

# 运动康复治疗对老年慢性心衰患者生活质量的影响评价

鲁开琼

重庆市大足区铁山中心卫生院 重庆 402360

**摘要:**目的:分析运动康复治疗对老年慢性心衰患者的应用效果。方法:选取2023年8月-2024年8月本院84例老年慢性心衰患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组42例,行常规疗法,观察组42例,联合运动康复治疗,比较两组临床疗效。结果:观察组的生理机能、情感职能、疼痛、社会功能评分和6min步行距离明显高于对照组,QRS、QTd、心率、平均住院日、死亡率和再入院率均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:给予老年慢性心衰患者运动康复治疗,能改善心功能、运动功能,提高生活质量,改善预后,具有推广价值。

**关键词:**运动康复治疗;老年人;慢性心衰;生活质量

慢性心衰为多发疾病,被心内科收治,由于心脏结构、功能异常,导致左心室充盈、LVEF下降,该病演变复杂,存在进行性,疾病反复发作,导致日常生活能力下降,肢体活动出现异常,老年人为多发群体。以往多用常规疗法,包括卧床休养,遵医用药等,改善血流动力学,抑制心衰进展<sup>[1]</sup>。最新研究提出,由于长时间卧床,影响机体活动,导致萎缩概率提升,运动耐受性减弱,难以提升生活质量,影响后续康复。采用运动康复治疗,能加快血液循环,改善身体机能,充分调动运动潜力,对患者进行全面评估,制定个体化方案,持续进行,降低心肌耗氧量,推动心肌收缩,避免心室重塑,从而改善心功能,提升预后,但当下,有关研究不多<sup>[2]</sup>。本研究以老年慢性心衰患者为对象,分析运动康复治疗效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2023年8月-2024年8月本院84例老年慢性心衰患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组42例,男22例,女20例,年龄为60-79岁,平均年龄(67.65±5.57)岁;观察组42例,男23例,女19例,年龄为61-80岁,平均年龄(67.82±5.50)岁。两组一般资料( $P > 0.05$ ),具有可比性。

纳入标准:符合慢性心衰诊断标准;老年人;资料完全;认知能力正常;知情同意本次研究。排除标准:伴有精神障碍;恶性肿瘤;急性心梗;感染性疾病;沟通障碍;重度心绞痛。

### 1.2 方法

对照组行常规疗法,遵医嘱用药,结合病情,选择利尿剂、MRA和ACEI等,起到强心、利尿等作用,鼓励患者多休息;介绍慢性心衰知识,提供心理指导,提醒其戒酒戒烟,纠正生活习性,健康、合理饮食等。观察组在对照组基础上,联合运动康复治疗:

### 1.2.1 运动康复评估

老年人身体素质差,患有慢性心衰后,对运动耐受性更差,常常不耐受,治疗前,要全面评估运动状态,提升合理性,保障运动安全。进行CPET检验、6MWT试验等,结合评估结果,制定康复运动方案<sup>[3]</sup>。

### 1.2.2 运动健康教育

讲解运动康复意义,采取口头提问、问卷等方法,评价患者认知,明确找出认知欠缺部位,通过视频、图画和文字等,详细介绍,全面宣传疾病知识,讲解运动康复流程,如有需要,可进行示范,告诉患者,坚持按医嘱运动作用,提升依从性。

### 1.2.3 制定运动康复方案

进行运动康复治疗时,设计方案为首要环节,起到关键作用,全面了解患者信息,制定合理、个性化方案。参考CPET、6MWT试验结果,了解患者运动耐力,同时评估心功能,结合患者性格,制定康复方案,严格管控强度、时间及内容,保证皆处于安全范围。①运动方式:进行抗阻运动,能降低动脉管壁厚度,可扩大动脉管径,调节心功能,提升最大摄氧量;进行有氧运动,能改善心功能,调节血脑钠肽。②运动强度:参考标准有心率、AT等,结合患者主观感受,调节运动强度,以VO<sub>2</sub>peak为金标准,开始运动时,将初始强度定为40%~50%。③运动时间:一般为每次30-60min,每次运动前,先热身,时间为10-15min,运动后,进行放松运动,时间为5-10min,每周3-5次,持续一段时间,评估运动耐力,结合患者病情,适当改进运动计划,以保障安全为基础,提升干预效果。

### 1.2.4 执行运动康复方案

运动初期,训练原则为短时间、简单和低强度;处于中期,运动耐力不断好转,大多数患者能离院,居家锻炼,安排专业医生,给予患者远程监护,处于该阶段,可适当增加运动强度,即调整为中等强度,做好随访工

作；处于后期，提醒患者持续运动，居家自行完成，通过初、中期锻炼，患者能够独立运动，也具备一定风险处理能力，制作自我管理监测表，将其交给患者，督促其自行运动，并做好记录。运动康复程序：第1-2d，观察患者病情，待其稳定后，进行床上被动训练，包括翻身、活动肢体等，2次/d；第3-4d，进行床上腿部训练，依据规定步骤，针对膝部、踝部、脚部关节，开展主动训练；第5-6d，进行床上上身训练，对于上肢、肩及胸，进行主动锻炼；第7-8d，实施椅子疗法，协助患者下床，可采取直背椅，或提供沙发，每次10-30min，每天1-2次，慢慢增加；第9-10d，进行医疗体操，对双上肢、肩颈等，进行活动；第11d，引导患者平地步行，距离为100-200m，每天2次；第12d，进行平地步行，距离为500m，可以做上下楼训练，共1层，每天2次；第13-14d，开展步行训练，距离  $\geq 1000\text{m}$ ，也可做上下楼训练，共2层，每天2次，后

续持续运动，医生随访，结合随访结果，适当改进方案。

### 1.3 观察指标

评价心电图指标：应用心电图检查，检验QRS、QTd和心率<sup>[4]</sup>。评价生活质量：采取SF-36量表<sup>[5]</sup>，包括生理机能、情感职能、疼痛和社会功能，均为0-100分。评价预后效果<sup>[6]</sup>：开展6min步行试验，对应运动能量；观察平均住院日、死亡和再入院情况。

### 1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据， $(\bar{x}\pm s)$ 与(%)表示计量与计数资料，分别行 $t$ 与 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组心电图指标比较

治疗后两组QRS、QTd和心率均明显低于治疗前，观察组变化更明显 ( $P < 0.05$ )。详见表1。

表1 两组心电图指标比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	QRS/(t/ms)		QTd/(t/ms)		心率/(次/min)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	120.71±14.52	102.22±9.28 <sup>a</sup>	70.83±6.57	53.20±4.28 <sup>a</sup>	87.35±8.57	65.01±5.50 <sup>a</sup>
对照组	42	121.32±13.98	113.58±9.52 <sup>a</sup>	71.56±6.49	61.30±5.44 <sup>a</sup>	88.42±7.98	78.89±6.25 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.196	5.538	0.512	7.584	0.592	10.805
<i>P</i>	/	0.845	0.000	0.610	0.000	0.555	0.000

注：与本组治疗前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组生活质量比较

治疗后两组生理机能、情感职能、疼痛和社会功能评分均明显高于治疗前，观察组变化更明显 ( $P < 0.05$ )。详见表2。

表2 两组生活质量比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	生理机能(分)		情感职能(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	54.96±3.84	79.23±1.60 <sup>a</sup>	58.15±1.24	73.28±1.33 <sup>a</sup>
对照组	42	55.00±3.79	62.53±1.52 <sup>a</sup>	58.22±1.20	65.56±1.34 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.048	49.041	0.263	26.500
<i>P</i>	/	0.962	0.000	0.793	0.000

续表2 两组生活质量比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	疼痛(分)		社会功能(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	54.96±3.84	79.23±1.60 <sup>a</sup>	58.15±1.24	73.28±1.33 <sup>a</sup>
对照组	42	55.00±3.79	62.53±1.52 <sup>a</sup>	58.22±1.20	65.56±1.34 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.048	49.041	0.263	26.500
<i>P</i>	/	0.962	0.000	0.793	0.000

注：与本组治疗前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组预后效果比较

观察组的6min步行距离明显高于对照组，平均住院日、死亡率和再入院率均明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。详见表3。

表3 两组预后效果比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]/(%)

组别	例数	6min步行距离(mm)		平均住院日(d)	死亡率	再入院率
		治疗前	治疗后			
观察组	42	361.62±12.36	475.36±12.32 <sup>a</sup>	15.21±1.42	0(0.00)	1(2.8)
对照组	42	363.52±13.41	390.24±11.52 <sup>a</sup>	22.38±1.51	5(11.90)	8(19.05)
$t/\chi^2$	/	0.675	32.705	22.417	5.316	6.098
<i>P</i>	/	0.501	0.000	0.000	0.021	0.014

注：与本组治疗前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

患有慢性心衰者,以往建议静养,康复速度慢,基于常规观念,觉得为防范心衰进展,应控制体力活动,但随着运动耐力减弱,血栓风险提升,因此要进行运动康复<sup>[7-8]</sup>。采取常规疗法,尽管有一定指导价值,但不全面,缺乏针对性,难以改善各项功能<sup>[9]</sup>。

基于常规疗法,执行运动康复治疗,能改善身体机能,调节心功能。先进行评估,内容包括病情、运动耐力等,制定个性化程序,全程监测患者状态,依据心功能、各种试验结果等,改进运动方案,倡导尽早运动,保证循序渐进,增加骨骼肌血流速度,推动肢体肌肉收缩,有效保护心肌,减轻损伤,促进心功能好转<sup>[10]</sup>。明确运动康复程序,引导患者进行,早期进行被动训练,例如活动关节等,逐渐转换为主动运动,锻炼上下肢功能,如病情许可,协助患者坐起,做步行锻炼,进行上下楼梯训练等,控制好距离,保证强度、时间合理<sup>[11]</sup>。研究结果显示和对照组比,观察组的QRS、QTd和心率均更低( $P < 0.05$ ),表明采取运动康复疗法,可以改善心功能,减轻心肌损伤,抑制心衰进展。观察组的生理机能、情感职能、疼痛和社会功能评分均更高( $P < 0.05$ ),表示实施运动康复疗法,能提升生活质量,兼顾患者身心健康,可改善预后。观察组的6min步行距离更高,平均住院日、死亡率和再入院率均更低( $P < 0.05$ ),代表通过运动康复,可加强运动能力,缩短住院时间,取得良好预后,能防范再入院,挽救生命安全。说明应用运动康复治疗可以提升老年慢性心衰疗效,切实改善各项功能。

综上所述,给予老年慢性心衰患者运动康复治疗,能改善心功能、运动功能,提高生活质量,改善预后,具有推广价值。

#### 参考文献

[1]王小娇,王宁,崔宏,叶童,王晓明.运动康复对老

年轻中度慢性心力衰竭病人的疗效评价[J].实用老年医学,2024,38(8):775-778.

[2]梁秋平,吴珊珊,许情.老年慢性心力衰竭患者采用运动康复护理结合营养处方护理的效果观察及对心功能指标的影响分析[J].心血管病防治知识,2021,11(25):63-65.

[3]杨春花,王军,江增荣.医养结合一体化心脏康复管理对沙库巴曲缬沙坦钠片治疗老年冠心病慢性心衰患者心功能和运动耐力的影响[J].心血管病防治知识,2023,13(33):6-9.

[4]崔荣,张姝,吴丽英,付琳,张思宁.运动康复治疗对老年慢性心衰患者生活质量的影响评价[J].中外医疗,2023,42(14):36-39+44.

[5]屈保芹,李亚和,李玉,朱虹.运动康复干预用于老年慢性心衰患者康复临床分析[J].贵州医药,2023,47(2):277-278.

[6]郑有弟.护理老年慢性心衰患者接受运动康复护理的效果与其心功能指标、机体耐力水平及预后的关系分析[J].现代诊断与治疗,2022,33(18):2823-2825.

[7]张杰.运动康复护理对老年慢性心衰患者心功能指标、机体耐力水平及预后的影响[J].医学信息,2022,35(17):187-189.

[8]郑琳.运动康复治疗老年慢性心衰的临床疗效及其对生活质量的影晌[J].中国实用医药,2021,16(31):176-178.

[9]仲琳,苏小凤,姜月,周小燕.运动康复疗法对老年慢性心衰患者生活质量的系统评价[J].延安大学学报(医学科学版),2022,20(1):36-41.

[10]张学艳.运动康复护理在老年慢性心衰患者中应用[J].中国城乡企业卫生,2022,37(3):100-101.

[11]刘建.运动康复护理在老年慢性心力衰竭患者中的应用效果[J].中国民康医学,2022,34(2):83-85.