

• 康复护理 •

AMI 介入抗凝治疗患者基于授权理论的心脏康复计划的实施

杨卓,张德来,曹胜兰,黄璜,李晓菲

Practice of cardiac rehabilitation plan based on authorization theory for acute myocardial infarction patients undergoing anticoagulant therapy Yang Zhuo, Zhang Delai, Cao Shenglan, Huang Huang, Li Xiaofei

摘要:目的 分析基于授权理论的心脏康复计划用于急性心肌梗死(AMI)介入抗凝治疗患者的效果。方法 将 106 例行 PCI 联合比伐芦定抗凝治疗的 AMI 患者按照住院时间分为常规组 48 例和计划组 58 例。常规组予常规护理,计划组采用基于授权理论的心脏康复计划干预。**结果** 出院当日,计划组出院准备度总评分及各维度评分显著高于常规组(均 $P<0.01$);左室应变参数、左室射血分数、自护能力得分及生活质量得分的组间效应、时间效应及交互效应显著($P<0.05, P<0.01$)。两组随访 1 年各种心脏不良事件发生率差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。**结论** 基于授权理论的心脏康复计划干预有利于改善 AMI 介入抗凝治疗患者的左室收缩功能,提高其出院准备度及自护能力,从而提升患者生活质量。

关键词:急性心肌梗死; 比伐芦定; 抗凝; 经皮冠脉内支架置入术; 心脏康复计划; 出院准备度; 二级预防

中图分类号:R473.5 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.15.084

急诊经皮冠脉内支架置入术(Percutaneous Coronary Intervention, PCI)可直接开通罪犯血管,已成为急性心肌梗死(Acute Myocardial Infarction, AMI)患者治疗的首选^[1],配合比伐芦定抗凝可减少介入治疗出血风险^[2]。但急性期后 AMI 再梗死率、心源性猝死率仍较高^[3],必须重视 AMI 患者 PCI 术后的二级预防。目前我国 AMI 患者 PCI 术后二级预防执行效果差,患者配合度及依从性低^[4-5]。基于授权理论的心脏康复计划以授权理论为指导,尊重患者自我决定权,聆听患者对心脏康复的建议及需求,使其共同参与心脏康复计划制定及医疗决策过程,调动患者的主观能动性,控制自我行为,有助于提升患者对疾病的认知水平及管理能力和能力^[6]。鉴此,笔者将基于授权理论的心脏康复计划干预用于 58 例 PCI 联合比伐芦定抗凝治疗的 AMI 患者的二级预防,取得了较满意的

效果。报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 选择 2015 年 3 月至 2018 年 2 月我院收治的行 PCI 联合比伐芦定抗凝治疗的 AMI 患者为研究对象。纳入标准:年龄 >18 岁;美国纽约心脏病学会心功能分级 I~II 级;满足 AMI 诊断标准;发病 12 h 内行 PCI 联合比伐芦定抗凝治疗;小学以上文化程度;本市常住居民;知情同意参与本研究。排除标准:心肝肾肺等重要器官衰竭;预计生存期 <1 年;严重脑血管病;心源性休克及恶性心律失常。共纳入患者 106 例,将 2015 年 3 月至 2016 年 12 月收治的 48 例患者作为常规组,2017 年 1 月至 2018 年 2 月收治的 58 例患者作为计划组,1 年随访期间无失访者。两组一般资料比较见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	BMI ($\bar{x} \pm s$)	并存疾病(例)			吸烟 (例)	置入支架数(例)		文化程度(例)				心功能(例)	
		男	女			高血压	糖尿病	高脂血症		1 支	2 支	小学	初中	高中/中专	大专以上	I 级	II 级
常规组	48	35	13	56.72 $\pm$ 10.23	24.52 $\pm$ 2.61	15	11	27	33	42	6	6	16	17	9	15	33
计划组	58	41	17	56.91 $\pm$ 10.42	24.74 $\pm$ 2.53	18	14	31	35	49	9	8	21	18	11	19	39
$\chi^2/t/Z$		0.064		0.094	0.439	0.001	0.022	0.083	0.807	0.197		0.313				0.162	
P		0.799		0.925	0.661	0.981	0.883	0.773	0.369	0.657		0.760				0.872	

1.2 干预方法

两组术后均参照《冠心病康复与二级预防中国专家共识》^[7]进行二级预防。常规组接受 PCI 术后常规护理,包括严密病情观察、预防便秘护理、用药护理、疾病相关健康教育及早期康复活动(严密监护

下进行主被动活动、6 min 步行运动试验,20~30 min/次,3~4 次/周)等,并接受常规出院指导与出院后延续护理。计划组 PCI 术后接受基于授权理论的心脏康复计划干预,具体如下。

1.2.1 建立心脏康复小组 心脏康复小组共 7 人。1 名心内科医生负责早期病情评估;1 名心血管康复医生负责制定康复计划,指导康复训练及康复随访;3 名心内科专科护士负责进行风险评估、二级预防管理、康复随访及医疗急救措施执行;2 名具有教育管理经验的护士负责接待患者、健康教育、指导康复活动等。由专科护士对小组成员进行授权理论培训及

作者单位:成都中医药大学附属医院心血管二科(四川 成都,610075)
杨卓:女,本科,护师
通信作者:黄璜,793061379@qq.com
科研项目:四川省中医院/成都中医药大学附属医院基金课题(2016-D-YY-40)
收稿:2020-03-18;修回:2020-05-15

应用技能考核,要求所有组员掌握 PCI 术后护理知识及技能,明确授权教育意义及方法。

1.2.2 基于授权理论的心脏康复计划干预

1.2.2.1 集体活动 PCI 术后次日护士在病房向患者介绍授权理论的内容,使患者明确基于授权理论的心脏康复计划的内容、具体实施方式及目的,取得患者配合。告知患者为心脏康复计划的主体,强调发挥主观能动性。由护士进行术后健康宣教,提升患者认知程度,回答其疑问,时间 1 h。

1.2.2.2 分组活动

心内科医生评估患者基础情况及危险等级,将存在相同问题的患者分为 1 个小组,18 例合并高血压者作为 A 组,14 例合并糖尿病者作为 B 组,31 例合并高脂血症者作为 C 组,各组依据心功能分级分为 I 级组与 II 级组。引导各组患者按照授权理论 5 步骤^[8]进行活动。

1.2.2.2.1 明确问题 由心内科医生及心血管康复医生共同协助患者明确心脏康复现状及康复过程存在的问题,为其提供客观信息支撑与指导。鼓励患者说出自身存在的问题及目前急需解决的问题,如术后并发症处理问题、目前个人觉得最难克服及最关注的问题等。

1.2.2.2.2 表达情感 鼓励组内患者互动、交流,引导患者尝试自我或在他人帮助下分析问题原因,寻找解决办法。如:二级预防如何开展,首先由患者自我描述二级预防的内容(生活方式调整,控制血糖、血脂、血压,规律用药等),其他病情相同的患者参与,相互分享经验,形成集体共识,由护士补充或纠正;要求患者先描述解决方法,有误者由护理人员纠正。若 1 个小组的问题解决,则更换小组进行针对性指导,时间 1 h。

1.2.2.2.3 设立目标 心内科医生、心血管康复医生及护士提供信息支持与引导后,与患者共同制定循序渐进的近期可接受的目标。如术后 1~2 d 掌握心脏康复活动要点,自主进食;明确术后 3~4 d 坐姿训练目标、掌握自测脉搏方法;术后 5~7 d 完成日常生活基本自理,逐渐增加生活自理种类及康复训练强度;出院前掌握二级预防内容及方法等。

1.2.2.2.4 制定并实施心脏康复计划 心血管康复医生依据设定的目标综合评估各类危险因素,了解患者个人意愿,结合患者病情、环境等与患者及家属共同制定心脏康复计划。①院内:手术当日协助饮食,主动活动非患侧肢体及关节,进行深呼吸运动,2 次/d,5~10 min/次,穿刺肢体压迫止血,2 h 放气,8 h 取下;协助饮水 800~1 200 mL;术后第 1 天床上自主进食,协助刷牙、洗脸,协助床边站立 5~10 min,介绍 AMI 心脏康复程序,每次活动后休息 20~30 min;术后第 2 天下床站立,病房内走动 25~50 m,10~15 min/次,允许探视、会谈,告知患者心脏解剖知识及

AMI 发病机制,每次活动后休息 20~30 min;术后第 3 天坐位进食,协助洗浴、擦身、穿衣,病房走廊慢走 75~100 m,向患者介绍 AMI 易感因素,告知自测脉搏方法,在可耐受情况下自主活动,床旁缓慢走动,室内步行 50~100 m,2~3 次/d;术后第 4 天日常生活自理,慢走 200~350 m 或踏板负荷训练 50~75 W,自主上下楼梯(1 层),饮食、用药指导,给予运动监测、低水平运动试验,活动时间控制在 20~30 min;循序渐进增加运动强度,告知患者康复训练期间注意事项及二级预防内容及方法,直至患者出院。②出院:出院前在心血管康复医生指导下进行低水平运动试验,根据试验结果及患者实际情况制定运动处方,包括运动方案、程序、治疗运动内容及注意事项。由护士建立微信群指导,告知患者术后心脏康复知识,心内科医生每周 1 次在线答疑;专科护士每周对每组典型病例进行电话或微信随访 1 次,监督康复计划落实情况、答疑,随访后与医生沟通并调整方案,确保康复计划落实;每月举办 1 次心脏康复知识讲座,由心血管康复医生进行宣讲,传授 AMI 居家管理技巧,进一步提升患者及家属对疾病的认知。上述计划根据各小组患者现存的问题差异微调,如心功能较差者适当放缓康复训练进程,康复训练目标延长 1~2 d;合并糖尿病、高血脂者强调饮食控制,强化运动训练等。

1.2.2.2.5 持续督导 在院期间由专科护士评估患者心脏康复计划完成情况,共评估 3 次,包括同组患者集中讨论 1 次,护士提供指导,与患者共同探讨存在的问题,总结经验,改进未完成部分,完善心脏康复计划。出院后护士与患者以电话或微信随访方式联络,每月 2 次,监督康复计划落实情况,持续 6 个月。

1.3 评价方法 ①左室参数:干预前(PCI 术前)及出院后 6 个月专科护士调取患者在院或复诊资料,记录左室收缩期整体纵向应变(GLS)、圆周应变(GCS)、径向应变(GRS)、面积应变(GAS)等左室应变参数与及左室射血分数(LVEF)。②出院准备度:两组出院日由专科护士采用出院准备度量表(Readiness for Hospital Discharge Scale, RHDS)^[9]评定患者的出院准备度,包括个人状态、适应能力及预期性支持 3 个维度(各 4 个条目),采用 0~10 分计分,总分 0~120 分,评分越高表示患者出院准备度越好。③自护能力:干预前及出院后 6 个月由专科护士采用自护能力量表(Exercise of Self-care Agency Scale, ESCA)^[10]评估患者自护能力,包括自我概念(8 个条目)、健康知识(17 个条目)、自我责任感(6 个条目)、自护技能(12 个条目)4 个维度,共 43 个条目,每项 0~4 分,总分 0~172 分,评分越高,表示自护能力越高。④生活质量评价:干预前及出院后 6 个月由专科护士采用西雅图心绞痛量表(Seattle Angina Questionnaire, SAQ)^[11]评定患者生活质量,包括心绞痛发作(3 个条目)、活动受限(9 个条目)、治疗满意度(4

个条目)、生活质量(3 个条目)4 个维度,共 19 个条目,每个维度总分 100 分,评分越高,表示生活质量越好。⑤心脏不良事件发生率:随访 1 年统计两组再发心肌梗死、恶性心律失常、心绞痛、心力衰竭等心脏不良事件发生率。专科护士通过微信、电话随访或患者门诊复查时调查各类心脏不良事件发生情况。

表 2 两组干预前后左室应变参数及 LVEF 比较 % , $\bar{x} \pm s$

组别	时间	GLS	GRS	GCS	GAS	LVEF
常规组 (<i>n</i> = 48)	干预前	-12.45 ± 3.15	34.24 ± 6.76	-13.62 ± 3.43	-23.67 ± 4.73	52.65 ± 7.43
	干预后	-12.57 ± 3.76	32.97 ± 9.17	-13.55 ± 3.47	-22.83 ± 5.01	51.58 ± 8.17
计划组 (<i>n</i> = 58)	干预前	-12.43 ± 3.14	34.21 ± 6.74	-13.61 ± 3.41	-23.63 ± 4.71	52.63 ± 7.41
	干预后	-15.21 ± 2.32	40.81 ± 7.83	-15.63 ± 2.72	-27.41 ± 3.97	57.56 ± 7.63
<i>F</i> _{组间}		22.278**	25.701**	15.425**	21.584**	16.876**
<i>F</i> _{时间}		9.772**	9.296**	9.203**	9.483**	9.855**
<i>F</i> _{交互}		8.378**	9.104**	7.833*	9.023**	8.001**

注: * *P* < 0.05, ** *P* < 0.01。

2.2 两组出院日出院准备度评分比较 见表 3。

表 3 两组出院日出院准备度评分比较 分 , $\bar{x} \pm s$

组别	例数	个人状态	适应能力	预期性支持	总分
常规组	48	19.92 ± 2.59	33.25 ± 5.01	28.63 ± 3.41	81.80 ± 11.01
计划组	58	22.14 ± 3.64	39.23 ± 4.17	32.05 ± 2.97	93.42 ± 10.78
<i>t</i>		3.546	6.707	5.517	5.471
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组干预前后自护能力评分比较 见表 4。

2.4 两组干预前后生活质量评分比较 见表 5。

2.5 两组心脏不良事件发生率比较 见表 6。

3 讨论

3.1 基于授权理论的心脏康复计划可提高患者的左

表 4 两组干预前后自护能力评分比较 分 , $\bar{x} \pm s$

组别	时间	自我概念	健康知识	自我责任感	自护技能	总分
常规组 (<i>n</i> = 48)	干预前	18.54 ± 3.43	17.25 ± 2.19	17.01 ± 3.39	27.21 ± 2.65	80.01 ± 11.66
	干预后	21.02 ± 2.16	20.26 ± 2.17	20.23 ± 4.01	30.01 ± 2.79	91.52 ± 11.13
计划组 (<i>n</i> = 58)	干预前	18.52 ± 3.41	17.23 ± 2.17	16.98 ± 3.41	27.15 ± 2.63	79.68 ± 11.63
	干预后	24.34 ± 2.17	24.52 ± 1.76	26.01 ± 2.76	35.01 ± 3.46	109.88 ± 10.15
<i>F</i> _{组间}		47.923*	58.008*	50.577*	44.617*	71.918*
<i>F</i> _{时间}		33.735*	43.074*	38.303*	37.268*	56.711*
<i>F</i> _{交互}		18.345*	31.723*	27.242*	29.358*	40.821*

注: * *P* < 0.01。

表 5 两组干预前后生活质量评分比较

分 , $\bar{x} \pm s$

组别	时间	心绞痛发作	活动受限	治疗满意度	生活质量
常规组 (<i>n</i> = 48)	干预前	75.12 ± 4.35	65.61 ± 7.71	78.31 ± 4.23	75.63 ± 5.16
	干预后	80.17 ± 6.01	70.02 ± 6.97	85.03 ± 6.71	81.23 ± 5.29
计划组 (<i>n</i> = 58)	干预前	75.14 ± 4.36	65.78 ± 7.63	78.25 ± 4.17	75.62 ± 5.14
	干预后	86.01 ± 5.23	78.63 ± 8.22	91.23 ± 5.17	87.01 ± 7.03
<i>F</i> _{组间}		32.559*	28.369*	31.907*	35.007*
<i>F</i> _{时间}		22.958*	17.376*	24.269*	21.819*
<i>F</i> _{交互}		18.373*	15.335*	17.259*	16.388*

注: * *P* < 0.01。

1.4 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件进行 χ^2 检验、Fisher 精确概率法、*t* 检验、重复测量的方差分析和秩和检验,检验水准 α = 0.05。

2 结果

2.1 两组干预前后左室应变参数及 LVEF 比较 见表 2。

室应变参数 授权理论强调个体在疾病管理中的作用,通过授权教育激发个体潜能及主观能动性,建立自我管理信心^[12]。表 2 显示,反映左室收缩功能的各项指标组间效应、时间效应及交互效应显著(*P* < 0.05, *P* < 0.01),提示采用基于授权理论的心脏康复计划有助于提升 AMI 患者术后左室应变参数,改善患者左室收缩功能。基于授权理论的心脏康复计划,以患者为主体,激发患者主动参与心脏康复计划制定与实施,将患者从被动参与护理转变为积极主动自我管理,纠正不良生活方式,提高对二级预防的参与度,促使其实现自我康复目标,利于心功能恢复。

表 6 两组心脏不良事件发生率比较

例

组别	例数	再发心肌梗死	恶性心律失常	心绞痛	心力衰竭
常规组	48	2	3	4	1
计划组	58	1	1	2	0
χ^2		0.027	0.497	0.437	—
<i>P</i>		0.867	0.480	0.508	0.453

3.2 基于授权理论的心脏康复计划可提高患者的自护能力及出院准备度 鲍本霖^[13]研究发现,授权教

育可提升中青年 PCI 患者对术后康复知识的了解,减少盲目感,利于延续护理开展。表 3 显示,计划组出院日出院准备度总分及各维度评分显著高于常规组,且自护能力总分及各维度评分组间效应、时间效应、交互效应显著(均 $P<0.01$),提示基于授权理论的心脏康复计划有利于提高 AMI 患者的出院准备度及自护能力。基于授权理论的心脏康复计划各阶段均以患者为心脏康复计划的中心,通过为患者提供康复信息支撑及指导,鼓励患者自主决策,积极主动参与心脏康复过程,可提升患者对疾病知识及二级预防的认知,提高其自我效能及自我管理能力,以更好地为出院作准备。

3.3 基于授权理论的心脏康复计划可提高患者生活质量 基于授权理论的心脏康复计划全程以患者为授权主体,强调个人决策、自我管理在心脏康复中的作用,通过构建心脏康复小组,与患者及家属共同制定早期心脏康复计划,协助患者明确康复护理中的问题,提供针对性的信息支持及引导,调动其自我管理的积极性;并关注患者出院后康复程序的实施,制定个性化运动处方,定期跟踪随访,促使专科护理延伸至日常生活中,护理干预存在较高的针对性、规律性及延续性。结果显示,生活质量总分及各维度评分组间效应、时间效应、交互效应显著(均 $P<0.01$),提示基于授权理论的心脏康复计划干预有利于提高患者遵医行为,有利于患者建立健康的生活方式,提高其自护能力,从而提高其生活质量。

本研究结果显示,两组随访 1 年各种心脏不良事件发生率差异无统计学意义(均 $P>0.05$),可能与本研究样本量较少及随访期较短有关,后续需进一步研究证实基于授权理论的心脏康复计划干预对患者心脏不良事件的预防作用。

4 小结

本研究将基于授权理论的心脏康复计划用于 PCI 联合比伐卢定抗凝治疗的 AMI 患者,结果显示有利于改善患者的左室收缩功能,提高患者的出院准备度、自护能力及生活质量。但本研究取样局限于一所医院,尚未明确基于授权理论的心脏康复计划对 AMI 患者的远期干预效果。且患者出院后的随访主要以电话、短信、微信为主,后续需根据患者年龄探索更多样化的信息化跟踪随访方式,并提高干预措施的

针对性,以提高干预效果。

参考文献:

[1] Karamasis G V, Russhard P, Al Janabi F, et al. Periprocedural ST segment resolution during primary percutaneous coronary intervention (PPCI) for acute myocardial infarction: predictors and clinical consequences[J]. J Electrocardiol, 2018, 51(2): 224-229.

[2] 罗昭琴,钟远伦. 不同心脏康复模式在急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗术后早期临床价值[J]. 中华老年医学杂志, 2019, 38(4): 375-377.

[3] 刘晓红,李为民. 残余 SYNTAX 评分对急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗术后不良预后的预测价值[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2019, 27(8): 440-446.

[4] 王文科,王志强,袁伟红,等. 社区水平的多学科综合管理对脑梗死患者二级预防效果研究[J]. 中国卒中杂志, 2018, 13(10): 1044-1049.

[5] 王霞,黄素芳,严丽,等. 社区居民急性心脑血管事件的认知状况调查[J]. 护理学杂志, 2019, 34(15): 92-94.

[6] 张英英,黄桂玲,李雯,等. 基于授权理论自我管理模式在膝关节置换术患者出院准备服务中的应用[J]. 护理学杂志, 2017, 32(22): 4492-4496.

[7] 中华医学会心血管病学分会,中国康复医学会心血管病专业委员会,中国老年学学会心脑血管病专业委员会. 冠心病康复与二级预防中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2013, 41(4): 267-275.

[8] 仇志清. 基于授权理论的健康教育对急性心肌梗死 PCI 术后患者身心状况影响的应用研究[D]. 苏州:苏州大学, 2017.

[9] Weiss M E, Piacentine L B. Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale[J]. J Nurs Meas, 2006, 14(3): 163-180.

[10] Wang H H, Laffrey S C. Preliminary development and testing of instruments to measure self-care agency and social support of women in Taiwan[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2000, 16(9): 459-467.

[11] 刘淑红. 西雅图心绞痛量表(SAQ)中文译本的信度、效度、反应度[D]. 天津:天津医科大学, 2003.

[12] 周春兰,汪思祺,王艳芳,等. 基于授权赋能理论的慢性病患者积极度研究[J]. 中华医院管理杂志, 2018, 34(8): 677-681.

[13] 鲍本霖. 授权教育对中青年 PCI 术后患者健康促进生活方式的影响研究[D]. 天津:天津医科大学, 2017.

(本文编辑 韩燕红)