

## 冠心病慢性心力衰竭患者室性心律失常的护理效果分析

姜 洋

(辽阳市中心医院, 辽宁 辽阳 111000)

**【摘要】目的** 分析冠心病慢性心力衰竭(CHD-CHF)同时并发室性心律失常(VA)的护理措施以及所取得的效用。**方法** 就诊时间介于2017年6月至2019年6月,纳入病型为CHD-CHF,同时并发VA,共计患者104例。随机分组后,对照组(计入52例)所选用的是常规护理,观察组(计入52例)所选用的是优质护理,评价两组护理效果、心功能改善效果及恢复速度等诸多指标。**结果** 两组护理优良率比较存有差异, $P < 0.05$ 。护理后,观察组的每搏输出量(SV)、左心室缩短分数(FS)、左心室射血分数(LVEF)、心排量(CO)比对照组更高, $P < 0.05$ 。观察组卧床、住院及症状缓解时间显著短于对照组, $P < 0.05$ 。较比于护理之前的生活质量评分,组间并未统计出差异( $P > 0.05$ )。比较护理后的上述评分,观察组评分更高, $P < 0.05$ 。护理前自护能力分、舒适度分以及心理评分,组间未统计出差异( $P > 0.05$ )。护理后以上评分再次比较,观察组的自护能力分更高,舒适度分更高,而心理评分更低, $P < 0.05$ 。**结论** 针对CHD-CHF并发VA患者实行全方位的优质护理能够尽量的改善心功能,使患者的相关症状得到减轻,住院周期有所缩短,而且能够尽量纠正患者负面心理,优化其舒适度,明显提高其对于疾病的自护能力,可以积极用于以上疾病患者的护理工作中。

**【关键词】** 冠心病;慢性心力衰竭;室性心律失常;优质护理;心功能

中图分类号: R473.5

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2022) 15-0053-04

Analysis on the Nursing Effect of Ventricular Arrhythmia in Patients with Coronary Heart Disease and Chronic Heart Failure

JIANG Yang

(Liaoyang Central Hospital, Liaoyang 111000, China)

**[Abstract] Objective** To analyze the nursing measures of chronic heart failure (CHD-CHF) complicated with ventricular arrhythmia (VA) and the effect achieved. **Methods** The visiting time ranged from June 2017 to June 2019, and the included disease type was CHD-CHF, concurrent with VA, a total of 104 patients. After randomization, the control group (52 cases included) selected routine nursing, and the observation group (52 cases included) selected high-quality nursing, and evaluated the nursing effect, cardiac function improvement effect and recovery speed of the two groups and many other indicators. **Results** There was a difference in the effective rate of treatment between the two groups, which was shown as  $P < 0.05$ . After nursing, the stroke volume (SV), left ventricular fractional shortening (FS), left ventricular ejection fraction (LVEF), and cardiac output (CO) of the observation group were higher than those of the control group, shown as ( $P < 0.05$ ). The time of bed rest, hospitalization and symptom remission in the observation group was significantly shorter than that in the control group,  $P < 0.05$ . Compared with the quality of life score before nursing, there was no statistical difference between the groups ( $P > 0.05$ ). Compared with the above scores after nursing, the scores of the observation group were higher,  $P < 0.05$ . Before nursing, there was no statistical difference between the groups in terms of self-care ability score, comfort score and psychological score ( $P > 0.05$ ). After nursing, the above scores were compared again, and the observation group had higher self-care ability score, higher comfort score, and lower psychological score,  $P < 0.05$ . **Conclusion** Implementing a full range of high-quality nursing care for patients with CHD-CHF complicated by VA can improve cardiac function as much as possible, reduce the patient's related symptoms, shorten the hospitalization period, and try to correct the patient's negative psychology, optimize their comfort, and significantly improve their health. The self-care ability for diseases can be actively used in the nursing work of patients with the above diseases.

**[Key words]** Coronary heart disease; Chronic heart failure; Ventricular arrhythmia; Quality nursing; Heart function

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)作为导致患者死亡的常见心内科疾病,冠心病(coronary heart disease, CHD)为常见病因。CHD-CHF患者多合并室性心律失常(VA),引起呼吸困难、乏力及体液潴留等症状,治疗需注重病因控制、症状控制,延缓心肌重构发展,预防危险情况发生<sup>[1]</sup>。为帮助患者尽快控制病情,促使心功能改善,稳定生命体征,

需重视开展科学有效的护理服务。优质护理近年来在临床应用普遍,是对常规化护理的持续性更新,服务核心是患者的具体需求,可以通过责任制模式拟定每位护理人员的职责,目的是最大化提高护理效率。该项护理要求不定期评估患者对于护理服务的心理需求、生理需求,简化护理流程,确保医疗服务低耗、高效,所以可以获得患者比较高的认可<sup>[2]</sup>。基于此,

本研究共纳入104例CHD-CHF同时并发VA患者,用于分析优质护理的具体效用,进而突出其显著性优势。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 就诊时间范围是2017年6月至2019年6月,统计患者104例,均是CHD-CHF同时并发VA患者,随机分组,均分成52例,均满足美国纽约心脏病学会推荐诊断标准,且均经心电图、心动图等检查确诊。对照组中男女患者比例为29:23;年龄48~80岁,平均 $(64.84 \pm 4.26)$ 岁;病程0.80~5年,平均 $(2.14 \pm 0.40)$ 年;NYHA分级:Ⅱ级20例,Ⅲ级26例,Ⅳ级6例;观察组中男女患者比例为27:25;年龄49~79岁,平均 $(64.21 \pm 3.95)$ 岁;病程0.60~5年,平均 $(2.19 \pm 0.42)$ 年;NYHA分级:Ⅱ级22例,Ⅲ级25例,Ⅳ级5例;排除药物中毒致VA,或者药物的过敏反应比较强烈者<sup>[3]</sup>。以上数据经检验并无差异, $P > 0.05$ 。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予患者常规护理,不定时的统计患者体征,而后判断病情的控制性;结合具体症状予以对症处理,全面普及相关知识等<sup>[4]</sup>。

1.2.2 观察组 给予患者优质护理,内容如下。①入院护理:患者对医院抵触情绪较明显,需主动引起其熟悉医院环境,主动沟通交流,介绍主治医师,责任护士,病区环境及相关规定,拉近护患关系;收集患者临床资料,了解患者症状、自理能力等,并鼓励患者注重表达需求及疑虑<sup>[5]</sup>。②晨间与晚间护理:晨间护理包括每日清晨清洁床单元,可更换床服和床单元。监测患者的生命体征,询问其睡眠情况,评估胃肠道、心肺功能等恢复情况,耐心向患者讲解疾病康复情况,热心解答其问题。晚间护理包括询问患者的今日排便和饮食情况,定时关闭灯光,限制陪床人数,关好门窗,防止患者受凉等。③心理护理:结合心理评价量表及患者临床资料分析其心理状态,开展有效心理疏导,排解负面情绪,并了解其是否正确认知疾病、治疗方法及自身情况,开展系统性健康教育,确保其充分认识CHD-CHF合并VA发病及治疗相关知识内容,正确认识依从治疗的价值,提高治疗依从性<sup>[6]</sup>。④饮食护理:患者病情严重,饮食注意事项较多,同时需避免食欲减退影响机体营养状态,故需加强对患者的饮食管理,维持低热量、低胆固醇及低脂肪饮食方案,以蔬菜、水果等清淡,并富含维生素的饮食为主,并合理控制水分及钠盐摄入;禁食重油重盐食物,如腌制食品,严禁饮酒或食用辛辣刺激性强的食物,确保增强体质<sup>[7]</sup>。⑤治疗护理:为患者提供舒适整洁的病房环境,调节舒适温湿度,定期为病房消毒,保证室内良好通风;指导患者严格遵从医嘱

用药,告知其用药注意事项及可能出现的不良反应,提醒其不可私自更改用药剂量;评估患者病情,必要时可采用四肢轮扎和下肢下垂减少回血量,给予患者氧气支持,并准备好抗心律失常药物,预防危险情况发生;依据患者病情恢复情况进行运动指导,早期以太极拳、慢走等活动为主,适当增加运动强度,不可操之过急。⑥体位与排泄护理:协助患者保持舒适体位,可在床上进行肢体功能训练,如活动腕关节、指关节和下肢等,定时为其翻身,以变换体位。强化安全管理,如加用床护栏、张贴安全提示等,避免患者跌倒或坠床。部分患者需要严格卧床,但其不习惯在床上排泄,应指导其练习床上排泄方法,讲解床上排泄对于疾病康复的重要性,纠正其错误理念,提高其配合度。⑦出院护理:制订出院护理计划,定期电话随访,频率为每个月2~3次,了解患者是否严格遵从医嘱用药,是否保持健康科学的作息规律。随访过程中耐心倾听患者诉说,解答患者疑虑,必要时可上门随访,评估患者病情变化<sup>[8]</sup>。

1.3 观察指标 测评护理效果:优表示相关症状彻底化消失,经由心电图检查后基本正常;良表示相关症状有所改善,经由心电图检查后轻微的异常;差表示症状并无改善,经由心电图检查后明显异常。统计护理优良率。测定护理前后患者每搏输出量(SV)、左心室缩短分数(FS)、左心室射血分数(LVEF)、心排血量(CO)等心功能指标变化;记录患者卧床时间、症状缓解时间及住院时间等恢复速度指标。利用生活质量综合评价问卷(GQOLI)测定患者生活质量,含社会功能/心理功能/物质生活/躯体功能维度,每项100分,总分400分,生活质量和分数正相关。采用自我护理能力测定量表评估护理前后的患者自护能力,含自我概念项、健康知识度项、患者自护技能项、自护责任感项,每项赋值42分,共计168分,自护能力和分数正相关。采用简化舒适状况量表评估患者护理前后的舒适度,含环境项、生理项、社会项、心理/精神项,每项赋值1~4分,舒适度与分数正相关。采用汉密尔顿抑郁以及汉密尔顿焦虑表测评患者护理前后的心理评分,抑郁表分值0~59分,焦虑表分值0~56分,抑郁和焦虑程度与分数呈负相关。

1.4 统计学处理 利用统计学软件SPSS17.0对数据进行处理,计数资料以率(%)进行表示,采用 $\chi^2$ 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 进行表示,采用 $t$ 检验,差异有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

## 2 结果

2.1 两组护理效果分析 两组的护理优良率比较,观察组统计值明显更高, $P < 0.05$ 。见表1。

表1 两组护理效果比较[n (%) ]

组别	n	优	良	差	优良率
观察组	52	32(61.54)	16(30.77)	4(7.69)	48(92.31)
对照组	52	20(38.46)	19(36.54)	13(25.00)	39(75.00)
$\chi^2$ 值					5.69
P值					<0.05

2.2 两组心功能指标变化分析 护理前, 两组SV、FS、LVEF、CO水平均较低, 但无统计学差异,  $P>0.05$ ; 两组护理后的上述指标比较, 观察组数值更高,  $P<0.05$ 。见表2。

表2 两组心功能指标变化分析 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	SV(mL)		FS(%)		LVEF(%)		CO(L/min)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	52	60.22±7.12	77.42±9.44	20.02±2.16	26.12±4.01	40.05±6.22	49.25±9.83	4.62±1.19	5.94±1.46
对照组	52	60.08±6.46	71.62±8.49	20.16±2.21	23.25±3.62	40.63±6.47	43.03±7.85	4.73±1.25	5.25±1.44
t值		1.60	3.29	0.32	3.83	0.46	3.56	0.45	2.42
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组恢复速度指标比较 两组多项恢复速度指标比较, 观察组的时间明显更短,  $P<0.05$ 。见表3。

表3 两组恢复速度指标比较 (d,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	卧床时间	住院时间	症状缓解时间
观察组	52	5.42±0.76	9.43±1.14	17.22±1.62
对照组	52	7.11±0.95	10.74±1.89	20.13±2.09
t值		10.01	4.27	7.93
P值		<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组生活质量评分比较 两组护理之前的生活质量评分比较, 无统计学差异,  $P>0.05$ ; 两组护理之后生活质量评分比较, 观察组的统计分值更高,

$P<0.05$ 。见表4。

2.5 两组自护能力评分比较 两组护理前的自护能力评分比较无统计学差异,  $P>0.05$ ; 两组护理后的自护能力评分比较, 观察组的评分更高,  $P<0.05$ 。见表5。

2.6 两组舒适度评分比较 两组护理前的舒适度评分比较, 无统计学差异,  $P>0.05$ ; 两组护理后的舒适度评分比较, 观察组的评分更高,  $P<0.05$ 。见表6。

2.7 两组心理评分比较 两组护理前的心理评分比较, 无统计学差异,  $P>0.05$ ; 两组护理后的心理评分比较, 观察组的评分更低,  $P<0.05$ 。见表7。

表4 两组生活质量评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	社会功能		心理功能		物质生活		躯体功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	52	75.26±4.33	86.59±5.74	78.54±4.82	89.65±5.44	79.66±4.84	90.15±4.68	77.94±4.68	89.67±5.13
对照组	52	75.19±4.28	81.26±5.70	75.51±4.83	82.48±5.43	79.63±4.86	83.16±4.65	77.96±4.69	83.15±5.11
t值		0.083	4.751	3.202	6.727	0.032	7.640	0.022	6.493
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表5 两组自护能力评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	自我概念项		健康知识项		自护技能项		自护责任感项	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	52	28.15±2.65	34.28±4.05	27.03±4.02	35.92±3.44	26.73±4.09	36.22±2.04	27.55±3.49	34.91±3.77
对照组	52	28.17±2.77	30.12±4.01	27.13±4.09	31.05±3.28	26.81±4.01	30.48±2.09	27.42±3.50	30.09±3.71
t值		0.038	5.263	0.126	7.388	0.101	14.173	0.190	6.571
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表6 两组舒适度评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	环境项		生理项		社会项		心理/精神项	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	52	1.02±0.21	3.02±0.43	1.18±0.19	3.15±0.46	1.16±0.20	3.29±0.34	1.48±0.21	3.44±0.20
对照组	52	1.01±0.20	2.81±0.38	1.20±0.17	2.87±0.43	1.18±0.22	3.02±0.33	1.51±0.23	3.10±0.17
t值		0.249	2.639	0.566	3.207	0.485	4.109	0.695	9.341
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表7 两组心理评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	焦虑		抑郁	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	52	30.15±3.24	14.22±2.02	31.55±3.44	13.55±2.14
对照组	52	30.21±3.18	18.65±2.09	31.48±3.38	18.62±2.19
t值		0.095	10.990	0.105	11.940
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

### 3 讨论

CHD-CHF患者伴随心肌损伤, 导致心室泵血或充

盈功能低下, 病情处于稳定、恶化或失代偿状态, 合并VA提示患者病情严重, 治疗需有效改善症状, 同

时尽量恢复患者的高质量生活,优化其生活信心<sup>[9]</sup>。目前临床CHD-CHF合并VA患者以对症治疗为主,如利尿剂、硝酸酯、强心剂等,并密切检测药物治疗反应及患者症状缓解效果。而为确保患者密切依从治疗,需重视治疗期间护理服务,如开展优质护理干预,重视对患者的健康教育及风险防范,帮助患者调节心理状态,并促使其充分认识到疾病治疗目标、用药知识及自我管理行为等内容。如告知患者慢性心力衰竭虽然可能处于稳定状态,但若出现体质量快速增加,下肢水肿加重,运动耐受性降低等,需引起重视及时就医治疗<sup>[10]</sup>。同时需帮助患者重视对自身生活的管理,如饮食控制,避免过度劳累,维持稳定心理状态,释放运动,尤其严格遵从医嘱用药,禁止滥用激素,抗炎药等,提高患者自我管理能力<sup>[11]</sup>。关注患者心理需求,在患者住院及出院后仍需注重对其的心理疏导和鼓励,确保改善负面情绪,积极配合治疗<sup>[12]</sup>。优质护理的宗旨是将患者作为服务中心,在基础护理的前提下履行护理责任制,要求护理人员深入了解护理内涵,积极提升自身护理水平<sup>[13]</sup>。优质护理结合患者需求调整护理方案,可以控制护理成本,拟定便于操作的护理流程,进而提高护理质量,其特点是低耗、优质与高效,可最大程度上保证患者的护理安全,提高其生理/心理舒适度<sup>[14]</sup>。经优质护理后患者能够感受到护理人员的专业性和人文关怀,且能获得家属的支持,大幅提高了治疗信心。但该项护理的成功关键是紧密型护患沟通,因此需要护理人员主动与患者交流,动态化掌握其心理特点,潜移默化的普及自我管理的积极作用,培养患者的自护意识,使其能够主动且规范的进行自我管理,减少相关并发症<sup>[15]</sup>。其中,入院护理可以提高患者对于相关知识的了解程度,晨间与晚间护理可以提供舒适化的住院环境,心理护理可以调节患者情绪,饮食护理能够规范患者的饮食行为,治疗护理以及体位等护理均属于专项护理,可确保护理操作的专业性和严谨性,出院护理可提升患者的院外自护意识。本研究中,观察接受护理后的护理优良率、心功能指标数据、生活质量评分、自护能力评分、舒适度评分均高于对照组;观察组恢复速度指标所用时间及心理状态评分均优于对照组。说明为以上疾病者实行优质护理可促使患者病情改善,维持生命体征稳定,加快症状消退,缩短住院时间,尤其促使患者尽早下床活动,心功能改善效果明显,护理效果较好。其中,观察组护理后的生活质量评分高于对照组,  $P < 0.05$ 。提示优质护理可以优化患者的生活质量,原因是优质护理的措施较为细致和个性化,能够针对患者的个人情况采取差异化护理方

案,更符合人性护理理念,可获得患者的高度认可与配合。

综上所述,CHD-CHF患者VA开展优质护理对心功能及症状改善有明显效果,值得推广应用。

### 参考文献

- [1] 何飞,周新浪,陈达开,等.运动康复训练对冠心病慢性心力衰竭患者心功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(1):58-60.
- [2] 温金钢.中医康复护理对心力衰竭患者心功能及预后的影响[J].中国医药指南,2018,16(18):235.
- [3] 杨莉君,马红波,李娟,等.基于临床路径的优质护理对冠心病患者行冠状动脉支架置入术后康复及并发症发生率的影响[J].中国医药导报,2018,15(1):177-180.
- [4] 毕莉莉.冠心病患者心肌缺血及心律失常应用动态心电图与常规心电图诊断的效果比较[J].影像研究与医学应用,2019,3(22):62-63.
- [5] 吴晶,杨欣,周月.多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(5):577-581.
- [6] 鲁碧,赵薇,张小芳.多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响[J].当代医学,2019,25(16):180-182.
- [7] 白现花,张俊霞,杨海庆,等.综合护理干预对心律失常患者冠状动脉支架CT血管成像检查成功率的影响[J].中国医刊,2017,52(12):100-102.
- [8] 阿依苏丽丹·阿不都瓦力,丁雪茹,伊宰古丽·吐尔逊,等.护患共同管理模式在心律失常接受静脉胺碘酮治疗患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(12):1561-1564.
- [9] 肖吉业.优质护理对急性心肌梗死并发心律失常保守治疗患者的影响[J].中国医药指南,2018,16(22):280-281.
- [10] 刘亚洋,李鹤,朱源生.芪参益气滴丸对冠心病慢性心力衰竭病人心功能、免疫功能及microRNA155水平的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(11):1342-1344.
- [11] 韩晓东.优质护理对急性心肌梗死并发心律失常保守治疗患者的影响[J].中国医药指南,2018,16(27):243-244.
- [12] 王燕,李潇.情志护理联合缩唇-腹式呼吸训练对难治性慢性心力衰竭伴睡眠障碍患者匹兹堡睡眠质量指数、不良情绪、心功能和生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(34):3858-3862.
- [13] Ambrosy AP,von Haehling S,Kalra PR,et al.Safety and Efficacy of Intravenous Ferric Derisomaltose Compared to Iron Sucrose for Iron Deficiency Anemia in Patients with Chronic Kidney Disease with and Without Heart Failure[J].Am J Cardiol,2021,152(1):138-145.
- [14] 刘静静.强化护理在冠心病伴慢性心力衰竭患者中的应用效果[J].航空航天医学杂志,2021,32(4):478-479.
- [15] 王沙.基于跨理论模型的延续性护理对CHD-CHF患者自护能力及生活质量的影响[J].黑龙江医学,2021,45(8):862-863,866.