资料见表1,两组一般资料比较,差异无统计学意义(P 均>0.05)。

表1 两组患者一般资料

组别	n	性别 (男/女)	平均年龄 /岁	心衰病程 /年	NYHA 分级 / 例(%)			血压 / mmHg	
					Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	收缩压	舒张压
研究组	64	36/28	60.57±7.25	2.60±0.59	24(37.50)	21(32.81)	19(29.69)	175.49±11.89	108.11±9.58
对照组	64	37/27	59.86±7.19	2.51±0.60	25(39.06)	21(32.81)	18(28.13)	176.34±12.24	108.89±9.68

1.2 护理方案 参照《临床护理实践指南(2011版)》^[5],对照组在对症治疗基础上,予常规护理措施进行干预;研究组在对症治疗基础上,组成全面护理干预小组予全面护理策略进行干预。全面护理干预小组由两名心内科执业医师、一名高级护师、两名责任护士组成。全面护理策略包括:①健康教育:

开展培训课程和健康档案管理,详细记录患者服药、治疗以及病情变化,定期进行随访;同时发放宣传手册,举办知识小讲座,增加患者和家属对本病的了解,帮助患者提高对于疾病的关注和重视程度,详细讲解高血压、冠心病的发病机制等;同时与家属进行详细交谈,得到家庭护理人员的支持,提高对于本病护理干预的认知度;②心理干预:由于心衰伴血压升高病情易变化,具有特殊性,患者往

往表现出一些如焦虑、抑郁等不良心理情绪,积极与患者沟通,及早取得患者的信任,建立良好的护患关系,积极接受治疗和护理工作。③生活干预:护士指导患者掌握总体饮食原则,进食清淡、低盐,钠盐摄入量 ≤ 5 g/d,血压较高或波动剧烈时摄入量 ≤ 2 g/d,不宜过量,避免暴饮暴食,以高蛋白、低脂肪、高维生素为主。养成良好的生活习惯,戒烟忌酒;指导患者合理服用降压药,禁忌大剂量服用,根据情况调整,谨慎体位性低血压;根据患者心功能状况为患者制定运动方案,以散步和慢跑为主。④病情观察:对患者生命体征进行密切的观察,包括体温、脉搏、呼吸、心率等,尤其是血压居高不下以及持续升高者,应重点监测,提高警惕,及时告知医生处理。提醒医务人员、患者及家属重点防护,加强巡视,下地活动时需要家属陪伴。同时记录患者每日入液量、尿量等,同时参照《2014慢性稳定性心力衰竭运动康复中国专家共识》^[6],配合体位、呼吸等康复护理,促进病情恢复。

1.3 观察指标 ①观察并记录所有患者收缩压、舒张压以及心功能等指标改善。显效:心功能分级改善,且 ≥ 2 级,血压恢复正常,各项生命体征趋于平稳状态;有效:心功能分级改善,且 ≥ 1 级,血压接近正常,各项生命体征趋于平稳状态;无效:心功能分级、血压无明显改善,甚至病情加重。有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。②临床治疗效果。记录住院治疗时间、高血压(收缩压、舒张压)控制情况、临床症状缓解时间。③护理舒适度。包括焦虑、抑郁程度以及睡眠质量,在护理前后分别评定。焦虑程度采用Zung焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)^[7]评定,得分越高表示焦虑程度越重。抑郁程度采用抑郁自评量表(self-rating depression scale,

SDS)^[8]评定,分数越高表明抑郁程度越重。睡眠质量采用美国匹兹堡睡眠指数量表(pittsburgh sleep quality index, PSQI)^[9]评定,包括睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物的应用、日间功能障碍等,分数越高则表明患者的睡眠质量越差。④治疗依从性。采用自行设计的《依从性调查表》进行调查,评价指标包括正确服药、作息规律、适当锻炼、合理饮食、按时复查。完全依从:患者严格遵照医嘱,坚持配合治疗,行为执行率 $\geq 90\%$;基本依从:患者基本遵照医嘱,执行率在70%~90%之间;一般依从:患者偶有不规范治疗,执行率在50%~70%之间;不依从:患者不遵照医嘱或中断治疗,执行率 $< 30\%$ 。治疗依从性=(完全依从+基本依从+一般依从)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 采用SPSS17.0软件进行统计分析。计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,计量资料比较予以 t 检验;计数资料采用例(%)表示,予以卡方检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较见表2

组别	<i>n</i>	显效 / 例 (%)	有效 / 例 (%)	无效 / 例 (%)	有效率 / %
研究组	64	37(57.81)	21(32.81)	6(9.38)	90.62*
对照组	64	29(45.31)	20(31.25)	15(23.44)	76.56

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,研究组有效率明显高于对照组($\chi^2=4.61, P<0.05$)。

2.2 两组患者住院时间、血压以及临床症状缓解时间比较见表3

组别	<i>n</i>	血压情况 /mmHg		住院时间 /d	临床症状缓解时间 /d
		舒张压	收缩压		
研究组	64	136.25 \pm 12.30*	82.10 \pm 10.31*	12.35 \pm 3.58*	4.53 \pm 2.27*
对照组	64	147.35 \pm 15.56	98.68 \pm 11.35	18.26 \pm 4.31	8.24 \pm 2.46

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,研究组在住院时间、血压(收缩压、舒张压)以及临床症状缓解时间上均低于对照组(t 分别=8.44、4.44、8.65、8.87, P 均 < 0.05)。

2.3 两组患者治疗依从性比较见表4

由表4可见,研究组治疗依从性明显高于对照组($\chi^2=6.89, P<0.05$)。

组别	<i>n</i>	完全依从 / 例	基本依从 / 例	一般依从 / 例	不依从 / 例	依从性 / %
研究组	64	30	15	14	5	92.19*
对照组	64	24	13	11	16	75.00

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.4 两组患者护理舒适度比较见表5

表5 两组患者护理舒适度比较/分

组别	SAS 评分	SDS 评分	PSQI 评分
研究组			
护理前	57.95 ± 6.08	60.10 ± 7.01	12.53 ± 3.10
护理后	46.26 ± 5.74*#	48.09 ± 5.56*#	6.10 ± 2.76*#
对照组			
护理前	57.82 ± 6.12	59.83 ± 7.04	12.45 ± 3.04
护理后	52.01 ± 5.86*	54.12 ± 6.21*	9.29 ± 2.82*

注:*,与与护理前比较, $P<0.05$;#,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表5可见,与护理前比较,两组护理后SAS评分、SDS评分、PSQI评分均降低(t 分别=11.18、10.74、12.39、34.17、4.87、6.10, P 均 <0.05);与对照组比较,研究组护理后SAS评分、SDS评分、PSQI评分均较低(t 分别=5.61、5.79、6.47, P 均 <0.05)。

2.5 不良反应 所有患者均获得随访,无病例脱落现象。护理期间对照组5例恶心呕吐、2例头痛,1例发热,不良反应发生率为12.50%;研究组3例恶心呕吐、2例发热,不良反应发生率为7.81%,经对症处理后症状消失,两组间不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.77$, $P>0.05$)。

3 讨论

慢性心力衰竭是大多数心血管疾病患者的最终结局。近些年来,慢性心力衰竭合并血压异常的发病率逐年递增,且呈现愈演愈烈的趋势,大多数患者的生存状态相对较差^[10]。血压异常升高可以诱发慢性心力衰竭急性发作,进一步加重心衰程度。针对心力衰竭合并血压升高患者应采取积极的治疗,来改善心功能,避免心力衰竭急性发作,具有重要的作用^[11]。随着医疗服务水平提高,心力衰竭伴血压升高的护理干预工作成为药物治疗外,促进患者恢复和生活质量的重要措施。因此确实有效的护理措施不可缺少,如果护理不得当则事倍功半,不良后果影响治疗及预后^[12]。全面护理策略通过健康教育、心理干预、生活干预、病情观察等四方面来进行干预,将血压控制在正常水平,是一种有效的护理模式。

提高心力衰竭伴血压升高患者的康复和预后,关键在于合理有效的控制血压水平^[13]。对此需要针对慢性心力衰竭伴血压升高患者的病变特点,进行有效的控制血压水平,提高护理质量具有重要的作用^[14]。本次研究发现,与对照组比较,对心力衰竭伴

血压升高患者进行全面护理策略既能够缩短患者的住院时间($P<0.05$)、临床症状缓解时间($P<0.05$),还能够更好地控制血压和改善心脏功能,提高治疗有效率($P<0.05$)。本次研究采取的全面护理策略,其中的心理干预可以通过心理指导来缓解患者焦虑、抑郁等负面情绪,增强战胜疾病的信心;健康宣教和生活干预可以纠正不良生活习惯,促进康复过程;同时密切观察患者的病情,防止急性事件的出现,为生命安全提供了保证。

现阶段护理舒适度是护理干预工作的重点,心力衰竭伴血压升高患者的恢复过程与患者心理情绪的变化关系密切^[15]。慢性心力衰竭是受心理因素影响最重的疾病之一,具有不稳定的心理特点和心理特殊性,尤其是伴血压升高患者的精神压力更大,植物神经功能紊乱更为严重,从而诱发焦虑、抑郁以及失眠等表现,且睡眠质量与个性因素和心理健康水平关系密切。相关资料报道,慢性心力衰竭患者的焦虑、抑郁负面情绪和失眠将加重病情,影响恢复过程^[16]。本次研究结果发现,经全面护理策略后患者SAS评分、SDS评分、PSQI评分较对照组明显降低($P<0.05$),且治疗依从性较对照组明显提高($P<0.05$),说明了全面护理策略有助于提高心力衰竭伴血压升高患者睡眠质量和生活质量。

本次研究发现全面护理策略对心力衰竭伴血压升高患者护理效果确切,有利于提高治疗依从性和护理舒适度。然而本次研究时间、样本数有限,在以后的研究中可以扩大样本量,进行更深层次的研究。

参考文献

- 张杰.高血压并发急性左心衰临床护理探讨[J].中国当代医药,2011,18(12):113-113.
- 徐玉霞.高血压并发急性左心衰的临床护理对策[J].中国医药指南,2012,10(26):309-310.
- 戴惠芳.高血压并发急性左心衰的临床护理分析[J].航空航天医学杂志,2011,22(5):619-620.
- 中华医学会心血管分会和中华心血管病杂志编辑委员会.冠心病诊断与治疗指南[S].中华心血管病杂志,2007,35(3):195-206.
- 中华人民共和国卫生部.临床护理实践指南:2011版[M].北京:人民军医出版社,2011.
- 中国康复医学会心血管病专业委员会.慢性稳定性心力衰竭运动康复中国专家共识[J].中华心血管病杂志,2014,42(9):714-720.
- Bunevicius A, Staniute M, Brozaitiene J, et al. P.4.e.001 Screening for anxiety disorders in patients with coronary

- artery disease using self-rating scales[J]. Eur Neuropsychopharmacol, 2012, 22(Suppl 2):S372-S373.
- 8 Inoue N, Fukuyama K, Hirayama S, et al. cardiovascular risk assessment using lox-index and self-rating depression scale[J]. J Clin Metabolic & Endocrine, 2016, 12(C):3-7.
 - 9 Rocío DLV, Tomépires C, Solé E, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: Validity and factor structure in young people[J]. Psychol Assessment, 2015, 27(4):e22-e27.
 - 10 徐娟. 高血压合并急性左心衰竭患者的临床护理对策分析[J]. 中国医药指南, 2015, 13(2):234-235.
 - 11 杨英. 优质护理对高血压合并心力衰竭患者生存质量的影响观察[J]. 中国医药指南, 2015, 13(27):212-212.
 - 12 杨书琼. 对高血压合并心力衰竭患者护理干预的效果观察[J]. 中国社区医师, 2016, 32(33):150-152.
 - 13 向小芳. 综合护理干预措施对高血压合并慢性心衰患者的临床意义[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(28):126-127.
 - 14 邢甜甜. 综合护理干预措施对高血压合并慢性心力衰竭患者的临床效果观察[J]. 中国医药指南, 2016, 14(29):272-273.
 - 15 蔡丹阳. 探讨高血压并发急性左心衰患者的临床护理方法与疗效分析[J]. 医学信息, 2015, 28(48):223-224.
 - 16 王海燕. 高血压合并急性左心衰竭患者的临床护理对策[J]. 母婴世界, 2016, (14):157.

(收稿日期 2017-02-27)

(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

延续护理对出院后直肠癌永久性肠造口患者的作用分析

叶华芳 谢玲女 姚晓 温春美 蒋丽丽

直肠癌是一种比较常见的临床恶性肿瘤,多见于老年男性群体,近年来发病率呈上升趋势^[1]。直肠癌发病和遗传因素、大肠腺瘤、生活习惯等关系较大^[2]。早期直肠癌的临床症状并不明显,通常多予以直肠癌永久性肠造口^[3,4]。有文献报道,直肠癌永久性肠造口患者施行延续护理后,可明显提高患者生活质量与疾病知识知晓率,同时可减少并发症的发生,应用价值非常高^[5-7]。延续护理是指安全、及时地协助患者由急性期过渡为亚急性期,或者从医院转移至家庭这一过程中提供全方位的护理服务,一般是指从医院到家庭的延续。为了进一步探讨延续护理的应用价值,本次研究对73例直肠癌永久性肠造口患者采取了延续护理,效果较好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年3月至2015年3月浙江省肿瘤医院收治的73例直肠癌永久性肠造口患者为研究对象,纳入标准:①确诊为直肠癌永久性肠造口;②本地定居;③愿意接受电话或者上门随访;④具有一定的沟通能力。排除:①精神异常无法配合患者;②伴有其他系统严重病症患者;③交流障碍患者。其中男性42例、女性31例;年龄50~75岁,平均年龄为(57.30±5.25)岁;造口类型:结肠造口40例、回肠造口33例;手术方式:经腹会阴联合直肠根治术23例,经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭术50例。所有患者均自愿参与本次研究,签署了知情同意书。按照护理的不同方法分为常规组($n=36$)和延续组($n=37$)。两组患者的性别、年龄、病情、造口类型、手术方式见表1,两组一般资料比较,差异无统计学意义(P 均 >0.05)。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.02.038

作者单位: 310022 浙江杭州, 浙江省肿瘤医院结直肠肿瘤外科