

“互联网+”的延续性护理对冠心病PCI术后康复效果和生活质量的影响研究

杨 杏

西安交通大学第一附属医院-心内科 陕西 西安 710000

摘要：目的：研究“互联网+”的延续性护理对冠心病PCI术后康复效果和生活质量的影响。方法：采用便利抽样法，选择2023年9月-2024年12月收治的90例冠心病患者作为此次研究的实验对象，以抽签的方式分组，每组各45例冠心病患者，抽中绿签者选入联网组，实施“互联网+”的延续性护理，抽中黄签者选入延预组，实施常规的延续性护理，比较联网组与延预组的康复效果、治疗依从性、运动耐量和生活质量。结果：干预后，联网组与延预组冠心病患者的康复效果、治疗依从性、运动耐量和生活质量差异较大，联网组明显更高，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：“互联网+”的延续性护理对冠心病PCI术后康复效果和生活质量的影响更大，应于临床广泛推广。

关键词：“互联网+”的延续性护理；冠心病；PCI术；康复效果；生活质量

冠心病为临床典型的心脏病之一，因冠状动脉粥样硬化致使心肌缺血缺氧，严重损害患者心功能与机体健康^[1]。PCI即经皮冠状动脉介入治疗，是目前治疗冠心病的主要方法，有助于疏通堵塞血管，心肌血流恢复正常。由于疾病痛苦、手术创伤等因素，导致患者治疗依从性降低，影响康复效果^[2]。现如今，有报道称^[3]“互联网+”的延续性护理对冠心病PCI术后康复效果和生活质量的影响较大，为了验证此内容，本文特选择2023年9月-2024年12月收治的90例冠心病患者作为此次研究的实验对象，以抽签的方式分组，比较联网组与延预组的康复效果、治疗依从性、运动耐量和生活质量。详细报告如下：

1.1 基本资料

选择2023年9月-2024年12月收治的90例冠心病患者作为此次研究的实验对象，以抽签的方式分组，每组各45例冠心病患者，抽中绿签者选入联网组，实施“互联网+”的延续性护理，抽中黄签者选入延预组，实施常规的延续性护理。延预组（男患26例，女患14例），年龄介于56-72岁之间，均龄（ 63.66 ± 5.17 ）岁；联网组（男患27例，女患13例），年龄介于57-73岁之间，均龄（ 64.88 ± 5.63 ）岁。研究对象的基本资料具有可比性（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：实验内容经伦理委员会批准，对象符合冠心病诊断标准^[4]，由心电图、CT检查确诊，年龄 > 18 岁，知晓实验操作，并同意实验内容。

排除标准：不配合者；近期手术史者；合并癌症、免疫性疾病者；语言表达不畅者；认知功能障碍者；器

官功能异常者^[5]。

1.2 方法

延预组实施常规的延续性护理，向患者详细讲解冠心病PCI术后知识，指导患者正确饮食与用药，注意疏导患者不良情绪，时刻注意血压、血氧等指征变化，每周进行一次电话随访。

联网组实施“互联网+”的延续性护理：首先，创建微信公众号与病友群，邀请出院患者及其家属关注公众号，并进入病友群，为每位患者建立随访档案，包括基本信息、手术流程、用药情况等，实行针对性延续性护理。由专科医师与护士定期向公众号上传与冠心病和PCI有关的科普文章、视频、调查问卷，并通过图片与文字相结合的方式提供药物、饮食、运动指导，强化患者自我效能，保证其正确用药、科学进食、合理锻炼，为患者早日康复提供助力。其次，互动交流。由专职人员每日定时发送用药提醒，督促患者按时按量用药。微信群提供24小时在线人工咨询服务，便于及时解答患者问题，增强护患沟通，提高患者自我护理意识，正确掌握护理技巧，强化自护能力。另外，要求家属参与互动，特别是年龄较大的患者，其理解能力与记忆能力相对较差，与其家属沟通，对患者进行电话随访，确保每位患者都能得到系统护理，改善其治疗依从性。

1.3 评定指标

①利用西雅图心绞痛量表（SAQ）评估康复效果，包含心绞痛稳定状态、心绞痛发作频率、躯体活动受限程度、疾病认识和治疗满意程度5个维度19个条目。每个条目评1~6分，总分100分，评分越高说明康复效果越好^[6]。

②利用自制调查表评估治疗依从性,由患者本人独立评分。总分10分,大于7分即依从;分数介于3-7分间即较依从;小于3分即不依从,总依从率=总依从例数/总例数 $\times 100\%$ ^[7]。

③运动耐量采用6min步行试验的评估标准,<150m即心肺功能严重不全;介于150-425m之间即心肺功能中度不全;>425m即心肺功能轻度不全^[8]。

④利用生活质量评分量表(SF-36)评定生存质量,包括8个维度,各维度得分=(该维度实际分/理论总分) $\times 100$,评分越高说明生存质量越好^[9]。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 26.0系统,计数资料由($n, \%$)表示,采用 χ^2 检验;计量资料有($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,有统计学意义由 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 对比延预组与联网组康复效果

延预组与联网组躯体活动受限程度、心绞痛稳定状态、治疗满意程度、疾病认识等评分差异较大,联网组康复效果明显强于延预组,有统计学意义($P < 0.05$)。

见表1:

表1 对比延预组与联网组康复效果($\bar{x} \pm s$, 分)

组别/例数	心绞痛发作频率	治疗满意程度	躯体活动受限程度	心绞痛稳定状态	疾病认识
联网组($n=45$)	75.94 $\pm$ 3.15	88.69 $\pm$ 5.38	86.48 $\pm$ 4.78	83.34 $\pm$ 5.68	86.05 $\pm$ 5.47
延预组($n=45$)	76.22 $\pm$ 3.75	83.52 $\pm$ 5.84	82.79 $\pm$ 5.17	78.06 $\pm$ 4.16	81.51 $\pm$ 5.28
t 值	0.462	3.221	3.066	3.143	3.052
P 值	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 对比延预组与联网组治疗依从性 ($P < 0.05$)。详见表2:

联网组治疗依从性显著高于延预组,有统计学意义

表2 延预组与联网组患者治疗依从性[$n(\%)$]

组别/例数	依从	较依从	不依从	总依从率
联网组($n=45$)	20	22	3	42 (93.33)
延预组($n=45$)	15	20	10	35 (77.78)
χ^2 值				4.984
P 值				< 0.05

2.3 对比联网组与延预组运动耐量

长,而联网组6min步行距离比延预组更长,有统计学意义($P < 0.05$)。详见下表:

干预前,联网组6min步行距离与延预组相近($P > 0.05$);干预后,联网组与延预组6min步行距离均有延

表3 比较联网组与延预组6min步行距离($\bar{x} \pm s$, m)

组别/例数	干预前	干预后
联网组($n=34$)	226.34 $\pm$ 30.37	490.36 $\pm$ 60.54
延预组($n=34$)	228.16 $\pm$ 30.14	338.17 $\pm$ 56.17
t 值	1.421	6.055
P 值	> 0.05	< 0.05

2.4 对比延预组与联网组的生活质量

联网组SF-36评分明显高于延预组,有统计学意义($P < 0.05$)。详见表4:

干预前,延预组与联网组SF-36评分差异小($P > 0.05$);干预后,延预组与联网组SF-36评分皆有提高,

表4 对比延预组与联网组SF-36评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别/例数	精神健康(MH)		活力(VT)		生理功能(PF)		社会功能(SF)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
联网组($n=45$)	68.74 $\pm$ 5.61	94.95 $\pm$ 1.48	65.85 $\pm$ 5.73	89.59 $\pm$ 7.74	69.06 $\pm$ 3.67	89.64 $\pm$ 7.06	68.06 $\pm$ 4.59	90.45 $\pm$ 2.47
延预组($n=45$)	68.38 $\pm$ 5.48	79.37 $\pm$ 4.69	65.84 $\pm$ 4.27	80.06 $\pm$ 6.62	70.47 $\pm$ 3.18	80.57 $\pm$ 6.18	70.63 $\pm$ 4.28	81.67 $\pm$ 3.87
t 值	0.473	3.234	0.352	4.327	0.584	3.097	0.259	2.286
P 值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

续表:

组别/例数	生理职能(RP)		躯体疼痛(BP)		情感职能(RE)		总体健康(CH)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
联网组 (n = 45)	70.16±2.45	92.75±2.55	70.47±1.36	93.85±2.16	68.27±4.54	91.07±3.64	71.66±2.87	93.47±3.82
延预组 (n = 45)	69.33±3.32	83.22±1.14	69.48±2.22	82.44±3.55	67.27±4.33	81.11±5.33	71.47±2.36	81.46±4.16
t值	0.235	4.514	0.537	3.106	0.342	4.124	0.363	3.667
P值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

“互联网+”的延续性护理作为新型的护理模式,具有较强的创新性,通过利用互联网平台,为患者提供延续性护理服务,保证患者在院外得到有效指导,提高患者的疾病认知度,继而强化其自我效能,避免病情恶化,降低再住院发生率,强化临床疗效,提高患者的生活质量^[10-12]。本文研究结果为:延预组与联网组躯体活动受限程度、心绞痛稳定状态、治疗满意程度、疾病认识等评分差异较大,联网组康复效果明显强于延预组,有统计学意义($P < 0.05$)。联网组总依从率为93.33%,延预组总依从率为77.78%,联网组治疗依从性显著高于延预组,有统计学意义($P < 0.05$)。干预前,联网组6min步行距离与延预组相近($P > 0.05$);干预后,联网组与延预组6min步行距离均有延长,而联网组6min步行距离比延预组更长,有统计学意义($P < 0.05$)。干预前,延预组与联网组SF-36评分差异小($P > 0.05$);干预后,延预组与联网组SF-36评分皆有提高,联网组SF-36评分明显高于延预组,有统计学意义($P < 0.05$)。与前人研究结果^[13-15]几乎一致,充分证明了“互联网+”的延续性护理对冠心病PCI术后康复效果和生活质量的影响,同时也验证了此实验的开展价值。

综上所述,“互联网+”的延续性护理对冠心病PCI术后康复效果和生活质量的影响更大,进一步提高患者的康复效果与生活质量,改善患者治疗依从性与运动耐力,应于临床广泛运用。

参考文献

[1] 庞倩倩,严燧燧,沈佳燕.延续性护理干预对冠心病PCI术后康复的影响研究[J].浙江创伤外科,2024,29(08):1598-1600.

[2] 符俊丽,董萌,丁莉.微信平台的延续性护理在冠心病患者PCI术后二级预防中的应用效果[J].航空航天医学杂志,2023,34(05):635-638.

[3] 徐子为,刘璟莹.延续性护理对经皮冠状动脉介入治疗术后患者康复效果的研究进展[J].临床医药实践,2023,32(01):60-63.

[4] 李君,夏莹,陈琴.延续性护理对经皮冠状动脉介入治

疗术后冠心病患者生活质量的影响研究[J].中国社区医师,2022,38(30):118-120.

[5] 冯夕芸,王海东,樊霞,等.冠心病PCI术后实施延续性护理对干预后影响的Meta分析[J].延安大学学报(医学科学版),2022,20(02):72-79.

[6] 吴静歌,刘瑞卿,麻朴.信息化延续性护理对冠心病患者PCI术后自我管理的影响[J].数理医药学杂志,2022,35(04):606-608.

[7] 刘云娥,王菁.基于微信平台延续护理干预对冠心病患者PCI术后负性情绪、自我效能及生活质量的影响[J].西部中医药,2022,35(02):122-125.

[8] 曹娟娟,程小鸿,郑晓,等.网络延续性护理在冠心病患者PCI术后居家照护中的作用[J].中国当代医药,2022,29(04):167-170.

[9] 林燕勤,罗丽琼,吴小燕,等.基于微信平台的延续性护理对PCI术后冠心病患者干预效果[J].慢性病学杂志,2022,23(01):119-121.

[10] 陈佳洁,徐菁,沈兰.互联网+下延续性护理干预对冠心病支架术后患者的护理效果研究[J].中国医学装备,2021,18(09):115-119.

[11] 吴静,王文静,胡龙才.基于网络平台下的延续性护理对冠心病患者PCI术后疗效评价[J].湖北科技学院学报(医学版),2021,35(04):333-336.

[12] 孙豪,李梅,周金泉.延续性护理对冠心病PCI术后患者用药依从性及生活质量的影响[J].实用医药杂志,2021,38(03):267-269.

[13] 梁爱萍,赵禹.基于互联网平台下的延续性护理在冠心病PCI术后患者中的应用[J].检验医学与临床,2020,17(11):1614-1617.

[14] 申丽艳.基于“互联网+”的延续性护理在冠心病支架术后患者中的应用[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(06):113-114.

[15] 张东霞.基于“互联网+”的延续性护理对冠心病PCI术后康复效果和生活质量的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(27):116-117.