

心脏康复适宜技术对冠心病患者社区康复体系的构建影响

欧阳慎予 卓晓军

长沙市第四医院（长沙市中西医结合医院） 湖南 长沙 410000

【摘要】：目的：探讨心脏康复适宜技术对冠心病患者社区康复体系的构建影响。方法：于2024年01月-2024年12月期间，选取104例冠心病患者为研究对象，数字随机表法将患者分为两组，对照组接受常规慢性病指导，观察组予医院-社区-家庭-患者四维联动的心脏康复模式，并依据6分钟步行试验结果、心肺功能运动试验（CPET）制定个体化运动处方，对比具体效果。结果：观察组较对照组自我管控行为能力、6 min步行试验均有明显提升（ $P<0.05$ ）；观察组较对照组生活质量评分明显提升（ $P<0.05$ ）；观察组较对照组并发症发生率较低（ $P<0.05$ ）；观察组较对照组心肺功能及睡眠质量改善明显（ $P<0.05$ ）。结论：对冠心病患者予以心脏康复适宜技术，不仅可以提高自我管控行为能力、6 min步行距离，降低并发症发生率，进一步改善心肺功能及睡眠质量。

【关键词】：心脏康复适宜技术；冠心病；社区康复体系；自我管控

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.061

心血管疾病目前在全球范围内已经成为威胁人类身体健康和正常生活的首要疾病。根据《中国心血管病报告2018》^[1]显示，我国作为心血管疾病的高发大国，近年来该病的临床发病率呈显著上升趋势，已经严重影响到人们的健康安全。作为导致城乡居民首要的死亡病因，我国当前患病人数约为2.9亿，其中冠心病的发病人数已经突破1100万。针对冠心病的治疗，临床中以经皮冠状动脉介入治疗为首选方法，通过帮助患者重建血运通道，可以在短时间内恢复正常供血，改善疾病症状。尽管经皮冠状动脉介入术相比其他术式具有显著的治疗效果，但是作为侵入性的治疗手段，其术后仍面临康复、并发症预防等问题^[2]。需要根据疾病特点以及需求提供相应的干预手段，以进一步提高疾病治疗效果。心脏康复适宜技术是近年来临床上新兴的一种理念，以快速康复医学的综合性保障为核心理论，可从心理、生理、社会多方面满足患者的需求，以此来提升患者的疾病认知水平和治疗依从性，改善心理状况，从而降低再入院的概率，同时有效预防相关并发症发生^[3-4]。针对心脏康复适宜技术，我国尚处于起步阶段，仍缺少大量研究数据支持，以进一步证明心脏康复适宜技术在冠心病患者中的应用效果。因此，本文将探讨心脏康复适宜技术对冠心病患者社区康复体系的构建影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于2024年01月-2024年12月期间，选取104例冠心病患者为研究对象，每组各52例。其中对照组男28例，女24例；年龄30-70岁，均值（ 54.59 ± 3.74 ）岁。观察组男26例，女26例；年龄30-70岁，均值（ 55.05 ± 3.91 ）岁。一般资料对比无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）近1年来接受冠脉介入治疗患者；（2）年龄30~70岁；（3）个人资料齐全；（4）患者自愿参与研究，签署本研究知情同意书。

排除标准：（1）患有精神疾病；（2）合并重要器官功能障碍；（3）无法正常沟通者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规指导。患者病情稳定以后展开健康宣教。根据患者的病情提醒其定期来院进行复查，向患者发放用药指南，介绍每一种药物的用法、用量以及常见的不良反应，叮嘱患者遵医嘱用药的重要性，告知患者禁止私自停药或增减药物，以免影响疾病整体治疗效果。

1.2.2 观察组

予以医院-社区-家庭-患者四维联动的心脏康复模式。

（1）构建四维联动机制。以三级医院为核心，邀请社区卫生服务中心的负责人、患者和家属成立冠心病心脏康复联动机制，并明确各岗位职责，从而形成医院-社区-家庭-患者的协同联动模式。从医院、专业团队、辅助人员、社区等多方面完善小组机制。

（2）建立电子档案。患者出院之前，主动与患者进行沟通，并详细阐述院外康复的重要性，并为患者建立个人电子档案，其中需要涵盖一般资料中的身份信息、健康行为资料、社区及家庭信息以及既往及当前心血管疾病相关病历、住院期间康复评估记录。建立电子档案以后与患者或家属进行信息核实，确保信息准确、全面、无误。

（3）心脏康复指导。①药物处方指导：采用健康大讲堂

的方式重点介绍冠心病药物治疗的重要性,包括药物种类、用法及不良反应等,并着重强调遵医嘱规范用药的重要性,以提高治疗效果。②运动指导:推荐有氧运动、抗阻训练和柔韧性训练,其中有氧运动以社区卫生服务中心为主要场所,开始运动之前需要进行 10-15 分钟的热身,并分为不同阶段进行弹力带训练、主运动等,将运动时间控制在1小时内,每周可训练 2-3 次。抗阻训练则以哑铃操、弹力带、深蹲等为主,每周 2~3 次。柔韧性训练以牵伸为主,每部位初始拉伸 6~15 秒,逐步延长至 30 秒,每个动作 2~3 次,每组 10 分钟,每周 3~5 组。③营养处方指导:合理使用饮食习惯调查量表对患者的饮食情况进行评估,并结合患者饮食结构和个人喜好等制定科学、合理的饮食食谱,确保摄入的蛋白质、维生素及膳食纤维等营养物质均衡,叮嘱患者禁止食用辛辣、刺激的食物,以免影响治疗效果。④心理指导:使用睡眠质量评分表和负面情绪自评表等对患者的睡眠质量和负面情绪进行评分。根据评分结果予以患者心理疏导,通过音乐疗法、冥想法等帮助患者保持良好的心理状态,积极配合治疗。⑤戒烟指导:通过吸烟评估量表了解患者吸烟史,根据评估结果以及患者的吸烟史进行针对性的干预。从不吸烟或过去 1 个月内未吸烟者无需干预;有吸烟习惯但无依赖者接受戒烟健康教育;有依赖者接受健康教育及干预措施,每月评估 1 次,共 3 个月。同时进行健康教育,以每月 1 次的频率从疾病、药物、运动等多方面进行宣教,并为患者及家属提供健康咨询和教育。

1.3 观察指标

(1)自我管控行为能力、6 min 步行距离,采用冠心病自我管理行为量表^[5]和 6 min 步行试验对自我管控行为能力、6 min 步行距离进行评估。

(2)生活质量评分,采用世界卫生组织生活质量测定量表(WHOQOL-BREF)对心理、生理、环境、社会关系进行评估,分值越高表示生活质量越好。

(3)并发症发生率,包括心律失常、心力衰竭、心肌梗死、心源性休克。

(4)心肺功能和睡眠质量,采用心肺功能运动试验(CPET)评估心肺功能恢复情况;采用匹兹堡睡眠质量指数^[6](PSQI)对 7 个维度进行评分,总分范围 0-21 分。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析,计数资料采用频数、构成比,计量资料用 $\bar{X} \pm S$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内干预前后比较采用配对样本 t 检验、卡方检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比自我管控行为能力、6 min 步行距离

两组对比,观察组自我管控行为能力、6 min 步行距离均

有明显提升($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 对比自我管控行为能力、6 min 步行距离($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	52	52	-	-
自我管控行为能力(分)				
干预前	65.36 ± 6.29	66.04 ± 6.31	0.550	0.583
干预后	130.05 ± 7.91	114.95 ± 7.38	10.065	0.000
6 min 步行距离(m)				
干预前	306.25 ± 20.54	308.41 ± 21.11	0.529	0.598
干预后	419.85 ± 22.71	367.49 ± 22.64	11.774	0.000

2.2 对比生活质量评分

两组对比,观察组生活质量评分显著提高($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 对比生活质量评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	52	52	-	-
心理				
干预前	41.75 ± 6.23	42.03 ± 6.17	0.230	0.818
干预后	57.15 ± 3.30	50.79 ± 3.21	9.962	0.000
生理				
干预前	45.69 ± 5.56	46.12 ± 5.48	0.397	0.692
干预后	53.62 ± 4.09	49.67 ± 3.57	5.247	0.000
环境				
干预前	43.61 ± 4.69	43.50 ± 4.71	0.119	0.905
干预后	52.67 ± 2.19	48.92 ± 2.03	9.056	0.000
社会关系				
干预前	50.06 ± 3.46	50.28 ± 3.55	0.320	0.750
干预后	61.19 ± 3.35	56.91 ± 3.20	6.662	0.000

2.3 对比并发症发生率

两组对比,观察组并发症发生率较低($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 对比并发症发生率[n(%)]

组别	观察组	对照组	X ²	P
例数	52	52	-	-
心律失常	1	4	-	-
心力衰竭	1	2	-	-
心肌梗死	0	1	-	-
心源性休克	0	3	-	-
并发症发生率	2	10	6.029	0.014

2.4 对比心肺功能和睡眠质量

心肺功能运动试验(CPET)评估显示,观察组的峰值摄氧量、无氧阈及氧脉搏等关键指标均显著优于对照组($P < 0.05$),表明观察组患者的心肺储备功能和运动耐力得到更有效恢复。对比睡眠质量和心肺功能干预后,观察组睡眠质量评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 4。

表4 对比睡眠质量和心肺功能 ($\bar{x} \pm s$)

组别		观察组	对照组	t	P
例数		52	52	-	-
睡眠质量(分)	干预前	17.24±2.23	17.45±2.41	0.461	0.656
	干预后	8.05±1.64	13.92±1.89	16.916	0.000
峰值摄氧量 (mL/kg/min)	干预前	14.26±2.19	14.36±2.08	0.239	0.812
	干预后	18.75±2.33	15.81±2.23	6.573	0.000
无氧阈 (mL/kg/min)	干预前	10.59±1.81	10.61±1.78	0.057	0.955
	干预后	13.96±1.94	11.08±1.84	7.767	0.000
氧脉搏 (mL/次)	干预前	9.62±1.42	9.71±1.39	0.327	0.745
	干预后	12.17±1.54	10.45±1.44	5.883	0.000

3 讨论

冠心病在中老年群体中是较为高发的心血管疾病，其病因可分为可控和不可控两种类型，其中年龄、遗传及性别等为不可控因素；饮食不规律、肥胖、长期吸烟饮酒为可控因素^[7]。发病后以胸骨后或心前区压榨样疼痛、胸闷、心慌等为主要症状表现，部分患者还会伴有气短、乏力等症状。若早期治疗不及时则会增加心力衰竭、心律失常等并发症风险，不仅会提升疾病风险，还会诱发不良情绪、影响生活质量^[8]。鉴于冠心病慢性病的特点，予以心脏康复适宜技术可以为患者构建社区康复体系，从多方面满足患者的需求，提高疾病治疗效果。

在心脏康复适宜技术的指导下，冠心病患者的自我管控能力和6分钟步行距离明显提高，且生活质量、心肺功能及睡眠质量均有提升和改善，可有效降低并发症的发生。相比常规干

预方法，心脏康复适宜技术可通过多维度指导患者，通过建立电子档案等方法可以将患者从被动接受者转变为主动健康管控的主导者，这种主动赋能方式可以帮助患者清晰的认识到每个处方的意义，从而提高治疗依从性和自我管控能力^[9]。根据患者的心肺功能制定个性化的运动计划，从运动强度、时长以及频率等方面进行精准把控，不仅可以为心肺功能重塑创造条件，还能达到较为理想的训练效果。在心脏康复适宜技术中，不仅注重患者生理需求，还同步涉及到心理、社会等方面，通过心理疏导、营养处方指导等疏解不良情绪，改善睡眠质量，整体改善生活质量，实现医院到社区、家庭的无缝衔接，根据患者的需求进行针对性指导，尽早识别潜在的并发症风险，有效预防相关并发症发生^[10]。

本研究创新性地将心肺功能运动试验（CPET）作为评估患者心肺功能恢复的客观金标准。结果显示，观察组患者的峰值摄氧量、无氧阈等指标均显著优于对照组。峰值摄氧量是评估有氧代谢能力和运动耐量的核心指标，其提升直接反映了患者心脏泵血功能和骨骼肌利用氧气能力的改善。无氧阈则被认为是进行安全、有效有氧运动训练的最佳强度参照点，观察组根据CPET结果制定的个体化运动处方，确保了运动强度既能有效刺激心肺功能重塑，又不会超出患者安全阈值，这可能是6分钟步行距离和心肺功能指标改善更显著的关键原因。

综上所述，对冠心病患者实施心脏康复适宜技术，在社区康复体系的构建中有显著效果，可进一步提高自我管控能力、6分钟步行距离，帮助患者改善心肺功能、睡眠质量，还能提升生活质量，减少并发症发生。

参考文献：

[1] 王佳佳,梁闪,刘艳萍,等.基于移动医疗的居家心脏康复在冠心病患者中的研究现状[J].国际护理学杂志,2024,43(17):3254-3260.

[2] 张敏,王琳,邢娅娜.家庭远程心脏康复对冠心病患者临床结局影响的 Meta 分析[J].护士进修杂志,2023,38(8):723-729.

[3] 颜羽,梁振娥,罗倩,等.基于 ADOPT 模式的居家心脏康复在老年冠心病伴衰弱患者中的应用效果[J].广西医学,2024,46(8):1172-1177.

[4] 王媛媛,万博,杨莉娟,等.基于心肺运动试验的静态心脏康复-EECP 在冠心病 PCI 术后恐动症患者中的临床应用[J].医院与医学,2024,12(3):16-19.

[5] 白云艳,陈晗,鞠二琳.基于循证理论的个体化综合干预对冠心病 PCI 患者负性情绪,心脏康复认知及并发症的影响[J].中国全科医学,2023,26(S01):73-75.

[6] 唐征泳,宋鑫,卫静怡,等.全-专团队共管模式在稳定性冠心病患者运动康复中的应用效果[J].医药前沿,2025,15(17):56-60.

[7] 贺彦文,鹿庆华,赵宏兵,等.高强度间歇性运动在老年冠心病患者心脏康复中的应用进展[J].中华现代护理杂志,2025,31(01):89-94.

[8] 邓雪,刘恒亮,焦宪法.心脏康复锻炼联合心理干预在稳定性冠心病中的应用价值[J].实用中西医结合临床,2023,23(12):117-120.

[9] 齐冉,秦玲玲,赵海波.心脏康复训练联合阿托伐他汀在冠心病 PCI 术后的应用价值[J].中国循证心血管医学杂志,2025,17(10):1243-1247.

[10] 万博,王媛媛,张小卫,等.专科护士主导的 MDT 护理模式在冠心病患者心脏康复中的应用进展[J].医院与医学,2024,12(3):6-10.