

CICARE 沟通模式联合慢性疾病轨迹模式干预 对慢性心力衰竭患者的疗效观察

丛佳南^a, 蒋雅琼^b, 王 丽^a, 姚 娟^a, 邓晶晶^a, 季 佳^a

江苏省南通市第一人民医院/南通大学第二附属医院 a. 心血管内科, b. ICU, 江苏 南通 226600

【摘要】 目的 观察接触-介绍-沟通-询问-回答-离开 (CICARE) 沟通模式联合慢性疾病轨迹模式 (CITM) 对慢性心力衰竭 (CHF) 患者的干预效果。**方法** 2022 年 1 月至 2024 年 3 月我院收治的 102 例 CHF 患者, 用随机数表法分为对照组与研究组各 51 例, 对照组实施常规护理, 研究组在此基础上实施 CICARE 沟通模式联合 CITM。两组均持续干预 12 周, 比较两组患者的心功能、六分钟步行试验 (6MWT)、健康素养、自护能力、生活质量。**结果** 干预后, 两组患者的左心室收缩末期内径、左心室舒张末期内径、明尼苏达心衰生活质量量表 (MLHFQ) 各领域评分均低于干预前 ($P < 0.05$), 左心室射血分数、6MWT、心衰特异性健康素养量表各维度评分、心力衰竭自护行为量表各维度评分高于干预前 ($P < 0.05$), 且研究组上述指标的变化幅度优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 实施 CICARE 沟通模式联合 CITM, 可改善 CHF 患者的心功能、6MWT、健康素养、自护能力、生活质量。

【关键词】 接触-介绍-沟通-询问-回答-离开沟通模式; 慢性疾病轨迹模式; 慢性心力衰竭

【中图分类号】 R541.6; R473.5

【文献标志码】 A

【文章编号】 1672-6170(2025)03-0088-05

Observation on the efficacy of CICARE communication model combined with chronic disease trajectory model intervention in patients with chronic heart failure

CONG Jia-nan^a, JIANG Ya-qiong^b, WANG Li^a, YAO Juan^a, DENG Jing-jing^a, JI Jia^a a. Department of Cardiovascular Medicine, b. ICU, Nantong First People's Hospital/The Second Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong 226600, China

【Corresponding author】 JIANG Ya-qiong

【Abstract】 Objective To observe the intervention effect of the connect-introduce-communicate-ask-respond-exit (CICARE) communication mode combined with chronic illness trajectory model (CITM) on patients with chronic heart failure (CHF). **Methods** From January 2022 to March 2024, 102 CHF patients admitted to our hospital were divided into a control group and a study group by using random number table method, 51 in each group. The control group was treated with routine nursing. The study group was treated with CICARE communication mode combined with CITM on the basis of the routine nursing. The intervention lasted for 12 weeks in both groups. The cardiac function, six-minute walk test (6MWT), health literacy, self-care ability and quality of life were compared between the two groups. **Results** After intervention, the scores of left ventricular end systolic dimension (LVESD), left ventricular end diastolic dimension (LVEDD), and Minnesota Living with Heart Failure questionnaire (MLHFQ) in both groups were lower than before intervention ($P < 0.05$). The left ventricular ejection fraction (LVEF), 6MWT, scores of various dimensions of Heart Failure Specific Health Literacy Scale (HFS-HLS), and scores of various dimensions of Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) in both groups were higher than before intervention ($P < 0.05$). The changes of the above indicators in the study group were better than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusions** The implementation of CICARE communication mode combined with CITM can improve the cardiac function, 6MWT, health literacy, self-care ability and quality of life of CHF patients.

【Key words】 Connect-introduce-communicate-ask-respond-exit communication mode; Chronic illness trajectory model; Chronic heart failure

慢性心力衰竭 (chronic heart failure, CHF) 无法根治^[1,2]。对 CHF 患者而言, 除了给予合理规范的治疗方案外, 也要重视护理模式在康复过程中的积极意义^[3,4]。近些年来, 接触-介绍-沟通-询问-回答-离开 (connect-introduce-communicate-ask-respond-exit, CICARE) 沟通模式是应用比较广泛的有效沟通方式, 将其用于临床护理, 可规范沟通行为、流程, 利

于改善护患沟通质量^[5]。CICARE 沟通模式以流程为导向, 通过清晰流程、标准化沟通方式向目标施护对象准确、清楚传递信息, 在提升护患沟通质量同时能大幅增进护患关系^[6]。慢性疾病轨迹模式 (chronic illness trajectory model, CITM) 强调从目标施护对象具体护理需求出发, 根据疾病所处阶段采取针对性护理策略^[7,8]。查阅文献发现, 已有单独 CICARE 沟通模式、单独 CITM 在 CHF 患者护理中的报道^[6,7], 但是缺乏 CICARE 沟通模式联合 CITM 在 CHF 患者中的应用研究, 两种护理模式联合使用能否产生协同效应进而显著提升干预效果尚未可知。本研究主要观察 CICARE 沟通模式联合 CITM

【基金项目】 江苏省医院协会面上项目 (编号: JSYGY-3-2024-243); 江苏省南通市卫生健康委员会科研课题 (编号: MSZ2022020); 江苏省南通市科技局课题 (编号: MSZ19086)

【通讯作者】 蒋雅琼

对 CHF 患者的干预效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022 年 1 月至 2024 年 3 月我院收治的 CHF 患者 102 例,纳入标准:①确诊 CHF^[9];②≥18 岁;③可正常与他人沟通;④患者均知情同意。排除标准:①精神疾病;②意识障碍;③恶性肿瘤;④视听功能障碍;⑤伴肢体功能障碍,例如因肢体

残疾、骨折等而无法独立完成康复训练;⑥同时罹患风湿性心脏病等心脏疾病;⑦合并其他脏器功能衰竭;⑧患有其他影响本研究干预效果评价的疾病。采用随机数表法分为对照组和研究组各 51 例,两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。本研究通过医院伦理委员会批准(2023KT059)。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄(岁)	性别[n(%)]		心功能分级[n(%)]				病程(年)
			男	女	I 级	II 级	III 级	IV 级	
对照组	51	57.47±7.41	34(66.67)	17(33.33)	9(17.65)	19(37.25)	17(33.33)	6(11.76)	3.26±1.04
研究组	51	56.24±7.73	31(60.78)	20(39.22)	6(11.76)	16(31.37)	21(41.18)	8(15.69)	3.53±1.12
统计量		$t=0.820$	$\chi^2=0.382$			$\chi^2=1.564$			$t=1.262$
P		0.414	0.537			0.668			0.210

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施常规护理,持续干预 12 周。本组 CHF 患者住院期间,由护士围绕用药、饮食、运动等各方面给予本组 CHF 患者针对性指导,定期电话回访并告知 CHF 患者要定期复查。

1.2.2 研究组 在对照组基础上实施 CICARE 沟通模式联合 CITM,持续干预 12 周。①CICARE 沟通模式:组建 CICARE 沟通模式小组,分析 CHF 护理工作中频繁遇到的护患沟通情景,初步建立 CICARE 沟通模板并组织培训。按 CICARE 沟通模式分解。C(接触):与患者沟通时要做好表情管理,同时注意 CHF 患者的隐私保护。I(介绍):主动向 CHF 患者介绍自身护理职责。C(沟通):多途径实施宣教并坚持个体化宣教原则。A(询问):能主动向 CHF 患者了解其病情状况和实际照护需求。R(回答):能够耐心答疑解惑。E(离开):在结束沟通时向 CHF 患者及其家属表示感谢配合,告知 CHF 患者如须提供专业性支持,可随时随地联系。②CITM:组建 CITM 小组,依 CHF 患者所处“稳定期”、“发作期”、“恶化期”施护。稳定期:重视多途径宣教,尽可能减少 CHF 有关危险因素。另由营养科负责结合 CHF 患者实际情况提供食谱,做好饮食护理。鼓励 CHF 患者积极锻炼(前提是康复评定结果表明无活动禁忌),推荐有氧运动、抗阻训练等,个体化确定运动强度、时间。发作期:全面评估 CHF 患者的心功能、运动耐力等,并积极防治并发症。予饮食指导,主张低盐、高维生素、高纤维膳食。一对一健康宣教。与 CHF 患者家属沟通,重视家庭支持。CHF 患者出院前再次评估,同时发放居家康复手册、制定个体化康复方案。恶化期:重视心理疏导,同时做好 CHF 病情照护,能及时、妥善处理突发

情况,配合医生完成急救。

1.3 观察指标

1.3.1 心功能指标 干预前后,用彩色多普勒超声系统测定心功能指标:①左心室收缩末期内径(left ventricular end systolic dimension, LVESD);②左心室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF);③左心室舒张末期内径(left ventricular end-diastolic dimension, LVEDD)。另实施六分钟步行试验(six-minute walk test, 6MWT),选择室内封闭走廊,长度>30 m,地面平直、坚硬,起始处用鲜艳彩带做标记,每 3 m 作一标记,折返处放上橙色锥形路标。在实施 6MWT 前,叮嘱 CHF 患者清淡饮食、穿舒适衣服、穿合适鞋子等。告诉 CHF 患者来回步行 6 min,并测量其 6 min 内步行总距离,单位为 m。

1.3.2 患者健康素养 干预前后,选择心力衰竭特异性健康素养量表(heart failure-specific health literacy scale, HFS-HLS)^[10],HFS-HLS 含 3 个维度 12 个条目:①功能性健康素养(4 项);②互动性健康素养(4 项);③批判性健康素养(4 项)。各条目计分方式:1~4 分。HFS-HLS 结果解释:12 分(健康素养水平低)~48 分(健康素养水平高)。

1.3.3 患者自护能力 干预前后,选择心力衰竭自我管理行为量表(self-care of heart failure index, SCHFI)^[11,12],SCHFI 含 3 个维度 22 个条目:①自我护理维持(10 项);②自我护理管理(6 项);③自我护理信心(6 项)。各维度评分结果解释:0 分(自护能力差)~100 分(自护能力好)。

1.3.4 患者生活质量 干预前后,选择明尼苏达心力衰竭生活质量量表(minnesota living with heart failure questionnaire, MLHFQ)^[13,14],MLHFQ 含 3 个领域 21 个条目:①躯体领域(8 项);②情绪领域(5

项);③其他领域(8 项)。各条目计分方式:0 ~ 5 分。MLHFQ 结果解释:0 分(生活质量好) ~ 105 分(生活质量差)。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 23.0 软件进行数据处理。符合正态分布的计量资料用均数±标准差表示,比较采用 *t* 检验;计数资料用例数(%)表示,行

卡方检验。 $P<0.05$ 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、6MWT 比较 干预后,两组 LVESD、LVEDD 低于干预前,LVEF、6MWT 高于干预前($P<0.05$),且研究组各指标优于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后心功能指标、6MWT 比较

组别	例数	LVESD(mm)		LVEF(%)		LVEDD(mm)		6MWT(m)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	51	54.33±5.58	49.02±5.23 ^a	38.41±4.05	45.93±4.84 ^a	56.93±5.88	49.31±5.04 ^a	261.92±28.24	323.71±30.65 ^a
研究组	51	55.42±5.74	46.48±4.84 ^a	37.32±3.89	48.36±5.29 ^a	55.18±5.67	46.43±4.76 ^a	258.68±26.57	345.47±36.49 ^a
<i>t</i>		0.972	2.546	1.386	2.420	1.530	2.967	0.597	3.261
<i>P</i>		0.333	0.012	0.169	0.017	0.129	0.004	0.552	0.002

a 与干预前比较, $P<0.05$

2.2 两组患者干预前后健康素养评分比较 干预 0.05),且研究组各项评分高于对照组($P<0.05$)。后,两组 HFS-HLS 各维度评分高于干预前($P<$ 见表 3。

表 3 两组患者干预前后健康素养评分比较(分)

组别	例数	功能性健康素养		互动性健康素养		批判性健康素养	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	51	10.55±2.23	11.57±2.04 ^a	9.01±1.92	11.16±2.41 ^a	6.18±1.09	7.90±1.38 ^a
研究组	51	10.22±2.64	12.35±1.72 ^a	9.33±1.67	12.31±1.38 ^a	6.47±1.23	8.53±1.11 ^a
<i>t</i>		0.682	2.088	0.898	2.957	1.260	2.540
<i>P</i>		0.497	0.039	0.371	0.004	0.211	0.013

a 与干预前比较, $P<0.05$

2.3 两组患者干预前后自护能力评分比较 干预 且研究组各项评分高于对照组($P<0.05$)。见表 4。后,两组 SCHFI 各维度评分高于干预前($P<0.05$),

表 4 两组患者干预前后自护能力评分比较(分)

组别	例数	自我护理维持		自我护理管理		自我护理信心	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	51	25.38±8.02	30.65±9.14 ^a	29.35±9.71	36.37±8.54 ^a	31.35±10.17	46.02±8.41 ^a
研究组	51	24.75±8.14	35.29±7.48 ^a	30.57±9.03	40.45±7.76 ^a	30.18±10.04	50.39±7.56 ^a
<i>t</i>		0.394	2.806	0.657	2.525	0.585	2.760
<i>P</i>		0.695	0.006	0.513	0.013	0.560	0.007

a 与干预前比较, $P<0.05$

2.4 两组患者干预前后生活质量评分比较 干预 0.05),且研究组各项评分低于对照组($P<0.05$)。后,两组 MLHFQ 各领域评分低于干预前($P<$ 见表 5。

表 5 两组患者干预前后生活质量评分比较(分)

组别	例数	躯体领域		情感领域		其他领域	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	51	31.18±3.54	25.33±3.02 ^a	17.24±2.85	15.82±3.46 ^a	22.47±4.26	20.82±3.44 ^a
研究组	51	32.29±3.37	23.86±2.48 ^a	16.82±2.64	14.16±3.02 ^a	23.53±4.08	19.04±3.13 ^a
<i>t</i>		1.622	2.686	0.772	2.581	1.283	2.733
<i>P</i>		0.108	0.008	0.442	0.011	0.202	0.007

a 与干预前比较, $P<0.05$

3 讨论

根据 LVESD、LVEF、LVEDD 等多项心功能指标以及 6MWT 的评估结果可看出,实施 CICARE 沟通模式联合 CITM,可改善 CHF 患者的心功能、6MWT。CICARE 沟通模式强调护患有效沟通,通过标准化沟通流程从而实现患者和护理人员的双向沟通、准确沟通。良好沟通利于增进护患关系,且能够及时满足 CHF 患者照护需求。不仅如此,CICARE 沟通模式的有效运用,可促进临床护理工作井然有序推进,各项护理举措高质量落实,从而使 CHF 患者享有优质照护服务,这对病情控制和康复显示出积极意义。CITM 主要依据 CHF 不同轨迹制定不同干预方案,例如处于发作期的 CHF 患者当限制运动,处于稳定期的 CHF 患者要积极进行有氧运动等。CICARE 沟通模式联合 CITM 能使 CHF 患者显著获益,向 CHF 患者提供全面且有效的照护服务,对心功能、6MWT 改善大有裨益。

温宝莉等^[15]通过调查发现,CHF 患者健康素养总体处于偏低水平。习晗颖等^[16]研究亦表明,CHF 患者健康素养整体水平有待提高。李雪冬等^[17]认为,健康素养是 CHF 患者健康行为和结局的保护因素。因此,有必要采取有效方案提高 CHF 患者的健康素养。本研究采用 HFS-HLS 评估 CHF 患者的健康素养,评估结果表明,实施 CICARE 沟通模式联合 CITM,可改善 CHF 患者的健康素养。CICARE 沟通模式旨在促进护患双向沟通。具体实施 CICARE 沟通模式,有利于医护人员及时、准确了解 CHF 患者的照护需求和真实感受,据此给予指导,而有效沟通可使 CHF 患者获得 CHF 疾病治疗和康复有关知识,使 CHF 患者意识到有维护自身健康的选择,从而在日常生活中能主动做出有利自身健康的选择,有助于提升健康素养。与此同时联合 CITM,该模式能从多方面着手纠正 CHF 患者的不良生活行为,潜移默化中提升其健康素养。

CHF 的管理为漫长过程,不仅涉及医护人员,也涉及 CHF 患者。其中,CHF 患者的自我护理是 CHF 治疗与康复阶段不可或缺的重要组成。周薇等^[18]调查了广州市 CHF 患者的自护能力,调查结果表明处于较低水平。黄晓莉等^[19]调查了 CHF 患者自我护理能力的现状,调查结果表明处于中等水平。本研究采用 SCHFI 评估 CHF 患者的自护能力,评估结果表明,实施 CICARE 沟通模式联合 CITM,可改善 CHF 患者的自护能力。具体应用 CICARE 沟通模式后,CHF 患者和医护人员能建立信任关系,同时实现有效沟通,使 CHF 患者渐渐具备一定自护能力。CITM 的应用能改善 CHF 患者对疾病的

主观体验,循序渐进掌握 CHF 自护理论知识与技能,其自护能力将得到明显提升。

CHF 患者生活质量与健康同龄人相比普遍低下^[20]。CHF 患者生活质量与长期预后相关。希茜等^[21]采用 CICARE 沟通模式对荨麻疹患者实施干预,顾招芹等^[22]采用慢性疾病轨迹模式对靶向治疗肺癌患者实施干预,其研究均表明可改善目标施护对象的生活质量。本研究采用 MLHFQ 评估 CHF 患者的生活质量,评估结果表明,实施 CICARE 沟通模式联合 CITM,可改善 CHF 患者的生活质量。CICARE 沟通模式使护患沟通规范有序,且极具条理性,利于拉近护患关系,和谐护患关系利于增强 CHF 患者对医护人员的信任程度,CHF 患者对医护人员越信任越能积极配合临床治疗和护理,从而确保不降低临床治疗效果。CITM 强调在 CHF 不同时期实施不同干预,以使 CHF 患者得到最佳照护,控制病情,改善生活质量。

综上,实施 CICARE 沟通模式联合 CITM,可改善 CHF 患者的心功能、6MWT、健康素养、自护能力、生活质量。本研究也存在不足:受时间、地域、人力等制约,样本量较小(每组仅 51 例)且 CHF 患者来源单一,干预策略实施到有效性评价的时间较短。因此,有待增加样本量、CHF 患者来源,并进行长期观察、随访,进一步探究 CICARE 沟通模式联合 CITM 对 CHF 患者的干预效果。

【参考文献】

- [1] 张婷,韩跃虎,赵荣,等. 康复锻炼联合尼可地尔对老年慢性心力衰竭患者心功能、氧化应激及血清 BNP 水平的影响[J]. 保健医学研究与实践,2024,21(2):81-87.
- [2] 中华医学会心血管病学分会,中国医师协会心血管内科医师分会,中国医师协会心力衰竭专业委员会,等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J]. 中华心血管病杂志,2024,52(3):235-275.
- [3] 祝晓迎,任毅,曹晋,等. 八段锦在气虚血瘀证慢性心衰患者院外早期康复中的应用效果[J]. 保健医学研究与实践,2023,20(1):156-161.
- [4] 周莉莉,郭鸽,李梅,等. 慢性心力衰竭患者运动处方最佳证据的应用[J]. 中华护理杂志,2024,59(14):1698-1705.
- [5] 于婷,肖娟,刘美丽,等. CICARE 沟通模式在心脏介入手术等待间患者沟通中的应用[J]. 中国医学伦理学,2024,37(6):738-744.
- [6] 于银,崔杨慧,李爱霞,等. CICARE 沟通模式对急性心力衰竭患者的影响[J]. 心血管康复医学杂志,2024,33(1):89-93.
- [7] 焦剑慧. 基于慢性疾病轨迹模式构建心力衰竭住院患者健康教育方案[D]. 上海:同济大学,2020.
- [8] 吴志鹏,何春渝,杨银花,等. 临床护士对慢性疾病轨迹模式认知度的调查分析[J]. 成都医学院学报,2022,17(6):755-759.
- [9] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力