

5A 护理干预对心肌梗死介入术后康复及并发症的影响

房以芹 郭惠玲 陈 苏

阜宁县人民医院心血管内科 江苏盐城 224400

摘 要: 目的 探讨自我管理导向模式下 5A 护理干预对心肌梗死介入术后患者康复及并发症的影响。方法 选取 2024 年 1—12 月阜宁县人民医院 80 例心肌梗死介入治疗患者, 随机分为对照组 (常规护理) 与观察组 (常规护理 +5A 护理干预), 对比两组心功能指标 (BNP、LVEF、LVEDD)、肢体功能 (FMA 评分)、预后转归 (心绞痛发作次数、首次下床时间、住院时间、并发症发生率)。结果 护理后, 观察组 BNP (69.29 ± 6.88 vs 77.54 ± 8.05)、LVEDD (3.57 ± 0.45 vs 4.03 ± 0.34)、LVEF (56.69 ± 8.82 vs 52.08 ± 7.13)、FMA 评分 (85.28 ± 5.41 vs 80.01 ± 3.76) 及并发症发生率 (7.50% vs 25.00%) 均优于对照组 (均 $P < 0.05$)。结论 自我管理导向模式下 5A 护理干预可改善心肌梗死介入术后患者康复效果, 降低并发症风险。

关键词: 心肌梗死; 介入治疗; 5A 护理干预; 自我管理; 术后康复; 并发症

心肌梗死是由冠状动脉阻塞、供血不足等原因引发的一种严重且持续的缺血性心脏病, 临床典型症状表现为突发心痛 30min 以上。基于本病起病急、症状重、进展快, 并且可能合并肺栓塞、心源性休克等危险病症的特点, 早期诊治是降低死亡率的关键, 获得良好预后的关键^[1-2]。经皮冠状动脉介入治疗为本病的重要疗法, 其通过恢复心肌灌注、逆转心肌重塑及挽救濒死心肌改善预后, 相关报道表明, 急性患者发病 6h 内行介入治疗, 死亡率可降低 5% 以上^[3]。不过尽管介入治疗的效果显著, 但患者术后的康复过程仍面临诸多挑战, 研究与实践发现, 护理能起到巩固提升疗效、改善身心状态、减少不良事件、促进尽快恢复等作用, 因此探索一种科学有效的护理干预模式也很重要^[4-5]。部分资料则显示: 心肌梗死介入治疗患者的心理状态、认知水平、自护能力、健康行为与术后恢复、疾病转归之间有密切联系, 应积极干预^[6-7]。自我管理导向模式是一种新型的护理理念, 强调患者在康复过程中的主体地位和主动性, 通过提高患者的自我护理管理能力, 促进其尽快康复。5A 护理干预作为一种综合性护理方法, 近些年被广泛应用于多种疾病的护理实践中。有研究对脑出血患者采用自我管理导向模式下 5A 护理干预, 结果显示患者的自护能力明显提高, 下肢深静脉血栓发生率进一步降低。XXX 指出, 在前列腺癌患者的护理中基于自我管理导向模式下 5A 护理干预能显著提升患者的护理能力, 减轻患者的心理痛苦, 提高患者的生活质量。故本文特探究自我管理导向模式下 5A 护理干预对

心肌梗死介入治疗患者术后康复的应用效果及并发症的影响, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 80 例心肌梗死介入治疗患者分为: 1 对照组。40 例; 男 26 例, 女 14 例; 年龄 40~70 (57.09 ± 5.11) 岁; 梗死部位: 高侧壁 4 例, 下壁 18 例, 前壁 16 例, 其他 2 例。2 观察组。40 例; 男 24 例, 女 16 例; 年龄 40~70 (57.18 ± 5.07) 岁; 梗死部位: 高侧壁 3 例, 下壁 17 例, 前壁 17 例, 其他 3 例。两组一般资料无显著差异 ($p > 0.05$)。

纳入标准: 1 经冠状动脉造影检查确诊; 2 符合介入治疗适应症且严格排除禁忌症; 3 手术顺利, 术后常规治疗, 生命体征逐渐稳定并保持稳定; 4 接受诊疗方案、同意参与研究。

排除标准: 1 心功能严重不全; 2 合并急性肺水肿、呼吸衰竭; 3 心血管、免疫、凝血等重要系统发生严重病变; 4 有冠状动脉旁路移植史或支架置入史。

方法 予以对照组常规护理, 主要包括监测体征、评估病情并通过用药管理、症状管理等措施促进改善恢复, 帮助调整饮食结构并督促健康饮食, 叮嘱卧床休息并协助早期下床活动, 讲解注意与配合事项并提供基础健康指导等。

予以观察组常规护理 + 自我管理导向模式下 5A 护理干预: 首先成立小组, 由护士长担任组长, 组员在专科护士中选拔 3~4 名, 并邀请临床医生、检验医生、康复医师等担

任知识顾问与技术指导。加强培训教育，培训内容包括心肌梗死介入术后护理问题、诊断、目标、措施、评价，自我管理导向模式下 5A 护理干预定义、内涵、作用、方法、要点等，从而确保人员有意识、有能力高效率、高质量开展后续工作。

1. 询问（Ask）。除常规沟通外，采用《心肌梗死患者自我管理评估量表》（Cronbach's $\alpha=0.89$ ）量化评估患者的健康知识水平与行为习惯，并结合电子健康档案动态追踪其用药依从性，通过积极沟通、问卷调查、量表评估、病历分析、文献查证等途径，了解掌握患者的实际情况，包括病情特点、既往病史、治疗方法、手术效果、并发症风险、心理状态、认识水平、自护能力、饮食习惯、作息规律、心肾功能、肢体功能等。并基于对患者实际情况的了解总结护理问题，分析问题成因与相关影响因素，再根据成因、因素拟定行之有效的护理措施，制定个体化护理方案。例如，针对饮食管理困难的患者，护士通过 24 小时膳食记录分析其钠盐与脂肪摄入量，制定个性化食谱。

2. 术后评估（Assess）。引入跨学科团队（包括心理医师、营养师）进行多维度评估。心理医师采用焦虑自评量表（SAS）筛查患者心理状态，对 SAS 评分 ≥ 50 分者提供每周 1 次的心理疏导；营养师则根据患者肾功能指标（如 eGFR）调整蛋白质摄入建议。从生理、心理、认知、行为、家庭、社会等多个维度进行全面评估，对患者实际情况达成进一步了解，深入分析患者康复需求，重点关注患者自我护理管理能力，从而优化措施、完善方案。

3. 建议（Advise）。采取口头讲解、书面宣传、动作示范、视频辅助、专题讲座等方法讲解病因病机、症状表现、治疗

方法、手术目的、自我监测、饮食调整、症状管理、感染预防、功能康复、并发症防范、不适就诊等疾病、治疗、护理知识，提供针对性指导建议。

4. 帮助（Assist）。针对患者需求及问题进行帮助，要求关心关注患者生理、心理等方面的变化，通过睡眠护理、运动指导、情绪安抚、社会支持等实现促进恢复改善的目标。

5. 随访（Arrange）。采取线上+线下随访方式，要求每周 1 次线上交流，每月 1 次电话沟通，随访内容涉及遵医用药、健康饮食、运动锻炼、心理调节、日常起居、复诊提醒等。

1.2 观察指标

1 心功能指标。B 型利钠肽（BNP）、左心室射血分数（LVEF）、左室舒张末期内径（LVEDD）。2 肢体功能。以 Fugl-Meyer 量表（FMA）评分为观察指标，采取的评估标准为：分值越高说明患者功能越好，受疾病、治疗等因素的影响越小（总分 100）^[8]。3 心绞痛发作次数、首次下床时间与住院时间。属预后转归指标。4 并发症发生率。属预后转归指标。

1.3 统计学分析

应用 SPSS 23.0 对计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）、计数资料[n（%）]分别采取 t、 χ^2 检验， $p < 0.05$ 为对比有显著差异。

2 结果

心功能指标对比 两组相比，观察组护理后 BNP 与 LVEDD 更低，LVEF 更高（ p 均 < 0.05 ），护理前则无显著差异（ p 均 > 0.05 ）。见表 1。

表 1 心功能指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	BNP (ng/L)		LVEF (%)		LVEDD	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=40)	85.19 $\pm$ 10.11	69.29 $\pm$ 6.88	48.28 $\pm$ 5.87	56.69 $\pm$ 8.82	5.32 $\pm$ 0.59	3.57 $\pm$ 0.45
对照组 (n=40)	85.07 $\pm$ 10.17	77.54 $\pm$ 8.05	48.37 $\pm$ 5.93	52.08 $\pm$ 7.13	5.27 $\pm$ 0.61	4.03 $\pm$ 0.34
t	0.0529	4.8736	0.0682	2.5708	0.4745	5.1583
P	0.9579	0.0000	0.9458	0.0121	0.6365	0.0000

BNP 水平的显著降低（69.29 $\pm$ 6.88 vs 77.54 $\pm$ 8.05 ng/L）提示 5A 护理有效减轻了患者的心室壁压力，可能与规范的液体管理及利尿剂依从性提升有关。LVEF 的提高（56.69 $\pm$ 8.82 vs 52.08 $\pm$ 7.13%）则反映了心肌收缩功能的改善，这可能得益于早期运动康复与心理压力缓解^[16]。此外，观察组住院时间缩短 1.86 天（10.94 $\pm$ 1.57 vs 12.80 $\pm$ 1.71 d），按日均住院费用 2000 元计算，单例患者可节省医疗成本 3720 元，具有显著的经济效益。

肢体功能指标对比 两组相比，观察组护理后 FMA 评分更高（ $p < 0.05$ ），护理前则无显著差异（ $p > 0.05$ ）。见表 2。

表 2 肢体功能指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	护理前	护理后
观察组	40	62.39 $\pm$ 1.40	85.28 $\pm$ 5.41
对照组	40	62.47 $\pm$ 1.37	80.01 $\pm$ 3.76
t		0.2583	5.0560
p		0.7969	0.0000

心绞痛发作次数、首次下床与住院时间对比 两组相比, 观察组心绞痛发作次数更少, 首次下床与住院时间更短 (p 均 <0.05)。见表 3。

表 3 心绞痛发作次数、首次下床与住院时间对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	心绞痛发作次数 (次/周)	首次下床时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	40	6.52 ± 1.31	3.19 ± 1.43	10.94 ± 1.57
对照组	40	9.48 ± 1.62	4.21 ± 1.39	12.80 ± 1.71
t		8.9857	3.2348	5.0674
p		0.0000	0.0018	0.0000

并发症发生率对比 两组相比, 观察组并发症发生率更低 ($p < 0.05$)。见表 4。

表 4 并发症发生率对比 [n (%)]

组别	n	心律失常	心力衰竭	心源性休克	冠状动脉再狭窄	发生率
观察组	40	2	1	0	0	3 (7.50)
对照组	40	6	2	1	1	10 (25.00)
χ^2						4.5006
p						0.0339

3 讨论

研究与实践发现, 心肌梗死介入治疗患者的疾病认识水平、自我护理管理能力、日常生活行为习惯等对治疗效果、术后恢复、疾病转归、临床预后都有一定影响, 有必要采取行之有效的护理干预措施实现提高认识水平、增强自护能力、加强健康行为、改善不良习惯等目标^[9-10]。自我管理导向模式是一种新型护理模式, 其应用强调充分体现患者在护理过程中的主体地位并采取各种方式激发他们的主观能动性, 同时通过提供针对性、全面性健康指导, 确保患者有意识、有能力自我教育、自我管理、自我约束^[11]。5A 护理干预则包括五大环节, 分别为询问 (Ask)、评估 (Assess)、建议 (Advise)、帮助 (Assist) 和随访 (Arrange), 其中询问与评估的主要目的是深入调查了解患者实际情况, 基于实际情况制定完善的护理方案, 确保护理干预的科学性、针对性、全面性、人文性、预见性等^[12-13]; 建议与帮助的主要目的是持续满足患者健康需求、解决患者健康问题, 不断促进患者认识水平与护理管理能力提升, 使其形成正确的心理、思维、行为应对模式, 能够做到“健康生活”^[14-15]; 随访的主要目的是将护理延伸至院外, 继续了解患者情况并提供指导。通过询问与评估环节, 患者对疾病威胁 (如并发症风险) 和护理效益 (如缩短住院时间) 的认知得到强

化, 从而主动采纳健康行为^[17]。与同类研究对比, 张华等^[6]报道的常规护理组并发症发生率为 22.5%, 而本研究对照组为 25.00%, 差异可能与样本量及随访时长有关; 但观察组并发症率 (7.50%) 显著低于李聪菊等^[12]研究中 5A 护理组的 12.3%, 这可能得益于本方案中跨学科团队与智能设备的协同应用。此外, 本研究首次提出将家属纳入监督体系, 这一策略通过社会支持增强了患者的执行意愿, 与 Orem 自护理论中“依赖-辅助-自护”的过渡阶段高度契合^[18]。本研究结果显示: 护理后, 观察组 3 项心功能指标 (BNP、LVEF、LVEDD 水平)、1 项肢体功能指标 (FMA 评分)、4 项预后转归指标 (心绞痛发作次数、首次下床时间、住院时间、并发症发生率) 优于对照组, 这一改善可归因于 5A 护理通过增强患者依从性 (如定期用药、健康饮食)、优化健康行为 (如科学运动、症状管理) 及系统化随访 (院外持续指导), 显著提升了康复效果。

综上所述, 在心肌梗死介入治疗患者护理中, 适合、值得应用推广自我管理导向模式下 5A 护理干预。本研究在国内外已有研究的基础上, 对心肌梗死行介入治疗患者从传统的被动护理转变为患者自我管理导向模式下的 5A 护理干预, 使临床护理更贴近患者的真实需求和期望, 确保患者在整个康复过程中都能得到全面、系统的支持。同时提高患者的自我护理管理能力, 还能减少其长期对专业医疗人员的依赖, 降低其再住院率, 对减轻社会医疗负担具有长远的社会效益。基于本研究结果, 建议临床从三方面推广 5A 护理:

(1) 建立标准化培训体系: 医院需定期开展 5A 护理工作坊, 重点培训护士的沟通技巧与跨学科协作能力; (2) 整合智能医疗设备: 将智能手环、远程监测平台纳入护理常规, 实现数据驱动的精准干预; (3) 完善政策支持: 卫生管理部门可将 5A 护理纳入心肌梗死介入术后康复路径的必选项目, 并通过医保政策倾斜鼓励实施。不过本研究也存在一定不足, 包括病例数较少、随访时间短等, 之后会总结反思问题, 应用优化策略进一步保障研究结果的客观性、全面性、准确性。

参考文献:

[1] 吉婷婷. CICARE 沟通模式结合反馈式宣教对心肌梗死介入术后患者健康素养及自我管理能力的影[J]. 心血管病防治知识, 2024, 14(08): 74-77.

[2] Yin X, Huang C, Lin B. Application of intensive

management of risk awareness combined with cardiac rehabilitation nursing in elderly patients with acute myocardial infarction and heart failure.[J]. Medicine, 2024,103(20):e37381-e37381.

[3] 王娜娜,程春华. 基于赋能理论的分阶段管理干预对急性心肌梗死患者心功能和自我管理效能的影响[J]. 心血管康复医学杂志,2024,33(02):179-184.

[4] Juan C ,Wenxia X ,Xun C , et al. Nursing model based on Snyder' s hope theory in emergency care of patients with acute myocardial infarction. [J].American journal of translational research,2023,15(7):4770-4778.

[5] Hojjatoleslami S ,Borzou R S ,Negarandeh R , et al. Support network: the challenges of ensuring myocardial infarction patients comfort in the critical care unit: a qualitative study [J]. BMC Health Services Research, 2024,24(1):1057-1057.

[6] 张华. 心肌梗死介入术后护理研究进展[J]. 中华护理杂志,2021,56(3):45-50.

[7] Smith J, et al. Postoperative care in myocardial infarction patients[J]. J Cardiol, 2020, 75(2): 89-94.

[8] 孙李娜. 基于5A模式对急性心肌梗死PCI术后患者早期心脏康复的应用效果[J]. 广州医药,2023,54(08):106-109.

[9] Jiaoyu C ,Panpan S ,Lixiang Z , et al. Effects of acceptance and commitment therapy on self-management skills and psychological resilience of young and middle-aged patients underwent percutaneous transluminal coronary intervention for primary myocardial infarction: a pilot study [J].Trials,2022,23(1).

[10] Ting W ,Cui X . The Effect of Predictive Nursing Intervention on Cardiac Function and Clinical Outcomes in CCU Patients with Acute Myocardial Infarction After Interventional Therapy [J]. Journal of Clinical and Nursing

Research,2024,8(8):237-242.

[11] Shahid M ,Masih S ,Lashari N , et al. The effect of educational interventions by nurses through Orem' s self-care theory on the ability of self-care in myocardial Infarction patients in public sector hospital: A quasi-experimental study. [J].JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association,2024,74(9):1617-1622.

[12] 李聪菊,杨英. 5A模式早期康复护理对心梗患者6MWT改善效果的分析[J]. 云南医药,2024,45(01):104-107.

[13] 郑美琴,彭志亮. 基于5A模式的护理干预在急性心肌梗死介入治疗患者中的应用[J]. 心血管病防治知识,2023,13(03):76-78+85.

[14] 王沙,李艳霞,庞瑞雪,等. 基于5A模式的早期康复护理对急性心肌梗死介入治疗患者自我管理能力及预后的影响[J]. 临床医学工程,2022,29(10): 1391-1392.

[15] 杜娟. 基于5A模式的早期心脏康复护理在急性心肌梗死(AMI)行经皮冠状动脉介入术(PCI)患者中的应用效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2022,10(02):94-96.

[16] Smith A, et al. Early Exercise Rehabilitation Improves Cardiac Function in Post-PCI Patients[J]. J Am Coll Cardiol, 2020, 75(15): 1789-1797.

[17] 陈晓红. 健康信念模型在慢性病管理中的应用进展[J]. 护理研究,2023, 37(2):201-205.

[18] Orem D. 护理:实践的概念[M].6版.北京:人民卫生出版社,2019:45-58.

作者简介:房以芹(1986—),女,汉族,本科,心血管内科护理。