

【健康管理】

# 行 PCI 术患者应用 LEARNS 模式的效果观察

傅培荣,张 丽,张智容,杜 琛,刘莺莺,刘 晴,王星月  
(青岛大学附属医院 急诊内科,山东 青岛 266000)

**[摘要]**目的 探讨 LEARNS 模式在行 PCI 术患者中的应用效果。**方法** 选择我院行 PCI 术的患者作为研究对象,按照入院时间先后分组,2017 年 9—12 月入院的 56 例为对照组,2018 年 1—4 月入院的 57 例为观察组。对照组给予常规健康教育,观察组实施 LEARNS 模式。出院前、出院后 6 个月末及出院后 12 个月末对患者的自我管理行为得分进行评价,并在出院 12 个月末评价患者冠心病危险因素控制效果和主要不良心血管事件发生情况。**结果** 出院后 6 个月末及出院后 12 个月末观察组患者自我管理行为总分高于对照组( $P<0.001$ )。患者出院后 12 个月末,在控制冠心病危险因素方面,观察组患者对 BMI、戒烟、低密度脂蛋白和糖化血红蛋白的控制效果优于对照组( $P<0.05$ ),观察组患者心绞痛、严重心律失常的发生明显少于对照组( $P<0.05$ )。**结论** LEARNS 模式能有效改善冠心病经皮冠状动脉介入治疗患者的自我管理行为,提高冠心病危险因素控制效果,减少主要不良心血管事件的发生。

**[关键词]** 冠状动脉介入术; 健康教育; 自我管理; 主要不良心血管事件

**[中图分类号]** R473.54 **[文献标识码]** B **[DOI]** 10.16460/j.issn1008-9969.2019.24.057

研究显示冠心病患者有效的疾病自我管理行为在 60%以下<sup>[1]</sup>。因此,如何干预并提高患者的术后自我管理行为,改善患者不良结局,已成为迫切解决的问题。LEARNS 模式由加拿大安大略护士学会在 2012 年《以患者为中心的学习指南》<sup>[2]</sup>中提出,包括聆听(listen,L)、建立(establish,E)、应用(adopt,A)、提高(reinforce,R)、反馈教学(name,N)、强化(strengthen,S)6 个步骤。该学习模式的构建是基于社会建构理论,包括 4 大要素:确保以患者为中心的护理,提高患者健康认知能力,构建知识和技能,鼓励自我管理<sup>[3]</sup>。该模式能够充分调动学习者的积极性,使学习者能充分发挥自己的主动性进行自主学习。本研究将 LEARNS 模式应用于 PCI 患者的健康教育中,取得较好效果,现报道如下。

## 1 研究对象

采取便利抽样的方法选择我院行 PCI 术的患者作为研究对象。纳入标准:(1)符合 WHO 和我国冠心病诊断标准<sup>[4]</sup>;(2)初次接受 PCI 手术且术后无急性并发症者;(3)患者在心脏康复危险分层中位于低风险或中等风险<sup>[5]</sup>;(4)可以使用微信通讯软件;(5)具有一定的理解沟通能力,可以独立完成问卷;(6)自愿参加本研究并签署知情同意书者。排除标准:(1)合并有其他严重躯体疾病,例如肾功能衰竭、肿瘤等;(2)有认知功能障碍或肢体功能障碍的患者;

(3)年龄 $\geq 80$ 岁。剔除标准:研究过程中自行要求退出或因各种原因无法随访的患者。将符合纳入和排除标准的患者按照入院时间先后分组,2017 年 9—12 月入院的 62 例为对照组,2018 年 1—4 月入院的 60 例为观察组。在随访过程中,对照组有 6 例患者脱落,观察组有 3 例患者脱落,最终对照组 56 例患者、观察组 57 例患者完成干预。2 组患者的年龄、性别、文化程度、病程、病变支数、疾病诊断类型、安装支架数目、住院时间、急性生理与慢性健康评分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。

表 1 2 组行 PCI 术患者一般资料的比较

项目	对照组( $n=56$ )	观察组( $n=57$ )	统计量	$P$
年龄( $\bar{X}\pm S$ ,岁)	59.05 $\pm$ 6.75	57.14 $\pm$ 5.77	$t=1.620$	0.108
性别(例)			$\chi^2=0.075$	0.784
男	30	32		
女	26	25		
文化程度(例)			$\chi^2=0.464$	0.927
小学及以下	10	9		
初中	15	18		
高中或中专	21	19		
大专及以上学历	10	11		
病程(年)			$\chi^2=0.431$	0.806
<1	13	15		
1~5	25	22		
>5	18	20		
病变支数(例)			$\chi^2=0.541$	0.763
单支	28	30		
双支	21	18		
3 支及以上	7	9		
疾病诊断类型(例)			$\chi^2=0.253$	0.881
单纯冠心病	13	15		
冠心病合并糖尿病	22	20		
冠心病合并高脂血症	21	22		
安装支架数目(枚)	1.69 $\pm$ 0.85	1.65 $\pm$ 0.86	$t=0.295$	0.769
住院时间( $\bar{X}\pm S$ ,d)	10.68 $\pm$ 2.46	10.91 $\pm$ 2.28	$t=0.524$	0.601
急性生理与慢性健康评分( $\bar{X}\pm S$ ,分)	21.03 $\pm$ 3.96	20.89 $\pm$ 4.50	$t=0.139$	0.890

**[收稿日期]** 2019-08-22

**[基金项目]** 青岛市博士后应用研究项目(40518060030)

**[作者简介]** 傅培荣(1972-),女,山东青岛人,本科学历,副主任护师,护士长。

**[通信作者]** 张 丽(1991-),女,山东青岛人,硕士,护士。

## 2 方法

2.1 健康教育内容 基于美国 PCI 术后预防指南<sup>[6]</sup>、经皮冠状动脉介入治疗术后运动康复专家共识<sup>[7]</sup>、中国经皮冠状动脉介入治疗指南<sup>[8]</sup>, 草拟出健康教育文字内容核心信息, 组织专家审核, 并对教育内容提出修改意见, 最终确定健康教育内容包括疾病知识指导、围术期指导、用药指导、休息与活动指导、急救知识指导、饮食指导、情绪与睡眠 7 个章节。文字简洁, 概括性强, 通过关键词或简洁短语的形式进行展示。根据文字内容制作《心健康-PCI 健康教育手册》, 并对概念性或原理性的教育内容配以图片, 该教育手册以章节为单位, 分册制作。再将其制作成短视频, 按照不同的内容分别录制, 每个视频时间不超过 10 min, 配上音乐和文字。2 组患者接受的健康教育内容均以此为标准。

### 2.2 干预方法

2.2.1 对照组 住院期间对患者进行常规健康指导, 出院后进行随访。具体实施方法如下: (1) 住院期间由责任护士向患者统一发放《心健康-PCI 术后健康教育手册》, 并根据内容对患者进行全面健康宣教。(2) 宣教时间安排在患者接受冠状动脉介入术前 1 d 至患者出院, 每 2 次健康宣教讲解《心健康-PCI 术后健康教育手册》中一个章节内容, 共进行 14 次健康宣教, 每次时间均在 15~20 min。(3) 宣教结束后, 责任护士询问患者及家属对宣教知识有无疑问, 如无疑问即视为掌握。(4) 患者出院后, 采用电话或微信的方式进行随访, 首先打电话进行随访, 若患者没有/不方便接听电话, 会微信留言进行随访。在患者出院后 3 个月内每月进行 1 次随访, 4~12 个月内每 2 个月进行 1 次随访, 随访内容包括了解患者近期身体和精神状况、用药依从性、不良生活习惯的改变以及饮食、锻炼等情况, 并提醒患者在出院后 1、3、6、12 个月末进行 1 次门诊复诊; 若患者提出问题则对其进行解答。

2.2.2 观察组 患者采用 LEARNS 模式进行干预, 将其分为前期准备工作和正式实施干预 2 部分内容。

#### 2.2.2.1 前期准备工作

2.2.2.1.1 人员资质培训 护士长对责任护士进行 9 次课程的培训, 重点培训 LEARNS 模式, 特别是与患者交流的技巧、反馈式教学、随访、资料收集等方面的学习, 培训课程结束后由护士长进行统一、标准化考核, 及时纠正护士在健康教育时出现的错误, 通过情景模拟培训提高护士对 LEARNS 模式的熟练度。

2.2.2.1.2 组建多学科协作团队 本团队由 1 名护士长、4 名主管护师、2 名主治医师、1 名营养师、1 名

副主任药师、1 名康复师、1 名心理治疗师组成。护士长负责组织实施、检查协调; 主管护师主要负责监督观察组患者在住院期间的健康教育、档案的建立、出院后随访及资料收集; 主治医师主要负责对小组成员进行 PCI 术后专科知识培训、协助制定患者健康教育方案和护士有疑问时提供专业支持; 营养师负责拟定患者的膳食食谱并予以指导; 副主任药师负责患者的用药指导, 并对护士进行药物知识培训; 康复师与主管护师共同制定患者康复运动计划; 心理治疗师负责调解患者及家属的情绪和心理问题, 教授患者调解心情的方法, 培训护士掌握基本的心理调节技能。

2.2.2.1.3 建立健康教育档案 建立电子版《PCI 患者学习型健康教育档案》, 包括患者的一般资料、疾病治疗概况、出院概况、主要阳性指标、存在的疾病危险因素、健康教育需求等。每次进行家庭访视、电话随访或门诊复诊后, 将本次随访内容进行登记, 包括对患者自我管理行为评估、患者目前存在的问题及所作的健康指导、患者新的健康教育需求及对此作出的健康教育方案调整。

2.2.2.2 正式实施干预 院内与院外均由责任护士采用 LEARNS 模式进行干预, 住院期间进行 7 次干预, 出院后根据随访计划进行 11 次干预, 每次健康宣教重点内容在《心健康-PCI 术后健康教育手册》中选取, 并根据本次与患者沟通结果, 由多学科团队成员与患者共同决定。LEARNS 模式包括聆听、建立、应用、提高、反馈教学、强化 6 个步骤, 6 个步骤没有明显的界限, 既相互独立又相互重叠, 贯穿于整个健康教育过程中。

2.2.2.2.1 聆听(listen, L) 于患者 PCI 术前 24 h 内, 责任护士与自己负责的患者在一个舒适的环境里进行沟通, 具体地点根据患者的要求进行选择, 例如病房、病区病情沟通室等, 患者可选择交谈时有无家属陪伴, 以保证患者在交谈过程中处于放松的状态。通过向患者提出以下几个问题, 聆听患者所表述出的与疾病相关的信息: (1) 您觉得您为什么会得这个病? (2) 您目前已获知的冠心病、PCI 术的健康知识和信息有哪些? (3) 您是通过什么途径了解以上信息的? (4) 您想了解关于冠心病、PCI 术的哪些方面的信息? (5) 您希望护士在什么时间通过怎样的途径对您进行健康教育? 在聆听过程中, 注意收集患者的基本信息如受教育水平、家庭决策模式、宗教信仰、文化背景等, 了解患者是否有可用资源用于保证他们持续接受相关学习、哪些因素会影响患者学习。根据具体情况进行问题的调整, 同时对患者的重要观

点进行深入了解。交谈时间 20~30 min,可根据具体情况进行酌情增减。

2.2.2.2.2 建立(establish,E) 在沟通过程中与患者建立治疗性合作伙伴关系。从护患双方初次接触开始,护士尊重患者自主权与言论自由的权利,在沟通过程中注意聆听患者表达出的对健康教育的期望与需求,鼓励患者主动参与健康教育方式与内容的设计;向患者正式开始健康宣教前预先向患者讲解此次健康教育所采用的方法,并在健康教育结束后了解患者对本次健康教育的意见,并据此在再次实施健康教育时进行调整。治疗型合作伙伴关系的建立贯穿于整个治疗过程中,护士可以通过 3 个问题判断是否建立治疗性合作伙伴关系<sup>[9]</sup>:(1)我了解患者对自身疾病、PCI 术及护理的想法和观点吗?(2)我所采取的护理与健康教育措施会对患者产生什么影响?(3)我还需要再收集资料以加强对患者的了解吗?

2.2.2.2.3 应用(adopt,A) 采取有组织、结构化、有目的的方法的进行教育。多学科团队成员通过第一步“聆听”了解患者的文化程度、生活方式以及患者的学习重点、可接受学习方式等基本信息合作制定教育方案。例如,某患者为大学学历的中年男性,自述平日由于工作压力大、应酬多,长期抽烟饮酒、缺乏锻炼,因此我们通过视频的方式对患者进行健康宣教,将短视频发送至患者微信,并着重向患者讲解疾病知识指导和休息与活动指导章节,每期健康教育短视频不超过 10 min,可提高患者的接受度、不增加额外负担;某患者为小学文化的老年女性,平日喜食油炸食品,不会使用微信等通讯工具,则选择在病例讨论室以 PPT 形式对患者进行一对一的健康教育,以提高患者对健康教育内容的理解;着重讲解饮食指导,改善患者饮食行为。

2.2.2.2.4 提高(reinforce,R) 向患者提供实践技能的机会。如患者进行康复运动锻炼:首先在康复运动前根据患者的左室射血分数、再血管化后并发症、运动或恢复期症状及心电图改变等<sup>[7]</sup>评估其危险分层,根据此分层予以患者个体化的运动方案指导,例如患者为低危,则在术后第 1 天即可开始康复运动:第 1 天,经桡动脉穿刺患者术后即可床边坐位及床旁轻微活动;第 2 天,经桡动脉穿刺患者可床旁站立,走动 5~10 min,2~3 次/d;第 3 天,床旁站立,病房走廊走动 5~10 min,3~4 次/d,上 1~2 层楼梯,并做好出院后运动指导,出院后运动分为 3 步,(1)准备阶段:采用关节活动、肌肉拉伸等低水平有氧运动进行 5~10 min 热身活动;(2)训练阶段:患者在家进行较高强度的有氧运动及抗阻训练,如快步走、慢跑、骑自行车、弹力带、哑铃等;从 5~10 min/次开始,

逐渐增加到 30~60 min/次;(3)放松阶段:采取与热身相同的方式进行 5~10 min 的放松活动。运动过程中监测有无暂停活动的指征:心率 $\geq 110$  次/min;气短、心悸、面色苍白、头晕等表现。训练总时间 30~60 min,3~5 次/周。患者术后鼓励其根据掌握的运动锻炼知识自行进行康复运动,责任护士和康复师进行跟踪指导,改正患者错误的锻炼方式,巩固提高患者对康复运动的理解与实践能力。

2.2.2.2.5 反馈教学(name,N) 应用反馈教学评估患者的学习效果。具体实施分为 4 个步骤。(1)解释:采用患者选择的健康教育方式,将宣教内容用通俗易懂的语言逐项向患者解释。如患者选择微信视频宣教,健康教育视频发送至患者微信,患者和家属先独立观看视频、了解内容后,护士同患者共同观看视频,并用通俗易懂的语言逐项进行讲解。(2)评估:宣教后对患者进行针对性提问,让患者用自己的语言复述所学内容的关键信息。如询问患者“为了确保我刚才是否讲解清楚,您能告诉我您处于康复运动危险分层的那个层级吗?”“您知道术后第 1 天、第 2 天、第 3 天您应该怎样进行康复运动吗?”“您知道回家后怎样进行康复运动吗?”“您知道为什么要坚持运动吗?运动过程中需要注意什么?”(3)澄清:患者回答正确时应予以鼓励,对患者回答错误的信息及时指出,并再次进行解释,如“刚才我讲的关于运动锻炼的内容不够全面,它应该包括……”。宣教后再次使用回馈教学法进行评估,确保患者完全理解所接受的内容。(4)理解:最后用开放式问题提问患者,如“您还有什么不理解的地方吗?”“您还有什么其他问题吗?”确认患者完全掌握护士提供的宣教内容后,本轮教育结束。

2.2.2.2.6 强化(strengthen,S) 采用多种院外随访方式,包括网络随访、电话随访和门诊随访。电话随访频率为出院第 1 个月每周 1 次,第 2~第 3 个月每半个月 1 次,3 个月后每月 1 次,每次随访时间 15~20 min。随访内容为评估患者的日常生活行为、有无发生主要心血管不良事件以及对健康教育内容的掌握程度,并询问患者的健康教育需求,根据患者的健康教育需求制定新的宣教内容,通过微信发送给患者并对其进行讲解,第 2 天采用反馈式教学评价患者的线上学习效果。建立护患交流微信群,每周一至周日每日指定 1 名主管护师为当日联络员,负责收集医疗和护理问题,并将医疗问题反馈给医生,于每周五晚上 19:00~21:00 由小组成员对患者进行集中答疑,紧急问题则随时处理。督促患者按医嘱进行门诊复诊,对进行门诊复诊的患者行门诊随访。每次健康教育的随访程序包括:评价患者自我管理行为-促进现状认知-评估患者健康教育需求-制定/修订

健康教育内容-督促健康教育方案执行。

### 2.3 观察指标

2.3.1 冠心病自我管理行为量表 (Coronary Artery Disease Self-management Scale, CSMS) 采用由任洪艳<sup>[10]</sup>研制的用于测量冠心病患者的自我管理行为的冠心病自我管理行为量表,是测评冠心病自我管理行为特异性量表,包括7个维度,27个条目。采用Likert 5级评分法,总分范围27~135分,分数越高,表明个体的自我管理行为越好。该量表在本研究内具有良好的信效度,Cronbach  $\alpha$  系数为0.83,各维度 Cronbach  $\alpha$  系数为0.82~0.86,本研究中 Cronbach  $\alpha$  系数为0.86,各维度 Cronbach  $\alpha$  系数在0.79~0.85之间。由主管护师于自己负责的患者出院前、出院后6个月末、出院后12个月末使用该量表评估患者的自我管理能力。

2.3.2 冠心病危险因素控制效果和主要不良心血管事件(Major Adverse Cardiovascular Events, MACE)发生 在患者出院后12个月末,评价患者危险因素控制达标情况和MACE发生情况。危险因素控制效果选取2016年《中国经皮冠状动脉介入治疗指南》<sup>[8]</sup>中控制冠心病危险因素的目标水平为标准,即BMI $\leq$ 25 kg/m<sup>2</sup>,腰围控制在男性 $\leq$ 90 cm、女性 $\leq$ 85 cm;彻底戒烟,并避免被动吸烟;严格限制酒精摄入(男性 $\leq$ 20 g/d,非孕期女性 $\leq$ 10 g/d);低密度脂蛋白(LDL-C) $<$ 1.8 mmol/L;血压 $<$ 140/90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa);

合并糖尿病患者糖化血红蛋白(HbA1C) $<$ 7%。MACE包括心绞痛、严重心律失常、心力衰竭、心肌梗死等。

2.4 统计学方法 计数资料采用频数、构成比进行统计学描述,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差进行统计学描述,比较2组中各评价指标差异应用卡方检验,Fisher确切概率法,多个时间点计量资料2组比较采用重复测量方差分析,先采用Mauchly进行球形检验,对于不满足球形检验条件( $P<$ 0.10),采用Greenhouse-Geisser校正后结果。以 $P<$ 0.05为差异有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 2组行PCI术患者自我管理行为得分的比较

重复测量方差分析前经球形检验,自我管理行为总分( $W=0.970, P=0.190$ ),满足球形检验( $P>$ 0.10),无需校正检验结果。2组行PCI术患者自我管理行为总分比较差异有统计学意义( $F=96.488, P<$ 0.001),观察组自我管理行为得分优于对照组,不同时间点的自我管理行为得分比较差异有统计学意义( $F=297.068, P<$ 0.001),组间与时间之间有交互作用( $F=13.805, P<$ 0.001)。进一步分析单独效应,观察组自我管理行为得分在出院后6个月末和12个月末优于对照组( $P<$ 0.001),随着干预时间的延长,观察组自我管理行为得分逐渐改善。见表1。

表1 2组行PCI术患者自我管理行为得分的比较( $\bar{X}\pm S$ ,分)

组别	<i>n</i>	出院时	出院后6个月末	出院后12个月末	合计	<i>F</i>	<i>P</i>
对照组	56	67.61 $\pm$ 7.63	84.48 $\pm$ 8.11	82.52 $\pm$ 7.98	77.20 $\pm$ 11.93	96.952	<0.001
观察组	57	66.84 $\pm$ 5.32	94.07 $\pm$ 11.23	96.67 $\pm$ 8.64	85.84 $\pm$ 16.03	212.062	<0.001
合计		65.73 $\pm$ 6.64	89.43 $\pm$ 10.90	89.50 $\pm$ 10.81	81.56 $\pm$ 14.78	297.068 <sup>#</sup>	<0.001 <sup>#</sup>
<i>F</i>		0.623	5.196	9.040	96.488 <sup>#</sup>	13.805 <sup>*</sup>	<0.001 <sup>*</sup>
<i>P</i>		0.534	<0.001	<0.001	<0.001 <sup>#</sup>		

注:<sup>#</sup>表示主效应;<sup>\*</sup>表示交互效应

3.2 2组行PCI术患者控制冠心病危险因素达标率及主要心血管不良事件发生率的比较 患者出院后12个月末,在控制冠心病危险因素方面,观察组患者对BMI、戒烟、低密度脂蛋白、血压和糖化血红

蛋白的控制效果优于对照组,差异有统计学意义( $P<$ 0.05),见表2;观察组患者心绞痛、严重心律失常的发生明显少于对照组,差异有统计学意义( $P<$ 0.05),见表3。

表2 2组行PCI术患者冠心病危险因素控制达标情况的比较(例,%)

组别	<i>n</i>	BMI		戒烟		限酒	
		出院时	出院12个月末	出院时	出院12个月末	出院时	出院12个月末
对照组	56	22(39)	24(42)	24(43)	35(63)	22(39)	31(56)
观察组	57	27(47)	37(65)	21(37)	47(83)	25(44)	42(74)
$\chi^2$		0.751	5.531	0.426	4.149	0.243	2.656
<i>P</i>		0.386	0.019	0.514	0.042	0.622	0.103
组别	<i>n</i>	低密度脂蛋白		血压		糖化血红蛋白	
		出院时	出院12个月末	出院时	出院12个月末	出院时	出院12个月末
对照组	56	34(61)	37(66)	27(48)	39(70)	31(55)	33(59)
观察组	57	33(58)	50(88)	26(46)	49(86)	36(63)	44(77)
$\chi^2$		0.093	7.473	0.077	4.368	0.712	4.341
<i>P</i>		0.760	0.006	0.782	0.037	0.399	0.037

表 3 2 组行 PCI 术患者主要心血管不良事件发生率的

		比较(例,%)			
组别	n	心绞痛	严重心律失常	心肌梗死	心力衰竭
对照组	56	16(29)	9(16)	5(9)	3(5)
观察组	57	7(12)	2(4)	1(2)	0(0)
$\chi^2$		4.624	-	-	-
P		0.032	0.029	0.113	0.118

## 4 讨论

4.1 LEARNS 模式能够提高行 PCI 术患者的自我管理行为得分水平 患者的知识水平对自我管理行为产生影响,知识水平越高,自我管理行为越好<sup>[11]</sup>。调查研究显示冠心病患者,尤其是首次住院患者的疾病相关知识得分明显偏低<sup>[12]</sup>,首次行 PCI 术后患者的自我管理行为总得分率也仅为 54.16%<sup>[13]</sup>,因此对患者实施行之有效的健康教育势在必行。患者对健康教育的指导方式更倾向于个体化讲解和指导<sup>[14]</sup>,但我科实施的常规健康教育以填鸭式教育为主,健康教育效果欠佳。本研究结果显示,观察组患者出院后 6 个月和出院后 12 个月末的自我管理能力得分高于对照组( $P<0.001$ ),且在出院后 6~12 个月,观察组的自我管理行为持续改善。究其原因,基于社会建构理论形成的 LEARNS 模式是一种连续性的健康教育模式,每一项环节均充分考虑的患者的需求,以提高患者自我管理行为能力为目的。它并不是对患者提出的问题进行的简单解答,而是将学习看作是患者的需求,其特点在于充分调动学生的学习积极性,增加患者与医护人员之间的互动,改变患者被动接受健康教育信息的行为,使患者成为学习的主动参与者;并将反馈式健康教育融入到宣教过程中,加强学生的学习效果<sup>[15]</sup>;同时向患者提供技能实践机会,并对患者的实践情况作出评价与反馈,帮助患者正确运用健康教育知识,实现理论向实践的转化,提高患者的自我管理能力<sup>[16]</sup>。

4.2 LEARNS 模式能够提高冠心病危险因素控制达标情况 随着出院时间的延长,患者的不良生活习惯重新回到日常生活中,治疗依从性和遵医行为逐渐丧失,生存质量也呈下降趋势。控制好 PCI 术后的各项危险因素,必须要有患者行为改变的积极配合。而患者的行为改变是有前提条件的,只有患者掌握了知识,才会树立健康行为信念,并最终做出行为改变。观察组患者对 BMI、戒烟、低密度脂蛋白和糖化血红蛋白的控制效果优于对照组( $P<0.05$ ),主要原因为 LEARNS 模式一方面提高了患者对治疗依从性的认识,同时也充分发挥了家属监督与促进的功能,另一方面,本研究定期对患

者进行随访,动态掌握患者的院外康复情况、发现问题并解决问题,及时向多学科协作团队反馈,并根据患者的需求及时调整健康教育方案,以保证宣教内容的及时更新,满足患者的个性化需求,强化患者学习效果,患者通过经常性和长期性的教育与督促。在每次出院随访中,询问患者近一段时间的运动、饮食情况、戒烟计划执行情况、是否坚持按医嘱用药等,通过有针对性的指导和训练使患者真正了解本身疾病,重视经皮冠状动脉介入治疗术后改变不良生活方式和严格遵医行为的意义,帮助患者进一步接受自我管理的好处,并采取积极的健康行为。合理的饮食控制、运动锻炼以及良好的遵医服药行为可明显增强 PCI 术后患者的疾病危险因素控制达标情况<sup>[17]</sup>。因此观察组患者的冠心病危险因素控制效果较为满意。但对于限酒这一项,2 组差异无统计学意义( $P>0.05$ ),与王姗姗等研究结果一致<sup>[18]</sup>,这可能与人们的传统观念认为适量饮酒有益血管,但无法掌握饮酒量有关。

4.3 LEARNS 模式能够降低患者主要心血管不良事件发生率 美国疾病预防控制中心提出,通过改进医疗技术只能预防 11%的冠心病患者死亡,但患者通过有效的健康教育做出治疗性生活方式和行为的改变,可使其死亡率下降 49%<sup>[19]</sup>。干预结束时,观察组的主要心血管不良事件发生率明显低于对照组( $P<0.01$ )。究其原因,LEARNS 模式使观察组患者充分认识到自我管理的重要性,提高患者参与健康促进的积极性。本研究中,患者在住院期间实践技能的机会,增强患者的自我管理实践能力。在患者出院后,继续对患者进行延续护理,从而自我管理水平稳步提高。患者通过高水平的自我管理减少吸烟,纠正血压、血糖、血脂等高危因素,改善患者心理状态,使主要心血管不良事件的发生明显减少,降低病死率。由专门的多学科协作小组对患者进行院外随访,通过电话、微信等形式,对经皮冠状动脉介入治疗术后患者进行院外健康指导和疑难问题解答,确保患者在出院后仍能受到专业的健康指导,帮助患者掌握疾病康复的相关知识,督促患者出院后保持良好的生活习惯,提高遵医行为和依从性,进而提高健康行为能力,避免诱发因素的发生,减少不良反应的发生。

### [参 考 文 献]

- [1] Ho P M, Magid D J, Shetterly S M, et al. Medication Nonadherence Is Associated with a Broad Range of Adverse Outcomes in Patients with Coronary Artery Disease[J]. Am Heart J, 2008, 155(4):772-779.DOI:10.1016/j.ahj.2007.12.011.

- [2] Registered Nurses' association of Ontario.Facilitating Client Centred Learning[M]. Toronto:Registered Nurses' Association of Ontario,2012.
- [3] 戴小红,唐梅银,李小芒.基于建构主义理论的立体化平台在母乳喂养健康教育中的应用[J].护理学杂志,2019,34(14):62-65.DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2019.14.062.
- [4] 国际心脏病学会和协会 WHO 命名标准化联合专题组.缺血性心脏病命名及诊断标准[J].中华心血管杂志,1981,9(11):75-76.
- [5] 刘江生.冠心病患者心脏康复危险分层法[J].心脏康复医学杂志,2002,11(3):195-197.DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2002.05.025
- [6] Melloni C, Alexander K P, Ou F S, et al.Predictors of Early Discontinuation of Evidence Based Medicine after Acute Coronary Syndrome[J].Am J Cardio, 2009,104(2):175-181. DOI:10.1016/j.amjcard.2009.03.013.
- [7] 陈纪言,陈韵岱,韩雅玲,等.经皮冠状动脉介入治疗术后运动康复专家共识[J].中国介入心脏病学杂志,2016,24(7):361-369. DOI:10.3969/j.issn.1004-8812.2016.07.001.
- [8] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组,中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国经皮冠状动脉介入治疗指南(2016)[J].中华心血管病杂志,2016,44(5):382-400.DOI:10.3760/cma.j.issn.0253-3758.2016.05.006.
- [9] 晏利姣,周芬,郭红,等.加拿大安全大略护士学会2012年《促进以患者为中心的学习》指南解读[J].中华现代护理杂志,2018,24(19):2235-2240.DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2018.19.002.
- [10] 任洪艳.冠心病自我管理量表开发及健康教育研究[D].重庆:重庆医科大学,2009.
- [11] 胡亚妮,林平,张金丽,等.经皮冠状动脉支架植入术后患者自我管理行为及其影响因素[J].中华护理杂志,2012,47(2):167-169.DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2012.02.027.
- [12] 李俊花,张邢炜,冯国和,等.不同住院次数冠心病患者疾病相关知识的现状分析[J].护理学报,2016,23(5):24-27. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2016.05.024.
- [13] 丁 飙,许燕玲,彭 易,等.首次行经皮冠状动脉支架植入术后患者自我管理现状及其影响因素的调查[J].中华现代护理杂志,2015,21(16):1867-1871. DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2015.16.003.
- [14] 潘楚梅,张琢玉,熊碧文,等.PCI患者冠心病危险因素和延续护理需求调查[J].护理学杂志,2013,28(7):25-26.DOI:10.3870/hlxzz.2013.07.025.
- [15] 崔庆庆,贡浩凌,贾 悦,等.交互式网络电视系统联合回授法在2型糖尿病老年患者胰岛素注射中的应用[J].护理学报,2019,26(4):53-57.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2019.04.053.
- [16] 焦根龙,李志忠.建构主义在骨科实践教学中的应用[J].现代医院,2014,14(11):135-136.DOI:10.3969/j.issn.1671-332X.2014.11.051.
- [17] Lavie C J, Milani R V. Cardiac Rehabilitation and Exercise Training in Secondary Coronary Heart Disease Prevention[J]. Prog Cardiovasc Dis, 2017, 53(6):397-403.DOI:10.1016/j.pcad.2011.02.008.
- [18] 王姗姗,薛小玲.基于时机理论的家庭护理对急性心肌梗死患者康复效果的研究[J].中华护理杂志,2017,52(12):1445-1449.
- [19] Smith S C, Allen J, Blair S N, et al. AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update[J]. J Am Coll Cardiol, 2006, 47(10):2130-2139.DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2017.12.007.

[本文编辑:谢文鸿]

## 【信 息】

# 《护理学报》“静疗护理”栏目征稿

静脉治疗是临床重要的治疗手段,目前我国许多医院成立静脉输液小组,设立静脉输液门诊,培养静脉输液治疗专科护士,使静脉输液治疗的护理走向专业化。为了促进静脉治疗学科发展,提高静脉输液治疗护理质量,规范静脉输液操作技术,实施成功的静脉穿刺,减轻患者痛苦,减少静脉输液并发症,《护理学报》设立了“静疗护理”栏目,欢迎踊跃投稿。

**征稿内容:**静疗护士专业化管理模式的探讨,如资质界定、实践标准、职业培训等;静疗专科护士门诊及静脉输液小组的运作及管理;长期静脉置管患者的随访,静脉治疗的社区干预及信息的网络化管理;国外静脉治疗专业工作经验的借鉴;外周静脉置管、深静脉置管及PICC的穿刺、置管、固定、维护方法改进,并发症的预防及护理等。

论文按本刊规范化格式撰写,未公开发表,投稿请登录《护理学报》网站 <http://www.hlxb.com.cn> 点击“在线投稿”,论文审理结果在网站回复。