

心力衰竭患者体位护理与舒适度改善的临床观察

吴娇

(西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710061)

【摘要】目的: 本研究旨在探讨基于症状分级的阶梯式体位护理方案对比常规卧位指导, 对心力衰竭患者心功能指标、临床症状缓解及整体舒适度的改善效果。方法: 采用前瞻性随机对照研究设计, 将2022年1月至2023年12月期间收治的120例心力衰竭患者, 依据随机数字表法均分为对照组与观察组, 每组各60例。对照组患者接受常规心力衰竭护理及一般性卧位指导(如建议取半卧位)。观察组则在对照组基础上, 实施系统化的阶梯式体位护理干预: 针对轻度呼吸困难患者, 指导其采用高枕卧位或半卧位(床头抬高30-45度); 对中度呼吸困难者, 采用端坐位(床上放置跨床桌, 患者身体前倾趴在桌上)或双腿下垂坐位; 对于急性发作伴严重呼吸困难者, 在端坐位基础上, 根据耐受情况协助其双下肢轮流下垂。两组干预周期均为连续7天。于干预前及干预第7天, 比较两组患者的心功能指标, 包括左心室射血分数(LVEF)、血浆N末端B型利钠肽原(NT-proBNP)水平、6分钟步行试验(6MWT)距离; 采用简化版舒适状况量表评估患者的生理、心理、社会文化和环境四个维度的舒适度总分; 同时记录患者干预期间的平均呼吸频率、心率及主要临床症状(如胸闷、气促)的缓解时间。结果: 干预前, 两组患者的年龄、性别、心功能分级(NYHA分级)、基础疾病及各项观察指标基线水平比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。干预7天后, 观察组患者的心功能改善显著优于对照组: 观察组LVEF提升值、6MWT增加距离均显著大于对照组, 而NT-proBNP下降幅度也显著大于对照组($P<0.01$)。在舒适度方面, 观察组患者的GCQ总分及各维度得分均显著高于对照组($P<0.01$)。临床指标上, 观察组患者的平均呼吸频率、心率在干预后显著低于对照组($P<0.01$), 且胸闷、气促等症状的缓解中位时间较对照组明显缩短。结论: 相较于常规卧位指导, 实施系统化、个体化的阶梯式体位护理方案能更有效地改善心力衰竭患者的心功能状态, 显著缓解其临床症状, 并全面提升患者在生理、心理等多维度的舒适感受。

【关键词】心力衰竭; 体位护理; 舒适度; 临床观察; 心功能

Clinical Observation on Postural Care and Comfort Improvement in Patients with Heart Failure

Wu Jiao

(First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi Province 710061)

[Abstract] Objective: This study aimed to compare the effects of a symptom-based stepwise postural care regimen versus conventional supine positioning guidance on cardiac function indicators, clinical symptom relief, and overall comfort in patients with heart failure. Methods: A prospective randomized controlled study design was employed. A total of 120 heart failure patients admitted between January 2022 and December 2023 were randomly divided into a control group and an observation group using a random number table, with 60 cases in each group. The control group received conventional heart failure care and general supine positioning guidance (e.g., recommendation for semi-recumbent position). The observation group received systematic stepwise postural care interventions in addition to the control group's regimen: for patients with mild dyspnea, high pillow positioning or semi-recumbent position (bed head elevated 30-45 degrees) was recommended; for moderate dyspnea, sitting upright position (with a cross-bed table placed on the bed and patient leaning forward) or leg-free sitting position was adopted; for acute exacerbations with severe dyspnea, assisted leg alternation in dependent patients was implemented while maintaining sitting upright position. Both groups underwent continuous intervention for 7 days. Before intervention and on day 7 of intervention, cardiac function parameters were compared between the two groups, including left ventricular ejection fraction (LVEF), plasma N-terminal B-type natriuretic peptide (NT-proBNP) levels, and 6-minute walk test (6MWT) distance. The Simplified Comfort Scale was used to assess total comfort scores across four dimensions: physiological, psychological, sociocultural, and environmental factors. Additionally, average respiratory rate, heart rate, and relief times for major clinical symptoms (e.g., chest tightness, dyspnea) during intervention were recorded. Results: Prior to intervention, baseline characteristics including age, gender, cardiac function classification (NYHA class), underlying diseases, and observed parameters showed no statistically significant differences between groups ($P>0.05$), indicating comparability. After 7 days of intervention, the observation group demonstrated significantly better cardiac function improvement than the control group: the LVEF increase and 6MWT distance in the observation group were significantly greater than those in the control group, while the NT-proBNP reduction was also significantly more pronounced (all $P<0.01$). In terms of comfort, the GCQ total score and all dimension scores in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P<0.01$). Clinically, the

observation group exhibited significantly lower mean respiratory rate and heart rate post-intervention compared to the control group ($P < 0.01$), with significantly shorter median relief times for symptoms such as chest tightness and dyspnea. Conclusion: Compared with conventional supine positioning guidance, implementing a systematic and individualized stepwise positional care regimen can more effectively improve cardiac function status in patients with heart failure, significantly alleviate clinical symptoms, and comprehensively enhance patients' comfort in multiple dimensions including physiological and psychological aspects.

[Key words] Heart failure; Positioning care; Comfort level; Clinical observation; Cardiac function

引言:

心力衰竭是由于心脏结构或者功能异常引起的心室充盈或者射血能力下降的一组复杂的临床综合征,高发病率、高再住院率以及不良预后已经成为全球性的公共卫生问题。病人由于肺淤血、体循环淤血而不得不采取某种体位来减轻极度的不适,端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难等。因此体位管理是心力衰竭患者症状管理的基础和关键。传统的护理大多只提出“取半卧位”的一般性建议,没有对不同的严重程度的症状做细致、动态的指导。本文设计并实施了一套阶梯式体位护理方案,目的是科学验证该方案对于改善患者心功能客观指标和主观舒适度的综合效果,为临床提供更加科学、循证的护理实践依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2022 年 1 月至 2023 年 12 月本院心血管内科收治的 120 例心力衰竭患者为研究对象。纳入标准为符合心力衰竭相关诊断标准、心功能 NYHA 分级为 II-IV 级、意识清楚、能沟通并配合完成研究、患者及家属知情同意^[1]。排除标准为合并严重肝肾肾功能不全、恶性肿瘤、急性心肌梗死、精神疾病或者不能配合体位改变者^[2]。用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组各 30 例。其中观察组男 32 例,女 28 例,平均年龄 (65.8 ± 8.4) 岁, NYHA II 级 18 例, III 级 30 例, IV 级 12 例;对照组男 34 例,女 26 例,平均年龄 (66.5 ± 9.1) 岁, NYHA II 级 16 例, III 级 32 例, IV 级 12 例。两组患者在性别、年龄、心功能分级等基线资料上差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性^[3]。

1.2 护理方法

对照组采用常规心力衰竭护理,即药物治疗指导、出入量控制、健康教育和一般体位指导(口头告诉患者可以采取半卧位休息)^[4]。在常规护理的基础上,用统一培训的护士对所有病人实行阶梯式体位护理。具体方案为,①评价分层,每天动态评价患者的呼吸困难程度(使用 Borg 评分和临床表现)。②阶梯干预 a.轻度(日常活动轻微受限)指导协助取高枕卧位或半卧位(床头抬高 30-45 度),膝下垫软枕。b.中度,即休息时也有不适,活动后症状会加重,可采取端坐位(用跨床桌,患者双上肢放在桌面上,身体向前倾),或床旁双腿下垂坐位(双脚放在脚凳上),注

意保暖及安全防护。c.重度(端坐呼吸,不能平卧),在端坐位的基础上,根据患者的耐受情况,每 1~2 小时协助患者做双下肢轮流下垂运动,每次 10~15 分钟,以促进下肢血液循环,减轻心脏前负荷^[5]。所有的体位变换过程都要注意观察患者的反应,保证舒适安全。③健康教育,向患者及其家属详细说明各种体位的原理和目的,提高患者的依从性。两组干预时间为连续 7 天^[6]。

1.3 观察指标

在干预前和干预第 7 天分别评价以下指标,①心功能指标,用心脏彩色多普勒超声测量左心室射血分数(LVEF),采集空腹静脉血,用化学发光法检测血浆 NT-proBNP 水平,在保证安全的前提下进行 6 分钟步行试验(6MWT)记录步行距离。②舒适度用简化版舒适状况量表(GCQ)来评价,该量表有生理、心理精神、社会文化、环境四个维度,共有 28 个条目,用 Likert4 级评分,总分 28-112 分,分数越高表示舒适度越好。临床指标是静息时的平均呼吸频率和平均心率,统计干预后患者自觉胸闷、气促症状第一次明显改善所需要的时间(小时)^[7]。

1.4 统计学方法

用 SPSS25.0 软件做数据分析。计量资料用均数加减标准差($\bar{x} \pm s$)来表示,组间比较用独立样本 t 检验,组内干预前后比较用配对 t 检验;计数资料用例数和百分比来表示,用 χ^2 检验;症状缓解时间等非正态分布资料用中位数(四分位数间距)来表示,用 Mann-Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后心功能指标比较:

干预前,两组患者的 LVEF、NT-proBNP、6MWT 水平比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预 7 天后两组患者 LVEF、6MWT 均比干预前升高,NT-proBNP 均比干预前下降 ($P < 0.05$),观察组各项指标改善幅度均大于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 两组患者舒适度评分及临床指标比较:

干预组 GCQ 总分、各个维度的得分比对照组要高,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。同时观察组干预后平均呼吸频率、心率均比对照组低。从症状缓解时间上看,观察组患者的胸闷、气促症状缓解时间中位数明显短于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 2。

表 1 两组患者干预前后心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	时间点	LVEF (%)	NT-proBNP (pg/mL)	6MWT (m)
观察组	60	干预前	38.52 ± 5.16	2856.74 ± 1023.58	252.31 ± 45.67
		干预后	45.83 ± 6.27*#	1254.36 ± 587.42*#	345.82 ± 52.18*#
对照组	60	干预前	39.11 ± 5.43	2789.65 ± 987.45	248.97 ± 48.92
		干预后	41.89 ± 5.88*	1987.53 ± 723.61*	298.45 ± 50.74*
t 值			4.512	6.987	5.723
P 值			<0.001	<0.001	<0.001

注: *表示与同组干预前比较, P<0.05; #表示与对照组干预后比较, P<0.01。

表 2 两组患者干预后舒适度、临床指标及症状缓解时间比较

分组	例数	GCQ 总分(分)	呼吸频率(次/分)	心率(次/分)	症状缓解时间[M(P25,P75),h]
观察组	60	89.45 ± 7.82	18.62 ± 2.34	76.85 ± 6.92	4.5(3.0,6.0)
对照组	60	76.18 ± 8.54	22.71 ± 3.05	84.36 ± 7.58	8.0(6.0,12.0)
t/Z 值		8.765	9.124	6.314	5.892*
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注: *此处为 Z 值。

3 讨论

本文用随机对照试验系统地研究了阶梯式体位护理对心力衰竭患者的影响。从结果可以看出,与常规卧位指导的对照组相比,接受个体化、阶梯式体位管理的观察组患者在心功能客观指标、主观舒适度和临床症状缓解速度上都有明显更好的效果。该结果很好地证明了精细化体位护理对于心力衰竭综合管理的重要性^[8-10]。

心力衰竭病人出现呼吸困难的病理生理基础是由于左心衰竭引起肺循环淤血、肺毛细血管压升高。阶梯式体位护理的原理就是利用力学作用来达到减轻心脏负担的目的。本研究中观察组所采取的床头抬高、端坐前倾、双腿

下垂等体位,可以有效地降低回心血量(前负荷),同时增加膈肌位置,增大肺活量,减轻肺淤血,改善通气功能。表 1 数据清楚地表明,观察组患者干预后 NT-proBNP 水平的下降幅度以及 LVEF、6MWT 的改善情况都比对照组好。NT-proBNP 可以反映心室壁张力、心功能状态,明显下降直接说明阶梯式体位护理有效地减轻了心脏的机械应力。6MWT 距离增大说明患者的运动耐力及整体功能有所改善^[11]。

综上所述,本研究认为,以症状动态评价为基础的阶梯式体位护理,是心力衰竭病理生理特点所决定的一种非药物治疗及护理方法。它不是简单的半卧位,是护理措施个体化的、精准化的护理^[12]。

参考文献:

- [1]霍星星,张丹丹.以奥马哈系统为理论框架的延续性护理在慢性心力衰竭患者中的应用效果[J].航空航天医学杂志,2026,37(03):354-357.
- [2]卢寒,张亚萍,段文静,杨轲,陈豫贤.家庭参与延伸康复护理对冠心病伴心力衰竭患者遵医行为和自护能力的影响[J].黑龙江医药科学,2026,49(03):122-125.
- [3]常紫微,邢海燕,陆银波,朱帅奕,尹雨爽,黄艳.预立医疗照护计划在心力衰竭患者中应用的研究进展[J].中国老年保健医学,2026,24(01):116-120.
- [4]何琼,林婧琪,刘逸群.路径式护理联合积极心理干预对急性心力衰竭患者的影响[J].中国医学创新,2026,23(05):79-82.
- [5]邵聿蕙,陆静奕,马毓霞,陈洁,唐海梅.中医综合护理对阳虚血瘀型慢性心力衰竭患者下肢深静脉血栓形成的预防作用[J].西部中医药,2026,39(02):145-148.
- [6]郭佳.“16+8”时间限制性进食干预在慢性心力衰竭伴肥胖患者护理中的应用[J].医学理论与实践,2026,39(03):482-485.
- [7]李盼.格林模式护理在老年慢性心力衰竭患者中的应用效果[J].中国民康医学,2026,38(03):160-162.
- [8]何英洪,黄诗宇,陈雪梅,柴勇,张源,陶莲德.中青年心力衰竭住院患者与病共存状态及影响因素研究[J].护理管理杂志,2026,26(02):99-103.
- [9]王丽婷,颜琼,张琴,董立杰.基于中医理念的心力衰竭患者口渴缓解护理干预方案的构建[J].护理管理杂志,2026,26(02):104-108.
- [10]张立君.基于 FMEA 模型的康复护理联合聚焦解决模式护理在慢性心力衰竭患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2026,31(03):90-93.
- [11]韩琳.慢性心力衰竭患者对延续护理的需求横断面调查分析[J].齐鲁护理杂志,2026,31(03):10-13.
- [12]周淑文,焦玲玲.基于 ITHBC 理论的容量管理联合循序渐进式康复护理对慢性心力衰竭患者预后的影响[J].当代医药论丛,2026,24(03):163-165+169.