



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2020.03.015

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2020.03.015

· 论著摘要 ·

社区心脏康复路径对冠心病患者的影响

陈碧华 王青青 陈俊玲 施珺恺 陈冬玮

[关键词] 冠心病; 社区心脏康复路径; 体适能; 生活质量; 自我效能; 自我管理

心脏康复是稳定病情、预防心血管事件再发的关键所在,其主要是通过多种干预措施,为心血管疾病患者提供长期综合性医疗保健服务,可有效减轻疾病对身心的不良影响^[1-2]。建立、完善院外心脏康复模式对满足冠心病患者多层次需求具有重要意义。社区心脏康复路径以药物处方、运动处方、营养处方、心理处方、戒烟处方等五大处方作为基本内容,实施全方位评估,对社区心血管疾病患者开展个体化干预,有利于控制或缓解症状,降低再梗死和猝死风险。基于此,本研究将社区心脏康复路径应用于冠心病患者,探讨其对患者体适能和生活质量的影响,旨在为院外心脏康复提供新途径。现报道如下。

对象与方法

1. 对象:2017 年 10 月~2019 年 1 月于我院就诊的冠心病患者 78 例。纳入标准:(1)静息左心室射血分数(LVEF)≥50%;(2)经上级医院 I 级及 II 级心脏康复后评估适合在社区进行心脏康复者;(3)自愿参与并配合随访。排除标准:(1)妊娠等不适宜进行运动康复;(2)有心脏停跳或猝死病史;(3)存在严重并发症或血管重建;(4)室性心律失常;(5)病后或术后心肌缺血;(6)经上级医院评估不建议进行社区心脏康复;(7)合并其他脏器严重器质性病变;(8)临床资料缺失。依据建档顺序将患者分为观察组和对照组,每组 39 例。两组患者性别、年龄、病程、心功能分级、受教育程度比较差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 1。本研究经我院伦理委员会审核批准,所有患者均签署知情同意书。

2. 方法

(1)干预方法:对照组患者采取常规护理,开展健康教育,每次 20 min,向患者详细讲解冠心病基本知识、心脏康复内容与意义、如何养成健康生活方式等,指导其与家属学会测量血压和心率,监督其通过康复日记形式做好用药及日常运动情况记

录工作。待患者病情稳定、心率及血压恢复正常后,鼓励、指导其进行适度康复运动,叮嘱患者运动时心率需维持目标心率=(最大心率-静息心率)×运动强度+静息心率,运动强度选择为目标心率的 60%,参照冠心病患者自我感知劳累程度进行运动,且运动训练时应由护理人员和家属全程参与,并佩戴便携式心电监护仪,运动期间密切监测患者心率变化情况,若出现面色苍白、心悸、头晕等不适症状,应立即终止运动。综合评估冠心病患者体适能状况,包括身体和四肢柔韧性、四肢肌力、运动耐力,并告知患者家属体适能测试目的,为冠心病患者与家属播放心脏康复运动指导视频,鼓励其对康复训练提出相关问题。观察组患者在对照组基础上采取社区心脏康复路径:①药物处方:组织健康教育大讲堂,讲解冠心病药物治疗重要性,明确患者所用药物种类,向其详细介绍药物应用方式、作用机制、治疗目的、可能会引发的不良反应等,进行规范用药治疗、自我心率监测等宣教,告知患者严格遵循医嘱规范用药的重要性,禁止擅自增减药量或停药等;②运动处方:以有氧运动、抗阻运动、柔韧性运动为主,其中有氧运动以到社区卫生服务中心或卫生服务站进行功率自行车或跑步机有氧运动,其中热身 10 min、弹力绷带 10 min、运动 30 min、整理 10 min,每次 60 min,每周 2~3 次,强度根据上级医院的心肺运动试验(CPET)报告进行个性化设定,12 周完成干预;抗阻运动主要包括哑铃操、弹力绷带、深蹲起等,2~3 次/周,每项肌群练习时间间隔≥48 h,若为老年患者则可增加每组重复次数(如 15~25 次/组)、减少训练组数(15~25 次/组,1~2 组);柔韧性运动主要进行牵伸训练,每部位初始拉伸时间为 6~15 s,随后逐渐增加至 30 s,每个动作 2~3 次,每组 10 min,3~5 组/周,以上运动均以患者不感到疲惫为宜;③营养处方:参照文献[3]拟定饮食习惯调查量表,综合患者膳食结构、个人喜好为其制定科学膳食计划,保证

表 1 两组患者一般资料比较[例,(%)]

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (年, $\bar{x} \pm s$)	心功能分级		受教育程度		
					II 级	III 级	小学及以下	初中、高中	大专及以上
观察组	39	23/16	62.49 ± 5.50	5.03 ± 1.04	22(56.41)	17(43.59)	12(30.77)	18(46.15)	9(23.08)
对照组	39	24/15	61.88 ± 6.11	5.34 ± 1.22	23(58.97)	16(41.03)	10(25.64)	19(48.72)	10(25.64)
χ^2/t 值		0.054	0.463	1.208		0.053		0.464	
P 值		0.817	0.644	0.231		0.819		0.642	

基金项目:上海市徐汇区科委项目(SHXXH201723);上海市徐汇区医学高原学科建设项目(SHXXH201721)

作者单位:200232 上海市徐汇区龙华街道社区卫生服务中心全科

通讯作者:王青青, E-mail:lhcb157@163.com

荤素搭配、确保营养均衡,禁止暴饮暴食、摄取生冷刺激性食物;
④心理处方:拟定评估量表,包括睡眠障碍、易疲劳乏力、情绪不佳、兴趣减退、易紧张不安或担忧害怕、记忆力减退、注意力下降、易伤心哭泣、呼吸困难、喜叹气等,根据无、轻度、中度、重度分别计 1 分、2 分、3 分、4 分,若总分不足 30 分则表明无心理问题、无需干预;30 分≤总分<38 分,即怀疑有心理情绪问题、建议进行心理疏导;38 分≤总分<42 分即存在轻中度心理情绪问题,建议药物治疗(如黛力新);总分≥42 分即存在重度心理情绪问题,建议药物联合治疗(如黛力新+5-羟色胺再摄取抑制剂如氟西汀),必要时应转诊至专科医院;⑤戒烟处方:自拟吸烟评估量表,包括“过去 1 个月吸过香烟、雪茄、烟斗、小雪茄或嚼过烟草吗、主要使用哪种类型烟草产品、过去 6 个月内平均每天吸多少支香烟、多大年龄开始吸烟、是否曾认真地尝试戒烟、一般睡醒后多久开始吸第 1 支烟”等,若从不吸烟或过去 1 个月内未吸烟则无需戒烟干预,若有吸烟习惯但没有烟草依赖则进行戒烟健康教育,若有吸烟习惯且有烟草依赖则进行戒烟健康教育和戒烟干预。每月评估 1 次,共干预 3 个月。

(2)观察指标:对两组患者干预前和干预 3 个月后的下述指标进行比较:①心绞痛分级;②体适能主要包括起立行走测试、座椅前伸试验、抓背测试、30 s 椅子站立测试、30 s 伸曲臂测试、6 min 步行试验。起立行走测试:以凳子作为起点与终点,记录患者离开凳子与返回凳子所需时间;座椅前伸试验:指导患者一只脚平放于地面上,另一条腿向前伸直(保持膝盖挺直),足跟着地,屈曲脚踝(90°),两手交叉合拢,叮嘱患者呼气时双手伸向脚趾;抓背测试:叮嘱患者将双手(一上一下)最大限度放于后背,测量两手中指之间距离;30 s 椅子站立测试:患者位于椅子正中,双脚与肩同宽,置于地面,双臂交叉,紧贴胸前,指导患者从坐位至完全站起,再完全坐到椅子上,共重复 30 s;30 s 伸曲臂测试:患者可站位或坐位,双手持重物(女性患者用 5 磅哑铃,男性患者用 8 磅哑铃),掌心朝向身体,保持手臂垂直于椅子,上臂支撑躯体,仅移动前臂,做全关节屈曲运动;6 min 步行试验:30 m 直线距离两端采用黄色胶布粘贴,要求患者在 30 m 区域内往返行走,于其开始行走时采用秒表计时,准确记录 6 min 步行距离(6 MWT);③采用中国心血管病人生活质量评定问卷(CQQC)评估生活质量,主要包括体力状况、医疗状况、病情状况、一般生活、工作状况、社会心理 6 个项目,总分为 0~154 分,分值越高,生活质量越高;④采用一般自我效能量表(GSES)评估自我效能,总分 10~40 分,分值越高,自我效能越好;⑤采用冠心病自我管理行为量表(CSMS)评估自我管理行为,总分 21~105 分,分值越高,自我管理行为越强;⑥采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评估心理状态,分值越高,心理状态越差。

3. 统计学处理:应用 SPSS 22.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以例数和百分比表示,两组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1. 两组患者干预前后心绞痛分级比较:干预前两组心绞痛分级 I 级、II 级、III 级患者比例比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组干预后心绞痛 I 级患者比例高于干预前,III 级患者比例低于干预前($P < 0.05$);II 级患者比例与干预前比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。对照组干预后心绞痛分级 I 级、II 级、III 级患者比例与干预前比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预后观察组心绞痛分级 I 级患者比例高于对照组,III 级患者比例低于对照组($P < 0.05$);两组心绞痛分级 II 级患者比例比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后心绞痛分级比较[例,(%)]

组别		例数	I 级	II 级	III 级
观察组	干预前	39	4(10.26)	26(66.67)	9(23.08)
	干预后	39	15(38.46) ^{ab}	22(56.41)	2(5.13) ^{ab}
对照组	干预前	39	5(12.82)	24(61.54)	10(25.64)
	干预后	39	8(20.51)	25(64.10)	6(15.38)

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$

2. 两组患者干预前后体适能比较:干预前两组患者体适能各项指标比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。观察组患者干预后起立行走测试时间短于干预前,座椅前伸试验长度、抓背测试长度、30 s 椅子站立测试次数、30 s 伸曲臂测试次数及 6 MWT 均高于干预前($P < 0.05$)。对照组患者干预后起立行走测试时间均短于干预前,座椅前伸试验长度、抓背测试长度及 6 MWT 均高于干预前($P < 0.05$)。干预后观察组起立行走时间短于对照组,座椅前伸试验长度、抓背测试长度、30 s 椅子站立测试次数、30 s 伸曲臂测试次数及 6 MWT 均高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

3. 两组患者生活质量比较:干预前两组患者体力状况、医疗状况、病情状况、一般生活、工作状况、社会心理及 CQQC 总分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者干预后上述指标均高于同组干预前($P < 0.05$)。干预后观察组患者上述指标均高于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

4. 两组患者干预前后 GSES 和 CSMS 评分比较:干预前两组患者 GSES 评分、CSMS 评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者干预后 GSES 评分、CSMS 评分均高于同组干预前($P < 0.05$),且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表 5。

5. 两组患者干预前后心理状态比较:干预前两组患者 SAS、

表 3 两组患者干预前后体适能比较($\bar{x} \pm s$)

组别		例数	起立行走测试 (s)	座椅前伸试验 (cm)	抓背测试 (cm)	30 s 椅子站立 测试(次)	30 s 伸曲臂 测试(次)	6 MWT (m)
观察组	干预前	39	8.45 ± 1.59	4.09 ± 0.36	9.38 ± 0.67	12.41 ± 1.28	14.15 ± 1.56	412.59 ± 25.16
	干预后	39	5.46 ± 1.10 ^{ab}	4.77 ± 0.27 ^{ab}	10.77 ± 0.54 ^{ab}	13.76 ± 1.02 ^{ab}	15.64 ± 1.31 ^{ab}	491.73 ± 30.12 ^{ab}
对照组	干预前	39	8.30 ± 1.24	4.14 ± 0.31	9.51 ± 0.63	12.57 ± 1.06	14.29 ± 1.28	410.82 ± 28.04
	干预后	39	6.27 ± 1.33 ^a	4.50 ± 0.23 ^a	10.20 ± 0.60 ^a	12.90 ± 0.85	14.81 ± 1.45	470.94 ± 32.29 ^a

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$

表 4 两组患者生活质量比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	体力状况	医疗状况	病情状况	一般生活	工作状况	社会心理	CQQC 总分	
观察组	干预前	39	9.96 ± 1.05	4.27 ± 0.35	8.09 ± 1.10	7.12 ± 0.82	3.96 ± 0.57	6.78 ± 1.15	40.18 ± 2.79
	干预后	39	12.20 ± 1.44 ^{ab}	4.81 ± 0.30 ^{ab}	9.45 ± 0.99 ^{ab}	9.60 ± 1.01 ^{ab}	5.36 ± 0.62 ^{ab}	11.36 ± 1.35 ^{ab}	52.78 ± 4.15 ^{ab}
对照组	干预前	39	10.11 ± 1.23	4.30 ± 0.32	8.12 ± 1.06	7.24 ± 0.76	4.03 ± 0.51	6.86 ± 1.07	40.66 ± 3.01
	干预后	39	11.12 ± 1.50 ^a	4.52 ± 0.28 ^a	8.47 ± 0.87 ^a	7.92 ± 0.85 ^a	4.41 ± 0.55 ^a	8.09 ± 1.18 ^a	44.53 ± 3.72 ^a

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$

表 5 两组患者干预前后 GSES 和 CSMS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别		例数	GSES 评分	CSMS 评分
观察组	干预前	39	21.67 ± 2.85	58.67 ± 4.85
	干预后	39	27.79 ± 3.11 ^{ab}	83.79 ± 4.11 ^{ab}
对照组	干预前	39	22.14 ± 2.46	59.14 ± 3.46
	干预后	39	24.86 ± 2.63 ^a	76.86 ± 3.63 ^a

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$

表 6 两组患者干预前后心理状态比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别		例数	SAS	SDS
观察组	干预前	39	58.17 ± 3.51	56.29 ± 3.24
	干预后	39	43.19 ± 3.16 ^{ab}	41.08 ± 2.95 ^{ab}
对照组	干预前	39	58.46 ± 4.03	56.01 ± 3.71
	干预后	39	49.72 ± 3.80 ^a	47.33 ± 3.06 ^a

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$

SDS 比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者干预后 SAS、SDS 均低于同组干预前($P < 0.05$),且观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 6。

讨 论

据《中国心血管病报告 2017》统计显示,我国心血管疾病患者数量高达 2.9 亿左右,在所有居民疾病死亡原因中占 40% 以上,防治形势较为严峻^[4]。目前,心脏康复已成为治疗心血管疾病的 I 级推荐^[5]。有研究表明,对冠心病患者实施心脏康复效果与心血管预防用药相当,其病死率可降低 21%~34%^[6]。社区心脏康复路径以心脏康复理念作为基本原则,综合多种康复处方,优化干预方案与措施,使患者获取更优质的康复服务。

本研究结果显示,干预后观察组患者心绞痛分级、起立行走测试、座椅前伸试验、抓背测试、30 s 椅子站立测试、30 s 伸曲臂测试、6 MWT 均优于对照组,提示社区心脏康复路径应用于冠心病患者可明显改善其心绞痛症状,增强体适能。分析原因,本研究通过开展健康教育大讲堂、宣教讲座等形式,提高患者对冠心病药物的认知程度,防止其擅自增减药物剂量或停药,可保障药物处方的有效性,有利于持续改善病情,减少反复住院及不必要的血运重建,为后续康复提供良好条件。在运动处方中,本研究以有氧运动、抗阻运动、柔韧性运动为主,可有效提高患者肌肉耐力及柔韧性,从而增强体适能,且以自我感知劳累作为制定运动强度依据,可避免主观不适感,降低运动损伤风险。同时,本研究针对患者营养状况,通过拟定饮食习惯调查量表,评估患者饮食结构,结合其个人喜好,制定营养饮食方案,可帮助患者理解饮食对健康与疾病的影响,保障合适营养,有利于改善身体素质,为强化体适能创造良好身体基础条件。此外,既往临床研究结果显示,吸烟、焦虑、抑郁均属于冠心病的独立危险因素,对病情进展和不良事件的发生具有促

进作用^[7-8]。为减少病情反复发作,保证康复效果,本研究根据患者个体吸烟和心理状况采取针对性戒烟与心理干预策略,有助于改善生活质量。本研究结果显示,干预后观察组患者体力状况、医疗状况、病情状况、一般生活、工作状况、社会心理及 CQQC 总分均高于对照组,可见社区心脏康复路径在改善冠心病患者的生活质量方面具有显著作用。

有报道称,冠心病患者自我效能、自我管理行为均处于欠佳状态,对心脏康复产生严重不利影响,需给予合理措施进行干预^[9]。本研究结果显示,观察组患者干预后 GSES、CSMS 评分明显提高,原因在于本研究从药物知识宣教、科学运动、合理饮食、戒烟干预及心理指导等方面实施干预,可促进患者改善生活方式,纠正不良健康行为,从而改善自我效能,强化自我管理行为。此外,有研究证实,冠心病属于心身疾病,与精神、心理应激密切相关^[10]。本研究结果显示,干预后观察组患者 SAS 和 SDS 评分均低于对照组,可见社区心脏康复路径应用于冠心病患者可减轻负性情绪,可能与本研究以拟定心理状态评估量表结果作为依据,对不同程度心理状态患者给予个体化、针对性心理疏导或治疗措施密切相关,有利于保障康复干预效果。

综上所述,对于冠心病患者,社区心脏康复路径可显著强化自我效能,增强体适能,提高生活质量,改善自我管理行为,调节心理状态。需注意的是,冠心病患者必须经过上级医院评估明确是否能进行社区康复,以确保其有效性和安全性。

参 考 文 献

- [1] 陈碧华,王青青,高文娟,等.家庭心脏康复运动在冠心病患者经皮冠状动脉介入治疗术后的疗效[J].临床内科杂志,2019,36(4):235-238.
- [2] 康铁朵,刘文娟,康云鹏,等.心脏康复用于急性冠状动脉综合征的疗效及对患者生活质量的影响[J].中国医药,2018,13(6):814-817.
- [3] 刘环亚,赵立华,崔春燕,等.生活及饮食习惯与急性心肌梗死患者健康素养的关系研究[J].实用心脑血管病杂志,2019,27(4):21-24.
- [4] 马丽媛,吴亚哲,王文,等.《中国心血管病报告 2017》要点解读[J].中国心血管杂志,2018,23(1):3-6.
- [5] Lee J, Song Y, Lindquist R, et al. Nontraditional Cardiac Rehabilitation in Korean Patients with Coronary Artery Disease[J]. Rehabil Nurs, 2017,42(4):191-198.
- [6] 骆杭琪,池菊芳,郭航远.社区和家庭康复在心脏康复中的作用[J].中国全科医学,2019,22(12):23-27.
- [7] 宋丽芬,李贵华,胡江乔,等.吸烟、Hey、CRP 与青年人冠心病发病的关系[J].心血管康复医学杂志,2017,26(2):162-164.
- [8] 成承,李文婷,裴常伯,等.焦虑抑郁与心血管系统疾病的研究[J].中华保健医学杂志,2016,18(1):24-26.
- [9] Kämer Köhler A, Tingström P, Jaarsma T, et al. Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study[J]. Bmc Fam Pract, 2018,19(1):76.
- [10] 张丽军,何东方,杨娜,等.稳定性冠心病伴抑郁焦虑患者的精神压力诱发心肌缺血临床研究[J].中华内科杂志,2018,57(7):494-499.

(收稿日期:2019-08-23)

(本文编辑:周三凤)