

老年心衰患者延续性护理干预效果及护理体系构建研究

张静晨

武汉市长江航运总医院 湖北 武汉 430000

【摘要】：人口老龄化进程持续加快，老年心力衰竭发病率、复发率及再入院率居高不下，已成为我国老年人群主要慢性病负担之一，延续性护理可实现院内治疗与居家康复的无缝衔接，是适配心衰慢病长期管理的重要护理模式。本文结合老年心衰患者身心特点与居家护理突出问题，系统分析延续性护理的临床干预价值，从组织架构、分层干预、随访机制、多方协同、质量管控等维度构建标准化延续性护理体系。研究旨在提升老年心衰患者自我护理能力、稳定心功能、降低再入院风险，为临床老年心衰规范化长效护理管理提供实践依据。

【关键词】：老年心力衰竭；延续性护理；干预效果；体系构建

DOI:10.12417/2811-051X.26.12.006

老龄化背景下，老年心力衰竭患病率逐年攀升，因其病情迁延、易反复、合并症多、预后差的特点，给家庭照护与公共医疗体系带来沉重压力。老年患者脏器功能衰退、认知能力下降、多病共存，对长期连续性康复护理依赖度极高。当前临床护理多集中于院内急性期对症干预，出院后护理服务断裂、随访松散、居家管理不规范，是导致患者病情复发、反复入院的核心诱因。延续性护理打破传统阶段性护理局限，构建院内外一体化全程护理模式，契合老年心衰慢病管理核心需求。目前国内老年心衰延续性护理仍存在服务体系不规范、干预模式同质化、质控机制不完善等问题，护理干预效果难以稳定发挥。基于此，本文重点探究延续性护理在老年心衰患者中的干预成效，构建科学、可落地的标准化护理体系，为优化老年心衰全程护理模式、改善患者预后提供理论与实践支撑。

1 老年心衰患者临床特征与居家护理问题

1.1 老年心衰患者核心临床特征

老年心力衰竭属于心血管疾病终末期慢性进展性病症，老年群体特殊的生理机能使其疾病表现、康复特点与中青年患者存在明显差异。老年患者心肌收缩储备能力不足、机体代偿功能衰退，对饮食、劳累、情绪波动、饮水过量等诱因敏感度高，病情极易波动。同时，老年心衰患者普遍存在多病共存、多重用药现状，高血压、糖尿病、冠心病等基础疾病叠加发病，相互加重心功能损伤，且多药联用大幅提升不良反应风险，增加居家护理管理难度。

在临床表现方面，老年心衰典型症状隐匿，多以乏力、食欲减退、活动耐量下降等非特异性症状为主，早期病情变化难以被患者及家属识别，易延误干预时机。加之老年人群认知功能、记忆力减退，长期带病生存易产生消极、焦虑等负面情绪，依从性波动较大，进一步影响居家康复效果，导致病情呈进行性发展。

1.2 居家延续性护理主要现存问题

现阶段老年心衰院外护理体系尚不完善，整体护理质量薄

弱，核心问题集中于多个方面：其一，患者自我管理能力不足，普遍缺乏系统疾病认知，存在擅自停药、饮食不节制、疏于体重与体征监测等不良行为，风险识别与自我干预能力薄弱。其二，院内外护理衔接断层，医院、社区、家庭护理联动不足，患者出院后缺乏个性化康复方案与专业指导，护理服务出现空白期。其三，随访干预模式单一粗放，多以常规电话回访为主，缺乏分层、精准化干预，无法匹配不同病情患者的康复需求。其四，现有护理重生理干预、轻心理疏导，老年患者负面情绪长期堆积，缺乏有效的心理干预与社会支持。整体而言，国内老年心衰延续性护理尚未形成统一标准体系，服务零散、规范性不足，难以满足慢病长期康复管理需求。

2 老年心衰患者延续性护理的多维干预效果

2.1 稳定心功能指标

老年心衰具有不可逆、进行性发展特征，长期规范居家管控是延缓病情恶化的关键。延续性护理摒弃传统绝对静养的错误理念，结合患者心功能分级、体能状态制定个体化阶梯式康复方案，通过低强度有氧训练、呼吸功能训练、适度肢体活动等科学康复干预，逐步改善心肌收缩功能，提升机体活动耐量，有效抑制心室重构，稳定左心室射血分数等核心心功能指标。同时，延续性护理将居家容量管理作为核心干预内容，指导患者严格管控钠盐与液体摄入，坚持每日体重监测、水肿观察，及时发现并纠正水钠潴留问题，持续减轻心脏容量负荷，规避病情急性加重诱因，有效延缓心衰进展，稳定患者长期心功能水平。

2.2 强化疾病认知

用药不规范、自我管理薄弱是老年心衰病情复发的首要诱因。延续性护理依托出院专项指导、常态化线上宣教、一对一答疑、社区健康科普等多元方式，持续向老年患者及家属普及心衰发病诱因、用药规范、饮食禁忌、康复要点、急症自救知识。区别于院内单次宣教，持续性、重复性的院外指导更适配老年患者认知特点，可有效填补患者疾病认知空白。在长期随

访督导过程中,护理人员持续纠正患者不良生活习惯与用药误区,通过定时用药提醒、康复打卡监督、行为动态干预,帮助患者建立规律服药、健康饮食、适度运动、定期自测的良好康复习惯,显著提升患者用药依从性、病情监测能力与自主管理水平,从根源上减少人为因素导致的病情复发。

2.3 降低再入院率与并发症发生率

反复急性发作、高频再入院、多发并发症是老年心衰患者预后不良的主要表现。传统出院护理模式缺乏动态监测与早期干预,患者居家微小病情波动无法及时发现,极易进展为急性重症。延续性护理构建全周期动态随访监测机制,护理人员通过常态化多维度评估,精准捕捉体重骤增、夜间憋醒、下肢水肿加重、活动能力下降等早期预警信号,第一时间给予专业干预指导与就医建议,实现早发现、早调控、早治疗。该护理模式可有效规避急性心衰发作、心律失常、肺部感染、静脉血栓等常见并发症,大幅降低患者短期、中期再入院率,彻底改善“住院康复、出院复发”的恶性循环,显著优化老年心衰患者远期临床预后,有效节约医疗资源,减轻家庭与社会医疗负担。

2.4 改善心理状态

身心同治是老年心衰慢病康复的重要原则,心理状态直接影响患者康复积极性与康复效果。老年患者长期受疾病困扰、活动受限、反复就医,极易产生焦虑、抑郁、自卑、悲观等负面情绪,而负面情绪会激活交感神经、加重心脏负荷,形成身心恶性循环。延续性护理将心理干预贯穿全程护理,在随访沟通中动态评估患者心理状态,针对性开展情绪疏导与正向鼓励,帮助患者树立康复信心。同时联动家属构建家庭情感支持体系,改善患者孤独、消极的心理状态。在生理功能稳步恢复、心理压力有效缓解的双重作用下,患者睡眠质量、精神状态、社会参与能力显著提升,整体生活质量得到全方位改善。

3 老年心衰患者延续性护理标准化体系构建

3.1 搭建三级联动护理组织架构

立足老年心衰院外护理需求,构建“医院专科主导、社区承接落实、家庭全程配合”的三级一体化护理组织架构,明确层级职责,保障护理服务规范化落地。医院心血管专科护理团队为核心层级,负责患者出院综合评估、个性化康复方案制定、疑难病例管理、社区护理人员专业培训,提供全程技术支撑。社区护理团队为中坚层级,承接辖区患者常规随访、健康宣教、居家指导、指标监测、异常情况上报等基础服务,打通院外护理服务末梢。家庭照护团队为基础层级,落实日常康复护理、体征监测、生活管理,配合医院与社区完成全程康复干预。同时成立专项质控小组,由专科护士长及资深护师组成,负责护理工作督查、数据统计、方案优化与质量考核,保障体系长效运行。

3.2 建立出院评估与分层精准干预体系

以个体化精准护理为核心,建立规范化出院评估制度。患者出院前,专科护士从心功能分级、基础疾病、用药情况、认知水平、心理状态、家庭照护条件、复发史等维度开展全面评估,为患者建立专属电子康复档案,明确个体护理重点、风险隐患与康复目标。基于评估结果实施分层差异化干预,彻底规避护理同质化问题。针对 NYHA I-II 级、基础病少、照护完善、复发风险低的患者,以常规随访、健康维护、生活方式优化为主要干预方向;针对 NYHA III 级及以上、多病共存、认知薄弱、独居无人照护、多次复发的高风险患者,实行高频随访、重点监测、专项帮扶、动态调控的强化干预模式,精准匹配不同患者的康复需求,最大程度降低复发风险。

3.3 完善全维度延续性护理服务内容

围绕老年心衰居家康复核心痛点,构建涵盖宣教、用药、容量管理、运动、饮食、心理、风险预警的全维度护理服务体系。健康宣教采取碎片化、常态化、重复式模式,适配老年认知特点,普及疾病护理与自救知识。用药护理严格落实用药核查、不良反应监测、定时提醒制度,杜绝漏服、擅自停药等问题,保障用药安全。容量管理作为核心护理内容,规范指导患者体重监测、水盐管控、水肿观察,精准防控体液潴留风险。运动康复遵循循序渐进原则,根据心功能等级制定低强度个性化运动方案,避免劳累诱发病情加重,同步开展呼吸训练改善心肺功能。饮食干预严格执行低盐、低脂、少食多餐原则,结合合并症个性化调整饮食方案。全程融入心理护理,动态疏导负面情绪、强化康复信心。同时建立明确的病情预警机制,界定异常体征与危急情况处置流程,指导患者及时就医,筑牢居家康复安全防线。

3.4 构建多元化智能随访闭环机制

摒弃传统单一电话随访模式,构建“线上智能随访+线下入户随访+门诊复诊”的多元立体化随访体系,实现患者动态闭环管理。线上依托微信平台、护理小程序开展常态化督导,推送康复知识、用药提醒、打卡任务,实时收集患者自测数据,完成日常健康管控。针对高龄、独居、失能、高风险患者,定期开展社区入户随访,实地排查居家护理问题、纠正不规范护理行为、优化康复方案。严格落实分层随访频次标准:低风险患者每月线上随访 1 次、每季度入户随访 1 次;中风险患者双周随访 1 次;高风险患者每周随访 1 次,根据康复进度动态调整频次。同时督促患者按时门诊复诊,结合复查指标动态优化护理方案,形成“评估—干预—随访—优化”的完整闭环,保障护理干预的持续性与精准性。

3.5 健全医社家多方协同联动机制

打通医院、社区、家庭信息壁垒,建立多方协同联动护理机制,解决院内外护理脱节问题。医院专科团队定期向社区推

送患者康复档案、护理重点、个性化方案，常态化开展心衰护理专项培训，提升基层护理专业能力。社区护士实时汇总患者居家康复数据、病情异常情况，及时对接专科团队，对病情波动、高危患者开通快速转诊通道，实现精准干预、高效救治。强化家庭协同管理，定期开展家属照护培训，提升家庭护理专业性，明确家属监督、陪伴、照护职责，督促患者严格落实康复方案。联动社区养老、居委会服务资源，为独居、高龄老年患者提供专项帮扶，完善社会支持体系，构建全方位、全覆盖的立体化护理服务网络。

3.6 建立标准化质量管控评价体系

为保障延续性护理规范化、长效化落地，建立统一的服务标准、质控流程与评价体系。统一老年心衰延续性护理操作流程、随访规范、干预标准，杜绝护理服务随意化、同质化问题。成立质控小组开展月度督查，重点考核随访完成率、宣教覆盖率、异常处置率、患者依从性、再入院率等核心指标，及时梳

理护理短板、优化服务流程。构建多维度效果评价体系，从心功能改善、自我管理能力、用药依从性、心理状态、生活质量、并发症发生率等指标综合评估护理成效。建立绩效考核与激励机制，将护理质量、患者满意度纳入人员考核，充分调动护理人员工作积极性，通过“实施、督查、评价、优化”持续迭代，稳步提升延续性护理整体服务质量。

4 结语

本文结合老年心衰患者临床特点与居家护理痛点，构建了三级联动、分层干预、多元随访、全程质控的标准化延续性护理体系，有效解决了当前心衰院外护理不规范、衔接断层、精准度不足等行业问题。该护理体系贴合基层医疗现状与老年患者康复需求，具备较强的实用性与可推广性，能够完善老年心衰全程护理管理模式，提升心血管专科护理质量，减轻家庭与社会医疗负担，对推进老年慢病护理规范化、高质量发展具有重要的临床现实意义。

参考文献:

- [1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2022[J].中华心血管病杂志,2022,50(12):1153-1198.
- [2] 王静,李娟.延续性护理对老年慢性心力衰竭患者自我管理能力及再入院率的影响[J].中华现代护理杂志,2023,29(05):678-682.
- [3] 张敏,刘艳.医社联动延续性护理体系在老年心衰患者中的应用研究[J].护士进修杂志,2023,38(08):721-724.
- [4] 李丽,陈雪.分层延续性护理对老年心力衰竭患者心功能及生活质量的影响[J].中国实用护理杂志,2022,38(21):1605-1609.