共享决策护理模式用于慢性心衰患者的效果及对生活质量、液体负荷管控能力的观察

方　爱

青岛大学附属泰安市中心医院、泰山医养中心，结构心脏病与心律失常科 CCU　山东　泰安　271000

【摘　要】：目的：分析共享决策护理模式用于慢性心衰患者的效果。方法：选取 2023.3～2026.3 期间收治于院内的慢性心衰患者 68 例，按随机数字表法分成两组，包括对照组（常规护理）、观察组（共享决策护理）各 34 例，对比两种干预模式实施效果。结果：干预前，两组液体负荷管控能力相近，干预后，观察组体质量波动值、血浆容量指数低于对照组，24h 出入量达标率、水肿完全消退率高于对照组（P＜0.05）。干预后，两组自我护理能力评分均显著升高，且观察组高于对照组（P＜0.05）。干预后，两组生活质量升高，观察组更高（P＜0.05）。结论：共享决策护理的实施有效改善了患者液体负荷管控能力及自我护理能力，同时提高了生活质量。

【关键词】：慢性心衰；共享决策护理；生活质量；液体负荷管控能力

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.002

慢性心力衰竭是多种心血管疾病进展至终末阶段的共同结局，发病率和再住院率始终处于较高水平[1]。容量超负荷在慢性心衰病情急性加重中扮演重要角色，多数患者反复入院与液体潴留、钠水控制失利直接相关[2]。容量管理一旦松懈，肺淤血、呼吸困难及下肢水肿等症状即随之出现或加重，持续存在的负荷状态还会对心肌造成进一步损伤，使病情陷入反复失代偿的恶性循环。传统护理实践中，健康指导多为医护人员单向输出，患者处于被动接受的地位，主动参与意识薄弱，对限液、限盐、饮食控制和规律作息等要求难以长期坚持，容量管理效果因此受限[3]。

共享决策护理模式强调医患双方围绕病情、治疗目标与患者现实条件进行充分沟通，使患者及家属能够参与护理计划的制定、实施及后续调整，将专业照护与个体自我管理有机整合[4]。目前，共享决策在糖尿病、高血压等慢性病护理中已有较多实践积累，但在慢性心力衰竭患者容量负荷管理改善方面，尚缺乏系统性的应用研究。鉴于此，本研究围绕院内 68 例患者的护理实践进行观察，旨在分析共享决策护理的实施效果，并为其进一步推广提供思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023.3～2026.3 期间收治于院内的慢性心衰患者 68 例，按随机数字表法分成对照组、观察组，各 34 例。

对照组：男 19 例，女 15 例；年龄 52～76（62.15±5.34）岁；病程 1～4（2.53±0.24）年；NYHA 心功能分级：II级 14 例，III级 18 例，IV级 3 例。

观察组：男 18 例，女 16 例；年龄 53～76（62.42±5.50）岁；病程 1～4（2.49±0.31）年；NYHA 心功能分级：II级 15 例，III级 17 例，IV级 3 例。

两组基线资料一致性良好（P＞0.05）。

纳入标准：①符合慢性心衰诊断标准[5]；②病程≥6 个月；③意识清楚，可正常沟通；④获取知情同意。排除标准：①合并严重心律失常、急性心肌梗死；②精神疾病；③认知障碍；④合并严重肺部疾病。

1.2 方法

对照组：予以常规护理，患者入院后先行病情评估，开展健康宣教，内容涉及心衰疾病基础知识、低盐低脂饮食原则、卧床休息要求、用药注意事项以及病情自我监测方法；向患者说明每日液体摄入量和体质量测量的具体安排，并规范记录 24 小时出入量；出院时给予常规出院宣教，后续通过电话定期随访了解患者情况，解答一般性问题；干预周期 6 个月。

观察组：予以共享决策护理，措施如下：

（1）评估：患者入院 24h 内完成评估，包括病情基础情况、液体负荷状态、饮食情况、疾病认知情况、自护能力、心理状态等。综合文化水平、生活习惯、家庭支持等，确定宣教重点，介绍慢性心衰液体潴留的发生原因及危害性、重视容量管控的必要性。并鼓励患者表达疑问与诉求，耐心解答，帮助患者建立科学的疾病认知，确定自我管理的必要性，为共享决策奠定基础。

（2）个性化干预：液体管理方案制定过程中，以患者心功能、肾功能、体质量及水肿程度等病情指标为基础，结合其实际生活习惯和治疗意愿，由医护人员先期给出专业干预框架，患者及家属参与具体内容的讨论和修订，最终形成个体化容量管理方案。每日液体摄入量按体质量分层设定：体质量低于 85kg 者，每日液体摄入不超过 30mL/kg；高于 85kg 者，每日液体摄入不超过 35mL/kg；每日总液体量常规控制在 1.5～2.0L。方案同时涵盖限盐饮食、利尿剂规范服用、每日体质量

监测、尿量记录、适度运动及作息管理等项目。各项要求在确定过程中充分了解患者执行能力，合理需求予以采纳，对患者难以落实的内容及时作出调整，以增强方案的适应性与可操作性。

（3）心理支持：定期对患者提供心理疏导服务，鼓励患者表达心理压力、负面情绪，及时肯定自我管理成果，提高康复信心。采取案例介绍、健康手册、线上科普等方式强化患者对疾病与治疗及健康管理的认知水平，尤其强调容量管控与规范治疗相关技能的掌握，对患者自觉难度高的部分有针对性调整。

（4）延续性共享干预：出院后，每周线上随访，每月线下复诊，为期6个月。随访过程了解患者居家液体管控、用药、饮食及运动等健康行为情况，以此为依据酌情调整居家护理计划，并解决患者自护期间面临的实际难题。

1.3 观察指标

（1）液体负荷管控能力：干预前、干预6个月，检测患者体质量波动值、24h液体出入量达标率、水肿完全消退率、血浆容量指数。

（2）自我管理能力：用心衰自我护理量表（SCHFI）评估，含自我护理维持、自我护理管理、自我护理信心几个维度，分值高则能力强。

（3）生活质量：用明尼苏达心力衰竭生活质量问卷（MLHFQ）评估，总分0～105分，评分越低提示患者生活质量越好。

1.4 统计学处理

SPSS 26.0统计学软件，计量资料“$\bar{x}\pm s$”表示，t检验；计数资料用率表示，以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 液体负荷管控能力

干预前，两组液体负荷管控能力相近，干预后，观察组体质量波动值、血浆容量指数低于对照组，24h出入量达标率、水肿完全消退率高于对照组（P＜0.05）。见表1。

表1 两组液体负荷管控能力对比（$\bar{x}\pm s$）

组别		观察组	对照组	t	P
例数		34	34	-	-
体质量波动值(kg)	干预前	2.13±0.25	2.15±0.20	0.364	0.717
	干预后	0.84±0.12*	1.26±0.24*	9.127	<0.001
24h出入量达标率(%)	干预前	53.26±5.34	53.15±6.24	0.078	0.938
	干预后	92.15±6.27*	80.52±5.43*	8.176	<0.001
水肿完全消退率(%)	干预前	46.25±3.38	46.14±3.28	0.136	0.892
	干预后	88.26±5.24*	71.15±4.68*	14.200	<0.001
血浆容量指数(mL)	干预前	214.35±10.62	213.05±12.25	0.468	0.642
	干预后	124.15±9.54*	158.26±10.59*	13.954	<0.001

注：与组内干预前比较，*P＜0.05

2.2 自我管理能力

干预后，两组自我护理能力评分均显著升高，且观察组高于对照组（P＜0.05）。见表2。

表2 两组自护能力评分对比[（$\bar{x}\pm s$），分]

组别		观察组	对照组	t	P
例数		34	34	-	-
自我护理维持	干预前	18.34±2.18	18.52±2.26	0.334	0.739
	干预后	28.62±3.31*	23.15±2.24*	7.980	＜0.001
自我护理管理	干预前	16.25±2.04	16.15±2.38	0.186	0.853
	干预后	25.62±2.19*	20.15±2.52*	9.553	＜0.001
自我护理信心	干预前	16.35±2.25	16.30±2.59	0.085	0.933
	干预后	26.35±2.42*	21.15±2.25*	9.176	＜0.001

注：与组内干预前比较，*P＜0.05

2.3 生活质量

干预后，两组生活质量升高，观察组更高（P＜0.05）。见表3。

表3 两组不良事件发生率对比（n，%）

组别	观察组	对照组	t	P
例数	34	34	-	-
干预前	89.25±5.34	88.64±6.52	0.422	0.674
干预后	50.15±4.26*	67.52±3.15*	19.117	＜0.001

注：与组内干预前比较，*P＜0.05

3 讨论

慢性心衰属于终身性慢性病，需要患者坚持长期健康管理保持病情稳定，其中液体负荷管控是延缓病情进展的关键[6]。为提高患者自我管理能力，有必要在护理干预中加强健康指导，而本次研究发现，共享决策护理模式在此维度具有明显优

势。

本研究显示，干预前，两组液体负荷管控能力相近，干预后，观察组体质量波动值、血浆容量指数低于对照组，24h 出入量达标率、水肿完全消退率高于对照组，提示共享决策护理更能强化患者液体负荷管控能力。

本研究发现，干预后，两组自我护理能力评分均显著升高，且观察组高于对照组，表明共享决策护理有助于帮助患者掌握更多自护技能。

本研究发现，干预后观察组生活质量改善更明显，考虑与共享决策护理强化患者自我管理能力及维持病情稳定有关。

综上所述，共享决策护理的实施有效改善了患者液体负荷管控能力及自我护理能力，同时提高了生活质量。

参考文献：

[1] 周晓芳.BCW 理论引导下的护理干预对慢性心衰患者遵医行为,知觉压力水平的影响[J].心血管病防治知识(学术版),2025,15(18):83-85.

[2] 曹艳博,曹雪艳,王萌萌.人性化护理干预对老年慢性心力衰竭患者心理状态及临床指标的影响分析[J].贵州医药,2025,49(5):831-833.

[3] 彭艳,李慧,时静.共享决策理论康复护理在老年心脏手术患者术后恢复中的应用效果[J].黑龙江医学,2024,48(18):2270-2273.

[4] 杨珏,许敬华.医护患共享决策模式对急性心力衰竭患者心功能,决策冲突及满意度的影响[J].当代护士(下旬刊),2025,32(7):126-129.

[5] 李悦,公永太,李为民.2005 年 ACC/AHA《成人慢性心力衰竭诊断和治疗指南》解读[J].中国急救医学,2007,27(3):257-260.

[6] 韦平平.IKAP 模式下护理干预在老年慢性心衰患者中的应用及心功能的影响[J].饮食保健,2026,1(15):87-89.

[7] 栗彤.基于共享决策模型的优化护理模式在老年急性心力衰竭患者急诊抢救中的应用[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2023,18(7):937-940.

[8] 顾晓雪,肖锋,杨立杰,等.可共享决策支持系统在慢性心力衰竭患者中的应用效果及对功能性体适能水平的影响[J].黑龙江医药科学,2024,47(5):127-129.

[9] 孙冬杰,赵苗苗.协同护理模式干预对慢性心衰患者自我护理能力及生活质量的影响研究[J].2023,1(4):76-78.

[10] 张金梅,李凤云.基于共享决策理念的健康教育在慢性心力衰竭患者心脏康复训练中的应用[J].心血管病防治知识(学术版),2024,14(17):88-91.