

心脏康复护理干预对急性心肌梗死患者心理状态及并发症的影响

常建平

青海红十字医院 青海 西宁 810000

摘要:目的:探讨心脏康复护理干预对急性心肌梗死患者心理状态及并发症的影响。方法:将2020年3月至2021年11月在我院接受特殊治疗的60例急性心肌梗死患者分为对照组(单数患者接受常规护理)和观察组(双数患者在常规护理基础上接受心脏康复护理干预),每组30例。对2组干预前1d、干预3个月后的心理状态及生活质量进行评估,并统计其直至末次随访期间的并发症(心源性休克、急性左心衰竭以及心律失常)发生例数。结果:观察组干预3个月时的HAMD评分、HAMA评分均低于对照组,干预后4周、3个月的SQLI评分均高于对照组($P < 0.05$)。观察组并发症总发生率为3.33%,低于对照组的20.00%($P < 0.05$)。结论:心脏康复护理干预在改善急性心肌梗死患者心理状态、生活质量以及降低其并发症发生率方面均可起到显著效果。

关键词:急性心肌梗死;心脏康复护理;心理状态;并发症

老年性心衰使其心功能不全,受到心脏疾病的影响,严重威胁到患者的生命安全,发病率居高不下。选择有效的心脏康复护理,可更好降低并发症发生率。本研究对急性心肌梗死患者,采用心脏康复护理干预的措施,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究共入选60例急性心肌梗死患者,均为2020年3月—2021年11月在我院接受专科治疗,根据入院编号单双数分为对照组与观察组,每组30例。纳入标准:①符合《急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)》中的诊断标准^[1],主诉于安静时起病,症状持续30min以上,经心电图检查可见明显动态演变过程;②患者均签署知情同意书。排除标准:①合并严重高血压、恶性肿瘤、原发性心脑血管疾病的患者;②存在精神障碍的患者;③依从性差的患者。对照组男18例,女12例;年龄42~76岁,平均年龄(60.72±10.93)岁;纽约心脏病学会(NYHA)分级:I级8例,Ⅱ级11例,Ⅲ级11例。观察组男19例,女11例;年龄41~76岁,平均年龄(60.61±10.28)岁;NYHA分级:I级7例,Ⅱ级11例,Ⅲ级12例。2组性别构成、年龄范围、NYHA分级等基本资料差异不存在统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采取常规康复护理:术后第1~3天卧床休息,每日被动肢体活动2次^[2];术后第4~5天,指导患者坐位进食、洗脸;术后第6~7天,患者可自由坐起,练习坐位吃饭、坐

位排便;术后1周后开始进行床边走动,根据具体情况增加活动量及活动时间。观察组在此基础上给予心脏康复护理干预:①术日,指导患者进食、床上排便、深呼吸训练,用压迫器协助穿刺侧放气;密切监测患者各项体征,病情稳定后解除监护器,协助患者适量饮水^[3]。②术后第1天,责任护士告知患者周围环境、管道作用、心脏康复护理计划,对患者心理状态进行评估,采取呼吸放松、音乐疗法等缓解负性情绪,指导患者家属与患者多交流,给予心理安慰;协助患者完成进食、洗漱等日常生活能力锻炼^[4]。③术后第2天,讲解活动注意事项,告知患者排便过程中切忌用力,保持平和心态,练习床旁站立,5min/次,2次/d。④术后第3天,指导患者看报、听收音机等,学会自我调节心态,同时练习自主站立,在家属或护士协助下室内走动15~30m。⑤术后第4天,指导患者独立完成进食、洗漱、排便等,同时练习坐-站转换,延长室内活动时间,在监护下于走廊步行50~100m,教会患者测量脉搏^[5]。⑥术后第5天开始,重复前一天训练后适当加强活动强度,增加上下楼运动,活动时间30~45min,2~3次/d,以患者耐受为宜。向患者及家属讲解急救方法,运动过程中出现心前区不适、呼吸困难、过度疲劳等症状时立即停止。上述训练均在护士监护下进行,现场配备急救药品和器材,严密监测患者血压、心率等。

1.3 观察指标

①分别于干预前1d、干预后3个月采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估患者心理状态,HAMD量表内容有抑郁心境、认知障碍以

及躯体化等维度,以20分为界限,分值越高,抑郁程度越严重;HAMA量表内容有焦虑心境、认知功能以及症状等维度,以14分为界限,分值越高焦虑程度越严重。②分别于干预前1d、干预后4周、干预后3个月参考Spitzer生活质量指数(SQLI)评分标准评估2组生活质量,其包括日常生活、健康、活动等维度,最高值10分,最低值0分,分值与受测者生活质量成正相关。③统计2组出现心源性休克、急性左心衰竭以及心律失常等并发症的患者例数。

1.4 统计学方法

本研究数据采用SPSS 19.0统计分析,计数资料、计量资料用 $n/\%$ 、 $\bar{x}+s$ 表示,采用 χ^2 、 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组HAMD评分和HAMA评分比较

2组在干预前的HAMD评分和HAMA评分无明显差异($P > 0.05$);观察组干预后的HAMD评分和HAMA评分均低于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组HAMD评分和HAMA评分比较($\bar{x}+s$,分)

组别	例数	HAMD		HAMA	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	30.46±1.29	20.25±1.20	20.32±1.59	14.79±1.36
观察组	30	30.79±1.68	15.17±1.27	20.48±1.15	9.43±1.77
t		0.41	6.96	0.17	6.37
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 2组生活质量改善情况比较

干预前1d,组间SQLI评分差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后4周、3个月2组SQLI评分均较干预前升高,且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组生活质量改善情况比较($\bar{x}+s$,分)

组别	例数	干预前1d	干预后4周	干预后3个月
对照组	30	5.73±0.36	6.58±0.31	7.85±0.38
观察组	30	5.70±0.35	7.03±0.31	8.42±0.37
t		0.13	2.40	2.48
P		> 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 2组并发症发生率比较

观察组并发症发生率显著低于对照组($P < 0.05$),见表3。

组别	例数	心源性休克	急性左心衰竭	心律失常	发生率
对照组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	3 (10.00)	6 (20.00)
观察组	30	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	1 (3.33)
χ^2					4.04
P					< 0.05

3 讨论

心脏康复护理是一种综合性的康复方案,包含健康教育、心理干预,以及心脏危险因素控制、运动训练、病情评估等,对提升患者生活质量意义重大。而适当的早期心脏康复护理,可减少再梗死和猝死的危险,以及并发症发生率。心脏康复经增加冠状侧支血管,减少冠状动脉血栓形成危险性,延缓冠状动脉病变进程,缓解心肌缺氧、缺血的症状,减轻动脉硬化程度,降低心血管事件的病死和发生率,提升冠状血流的储备能力和心血管的工作效率。

结束语

综上所述,心脏康复护理干预有助于改善急性心肌梗死患者的心理状态、提升其生活质量,并最大限度地降低并发症发生风险。

参考文献

- [1]赵爱纯,赵晓峰.心脏康复训练结合心理干预对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗术后高危患者的疗效[J].中华行为医学与脑科学杂志,2019,28(12):1081-1084.
- [2]杨霞,张玉霞,付梅英.心脏康复护理对老年性心衰患者及急性心肌梗死患者心理状态和并发症的影响[J].贵州医药,2019,43(10):1649-1651.
- [3]蒋承建,潘孙雷,林辉,等.中荷合作心脏康复模式对急性心肌梗死患者早期预后的影响[J].心脑血管病防治,2017,17(4):284-287.
- [4]马晶,张瀛月,李海燕,等.融合心脏康复治疗对心肌梗死患者心肺运动功能和心理状态的影响[J].中华老年多器官疾病杂志,2019,18(10):721-725.
- [5]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2015,43(5):380-393.