

· 临床护理 ·

双模式健康教育提高老年冠心病 PCI 术后服药依从性的研究*

王小琳, 罗仕兰[△], 徐 钦, 周世群

(重庆医科大学附属第二医院老年病科, 重庆 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.16.052

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)16-2101-03

冠心病是老年人的多发病、常见病,严重危害老年患者的身体健康。近年来,随着医学科学技术的迅速发展,经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)已成为治疗老年冠心病的一种重要手段,具有创伤小、疗效好及住院时间短的特点^[1]。PCI虽然部分恢复了心肌血流供应,解除了心绞痛症状,但没有改变动脉粥样硬化的基础,冠心病的危险因素还在,约有5%~8%的患者会在术后发生支架内再狭窄,部分患者将再次出现心绞痛,甚至心肌梗死而影响预后^[2]。临床研究表明,减少冠心病患者院外复发的危险因素,降低支架置入后再狭窄发生率,其根本仍是改善生活方式、坚持药物治疗、定期随访^[3]。因此,探索有效的健康教育模式,对提高患者的遵医行为,帮助患者建立良好的生活习惯、进行适当的运动、心理调节,坚持定期检查、自我监测、提高服药依从性等都具有重要的临床意义。服药依从性是指患者对医嘱的服从或遵守,并产生相关的有效作用,其依从性的高低直接影响药物治疗的效果^[4]。本研究以护理程序与健康信念(health belief model, HBM)双模式健康教育的整合运用,对老年冠心病 PCI 术后患者开展全程个体化健康教育干预,取得了显著效果,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 5 月至 2012 年 5 月在重庆医科大学附属第二医院老年心血管科冠状动脉造影确诊冠心病并接受 PCI 手术的老年(年龄大于或等于 60 岁)住院患者共计 240 例。其中研究组 124 例,男 51 例,女 73 例,年龄 60~88 岁,平均(73.25±2.05)岁。对照组 116 例,男 62 例,女 54 例,年龄 60~90 岁,平均(74.32±3.04)岁。排除标准:(1)严重肝、肾功能不全者;(2)严重贫血或低蛋白血症患者;(3)脑卒中、脑萎缩或老年痴呆患者;(4)精神异常患者。

1.2 方法 两组接受冠心病 PCI 手术的患者一般资料采用本科自行设计的评估表建立健康教育档案。内容包括患者的基本情况、病程与手术情况、联系方式、文化程度、职业、医疗付费方式、吸烟史、饮酒史以及实验室的检查项目如凝血象、肾功能、血生化指标等。将已经建立健康档案的冠心病患者 240 例,分为对照组和研究组。对照组采用传统的计划性健康教育模式,主要是对患者进行常规的冠心病相关知识讲座,包括疾病的病因及临床表现、主要治疗方案、诱发因素与预防、康复与活动指导等,并发放冠心病健康教育宣传处方。研究组则采取双模式的健康教育方法,将健康信念模式融入到优质护理程序中进行有效整合,并利用护理工作的整体性和间断性,有目

的、有计划、有组织、有效果地进行针对性的健康指导。分 4 个步骤进行:评估-计划-实施-评价。具体方法如下:(1)全面评估患者的教育需求。制订老年冠心病 PCI 术后健康教育一般情况评估表,了解患者的受教育程度、健康信念及影响因素、对心血管疾病的认知程度、存在的相关健康行为,以及服药知识的掌握程度等,明确患者的健康教育需求。(2)制订个体化的教育方案。通过对评估患者存在的不良遵医行为进行原因和后果分析,并结合患者目前的教育需求拟定出健康教育计划和目标,包括选择有针对性的宣教内容、适合的教育方式、恰当的教育时机以及最终要达到的教育效果等。宣教方式通常可选择发放健康教育宣传处方、开展护患交流座谈会,集声音图像的多媒体教学讲座、相同病友的经验传授及利用每日护理业务查房等。通过健康教育,最终使患者能叙述冠心病的相关知识,理解 PCI 术后服药的方法、目的及注意事项等,增强患者对不良行为的危险意识,从而树立正确的健康信念。(3)实施教育方案。责任护士根据所制订的健康教育方案,按照教育程序实施。在实施宣教的过程中强调患者主动参与的重要性,鼓励其表达出自己的感受和想法,并分析影响老年冠心病 PCI 术后患者遵医行为的因素。同时在程序式健康教育中引入健康信念理论,既让患者认识到所患疾病及其并发症的危害与严重后果,指出并纠正其认知上的偏差,使其知晓目前不良健康行为的危害性以及良好行为对康复的重要性,同时又对治疗和控制疾病充满信心,提升健康信念。(4)动态评价教育效果。住院期间由责任护士对照教育目标进行健康教育效果的动态评价,并根据患者反馈的情况及时修订目标和计划。其评价的方式一般采用观察法、问卷提问法和表格式的评价,综合判断健康教育实施以后的效果。出院时,责任护士再次评估患者对疾病的主观感受、对治疗方法及解释工作的认可情况,并根据患者的病情、健康信念、依从行为和住院中健康教育效果综合评价,制订出院教育计划。出院时除对患者实施常规的教育指导内容(包括详细告知冠心病 PCI 术后的院外服药、饮食、活动与休息、出院后可能出现的症状等)以外,还定期通过电话随访、门诊复诊及家庭访视等方式进行健康教育。护士登记患者完整的随访信息,并确保其联络方式准确无误,预约随访时间,一般在每个月的最后一个星期五。责任护士提前 1 周电话告知患者随访,以方便他们做好家庭事务的安排;在来院前 1 天,再次电话提醒患者,以确保患者能按时参加随访,对由于特殊原因不能按时随访的患者,护士可以直接通过电话随访。每 3 个月研究组成员再对患者进行一次家庭访视,共随访 6 个月。随

* 基金项目:重庆市卫生局 2011 医学科研计划项目(2011-2-147)。
△ 通讯作者, E-mail: luoshilan@hotmail.com。

作者简介:王小琳(1979—),本科,主管护师,主要从事老年病护理研究。

访教育做到认真细心,既要全面了解患者在 PCI 术后院外服药的情况、生活方式是否健康,同时还要对其存在的不遵医行为给予及时的指导与帮助,纠正错误观念,督促患者养成正确的、自觉的健康行为。当出现恶心、胃部烧灼感、皮肤黏膜有出血点等药物不良反应的情况时,应督促患者及时到门诊就医或咨询研究组的介入医生。反馈时除了给予患者积极的鼓励与肯定以外,尤其应加强对薄弱环节实施针对性的指导,对个别服药行为习惯不好的患者再次给予风险强化,使其能真正意识到正确的服药行为对于减少冠脉支架置入术后并发症的重要性,以更好地提高服药依从性。除此之外,在对患者进行住院干预和出院随访的整个过程中,应鼓励患者家属积极参与,以提供必要的支持和监督,共同促进患者采取健康行为。

1.3 评价工具 评价工具采用自制的一般资料问卷和院外随访问卷调查表。其中一般资料问卷内容包括患者的年龄、性别、体质指数(BMI)等方面。院外随访问卷内容重点调查院外用药依从性,同时了解患者出院后有无心脏不良事件(major adverse cardiac events, MACE)发生情况(包括非致命性再次心肌梗死、靶血管重建及心脏性死亡)以及有无胃肠道反应等。其中用药依从性评价标准参照 Morisky 等推荐的 Morisky-Green 测评表(MG)^[5],通过 4 个问题评价患者的用药依从性:(1)你是否有忘记服药的经历?(2)你是否有时不注意服药的方法?(3)当自觉症状改善时,你是否擅自停药?(4)当你用药后症状加重时,是否拒绝继续服药?4 个问题答案均为“否”即为依从性好,否则为不佳。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计软件包进行统计学分析。研究组及对照组间服药依从率、MACE 事件发生率及胃肠道反应发生率的比较采用 *t* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

一般临床资料比较(表 1):两组间年龄、性别分布差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性;两组患者出院后 6 个月时院外随访结果比较(表 2):干预组患者的服药依从性明显高于对照组,而 MACE 事件、胃肠道反应发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义(均 $P < 0.01$)。

表 1 两组间临床基本特征比较

项目	双模式健康教育组 (<i>n</i> =124)	传统健康教育组 (<i>n</i> =116)	<i>P</i>
性别(男/女)	60/64	59/57	>0.05
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	73.25 ± 2.05	74.95 ± 3.04	>0.05
BMI($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	22.49 ± 3.33	22.78 ± 3.25	>0.05

表 2 两组患者院外随访结果的比较(*n*)

项目	双模式健康教育组 (<i>n</i> =124)	传统健康教育组 (<i>n</i> =116)	<i>P</i>
服药依从率(%)	95.16	64.66	<0.01
MACE 事件	1	8	<0.01
胃肠道反应	2	13	<0.01

3 讨论

3.1 老年冠心病患者 PCI 术后的服药依从性现状值得担忧,

需引起广大医护工作者的重视。目前,已有许多临床研究证实 PCI 术后抗血小板治疗的重要性,因此国内外很多指南均推荐 PCI 术后患者应常规服用双联抗血小板药物(阿司匹林+氯吡格雷)治疗,以充分抑制血小板功能,预防支架内血栓形成,减低 MACE 事件的发生率,尤其是老年冠心病患者,从而提高其生活质量^[6]。但既往的研究^[7]结果显示,大部分患者服药依从行为不容乐观,其原因主要是老年人往往合并其他多种慢性疾病,导致同时长期服用多种药物的可能性增加。由于老年人生理机能减退,认知能力下降、记忆力减退,对用药及药物不良反应认识不足及治疗方案复杂等因素,易出现漏服、多服、误服、不按时服药等不依从和不安全用药现象^[4]。因此应早期开始采取有效措施进一步提高 PCI 术后患者抗血小板药物的依从性以减少术后 MACE 事件的发生。

3.2 双模式健康教育优于传统的健康教育方式。 护理健康教育是整体护理的重要组成部分,是为患者解决问题的辅助手段之一。通过有计划、有组织、有系统的进行健康教育活动,可以促使人们自愿采取有利于健康的行为,从而消除或降低发病率、伤残率和致死率,提高生活质量。目前国内现存的护理健康教育模式主要包括计划性健康教育、自主性健康教育、护理程序式健康教育和健康信念式健康教育 4 种模式^[8]。随着现代医学模式的转变,健康教育已越来越广泛地被应用到临床中,成为护理工作不可或缺的内容。但由于医护人员大多承担有繁重的临床工作任务、健康教育时间较少、部分人员本身对健康教育的重要性认识不足、教育知识的掌握也不够全面,使得健康教育常常流于形式。再加上传统的计划性健康教育没有考虑每位患者的个体化需求,也未进行教育前的有效评估,只是以标准化的疾病健康教育内容进行一次性宣读。而临床上每位患者的情况又有所不同,对健康宣教的方式和内容的需求也不尽相同。患者在住院期间因对环境和医护人员比较陌生,患病以后急于救治,并无心思去倾听护士的讲解,这样就会使得健康教育的效果大打折扣。双模式健康教育则由护理程序式健康教育和健康信念模式相结合,与传统的教育模式比较,双模式健康教育更强调患者主动参与及家庭功能支持的重要性,这样可以更有效地利用护理人力资源,避免工作中的重复性、盲目性及低效性等弊端,促进护理工作从经验型逐步向规范化、标准化、科学化管理发展,是一种具有科学逻辑的认识问题和解决问题的理论及工作方法。在实施过程中根据患者的文化层次、生活方式、疾病特征和学习能力以及对疾病的认识程度来评估患者的学习需求,制订教育目标,选择教育方法,最后进行教育效果评价。同时双模式健康教育在实施过程中特别注重通过改变患者的健康信念来促使患者的行为改变。只有当患者意识到疾病的易感性、严重性、不良遵医行为的后果以及实施遵医行为的益处时,就会自觉采纳一系列健康的遵医行为,从而提高健康教育的实效性。

3.3 为了提高冠心病患者 PCI 术后的服药依从性,降低 MACE 事件与胃肠道反应的发生率,要注意选择合适的健康教育内容和方式。 冠心病是一种慢性疾病,对冠心病患者行 PCI 术后的健康教育不是一次性过程而是一个不断追踪随访的过程,而且每次患者对健康教育内容和方式的需求也不一致。这就要求护理人员在开展健康教育时,应充分评估患者的教育需求,宣教内容要具体、可操作性强,例如要告知患者在 PCI 术后应常规服用双联抗血小板药物(阿司匹林+氯吡格雷)

雷)治疗至少 12 个月,同时还应强调在餐后服药,以减少胃肠道的不良反应。针对一些认知、理解、记忆力较差的老年冠心病患者,应对指导内容进行反复强调,并鼓励家属参与。本研究对比两组间院外随访调查结果,发现研究组通过实施持续督导、及时反馈、不断强化的双模式健康教育以后,在随访 6 个月时,其用药依从率、院外 MACE 事件与胃肠道反应发生例数等方面均明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 小 结

实践证明,运用双模式健康教育不仅使老年冠心病患者掌握了该疾病及其健康服药行为二者间关系的相关知识,也有效地促进患者建立了良好的遵医行为态度和健康信念,从而提高了患者的服药依从性和自我护理的能力。通过定期随访,及时纠正服药过程中患者出现和可能出现的问题,同时调动患者家人的积极性、督促患者遵医服药来改善患者 PCI 术后药物依从性从而改善了 PCI 患者的临床预后,值得借鉴和推广。

参考文献:

- [1] 李清玉,吕丹.老年冠状动脉粥样硬化性心脏病患者经桡动脉行介入治疗的护理[J].中国实用护理杂志,2007,23(14):18-19.
- [2] 王素萍.冠状动脉支架置入术后的健康教育[J].基层医学论坛,2008,12(9):262-263.
- [3] 赵毅.冠心病患者支架术后、冠脉旁路移植术后药物治疗·临床护理·

及健康指导[J].中国保健营养,2012,21(6):6.

- [4] 吴红霞,范秋霞.慢性阻塞性肺疾病病人用药依从性影响因素分析[J].护理研究,2010,24(14):1247-1248.
- [5] Abraham NS, Hlatky MA, Antman EM, et al. ACCF/ACG/AHA 2010 expert consensus document on the concomitant use of proton pump inhibitors and thienopyridines; a focused update of the ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use[J]. Am J Gastroenterol, 2010, 105(12): 2533-2549.
- [6] Wjins W, Kolh P, Danchin N, et al. Guidelines on myocardial revascularization [J]. Eur Heart J, 2010, 31(20): 2501-2555.
- [7] Bi Y, Gao R, Patel A, et al. Evidence-based medication use among Chinese patients with acute coronary syndromes at the time of hospital discharge and year after hospitalization: results from the Clinical Pathways for Acute Coronary Syndromes in China (CPACS) study [J]. Am Heart J, 2009, 157(3): 509-516.
- [8] 张锦玉.我国护理健康教育模式的现状与发展[J].解放军护理杂志,2009,26(1):32-33.

(收稿日期:2013-11-08 修回日期:2014-01-25)

不同穿刺部位 PICC 化疗患者静脉炎的发生率比较及护理*

何 新,周丽华,梁 样

(海南省琼海市人民医院护理部 571400)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.16.053

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)16-2103-02

经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)目前已广泛应用于化疗患者,具有安全、方便、带管时间长等优势,能够减少化疗患者反复穿刺的痛苦,同时还能减少化疗药物外渗所致的损伤^[1-2]。静脉炎是 PICC 化疗常见的并发症之一,国内报道 PICC 化疗患者静脉炎的发生率在 30%左右^[3],也是造成拔管的主要原因。认识 PICC 化疗患者静脉炎的相关因素,对其护理方案的实施和预防具有重要价值。本研究旨在探讨 PICC 化疗患者静脉炎与穿刺部位的相关性,并制订针对性护理措施,为静脉炎的预防和护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 10 月至 2013 年 9 月本院肿瘤科行 PICC 化疗的恶性肿瘤患者 131 例,其中,男 58 例,女 73 例,年龄 36~79 岁,平均(64.2±16.8)岁。肺癌 15 例、结直肠癌 12 例、食管癌 10 例、乳腺癌 22 例、卵巢癌 18 例、宫颈癌 10 例、前列腺癌 6 例、胃癌 12 例、子宫内腺癌 6 例、恶性淋巴瘤 5 例、其他 13 例。导管留置时间 38~302 d,平均 186.4 d。

1.2 PICC 置管方法 所有 PICC 导管采用美国巴德公司提供的三向瓣膜式导管,常规静脉穿刺,将导管送至上腔静脉的下 1/3 段至上腔静脉与右心房连接处,X 线片确认位置合适后固定。

1.3 个体化预防性护理要点 肿瘤科全体护士掌握 PICC 相关静脉炎的临床表现及诊断标准,本组资料静脉炎诊断标准采用美国静脉输液护理学会静脉炎分级标准^[3]。置管前向患者讲明 PICC 的优势及必要性,讲明并发静脉炎的可能性及自我预防措施。选择合适的导管型号,导管置入应轻柔、顺畅,避免手套应用滑石粉。置管过程中严格无菌操作。置管后患者应避免剧烈活动,穿刺部位应防止过度用力。穿刺后每日进行护理记录,主要包括:穿刺点有无红肿、渗液、静脉曲张,周围有无硬结等;导管有无堵塞、移位、脱落、裂开等。穿刺点辅料前 3 d 每天更换 1 次,以后每周更换 2~3 次,如有脱落或污染随时更换。置管后 1 h 指导患者行握拳、松拳动作,连续 20 次,每 2 小时 1 次。置管后 6 h 于穿刺点上方沿静脉走行给予

* 基金项目:海南省 2013 年医学科技研发基金资助项目(海工科技 2013-57)。 作者简介:何新(1965—),本科,副主任护师,主要从事护理工作。