

康复护理对心肌梗塞患者的临床效果分析

司 茜

西安交通大学医学院第一附属医院-心内科 陕西 西安 710061

摘要：目的：探究康复护理应用于心肌梗塞患者的临床效果，为优化临床护理方案提供参考依据。方法：选取2023年1月-2024年1月本院心内科收治的84例心肌梗塞患者，采用随机数字表法分为对照组和观察组，各42例。对照组采用常规护理，观察组采用康复护理。结果：观察组FMA评分、心功能指标、生活质量各维度评分均显著高于对照组，不良事件发生率显著低于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：康复护理可有效改善心肌梗塞患者的运动功能和心功能，提高生活质量，降低不良事件发生率，具有较好的临床应用价值。

关键词：心肌梗塞；康复护理；心功能；生活质量；临床效果

引言

心肌梗塞是由冠状动脉急性阻塞导致心肌缺血坏死的心血管急症，这一病症具有高发病率、高致残率和高复发率的特点。在医疗技术不断进步的背景下，心肌梗塞患者急性期救治成功率有了明显提高，但需要注意的是，术后康复阶段护理对患者长期预后十分重要。常规护理普遍侧重于病情监测和基础护理，难以满足患者功能恢复和生活质量提升需求。而康复护理作为一种系统化护理模式，可以通过多种方式改善患者心功能状态，有利于减少不良事件发生^[1-2]。现做出如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月-2024年1月本院心内科收治的84例心肌梗塞患者作为研究对象，采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组，各42例。对照组男24例，女18例；年龄45-78（62.59±8.38）岁。观察组男23例，女19例；年龄46-77岁（61.96±8.01）岁。两组患者一般资料比较差异不明显（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.1.1 纳入标准

符合心肌梗塞诊断标准（肌钙蛋白升高伴典型胸痛症状或心电图改变）；首次发病；意识清楚，能配合护理干预。

1.1.2 排除标准

合并严重肝肾功能不全、恶性肿瘤；存在运动禁忌证（如急性心机炎、主动脉夹层、未控制的高血压（收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ））；存在认知障碍或精神疾病；严重心律失常或心力衰竭（NYHA IV级）。

1.2 方法

1.2.1 对照组：采用常规护理，包括生命体征监测、心电监护、吸氧护理、用药指导（如抗血小板药物、他

汀类药物）、饮食宣教（低盐低脂饮食）及卧床休息指导等。

1.2.2 观察组：在对照组常规护理基础上，实施分阶段、个性化康复护理干预，具体措施如下：阶段1（住院1-3天，急性发作期）：以保护心肌功能、预防并发症为核心，开展轻度被动康复训练。每日安排2-3次被动肢体活动，由护理人员协助患者进行双侧踝泵运动（踝关节跖屈、背伸各保持5秒，每组10次）、膝关节屈伸（角度控制在 30° 以内）及肩关节旋转（缓慢顺时针、逆时针各5圈），每次10-15分钟，动作轻柔避免过度牵拉，促进肢体血液循环，预防深静脉血栓；同步进行呼吸功能训练，指导患者采用腹式呼吸法（吸气时腹部隆起，呼气时腹部收缩，呼吸频率保持8-10次/分钟），每次5-10分钟，每日3次，配合呼吸训练器辅助练习，增强肺通气功能，改善心肌供血。同时，密切观察患者面色、心率变化，若出现胸闷、心悸等不适立即暂停训练。阶段2（住院4-7天，病情稳定期）：根据患者耐受度逐步过渡到主动康复训练。每日评估患者心功能状态（如LVEF $\geq 50\%$ 且无明显不适）后，指导其进行床边坐起（初始每次5分钟，逐渐延长至10分钟）、站立（扶床沿保持平衡，每次3-5分钟）及缓慢行走（由护理人员搀扶，初始距离5-10米/次，每日2-3次），行走过程中监测心率，确保不超过静息心率20次/分钟。另外，加强心理疏导，通过一对一沟通了解患者焦虑来源（如对预后的担忧、治疗费用压力等），采用认知行为疗法纠正负面认知，分享同病区康复成功案例（如术后1个月恢复正常生活的患者经历），以此缓解患者心理压力。阶段3（出院后1-3个月，恢复期）：制定家庭康复计划，实现院内院外护理无缝衔接。个性化运动方案根据患者年龄、心功能分级及运动耐力定制：年轻且心功能较好者以散步（初始

速度4km/h，每次15-20分钟）、太极拳（简化24式，每日1套）为主；老年或心功能稍差者选择八段锦（重点练习“调理脾胃须单举”等舒缓动作），每次10-15分钟。运动强度以“轻微出汗、无胸闷气短”为标准，每周3-5次，每月通过电话随访调整运动计划^[3-4]。饮食指导也应进一步细化，强调增加膳食纤维（如燕麦、芹菜）摄入（每日25-30g），促进肠道蠕动预防便秘；用药管理采用“服药日历+手机闹钟提醒”模式，每周电话核查用药依从性，记录漏服次数并分析原因，必要时联系家属协助监督，进而确保治疗的连贯性。

1.3 观察指标

1.3.1 运动功能评估：选用Fugl-Meyer评估量表（FMA）开展测评，该量表从肢体活动范围、关节灵活性、动作协调性等多方面进行细化评分。评分结果与运动功能呈正相关，高分说明患者肢体控制能力、平衡感及整体运动能力更优，低分则表明存在活动受限，运动功能恢复不佳。

1.3.2 心功能检测：通过心脏彩超追踪急性心梗患者护理前后心功能变化，重点监测心输出量（CO）、心肌收缩力（MCF）和左心室射血分数（LVEF）。CO体现心脏供血效率，MCF反映心肌收缩强度，LVEF代表左心室射血效率。护理后指标上升提示心功能改善，下降则说明心功能恶化。

1.3.3 生活质量比较：采用生活质量量表评估，包含生理机能、生理职能、躯体疼痛等维度。各维度得分越

高，表明患者在该领域状态越好，整体生活质量越佳。

1.3.4 不良事件比较：记录两组患者护理期间并发症的发生类型、频率及严重程度，主要包含排尿困难、腹胀、腰背疼痛，通过组间对比分析不同护理方案的安全性^[5-6]。

1.4 统计学分析

采用SPSS25.0软件进行数据处理，计量资料采用“ $(\bar{x} \pm s)$ ”表示，*t*检验；计数资料采用“*n*/%”表示，用 χ^2 检验，当 $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 对比分析两组患者运动功能

观察组与对照组在护理前运动功能评分差别不明显（ $P > 0.05$ ）。护理后，观察组评分明显高于对照组（ $P < 0.05$ ），如表1所示。

表1 两组患者运动功能对比（ $\bar{x} \pm s, d$ ）

组别	例数	护理前	护理后
对照组	42	32.45±2.45	56.38±4.24
观察组	42	32.78±2.41	71.71±3.87
<i>T</i> 值	—	0.622	17.306
<i>P</i> 值	—	0.535	0.000

2.2 对比分析两组患者心功能

在康复护理实施前，两组患者各项心功能指标差异不大（ $P > 0.05$ ）。康复护理后，观察组患者心功能各项指标均高于对照组（ $P < 0.05$ ），如表2所示。

表2 两组患者心功能比较（ $\bar{x} \pm s, d$ ）

组别	LVEF（%）		MCF（N/cm ² ）		CO（L/min）	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组（ <i>n</i> = 42）	36.58±3.56	45.87±5.20	0.27±0.05	0.29±0.04	5.01±0.59	7.54±0.54
观察组（ <i>n</i> = 42）	36.78±3.87	59.87±5.78	0.29±0.07	0.49±0.12	5.04±0.54	9.45±0.78
<i>T</i> 值	0.246	11.371	1.506	10.246	0.243	13.047
<i>P</i> 值	0.805	0.000	0.135	0.000	0.808	0.000

2.3 对比分析两组患者生活质量

护理后，两组患者各维度评分均有所升高，观察组

各维度评分明显高于对照组（ $P < 0.05$ ），如表3所示。

表3 对照组与观察组患者生活质量量表评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	生理机能		生理职能		躯体疼痛	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组（ <i>n</i> = 42）	52.34±8.25	53.86±8.75	52.39±10.28	61.55±12.36	52.69±8.15	61.94±10.33
观察组（ <i>n</i> = 42）	52.41±9.16	70.58±12.34	52.24±10.51	70.26±16.29	52.58±9.41	73.35±10.11
<i>T</i> 值	0.036	7.163	0.066	2.760	0.057	5.115
<i>P</i> 值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 对比分析两组患者并发症发生率

护理完成后，观察组患者并发症发生率明显低于对

照组 ($P < 0.05$)，如表4所示。

表4 两组患者并发症发生情况比较[n (%)]

组别	例数	排尿困难	腹胀	腰背疼痛	并发症发生率
对照组	42	3 (7.14)	3 (7.14)	3 (7.14)	9 (21.42)
观察组	42	0 (0.00)	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (4.76)
χ^2 值	——	——	——	——	5.125
P 值	——	——	——	——	< 0.05

3 讨论

心肌梗塞患者的康复过程是一个涉及心功能恢复、心理状态调整 and 生活方式改善的综合过程。常规护理虽能满足基础医疗需求，但缺乏针对性的功能康复干预，则容易导致患者运动耐力下降、心功能恢复缓慢，进而增加并发症风险^[7-8]。康复护理在心肌梗塞患者的治疗与康复过程中有多方面优势，通过分阶段的运动训练（如被动肢体活动、主动行走等）和呼吸功能锻炼（腹式呼吸），能针对性增强心肌收缩力、提高左心室射血效率，改善心输出量，相比常规护理更能推动心功能指标实质性提升，帮助心脏更好地完成泵血功能^[9]。从急性发作期的被动活动到恢复期的主动运动，系统康复训练可维持关节灵活性、增强肢体控制能力和平衡感，有效预防肌肉萎缩。

本研究通过对比常规护理与分阶段康复护理对心肌梗塞患者的临床效果，结果显示观察组在运动功能、心功能、生活质量及不良事件控制方面均显著优于对照组，证实了康复护理在心肌梗塞患者康复中的价值。从运动功能改善来看，观察组护理后Fugl-Meyer评分（71.71±3.87分）明显高于对照组（56.38±4.24分）（ $P < 0.05$ ）。在心功能指标方面，观察组护理后LVEF（59.87±5.78%）、MCF（0.49±0.12N/cm²）、CO（9.45±0.78L/min）均高于对照组（ $P < 0.05$ ）。生活质量提升方面，观察组生理机能、生理职能、躯体疼痛等维度评分均显著优于对照组（ $P < 0.05$ ）。在不良事件发生率方面，观察组（4.76%）显著低于对照组（21.42%）（ $P < 0.05$ ）。康复护理通过早期被动活动可以预防了深静脉血栓，而对照组因缺乏针对性预防措施，排尿困

难、腹胀等并发症更易发生^[10]。这提示康复护理不仅能促进功能恢复，还能通过精准干预降低并发症风险。

综上所述，康复护理通过分阶段运动训练、心理干预和长期管理，不仅可以有效促进心肌梗塞患者心功能恢复，还可以降低并发症风险，具有临床应用价值。

参考文献

[1]张彩蓝.冠心病相关急性心肌梗塞急诊介入治疗者实施早期康复护理的效果[C]//四川省国际医学交流促进会.医学护理创新学术交流会议论文集（智慧医学篇）.上海交通大学医学院附属第九人民医院,2024:1375-1377.

[2]宋歌,褚迎辉,徐春丽.优化急诊护理流程在超急性期心肌梗塞患者急诊抢救中的应用价值[J].罕少疾病杂志,2024,31(02):128-129.

[3]李世杰,岳珍珍,裴欣.基于信息不对称理论的护理指导对急性心肌梗塞合并心衰患者应激反应、不良事件发生率的影响[J].海南医学,2023,34(23):3486-3491.

[4]徐晓芳.急性心肌梗塞患者行PCI治疗的术中护理配合及体会分析[J].中国冶金工业医学杂志,2023,40(04):470.

[5]管鑫.全面护理干预在急性心肌梗塞患者急诊救治中的应用[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(05):524-525.

[6]肖森.心脏康复护理模式应用于急性心肌梗塞患者中的效果观察[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(03):281-282.

[7]钟汝娟.冠心病相关急性心肌梗塞急诊介入治疗者的早期康复护理措施分析[J].人人健康,2020,(14):404.

[8]沈莲花,陈美花.急性心肌梗塞五级法早期活动的的心脏康复护理措施及效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(36):92.

[9]黄娇,杨德芬,魏蓉.急性心肌梗塞五级法实施早期活动的心脏康复护理方法[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(15):68.

[10]张利芬,方嘉丽,吕英蓝.全程优质护理在急性心肌梗塞患者康复护理中的应用效果评价[J].全科口腔医学电子杂志,2020,7(02):82+84.