

本文引文格式: 竟爱萍, 赵俊芳, 成卫卫, 等. 不同护理干预对冠心病经皮冠状动脉介入治疗患者自我管理能力的影

响[J]. 右江民族医学院学报, 2025, 47(4): 735-740.

【临床护理】

不同护理干预对冠心病经皮冠状动脉介入 治疗患者自我管理能力的影

竟爱萍, 赵俊芳, 成卫卫, 张艳红, 李红, 宋琼

(滨州医学院附属医院, 山东 滨州 256600)

摘要:目的 探讨不同护理模式对冠心病经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后患者自我管理能力的影。方法 选取 2024 年 6 至 10 月山东省滨州市某三甲医院收治的 PCI 术后患者当作研究对象, 随机分为对照组、时机理论护理组和奥马哈理论护理组, 每组 30 例。对照组: 应用常规模式进行常规护理和随访; 时机理论护理组: 在常规护理的基础上应用基于时机理论的护理干预进行护理和随访; 奥马哈理论护理组: 在常规护理的基础上应用基于奥马哈理论的护理干预进行护理和随访。比较不同护理干预措施对患者 6 min 步行距离和自我管理能力的影响。结果 干预后 3 组患者 6 min 步行距离和自我管理能力各维度评分均显著提高($P < 0.05$)。组间比较显示, 时机理论护理组和奥马哈理论护理组 6 min 步行距离、自我管理总分及疾病知识、日常生活、遵医行为、急救技能和情绪管理等维度评分均显著高于常规护理组; 且奥马哈理论组在干预后的 6 min 步行距离、量表总分、日常生活知识维度、遵医行为维度、急救技能维度、情绪管理维度均高于时机理论护理组($P < 0.05$)。结论 基于奥马哈理论及基于时机理论的护理干预均能提高自我管理能力, 而奥马哈理论的干预效果更优。

关键词: 不同护理干预; 冠心病; 经皮冠状动脉介入治疗; 自我管理能力

中图分类号: R473.5

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2025)04-0735-06

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2025.04.033

冠状动脉硬化心脏病是由冠状动脉狭窄或闭塞引发心肌缺血的全球性公共卫生问题^[1-2]。2023 年中国心血管健康与疾病报告显示, 我国冠心病患者已超 1 139 万, 心血管疾病年住院费用高达 1 773 亿元, 疾病负担严峻^[3-4]。经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)虽能快速改善心肌供血, 但无法阻断动脉粥样硬化进程, 术后症状复发和再入院风险仍较高^[5]。研究表明^[6-8], 患者自我管理能力不足会直接影响疾病预后与生活质量, 而有效的自我管理可显著延缓病情进展并降低并发症风险, 因此提升术后自我管理能力成为护理干预的关键目标。

时机理论护理干预是一种新型的护理干预模式, 将病程分为诊断期、稳定期、准备期、实施期及适应期 5 期, 主要强调患者在疾病不同护理阶段中不断变化的需求, 帮助护理人员确定患者教育和支持的适当时机, 以满足患者动态变化需求^[9-10], 基于时机理论制定

的 PCI 患者智慧健康教育方案, 有助于提高患者出院准备度及自我管理能力、降低再入院率^[11]。奥马哈系统是用于护理和医疗保健的标准化框架, 用于评估、记录和交流患者信息, 协助提供高质量的护理。将患者信息分类, 包括患者的健康状况、护理问题、护理干预和结果, 帮助医疗护理人员评估患者需求并制定适当的护理计划^[12]。对老年高血压患者予以根据奥马哈系统地护理干预, 能够有效的控制血压水平, 从而提升患者的自我管理能力, 减轻疾病对生活质量的影, 且心脑血管不良事件发生率更低^[13]。时机理论是跨学科的实践性概念, 强调时间窗口对决策的影响。而奥马哈理论是护理学领域的专业工具, 多用于标准化护理流程。本研究将基于奥马哈理论的护理干预及基于时机理论的护理干预用于 PCI 术患者, 对比不同理论指导下的护理干预对于 PCI 术后患者的自我管理能力的影效果 and 差异, 为 PCI 术后患者护理方式选择提

基金项目: 滨州医学院附属医院护理“育英项目”(BYFYHL-YY202206)

第一作者: 竟爱萍, 主管护师, 研究方向: 临床护理, E-mail: Xp160104@163.com

通讯作者: 宋琼, 副主任护师, 研究方向: 临床研究, E-mail: 23787293@qq.com

供理论支持。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究随机选取 2024 年 6 月~10 月山东省滨州市某三甲医院心内科收治的住院 PCI 患者当作研究对象,共计 120 例。经纳入与排除,共计 90 例纳入研究。研究对象均为自愿加入的,并签署了知情同意。本研究通过医院伦理委员会批准(KYLL-154)。纳入标准:①遵守《2018 中国稳定性冠心病诊断与治疗指南》^[14]的冠心病诊断标准,并通过心血管医生确诊;②30~70 岁;③第一次行经冠脉造影+PCI 术的患者;④生命体征稳定且自愿加入本研究;⑤能正确理解调查问卷相关内容。排除标准:①合并充血性心力衰竭、呼吸系统疾病、周围血管疾病;②合并重要脏器严重损害;③合并肢体运动障碍或交流障碍;④有精神疾病,无法配合调查者。脱落标准:①干预期间自动放弃本研究或失访者;②中途因病情加重或出现其他疾病如关节疾病等影响运动者;③拒绝执行本方案者。

1.2 分组 采用随机数字表法(由非研究成员盲选),将 90 例合格受试者按照入组时间随机获得编号,按序号前 30 例分配至对照组,中间 30 例至时机理论护理组,后 30 例至奥马哈理论护理组,每组 30 例。研究实施护士知晓分组,但结局评估者(康复师和数据统计员)对分组信息设盲。经 χ^2 检验和方差分析,3 组在年龄、性别等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),可以进行比较。

1.3 干预方法 对照组:实施常规护理,每日 1 次 10~15 min 查房,包括生命体征监测、用药指导、穿刺护理、并发症预防及口头宣教。时机理论护理组:在对照组的基础上实施时机理论护理干预。奥马哈理论护理组:在对照组的基础上实施奥马哈理论护理干预。具体措施如下:建立基于奥马哈理论的护理干预计划:从 4 个方面评估护理问题:环境、健康相关行为、心理社会和生理。研究人员动态调整护理评价,使用干预护

理计划和评估记录表全方位评估患者面临的护理问题。向患者提供 PCI 健康教育有关的知识和资料,经常对患者和家属进行健康宣教,一对一解答患者和家属的疑问,并邀请他们参加 PCI 相关讲座。主要从以下几个方面进行宣教和指导:a. 日常生活管理:生命体征自测,指导 PCI 术后饮食,活动频率及强度;b. 疾病知识:冠心病的症状及诱因,术前准备及术后恢复注意事项,如出现不舒服,马上咨询心内科医生;c. 遵医行为:遵医吃药,如药物用量、用法、服用时间和途径等,必须戒烟,定期复诊;d. 急救技能:怎样发现冠心病的发作和自救;e. 情绪管理:以成功事例为例,增加患者对恢复自信心、指导消除坏心情。以奥马哈系统成效评分表为基础,采用 Likert 5 分法从患者状态、行为状态、认知状态 3 个角度进行综合评价,1 分为最差,5 分为最佳。创立依托于时机理论护理干预方式:住院后,分发患者健康手册,依照手册的内容,开始医院内外的干预方式,分 3 个梯度进行:①确诊期:讲授冠状动脉性心脏病的知识,激励患者用良好的心理状态坦然面对疾病;这种疾病是可防治的,因此需积极配合,不必过于忧虑;②围手术期:依照健康手册中图片、视频对患者行健康指导,并仔细聆听,讲述 PCI 术与 CHD 有关内容、治疗效果及预计后果,知晓疾病并改善情绪,积极配合治疗;术后引导,现场示范动态体位,缓解术侧上肢肌肉紧张的方式;手术后饮食建议以清淡、易消化吸收的食物为主,更多的摄入瓜果蔬菜和粗粮,保持大便顺畅;③出院前期:为患者提供康复理疗方案,譬如饮食提示,同意使用医生指导的药物(药物名称、用法用量及注意事项标注于备忘本上并告诉家属),居家运动(根据心脏功能指标变化选择散步、慢跑、还是骑自行车等运动);告知出院后随访和复查的时间(术后 3 个月内,每月 1 次,之后每 3 个月 1 次随访),药物干预后如有不适需及时就诊;提供情绪价值:家人腾出一定的空闲时间,定期携患者参与社会活动。

表 1 奥马哈理论护理干预内容及执行细节

领域	具体措施	频率或时长	执行人员	工具或形式
环境	评估居家安全(如防跌倒设施)、经济支持;指导家属调整家庭环境(如减少噪音)	入院时评估,出院前 1 d 复评	主管护师	家庭环境核查表、家属访谈
健康行为	制定个性化运动处方(如术后第 3 天开始床边踏步,5 分钟/次,2 次/日);用药依从性监督(电子药盒)	每日指导,出院后每周电话随访	主管护师+住院医师	运动日志、用药提醒 APP
心理社会	社会正念减压训练(每日 15 min 呼吸练习)、家属参与式心理疏导(每周 2 次团体座谈)	每日 1 次,团体活动每周 2 次	副主任护师主导	正念音频、心理支持小组记录表
生理	疼痛管理(NRS 评分 ≥ 4 分时启动阶梯镇痛)、便秘预防(每日腹部按摩+膳食纤维监测)	每 4 h 评估 1 次	责任护士	疼痛评估量表、排便记录卡

1.4 观察指标 收集患者的基线资料调查表;调查问卷是研究团队自行设计的,包括患者姓名、年龄、居住状况和地区、婚姻状况、文化程度、职业、收入、家庭构成、病情、状态、合并症等。冠脉支架植入患者的自我管理自我评估量表;该量表用于评估冠脉支架植入患者的自我管理自我管理能力^[6]。该量表由日常生活知识、情绪管理、疾病知识、急救技能和医生的遵医嘱行为 5 个项目组成,共有 25 个项目都可使用 Likert 3 等级评价方法,1 分代表不了解,3 分代表了解并做到,分值越高代表自我管理自我管理能力越好。这个量表的 Cronbach's α 系数 0.883,内容效度指数(CVI)0.933,信效度良好。6 min 步行实验;在环境良好的平地上测量 30 m 距离,让患者沿着直线快速地往返,在 6 min 时停止行走并测量步行的距离。步行距离决定运动处方。所有量表均由经过培训的 2 名研究人员指导患者填写。在患者复诊和随访时发放调查问卷。确认每次收集的问卷没有错误之后,再进行汇总。据 4 个量表本研究累积分发了 360 份调查问卷,有效回收率为 100%。

1.5 统计学方法 使用 SPSS 27.0 软件实施统计分析,计数资料使用 $[n(\%)]$ 描述,计量资料首先使用 Shapiro-Wilk test 检验正态性,使用 $(\bar{x} \pm s)$ 描述符合正态分布或近似正态分布的计量资料,使用 $M(P_{25} \sim P_{75})$ 描述不符合正态分布的计量资料。使用 χ^2 检验,对比分析计数资料在 3 组之间的差异情况;使用方差分析方法,分析正态分布或近似正态分布计量资料在 3 组之间的差异情况;使用 Dunnett 法实施事后两两比较;非正态分布计量资料在 3 组之间的差异情况使用 Kruskal-Wallis H 检验;使用配对 t 检验,对比分析干预前后的自我管理自我评估量表得分差异的情况。检验水准为: $\alpha=0.05$,即 $P < 0.05$ 具有统计学差异。

2 结果

2.1 研究对象基本信息情况 本研究共纳入经皮冠状动脉介入治疗患者 90 例,其中对照组、时机理论护理组和奥马哈理论护理组均为 30 例,各占 33.30%。基础信息资料比较结果显示,3 组患者在支架数、性别、吸烟、饮酒、职业、收入、文化水平、糖尿病、高血压、高血脂、肥胖、年龄和住院天数方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。表明 3 组患者基线资料均衡,具有可比性。见表 2。

2.2 护理前后患者 6 min 步行距离和自我管理能力情况比较 根据 6 min 步行距离结果显示,干预后的 6 min 步行距离大于干预前,干预后患者量表总分、日常生活知识维度和疾病知识维度、遵医嘱行为维度、急救技能维度和情绪管理维度方面评分均高于干预前,且差异具有统计学意义($P < 0.001$)。见表 3。

表 2 不同模式护理组患者基本资料情况比较

指标	对照组 ($n=30$)	时机理论 护理组 ($n=30$)	奥马哈理 论护理组 ($n=30$)	χ^2/H	P
支架数				0.169	0.919
1 支	26	25	25		
2 支	4	5	5		
性别				0.341	0.843
男性	22	23	21		
女性	8	7	9		
是否吸烟				0.662	0.718
否	19	17	20		
是	11	13	10		
是否饮酒				0.267	0.875
否	14	16	15		
是	16	14	15		
职业				0.623	0.733
农民	16	15	13		
非农民	14	15	17		
收入(元/月)				0.759	0.944
$\leq 1\ 500$	7	9	8		
$1\ 501 \sim 3\ 000$	11	12	12		
$\geq 3\ 000$	12	9	10		
文化水平				0.271	0.873
初中及以下	13	14	12		
初中以上	17	16	18		
是否糖尿病				0.818	0.664
否	24	22	21		
是	6	8	9		
是否高血压				0.287	0.866
否	20	19	18		
是	10	11	12		
是否高血脂				0.089	0.956
否	14	15	14		
是	16	15	16		
是否肥胖				0.719	0.698
否	25	27	25		
是	5	3	5		
年龄/岁	63(54~63)	62(37~68)	65(57~68)	0.316	0.854
住院天数/d	4(4~5)	5(4~6)	5(4~5)	3.710	0.156

注:表内计数资料数据以 n 表示;计量资料数据以 $M(P_{25} \sim P_{75})$ 表示。

2.3 3 组患者干预前后 6 min 步行距离差异比较 6 min 步行距离结果显示,干预前 3 组患者 6 min 步行距离差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,无论对照组,还是时机理论护理组或奥马哈理论护理组患者 6 min 步行距离均高于干预前,且差异具有统计学意义($P < 0.05$)。此外,干预后时机理论护理组和奥马哈理论护理组 6 min 步行路程均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),且干预后的奥马哈理论护理组 6 min 步行路程高于时机理论护理组($P < 0.05$)。见表 4。

表 3 护理前后患者 6 min 步行距离和自我管理能力情况比较

项目	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
6 min 步行距离/m	90	373.04±84.51	432.56±91.55	-14.415	<0.001
量表总分	90	43.28±2.78	60.30±5.72	-28.398	<0.001
日常生活知识维度	90	14.43±1.07	18.87±2.02	-24.143	<0.001
疾病知识维度	90	7.72±0.84	11.98±0.92	-31.400	<0.001
遵医行为维度	90	5.48±0.86	8.09±0.80	-26.915	<0.001
急救技能维度	90	7.50±0.81	10.46±1.31	-23.039	<0.001
情绪管理维度	90	7.40±0.54	10.93±1.57	-21.110	<0.001

注:表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

表 4 3 组患者干预前后 6 min 步行距离比较结果

单位:m

6 min 步行距离	对照组 (<i>n</i> = 30)	时机理论护理组 (<i>n</i> = 30)	奥马哈理论护理组 (<i>n</i> = 30)	<i>F</i>	<i>P</i>
干预前	346.20±85.37	387.27±89.84	385.67±73.76	2.341	0.102
干预后	380.93±85.49	443.47±87.45 ^a	473.27±78.57 ^b	9.460	<0.001
<i>t</i>	-19.438	-29.759	-8.699		
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001		

注:①表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。②与干预后的对照组比较,a: $P < 0.01$,b: $P < 0.001$ 。

2.4 3 组患者干预前后自我管理能力评分差异对比

根据 3 组患者自我管理评分结果显示,干预前 3 组患者量表总分、日常生活知识维度、遵医行为维度、疾病知识维度、急救技能维度和情绪管理维度方面评分之间差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,时机理论护理组和奥马哈理论护理组量表总分、日常生活知

识维度和疾病知识维度、遵医行为维度、急救技能维度和情绪管理维度方面评分均高于对照组,奥马哈理论护理组的量表总分、日常生活知识维度、遵医行为维度、急救技能维度、情绪管理维度均高于时机理论护理组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 3 组患者干预前后自我管理评分结果比较

项目	对照组 (<i>n</i> = 30)	时机理论护理组 (<i>n</i> = 30)	奥马哈理论护理组 (<i>n</i> = 30)	<i>F</i>	<i>P</i>
总分					
干预前	43.70±3.10	42.90±2.64	43.23±2.61	0.621	0.540
干预后	53.57±2.21	61.30±2.56 ^a	66.03±2.65 ^{ab}	193.343	<0.001
<i>t</i>	-14.206	-27.377	-33.61		
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001		
日常生活知识维度					
干预前	14.27±1.11	14.53±1.07	14.50±1.04	0.546	0.581
干预后	16.83±1.09	18.87±1.07 ^a	20.90±1.27 ^{ab}	94.381	<0.001
<i>t</i>	-9.046	-15.623	-21.347		
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001		
疾病知识维度					
干预前	7.77±1.22	7.83±0.53	7.57±0.57	0.825	0.441
干预后	11.30±0.84	12.10±0.71 ^a	12.53±0.78 ^a	19.475	<0.001
<i>t</i>	-13.061	-26.318	-28.281		
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001		
遵医行为维度					
干预前	5.33±0.76	5.63±0.85	5.47±0.97	0.906	0.408
干预后	7.40±0.77	8.17±0.47 ^a	8.09±0.80 ^{ab}	35.197	<0.001
<i>t</i>	-10.475	-13.844	-16.412		
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001		

表 5(续) 3 组患者干预前后自我管理评分结果比较

项目	对照组 (<i>n</i> = 30)	时机理论护理组 (<i>n</i> = 30)	奥马哈理论护理组 (<i>n</i> = 30)	<i>F</i>	<i>P</i>
急救技能维度					
干预前	7.43±0.90	7.33±0.88	7.73±0.58	2.023	0.138
干预后	9.07±0.87	10.60±0.72 ^a	11.70±0.60 ^{ab}	96.388	<0.001
<i>t</i>	-7.163	-15.658	-26.054		
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001		
情绪管理维度					
干预前	7.40±0.56	7.37±0.49	7.43±0.57	0.114	0.893
干预后	9.03±0.67	11.57±0.94 ^a	12.20±0.66 ^{ab}	143.317	<0.001
<i>t</i>	-10.233	-21.786	-29.862		
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001		

注:①表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。②与干预后的对照组比较,a: $P < 0.001$;与干预后的时机理论护理组比较,b: $P < 0.05$ 。

3 讨论

3.1 基于时机理论的护理干预能提高患者自我管理能力及 6 min 步行距离 时机理论是近期的一种护理模式,可满足患者动态变化需求,在不同的时间、不同的理疗阶段对患者实施不同的干预方法,最终提高患者的康复效果^[15]。基于时机理论的延伸护理服务可提高老年冠状动脉性心脏病 PCI 术后患者的自我保护能力和生活质量水平,降低术后并发症的发生^[16]。本研究结果显示干预后,基于时机理论的护理组 6 min 步行距离、日常生活知识维度、遵医行为维度、疾病知识维度、急救技能维度和情绪管理维度方面评分都高于对照组。表明基于时机理论的护理干预可提高患者的自我管理能力及活动能力。

3.2 基于奥马哈理论护理干预能提高患者自我管理能力及 6 min 步行距离 奥马哈系统从地域、心理、社会、人文健康、行为、生理各个方面做整体评估,以管理患者护理疑问为主,对患者进行健康知识宣教,有必要定期随访,整体评估患者的地域环境,对改正不良习惯的认知有待提升,进一步提升居家自我护理的能力^[17]。奥马哈系统护理建立护理团队,评估患者机体状况,并通过层层落实护理措施,实现护理目标,不仅能够有效改善患者临床症状,还能够帮助患者掌握正确的健康知识,培养健康行为,从而增强自我管理能力和^[18]。本研究结果显示干预后,基于奥马哈理论的护理干预组 6 min 步行距离、日常生活知识维度、遵医行为维度、疾病知识维度、急救技能维度和情绪管理维度方面评分都高于对照组。表明基于奥马哈的护理干预可提高患者的自我管理能力及活动能力。

3.3 基于奥马哈理论护理干预优于基于时机理论的护理干预 本研究结果显示干预后,奥马哈理论护理组的量表总分、日常生活知识维度、遵医行为维度、急救技能维度、情绪管理维度均高于时机理论护理组。

表明基于奥马哈理论的护理干预优于基于时机理论的护理干预对冠心病 PCI 患者在自我管理能力及活动能力的影响。时机理论的特点在于动态适应性、灵活性,强调在关键时间窗口实施针对性干预,但缺点在于需准确判断患者所处阶段,干预时机选择不当可能影响效果,且对于资源的消耗较大,因为往往需要追踪患者状态,并动态调整方案。而奥马哈理论优势在于能够提供标准化的护理框架,制定个性化干预计划,但因为标准化框架的限制,往往可能存在灵活性不足的问题。本研究结果显示,灵活性较强的时机理论效果低于标准化奥马哈理论护理。即针对大多数人而言,标准化程序往往能够更好地提高患者自我管理能力和^[18]。

3.4 奥马哈理论干预效果优于时机理论的可能机制分析 奥马哈系统的核心优势在于其标准化的问题分类框架(环境、健康行为、心理社会、生理)与动态—静态结合的评估模式。本研究中,奥马哈组可能通过全面性问题识别和闭环干预链条路径实现更优效果。入院时的基线评估覆盖居家环境(如防跌倒设施)、健康行为(如吸烟史)、心理状态(SAS 评分)等多维度,早期发现隐蔽风险(如经济困难导致的药物中断倾向),较时机理论“分阶段聚焦”模式更能预防远期管理漏洞。以“评估—计划—干预—再评价”循环驱动护理措施迭代。例如,当健康行为领域评分未达标时,触发“用药依从性监督+家属协同提醒”组合干预,形成“问题识别—资源调动—行为强化”的闭环,优于时机理论单一时点的阶段性干预。奥马哈组通过模块化健康教育设计与精准个体化调整的结合,解决了“标准化框架灵活性不足”的潜在缺陷。此外,时机理论组的动态适应性需消耗更高护理资源,而奥马哈组通过流程标准化与工具创新实现降本增效。本研究也存在不足之处,部分患者因认知功能差异(如老年患者)未能准确感知自身所处康复阶段,导致“确诊期”心理干预与患者实际

需求错位,这是时机理论的“阶段判断困境”。而奥马哈系统也存在“过度标准化风险”,标准化流程可能抑制部分人群的自主决策需求,未来需探索分人群适配策略。

4 结论

本研究结果表明,基于奥马哈理论及基于时机理论的护理干预均能提高自我管理能力和奥马哈理论的干预效果更优。奥马哈理论通过结构化评估—模块化干预—家庭深度参与的路径,在提升冠心病 PCI 患者自我管理能力方面具有普适优势;而时机理论可通过关键阶段精准干预满足特定人群需求。临床实践中应建立“标准为主,灵活为辅”的护理模式,结合资源配置优化与技术创新,最终实现患者预后与医疗效益的双重提升。

参考文献:

- [1] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:232.
- [2] 宣风琦,王祖禄.《中国心血管病一级预防指南》解读[J].临床军医杂志,2022,50(6):551-553.
- [3] 刘明波,何新叶,杨晓红,等.《中国心血管健康与疾病报告 2023》概要(心血管疾病流行及介入诊疗状况)[J].中国介入心脏病学杂志,2024,32(10):541-550.
- [4] ROGER V L,GO A S,LLOYD-JONES D M,et al. Heart disease and stroke statistics: 2011 update; a report from the American heart association[J]. Circulation, 2011, 123(4): e18-e209.
- [5] SONG Y,GAO Z,TANG X F,et al. Impact of residual SYNTAX score and its derived indexes on clinical outcomes after percutaneous coronary intervention; data from a large single center[J]. Chin Med J: Engl, 2018, 131(12): 1390-1396.
- [6] 吕仙,段宝凤.冠心病患者自我管理行为的研究进展[J].中国老年保健医学,2023,21(6):108-111.
- [7] 高玉英.个体化动机性访谈对冠心病病人自我管理行为干预的应用效果研究[D].大连:大连医科大学,2018.
- [8] 于万慧,迟嘉婧,安冉,等.青年癌症病人自我管理研究进展[J].护理研究,2022,36(23):4238-4242.
- [9] 徐璠卉,高维杰,高霞,等.提升经皮冠状动脉介入治疗术后患者出院准备度的最佳证据总结[J].中国实用护理杂志,2021,37(6):475-481.
- [10] GALVIN E C, WILLS T, COFFEY A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis[J]. J Adv Nurs, 2017, 73(11): 2547-2557.
- [11] 邱小英.基于时机理论制定 PCI 患者智慧健康教育方案及应用研究[D].长沙:湖南师范大学,2021.
- [12] 李映兰,黄金月,夏海鸥,等.高级护理实践导论[M].8版.北京:人民卫生出版社,2016:117-123.
- [13] 刘萍.基于奥马哈系统的护理干预应用于老年高血压患者的效果[J].心血管病防治知识,2023,13(9):38-41.
- [14] 中华医学会心血管病分会介入心脏病学组,中华医学会心血管病学会动脉粥样硬化与冠心病学组,中国医师协会心血管内科医师分会.稳定性冠心病诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2018,46(9):680-694.
- [15] 郑锐.基于时机理论的延伸护理服务对老年冠心病患者 PCI 术后自护能力及生活质量的影响[J].黑龙江医药科学,2020,43(2):141-142.
- [16] 袁志婷,贡欢欢,于雨,等.时机理论框架下授权赋能教育对急性心肌梗死介入术后应对方式及自我管理能力的影 响[J].现代医学,2024,52(3):384-391.
- [17] 梁福荣.基于奥马哈系统的延续性护理对银屑病患者治疗依从性、自我效能及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(15):2860-2864.
- [18] 申美容,潘妖桃.营养管理联合奥马哈系统护理对慢性肾衰竭腹膜透析患者自我护理能力及营养状态的影响[J].智慧健康,2021,7(18):184-186.

收稿日期:2025-03-18;修回日期:2025-04-20

(本文编辑 覃黎黎)