

显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。可见优质护理可有效强化 T2DM 血糖控制效果,与付慧清等^[9]的报道结果一致。分析原因可能为,详细、系统的护理方案更注重细节且将患者作为服务中心,故可促使护理质量得以全面提升。研究显示,住院 T2DM 患者使用胰岛素泵降糖后血糖波动的主要影响因素包括胰岛素抵抗、胰岛 β 细胞功能及撤泵时血糖水平标准差等,而配合开展动态血糖监测与优质护理以有效减少血糖波动,平稳降低血糖^[10]。撤泵时血糖预期目标为 FPG 为 5~8 mmol/L, 2 hPG 为 7~10 mmol/L,但单纯考虑这 2 项指标还不够,尤其是胰岛 β 细胞功能相对较差且合并胰岛素抵抗的 T2DM 患者还需综合考量,通过将胰岛素泵佩戴时间延长的方式最大限度减轻撤泵后血糖波动幅度。

综上所述,动态血糖监测联合胰岛素泵治疗糖尿病再配合实施优质护理可明显增强血糖控制效果并加快血糖达标速度,减少胰岛素用量与低血糖发生频次,且提高护理满意度,值得临床应用。

参考文献

[1] 杨雪,陈国芳,刘超. 逆转 2 型糖尿病的现状与展望[J]. 中华糖尿病杂志,2021,13(7):666-672.

[2] 杨丹,张艳,张媛媛,等. 动态血糖监测对 2 型糖尿病病人糖脂代谢及自我管理能力的影[1]. 护理研究,2022,36(3):528-530.

[3] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)[J]. 中华糖尿病杂志,2021,13(4):315-409.

[4] 方凯,马爱娟,李航,等. 北京市 40~79 岁居民糖尿病与空腹血糖受损流行病学现状及其危险因素研究[J]. 中国全科医学,2019,22(9):1014-1020.

[5] 陈凯庭,安艳荣,董学勤,等. 新诊断 2 型糖尿病患者采用短期胰岛素泵强化治疗的效果[J]. 中国老年学杂志,2021,41(5):945-948.

[6] 杨春杰,崔琦,张帅,等. 以胰岛素泵强化为核心序贯治疗初诊 2 型糖尿病[J]. 中国老年学杂志,2021,41(5):941-945.

[7] 季淑,张爱枝,闫素. 动态血糖监测系统辅以胰岛素泵持续皮下胰岛素输注在 2 型糖尿病患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(19):68-70.

[8] 付威,李青菊,李俊,等. 动态血糖监测及葡萄糖目标范围内时间对妊娠期糖尿病患者妊娠结局的影响研究[J]. 中国全科医学,2021,24(33):4251-4254,4260.

[9] 付慧清,王新颜,吴洁清,等. 以糖尿病专科护士为主导的胰岛素泵院外管理的效[1]. 中华现代护理杂志,2021,27(13):1749-1754.

[10] 刘晴晴,孙殿静,侯丽萍,等. 住院 2 型糖尿病患者皮下胰岛素泵降糖后血糖波动的影响因素分析[J]. 重庆医学,2022,51(4):601-606.

活动性疼痛评估护理对老年骨科术后患者疼痛感及睡眠的影响

王萍 张明伦

(聊城市中医医院骨创伤科,山东 聊城,252000)

摘要:目的 分析骨科术后老年患者护理中采用活动性疼痛评估护理对患者睡眠、疼痛感的影响。方法 回顾性分析 2020 年 1 月—2022 年 1 月聊城市中医医院收治的 70 例骨科手术老年患者临床资料,依据护理方法不同将患者分为对照组和研究组,每组 35 例。对照组采用常规护理干预模式,研究组在常规护理基础上增加活动性疼痛评估护理干预。观察两组患者视觉模拟评分法(VAS)评分、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)情况。结果 护理前,两组 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理 7 d、15 d、1 个月后,两组 VAS 评分均低于护理前,且研究组 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理前,两组睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、入睡时间、睡眠障碍、催眠药物、日间功能评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理 1 个月后,研究组睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、入睡时间、睡眠障碍、催眠药物、日间功能评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 活动性疼痛评估护理对骨科手术后老年患者疼痛感及睡眠具有积极影响,可明显缓解患者疼痛程度,并提高患者睡眠质量,值得临床应用。

关键词:老年人;骨科;活动性疼痛评估护理;睡眠质量;疼痛

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-8011(2023)-13-0112-04

老年人机体各项功能明显下降,骨质代谢减缓,出现骨质疏松症概率升高,当患者出现骨质疏松后受到外力作用,出现骨折的概率高^[1]。近年来随着老龄化不断推进,骨科老年

患者数量有所增加。手术为当前骨科治疗多种骨科相关疾病的常用手段,通过手术将病灶切除,改善患者病情。老年骨科手术患者术后受切口恢复、病理变化等影响,会出现明显疼痛,导致患者情绪低沉,影响患者正常睡眠,使得患者睡眠质量明显下降^[2]。常规护理干预在疼痛管理中可以起到一定效果,但单一采用常规护理干预对患者疼痛感、睡眠质量等

作者简介:王萍(1977—),女,汉族,籍贯:山东省聊城市,本科,副主任护师,研究方向:护理。

改善效果有限。相关研究显示,活动性疼痛评估可以对患者日常活动中的疼痛情况进行评估,并以评估结果为参考,为患者提供针对性的疼痛干预措施,从而改善患者疼痛症状。将活动性疼痛评估护理干预措施与常规护理干预模式联合应用,促进护理质量提升,改善患者疼痛症状、提高患者睡眠质量^[3]。基于此,本研究选择 2020 年 1 月 10 日—2022 年 1 月 30 日聊城市中医医院收治的老年骨科手术患者 70 例为研究对象,以分析活动性疼痛评估护理对老年骨科术后患者疼痛感及睡眠的影响,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2020 年 1 月—2022 年 1 月聊城市中医医院收治的 70 例骨科手术老年患者临床资料,依据护理方法不同将患者分为对照组和研究组,每组 35 例。对照组中男性 21 例,女性 14 例;年龄 66~81 岁,平均年龄(72.03±1.26)岁;身体质量指数(BMI)20.03~23.89 kg/m²,平均 BMI(21.45±0.28)kg/m²;高空坠落 12 例,跌倒 20 例,其他 3 例。研究组男性 22 例,女性 13 例;年龄 66~81 岁,平均年龄(72.14±1.08)岁;BMI 20.03~23.90 kg/m²,平均 BMI(21.50±0.21)kg/m²;高空坠落 10 例,跌倒 23 例,其他 2 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者对本研究内容均知情同意,并自愿签署知情同意书。本研究经聊城市中医医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①年龄≥65 岁;②经过超声、X 线等影像学检查,符合手术指征,行手术治疗;③临床资料完整;④术后均有疼痛症状。

排除标准:①参与其他研究者;②合并严重肝脏、肾脏、心脏等器质性疾病者;③合并严重认知障碍者、精神障碍者;④合并恶性肿瘤并发生转移者;⑤术后由于多种原因死亡者;⑥存在手术禁忌者;⑦治疗前存在睡眠障碍者。

1.3 方法

对照组采用常规护理干预模式。①健康宣教:护理人员采用图文并茂、短视频、口头宣教等方式进行健康宣教,宣教内容包括手术治疗指征、手术治疗注意事项、护理注意事项、疼痛原因等。宣教过程中,及时解答患者提出的疑问。组织同病房患者针对术后护理等事宜进行交流,指导同病房患者互助互爱等。②用药干预:护理人员严格按照医嘱指导患者术后使用抗菌药物、镇痛药物等,并在患者用药后观察患者病情、疼痛等变化情况,每日监测患者血压、心率、脉搏等生命体征,一旦患者出现异常及时报告给医生。记录患者出现的不良反应等情况,当患者出现不良反应时及时告知医生并处理。③心理干预:护理人员观察患者情绪变化,给予患者鼓励与支持。叮嘱患者家属陪伴在患者身边,多陪患者聊天,给予患者安抚与鼓励。患者住院期间,护理人员对患者表现良好之处给予肯定与鼓励,并在患者情绪低沉时播放患者喜欢的综艺节目等。④康复训练:术后护理人员评估患者身体

状况,按照被动训练—主动训练顺序,制订患者训练计划。患者无法下床期间,以被动运动为主,指导患者每日活动除病灶外的其他部位,在活动时注意切口保护。当患者可以下床后,指导患者从步行开始康复训练。⑤并发症预防干预:护理人员叮嘱患者家属,对患者四肢等部位进行按摩,促进血液循环。保持患者皮肤表面清洁、干净等。

研究组在常规护理基础上增加活动性疼痛评估护理干预^[4]。活动性疼痛评估护理内容具体如下:①疼痛情况评估。护理人员使用视觉模拟评分法(VAS)在患者术后对患者疼痛情况进行评估,将疼痛根据评分不同分为 3 个等级,轻度疼痛(<4 分)、中度疼痛(4~7 分)、重度疼痛(≥7 分)。根据患者疼痛等级不同,采用三阶梯镇痛护理干预。护理人员结合患者情况,确定疼痛评估频次。术后患者疼痛达到中度以上,或者术后早期,评估患者疼痛情况 3 次/d,持续性了解患者疼痛情况。术后 15 d,患者疼痛情况明显改善时,评估患者疼痛情况 2 次/d。②疼痛护理干预措施。根据患者疼痛等级不同采用不同护理措施,中度疼痛、重度疼痛患者予以药物镇痛+综合疼痛护理干预,轻度疼痛患者采用非药物镇痛综合干预措施。药物镇痛干预措施即按照医嘱给予镇痛药物。非镇痛干预方式包括音乐镇痛、冥想、愉快交谈等。如患者疼痛时,播放患者喜欢的音乐,缓解患者情绪,转移患者注意力,改善患者疼痛。再如冥想应用中,护理人员营造一个安静、舒适的病房环境,指导患者对疼痛原因、部位、程度进行感受与想象,理解疼痛出现原因,积极面对疼痛。疼痛护理干预中,配合健康宣教、环境干预一同使用。环境干预包括保持患者病房湿度、温度适宜,每日对患者病房进行打扫,适当使用绿植装饰病房等。③院外疼痛护理干预。患者出院后,通过微信同患者联系,评估患者疼痛等级,给予疼痛护理干预指导。

两组患者均持续护理 1 个月。

1.4 观察指标

①疼痛情况:于护理前、护理 7 d 后、护理 15 d 后、护理 1 个月后,对两组患者采用 VAS 评价^[5],评分 0~10 分,评分越高则表明患者越疼痛。②睡眠质量:于护理前、护理 1 个月后,采用匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)^[6]评价两组患者睡眠质量。PSQI 于 1989 年精神科医生编制,包括睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、入睡时间、睡眠障碍、催眠药物、日间功能等方面,总分 0~21 分,评分越高睡眠越差。

1.5 统计学分析

使用 SPSS 24.0 软件对研究数据进行统计处理,符合正态分布的 VAS 评分等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛评分比较

护理前,两组 VAS 评分比较,差异无统计学意义

($P>0.05$); 护理 7 d、15 d、1 个月后两组 VAS 评分均低于护理前, 且研究组 VAS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者疼痛评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	VAS 评分			
		护理前	护理 7 d 后	护理 15 d 后	护理 1 个月后
研究组	35	5.52 ± 0.29	3.01 ± 0.14 ^a	2.32 ± 0.18 ^a	1.02 ± 0.28 ^a
对照组	35	5.54 ± 0.33	3.65 ± 0.26 ^a	2.84 ± 0.12 ^a	1.31 ± 0.42 ^a
<i>t</i>		0.269	12.822	14.220	3.399
<i>P</i>		0.788	<0.001	<0.001	0.001

注: 与同组护理前比较, ^a $P<0.05$ 。

2.2 两组患者睡眠质量评分比较

护理前, 两组睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、入睡时间、睡眠障碍、催眠药物、日间功能评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理 1 个月后, 研究组睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、入睡时间、睡眠障碍、催眠药物、日间功能评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者睡眠质量评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

PSQI		研究组	对照组	<i>t</i>	<i>P</i>
		(<i>n</i> =35)	(<i>n</i> =35)		
睡眠质量	护理前	2.27 ± 0.12	2.28 ± 0.11	0.363	0.717
	护理 1 个月后	0.56 ± 0.03	1.24 ± 0.11	35.283	<0.001
睡眠时间	护理前	2.18 ± 0.08	2.20 ± 0.08	1.046	0.299
	护理 1 个月后	0.75 ± 0.08	0.96 ± 0.04	13.890	<0.001
睡眠效率	护理前	2.19 ± 0.07	2.18 ± 0.04	0.734	0.466
	护理 1 个月后	0.62 ± 0.10	0.82 ± 0.09	8.795	<0.001
入睡时间	护理前	2.13 ± 0.16	2.14 ± 0.13	0.287	0.775
	护理 1 个月后	0.42 ± 0.06	0.96 ± 0.12	23.812	<0.001
睡眠障碍	护理前	2.28 ± 0.11	2.30 ± 0.15	0.636	0.527
	护理 1 个月后	0.69 ± 0.04	1.02 ± 0.12	15.434	<0.001
催眠药物	护理前	2.23 ± 0.12	2.25 ± 0.10	0.757	0.451
	护理 1 个月后	0.81 ± 0.10	0.99 ± 0.05	9.525	<0.001
日间功能	护理前	2.09 ± 0.09	2.10 ± 0.11	0.416	0.679
	护理 1 个月后	0.73 ± 0.02	0.86 ± 0.26	2.949	0.004

3 讨论

活动性疼痛评估护理应用必要性: 疼痛属于较为复杂的生理与心理活动, 是临床上常见的症状之一, 如今疼痛已经成为继脉搏、呼吸、体温、血压四大生命体征之后的第五生命体征, 骨科手术老年患者术后会出现明显疼痛。导致患者出现疼痛的原因多样, 常见的为以下几种: ①组织伤。组织伤是引起患者疼痛的常见原因, 如棒击、刀割等机械性刺激, 或者强酸、高温等刺激, 均可能引起患者出现疼痛。骨科手术老年患者手术切口为组织损伤, 也是患者常见的疼痛原因^[7]。②组织炎症。患者出现疼痛的原因与组织炎症也有密切关系, 当患者组织出现损伤或者炎症时, 会释放如 5-羟色胺、乙酰胆碱等生物活性物质, 引起痛觉过敏, 导致患者疼痛。骨科老年患者术后切口恢复期间, 身体免疫功能发挥作用, 可能导致炎症等^[8-9]。③心理因素。骨科老年患者术后出现的

疼痛同心理因素也有关联, 受注意、期待、按时等心理因素影响, 会导致患者出现疼痛。针对老年患者采取疼痛护理干预对于改善患者疼痛具有积极意义。

活动性疼痛评估护理应用效果分析: 面对骨科手术老年患者术后疼痛的症状, 临床上多采用护理干预, 以辅助术后治疗, 改善患者疼痛症状, 助力患者术后的康复。疼痛的出现, 使得患者情绪低沉, 并且严重影响患者正常睡眠。活动性疼痛评估护理可以充分结合患者情况, 通过多次对患者疼痛情况进行评估, 全面了解患者疼痛具体情况, 针对患者疼痛等级不同予以针对性疼痛护理干预, 以明显改善患者疼痛症状, 改善患者睡眠质量^[10]。本研究回顾性分析 70 例骨科手术老年患者, 对照组采用常规护理干预模式, 研究组在常规护理基础上增加活动性疼痛评估护理干预, 结果显示, 护理前, 两组 VAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理 7 d、15 d、1 个月后两组 VAS 评分均低于护理前, 且研究组 VAS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。护理前, 两组睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、入睡时间、睡眠障碍、催眠药物、日间功能评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理 1 个月后, 研究组睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、入睡时间、睡眠障碍、催眠药物、日间功能评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。说明活动性疼痛评估护理干预可明显缓解患者疼痛程度, 并提高患者睡眠质量。分析原因如下: ①缓解患者疼痛。将活动性疼痛评估护理与常规护理干预联合应用, 使得活动性评估护理干预可以弥补常规护理干预模式的不足, 为患者提供综合全面的护理服务。疼痛评估后, 针对轻度疼痛患者, 采用非药物镇痛干预方式, 降低药物给患者带来的不良影响, 改善患者疼痛感。②提高患者睡眠质量。在疼痛评估护理的同时, 配合心理干预、健康宣教等, 使得患者进一步认识到疼痛护理的必要性等, 使得患者积极配合护理人员, 确保护理质量, 减轻疼痛对患者睡眠产生的影响。疼痛评估中, 针对中度、重度疼痛患者, 予以药物疼痛干预、综合疼痛护理, 配合心理干预等, 转移患者注意力, 使得患者疼痛感降低, 改善患者睡眠质量^[11-12]。以上结果说明活动性评估护理与康复训练可以明显改善患者术后恢复情况, 助力患者康复。

综上所述, 活动性疼痛评估护理对老年骨科手术后患者疼痛感及睡眠具有积极影响, 可明显缓解患者疼痛程度, 并提高患者睡眠质量, 值得临床应用。本研究存在一定的局限性, 纳入病例有限, 后续研究将深入分析不同老年患者采用具体疼痛干预措施, 完善老年患者疼痛护理干预措施, 提高护理质量。

参考文献

- [1] 张新兰, 王春燕. 手足外科患者术后活动性疼痛的护理研究进展[J]. 重庆医学, 2021, 50(10): 1782-1784.
- [2] 张啟维, 徐宏兵, 尹自龙. 中老年骨质疏松椎体骨折患者椎体成形术中疼痛评分与术后并发症的相关性研究[J]. 中华老年医学杂志, 2022, 41(2): 201-205.

- [3] 吴康顺, 于卫华, 戈倩, 等. 活动性疼痛评估在脑卒中偏瘫肩痛患者疼痛管理中的应用效果研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(33): 4241-4246.
- [4] 李娜娜. 疼痛护理对创伤性骨折患者术后疼痛、情绪及睡眠的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2021, 8(1): 104-106.
- [5] HAYDON S, SCAINI D. Effectiveness of nurse-led volunteer support and technology-driven pain assessment in improving the outcomes of hospitalised older adults: protocol for a cluster randomised controlled trial[J]. BMJ Open, 2022, 12(6): e059388.
- [6] NAVARRO-COMPÁN V, WEI C C, BOSCH F V D, et al. Effect of tofacitinib on pain, fatigue, health-related quality of life and work productivity in patients with active ankylosing spondylitis: results from a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled trial[J]. RMD Open, 2022, 8(2): e002253.
- [7] 徐雪芹, 钱丽华, 庄美华, 等. 人性化护理干预对骨科手术患者术后自我效能感、疼痛及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(11): 1981-1984.
- [8] 张凌, 成惠玲. 综合护理干预在老年患者骨科手术后下肢深静脉血栓形成预防中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(11): 2080-2082.
- [9] 许倩, 藏磊, 张巧红, 等. 活动性疼痛护理评估对骨折手术患者术后疼痛控制及睡眠质量的影响[J]. 海军医学杂志, 2021, 42(4): 490-493.
- [10] 王宜庭. APS 模式下活动性疼痛评分在关节置换患者中的应用[D]. 镇江: 江苏大学, 2019.
- [11] 蔡兰英, 李英姿. 围术期护理对老年股骨颈骨折患者行人工股骨头置换术后并发症率影响分析[J]. 透析与人工器官, 2020, 31(4): 80-82, 86.
- [12] 李翠, 祁晓蓉, 王梦云, 等. 疼痛控制护理对膝关节骨折术后负性情绪及锻炼依从性的影响[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(30): 4367-4369.

针对性护理用于心律失常患者护理中的效果

安志艳¹ 贾怀清²

(1. 内蒙古自治区人民医院心内科, 内蒙古 呼和浩特, 010017;
2. 内蒙古自治区人民医院血液科, 内蒙古 呼和浩特, 010017)

摘要:目的 探讨针对性护理用于心律失常患者护理中的效果。方法 选取 2020 年 1 月—2021 年 3 月内蒙古自治区人民医院收治的 80 例心律失常患者为研究对象, 按照干预方式的不同分为观察组和对照组, 每组 40 例。对照组采取常规护理干预, 观察组采取针对性护理, 观察两组护理前后左心室射血分数、心室率、护理效果、胸痛缓解时间和卧床时间、生活质量评分、护理满意度。结果 护理前, 两组左心室射血分数以及心室率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理后, 两组左心室射血分数均有升高, 心室率均下降, 且观察组左心室射血分数高于对照组, 心室率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组护理总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组胸痛缓解时间、卧床时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组生活质量评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 针对性护理用于心律失常患者护理中效果较好, 可改善患者左心室射血分数、心室率, 提高护理效果, 缩短胸痛缓解时间和卧床时间, 提高患者生活质量、护理满意度, 值得临床应用。

关键词: 针对性护理; 心律失常; 护理效果; 心功能

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-13-0115-03

1 目前, 我国人口老龄化现象越来越严重, 在心力衰竭的并发症中, 心律失常不容忽视。其中, 心律失常主要包括阵发性室上性心动过速、心室颤动等^[1]。针对于器质性心脏病患者, 在各种心律失常的影响下, 极易影响生命健康^[2]。当患者出现心律失常时, 会加重心力衰竭症状, 甚至会威胁到患者的生命健康。这时在有效治疗的同时, 有效的护理也是必不可少的^[3]。其中, 针对性护理干预可以给予提高临床治疗效果有效的辅助, 将患者的预后改善到最佳, 确保疾病的发展得到有效控制, 从而不断增强护理质量^[4-5]。基于此, 本研究选取 2020 年 1 月—2021 年 3 月内蒙古自治区人民医院收治的 80

例心律失常患者为研究对象, 探讨针对性护理在心律失常患者护理中的应用效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月—2021 年 3 月内蒙古自治区人民医院收治的 80 例心律失常患者为研究对象, 按照干预方式的不同分为观察组和对照组, 每组 40 例。观察组男性 25 例, 女性 15 例; 年龄 55 ~ 80 岁, 平均年龄 (68.23 ± 3.23) 岁; 病程 30 d ~ 5 年, 平均病程 (2.54 ± 0.39) 年; 心功能分级: III 级 26 例, IV 级 14 例。对照组男性 24 例, 女性 16 例; 年龄 55 ~ 81 岁, 平均年龄 (68.94 ± 3.59) 岁; 病程 60 d ~ 5 年, 平均病程 (2.74 ± 0.93) 年; 心功能分级: III 级 24 例, IV 级 16 例。两组

作者简介: 安志艳 (1983—), 女, 汉族, 籍贯: 内蒙古自治区呼和浩特市, 本科, 主管护师, 研究方向: 心内科。