

中西医协同护理模式在高血压合并心力衰竭患者中的 临床应用及血压控制效果分析

刘仁铃

曲靖市中医医院 云南 曲靖 655000

摘要:目的:分析中西医协同护理模式在高血压合并心力衰竭患者中的临床应用及血压控制效果。方法:将2024年2月—2025年6月我院心血管内科收治的64例高血压合并心力衰竭患者作为研究对象,根据病历单双号进行分组,分为对照组与协同组,各32例。对照组患者应用常规西医护理模式,协同组采用常规中西医协同护理模式,对比两组患者护理后的血压水平、心功能指标(LVEF、ESD、EDD)、护理效果、中医证候积分与生活质量评分。结果:护理后,协同组患者的SBP(收缩压)、DBP(舒张压)均较对照组的更低($P < 0.05$);协同组患者的LVEF较对照组的更高,且ESD、EDD较对照组更低($P < 0.05$);协同组的护理总有效率较对照组的明显更高($P < 0.05$);协同组患者中医证候积分较对照组的明显更低($P < 0.05$);协同组患者的生活质量评分较对照组的明显更高($P < 0.05$)。结论:在高血压合并心衰患者护理中,应用中西医协同护理模式能明显提高患者的血压控制效果,使其心功能得到改善,在缓解疾病症状的同时,提升患者的生活质量。因而,值得在该领域中推广与应用。**关键词:**中西医协同护理;高血压;心力衰竭;血压控制

高血压属于全球高发的一种慢性心血管疾病,我国的患者数量已超过2.7亿。其中,35-75岁人群的发病率可达到44.7%。心力衰竭是高血压最严重的并发症之一。60%以上的心力衰竭患者均有高血压病史,此类患者发生心力衰竭的风险是普通人群的2-3倍。患者的病情较复杂,且血压波动较大,心功能呈进展性下降,科学高效的护理模式对患者预后改善具有重要价值^[1]。当前,常规的西医护理侧重于病情监测、用药指导与基础健康宣教。虽然可短期控制症状,但缺乏对患者机体功能的调理,长期效果有限。中医护理以“整体观念、辨证施护”为核心,重视身体脏腑与自然的和谐、统一,在慢性病护理中具备优势。中西医协同护理模式并不是简单叠加两种护理模式,而是以二者理论体系为基,把西医体征监测、标准化护理与中医的个性化调理、整体性养护相融合,形成“标本兼顾,内外同调”的护理体系^[2]。本文聚焦中西医协同护理模式在高血压合并心力衰竭患者中的应用效果,并剖析血压控制、心功能改善与生活质量提升等指标,旨在为护理模式的优化创新提供参考。具体报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2024年2月至2025年6月我院心血管内科收

治的64例高血压合并心力衰竭患者作为研究对象。根据病历单双号进行分组,分为对照组($n=32$)与协同组($n=32$);入组标准:符合《中国高血压防治指南(2023年版)》、《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》中相关诊断标准;NYHA心功能分级:II~III级;年龄:45-75岁;患者及家属愿意参与本研究,并签订知情同意书。排除标准:急性心肌梗死、脑卒中急性期;肝肾功能障碍;妊娠期、哺乳期女性;对中医护理措施过敏者;精神障碍或不配合护理者。

对照组:男18例,女14例;年龄:45-74岁,平均(60.32 ± 5.19)岁;心力衰竭病程:6个月-8年,平均(2.77 ± 0.92)年;高血压病程:2-15年,平均(10.46 ± 2.34)年;

协同组:男17例,女15例;年龄:45-75岁,平均(60.41 ± 5.20)岁;心力衰竭病程:5个月-9年,平均(2.81 ± 0.89)年;高血压病程:3-16年,平均(10.50 ± 2.29)年。

两组患者的年龄、性别等基本资料对比无明显差异($P > 0.05$),可开展研究。

1.2 方法

对照组:采用常规西医护理模式,包括:(1)体征监测,每天定时监测心率、血压、呼吸等基本体征,

记录 24 小时出入量，观察症状变化；（2）用药指导，讲解药物相互作用、用法用量与注意事项，强调遵医嘱用药，观察不良反应；（3）健康宣教，通过口头宣教、发放手册等方式，讲解疾病知识，指导戒烟限酒、规律作息、控制体重；（4）心理疏导，简单交流，给予患者安慰与鼓励，缓解他们的负面情绪；（5）康复指导，患者病情稳定后，鼓励他们开展适度的有氧运动，严禁剧烈运动。

协同组：采用中西医协同护理模式，包括：（1）中医辨证评价，入院后由专业中医护理人员根据舌脉、症状、体质，辨证分为：阳虚水泛型、气虚血瘀型及痰湿内阻型。（2）情志调理，借助情志疏导法，每天沟通 15-20 分钟，结合辨证选择适合的音乐，每天 2 次，每次 30 分钟；应用“静心呼吸法”，每天 2 次，每次 15 分钟。（3）辨证饮食护理，气虚血瘀型可吃黄芪粥、丹参茶等益气活血的食物；阳虚水泛型可吃生姜、羊肉汤等温阳利水食物；痰湿内阻型可吃陈皮、冬瓜等燥湿化痰食物。控制盐分摄入（每天 < 5g），少食多餐。（4）穴位按摩，每天 1 次，每次 15-20 分钟，共性穴位取足三里、内关、太冲，个性穴位结合辨证加减，力度以酸胀为宜。（5）中药足浴，结合辨证配置足浴方，每晚睡前足浴 20 分钟，水温 38-40℃，足浴后按摩涌泉穴 3 分钟。（6）协同优化，根据“子午流注”理论调整用药时间，将康复锻炼融入八段锦简化动作，每天 1 次，每次 20 分钟。

1.3 评价指标

（1）血压水平，护理 8 周后，检测 SBP、DBP 水平。

（2）心功能指标：护理后使用心脏超声检测 LVEF、ESD、EDD。

（3）护理效果：血压达标，症状全部消失，心功能分级改善 ≥ 2 级为显效；血压基本达标，症状明显改善，心功能分级改善：1 级为有效；未达上述标准为无效； $\frac{\text{显效} + \text{有效}}{\text{小组总例数}} \times 100\% = \text{总有效率}$ 。

（4）中医证候积分：选择胸闷、气短、乏力、水肿、心悸 5 种症状，按无、轻、中、重计 0、1、2、3 分，计算总积分。

（5）生活质量评分：使用 SF-36 量表，从 8 个维度进行评分，总分：0-100 分，得分越高代表生活质量

越好。

1.4 统计学方法

借助 SPSS25.0 软件统计所有研究数据，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料，以 t 检验；以 [n (%)] 表示计数资料，以 χ^2 检验；组间比较差异有统计学意义：P < 0.05。

2 结果

2.1 对比两组患者护理后血压水平

护理后，协同组患者的 SBP、DBP 水平均较对照组的明显更低 (P < 0.05)，见表 1。

表 1 对比两组患者护理后血压水平 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	例数	SBP	DBP
对照组	32	138.58 ± 4.20	89.17 ± 3.53
协同组	32	128.49 ± 3.31	81.28 ± 2.81
t	--	11.257	10.544
P	--	0.001	0.001

2.2 对比两组护理后患者的心功能指标

护理后，协同组患者的 LVEF 较对照组的更高，且 ESD、EDD 较对照组的更低 (P < 0.05)，见表 2。

表 2 对比两组护理后患者的心功能指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVEF (%)	ESD (mm)	EDD (mm)
对照组	32	50.28 ± 2.53	40.17 ± 1.73	61.52 ± 2.28
协同组	32	56.81 ± 2.14	36.88 ± 1.42	56.28 ± 2.09
t	--	11.867	8.955	9.746
P	--	0.001	0.001	0.001

2.3 对比两组的护理效果

协同组的护理总有效率较对照组的明显更高 (P < 0.05)，见表 3。

表 3 对比两组的护理效果 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	32	10 (31.25)	13 (40.63)	9 (28.12)	23 (71.88)
协同组	32	13 (40.62)	17 (53.12)	2 (6.25)	30 (93.75)
χ^2	--	5.381			
P	--	0.019			

2.4 对比两组患者护理后的中医证候积分

护理后，协同组患者的中医证候积分较对照组的明显更低 (P < 0.05)。

2.5 对比两组患者护理后的生活质量评分

护理后, 协同组 SF-36 量表评分较对照组的明显更高 ($P < 0.05$)。

3 讨论

高血压合并心力衰竭的病程较长且易反复, 护理模式的科学性直接关系到患者预后。西医护理将疾病作为核心, 强调生理指标监测与药物管理, 但缺少对患者机体体质与心理的关注, 无法从根本上改善患者的预后效果。中医护理以“整体观念”、“辨证论治”为基, 通过脏腑功能调理、经络气血疏通, 为慢性病护理提供新路径^[3]。护理后, 协同组的 SBP、DBP 较对照组的更低 ($P < 0.05$), 表明中西医协同护理在血压控制中具备优势。西医护理经规范用药指导、定期血压测量, 可保证降压药的快速起效; 中医护理则从病因入手, 通过情志调理疏肝理气, 防止情绪波动引起血压升高; 辨证饮食护理严控盐分摄入, 并结合体质调理脾胃功能, 减少病理产物(痰湿、水饮等)积累, 缓解血管阻力; 穴位按摩(足三里、内关、太冲)能调节血管舒缩功能, 改善气血循环, 辅助降压。中西医护理模式从多维度发挥功效, 实现 血压的平衡控制, 防止过度依赖药物血压波动^[4]。

协同组 LVEF 较对照组更高, 且 ESD、EDD 较对照组更低 ($P < 0.05$), 表明协同护理能显著改善患者心

功能。高血压合并心力衰竭的主要病机为“阳虚水泛、气虚血瘀”, 西医以心脏负荷缓解、心肌收缩力增强为主, 中医护理则针对性房产证施护。气虚血瘀型宜丹参茶、黄芪粥益气活血, 血海穴、膈俞穴按摩可疏通血脉, 阳虚水泛型宜生姜、羊肉汤温阳散寒, 关元穴、阴陵泉穴按摩水肿利水; 痰湿内阻型宜陈皮、冬瓜燥湿化痰, 丰隆穴、中脘穴按摩可健脾祛湿。中药足浴能经湿热刺激及药物渗透, 疏通经络、利水消肿, 明显改善心脏循环, 与西医护理协同促进心功能恢复, 达到“标本兼治”的目标。协同组中医证候积分较对照组的明显更低, SF-36 量表评分较对照组更高 ($P < 0.05$), 表明协同护理可明显缓解症状, 提高患者的生活质量。中医情志护理应用音乐疗法、静心呼吸法, 缓解患者的抑郁、焦虑等负面情绪, 改善“肝气郁结”引起的水肿等症状。中医导引术与西医康复锻炼结合, 可增强患者体质, 提升生理功能与社会功能。与西医护理相比, 协同护理更关注患者主观感受及整体状态, 从心理、生理、社会等方面改善患者的生活质量, 与现代护理“以患者为中心”的理论相符^[5]。

总之, 中西医协同护理模式在高血压合并心力衰竭中的应用, 可有效控制血压水平, 改善心功能, 缓解疾病症状的同时, 提高生活质量。因此, 值得在该领域中推广与应用。

参考文献:

- [1] 祝欢, 周雪薇, 徐希茜. 老年慢性心力衰竭患者应用中西医结合护理效果 [J]. 中国医药指南, 2025, 23(3): 186-188.
- [2] 刘玲. 中西医结合护理措施在慢性心衰患者护理中的应用对其满意度的提升探讨 [J]. 首都食品与医药, 2023, 30(4): 123-125.
- [3] 李刘英, 车德亚, 颜荟. 中西医结合治疗高血压

伴射血分数保留心力衰竭患者的临床疗效观察 [J]. 成都医学院学报, 2021, 16(1): 66-69.

[4] 张巍. 不同降压药物联合治疗对老年高血压合并慢性心力衰竭血压变异性及疗效的影响分析 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2025, 42(02): 189-190.

[5] 张嘉颖, 何璐莎, 邬元曦. 中西医结合治疗高血压并心力衰竭研究进展 [J]. 北方药学, 2021, 18(2): 190-192.