

冠心病 PCI 术后患者心脏康复护理干预的临床效果观察

孙博 王馨羚^(通讯作者) 王海鸥

吉林大学第二医院, 吉林长春, 130000;

摘要: 目的: 探析冠心病 PCI 术后心脏康复护理干预的临床效果。方法: 纳入 62 例冠心病 PCI 术后患者, 在 2025 年进行护理对照研究, 抽签后划分为试验组 (心脏康复护理, 护理服务 31 例) 与对照组 (基础性护理干预, 护理服务 31 例), 对比两组护理干预的效果。结果: 心功能及运动耐力指标, 护理干预后试验组 LVEF、6MWT 均高于对照组, LVEDD、LVESD 均低于对照组 ($P < 0.05$); 护理干预后试验组 CQQC 评分相较于对照组更高 ($P < 0.05$); 试验组心脏不良事件发生率低于对照 ($P < 0.05$); 试验组护理服务满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 冠心病 PCI 术后心脏康复护理干预中采用心脏康复护理可改善心功能, 提升运动耐力, 改善身心健康状态, 降低心脏不良事件发生率, 提高护理满意度。

关键词: 冠心病; PCI; 心脏康复护理

DOI: 10.69979/3029-2808.26.04.057

冠心病为临床常见心脏供血不足所致心血管疾病, 可引发心绞痛等症状, 如未能及时干预则容易进展为致命性心肌梗死^[1]。经皮冠脉动脉介入治疗术 (PCI) 是冠心病的成熟治疗技术, 起效迅速, 疗效确切, 但术后存在再狭窄风险, 因此需采取有效的干预措施促进冠脉血管内皮功能恢复, 控制病情进展。临床研究认为, PCI 术后护理干预有助于降低术后复发率^[2]。心脏康复护理是冠心病二级预防的重要措施, 通过适宜的运动干预能够改善冠脉血液循环, 控制粥样硬化进展, 显著降低心血管不良事件发生率, 明显改善患者的生存质量, 但关

于该方案在冠心病 PCI 术后的应用效果仍缺少系统性研究^[3]。本研究中纳入 62 例冠心病 PCI 术后患者, 探析心脏康复护理干预的措施与应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 62 例冠心病 PCI 术后患者, 在 2025 年进行护理对照研究, 抽签后划分为试验组 (心脏康复护理, 护理服务 31 例) 与对照组 (基础性护理干预, 护理服务 31 例), 各项一般资料比较结果如表 1 显示。

表 1 两组一般资料比较结果

组别	男女比例	平均年龄 (岁)	平均病程 (年)	BMI (kg/m ²)	心功能分级
试验组 (n=31)	19 男/12 女	58.17±4.52	2.08±0.35	25.96±1.45	2 级 17 例, 3 级 14 例
对照组 (n=31)	17 男/14 女	58.22±4.46	2.14±0.38	26.02±1.48	2 级 18 例, 3 级 13 例
χ^2/t 值	0.265	0.044	0.647	0.161	0.065
P 值	0.606	0.965	0.520	0.872	0.797

纳入标准: ①符合冠心病诊断标准。②符合 PCI 术指征。③签署知情文件。

排除标准: ①合并其他心脏疾病或心脏手术史。②运动功能障碍。③精神类疾病患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者为基础性护理干预, 护理人员遵医嘱给药及心电监护, 严格监测心率、血氧饱和度、血压、神志等指标, 穿刺侧肢体严格制动, 观察是否渗血。术后指导患者增加卧床休息时间, 协助翻身、肌肉按摩、关节被动活动, 根据患者恢复情况逐渐增加运动量。患者出院前进行健康指导, 要求严格遵医嘱用药, 合理饮食

运动, 定期复查, 如发现心血管不良事件则及早就诊治疗。

1.2.2 试验组

试验组患者以对照组护理措施为基础, 增加心脏康复护理, 具体方案如下。(1) 住院期间心脏康复护理。①术后第 1d。护理人员为患者介绍心脏康复护理的流程、训练方法、作用, 介绍预后良好的案例, 安抚不良情绪, 鼓励患者积极配合完成心脏康复护理。患者严格卧床休息, 穿刺部位妥善止血, 协助患者完成翻身、坐位平衡、关节被动活动等训练内容。穿刺侧保留的加压装置每 2 h 向下方移动 1 次, 12h 后移除。术后 12h 起指导患者主动完成非手术侧肢体的曲肘、握拳、直腿抬高等运动, 术后 24h 协助患者完成床上进食、洗漱、排便等活动。

上述活动每次5min左右,每日2次,每项活动结束后休息15min,活动期间持续行心电图监护。②术后第2d。协助患者保持床上坐位平衡状态,维持1-3h,协助患者在床旁保持站立平衡状态,指导其完成原地踏步训练,手扶床旁缓慢行走,控制行走的速度为60-70步/min,上述活动每次5min左右,每日2次,活动期间持续行心电图监护。指导患者在床上独立完成洗漱、进食、排便,并为患者介绍术后预防各类并发症的方法。③术后3d。指导患者在病房内行走,每次行走5min左右,每日行走2次,并指导患者自行下床穿衣、洗漱、进食、如厕,在上述活动期间检测心率,保证心率在适宜范围内,并为患者讲解术后用药知识。④术后4d。指导患者在病区走廊行走,每次行走10min左右,每日行走2次,对患者实施健康宣教及心理干预,帮助患者建立康复信心。⑤术后5d。指导患者增加步行距离和速度,为患者讲解饮食、生活起居等注意事项。⑥术后6d后。指导患者进行上下楼梯运动、户外运动,每次运动20min左右,每日运动2次。(2)出院后心脏康复护理。患者出院前评估病情、运动能力、心理状态,制定出院后的运动计划。指导患者在术后1个月内每日完成室内的平衡训练、有氧运动、抗阻运动,术后1个月后进行室外步行、慢跑等运动,在运动过程中家属全程陪同,如发现心绞痛、心悸、气短等症状及时停止运动。指导患者在出院后严格遵医嘱用药,定期复查。(3)心脏康复护理注意事项。患者运动过程中的适宜心率为180-年龄,以患

者不产生呼吸困难、胸痛,感觉轻微疲劳为宜。心脏康复护理过程中,如患者产生较为明显的乏力、呼吸困难,呼吸频率大于40次/min,产生肺部啰音、第二心音亢进,血压降幅超过10mmHg,面色苍白、大汗、意识不清,则及时停止运动。

1.3 观察指标

(1) 护理干预前后采用彩色多普勒超声诊断仪检测两组LVEF、LVEDD、LVESD,记录两组6MWT。(2) 护理干预前后测评CQQC评分,包括体力、病情、社会心理状况、一般生活,得分越高表明生活质量越高。(3) 统计两组心脏不良事件发生率,包括恶性心律失常、心力衰竭、频发心绞痛。(4) 采用自制满意度调查问卷统计两组护理满意度。

1.4 统计学方法

采用SPSS 23.0软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对样本t检验,组间比较采用两独立样本t检验;计数资料以例数(百分比)[n(%)]表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心功能及运动耐力指标比较

心功能及运动耐力指标,护理干预后试验组LVEF、6MWT均高于对照组,LVEDD、LVESD均低于对照组($P < 0.05$),见表2中内容。

表2 两组心功能及耐力指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	LVEF (%)		LVEDD (mm)		LVESD (mm)		6MWT (m)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
试验组 (n=31)	52.38±3.76	62.75±5.98	48.79±3.15	42.08±1.94	42.28±3.51	31.45±2.78	211.96±12.73	359.76±27.11
对照组 (n=31)	52.46±3.81	57.9±4.25	48.86±3.07	44.75±2.58	42.35±3.46	35.94±3.61	212.03±12.68	279.46±21.34
t值	0.083	3.681	0.089	4.605	0.079	5.487	0.022	12.959
P值	0.934	<0.001	0.930	<0.001	0.937	<0.001	0.983	<0.001

2.2 两组CQQC评分比较

护理干预后试验组CQQC评分相较于对照组更高($P < 0.05$),见表3中内容。

表3 2 两组CQQC评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	体力		病情		社会心理状况		一般生活	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
试验组 (n=31)	2.47±0.35	6.91±0.67	6.21±1.06	15.94±1.86	8.93±1.45	16.88±2.75	6.74±1.22	16.95±2.27
对照组 (n=31)	2.56±0.38	4.42±0.41	6.17±1.13	11.24±1.12	9.02±1.49	12.29±1.48	6.69±1.18	11.36±1.43
t值	0.970	17.650	0.144	12.053	0.241	8.183	0.164	11.601
P值	0.336	<0.001	0.886	<0.001	0.810	<0.001	0.870	<0.001

2.3 两组心脏不良事件发生率比较

试验组心脏不良事件发生率低于对照($P < 0.05$),见表4中内容。

表 4 两组心脏不良事件发生率比较 (n/%)

组别	恶性心律失常	心力衰竭	频发心绞痛	心脏不良事件发生率
试验组 (n=31)	0	0	2	2 (6.5)
对照组 (n=31)	2	2	5	9 (29.0)
χ^2 值				5.415
P 值				0.019

2.4 两组护理满意度比较

试验组护理服务满意度高于对照组 (P<0.05), 见表 5 中内容。

表 5 两组护理满意度比较 (n/%)

组别	满意	不满意	护理满意度
试验组 (n=31)	31	0	31 (100.0)
对照组 (n=31)	27	4	27 (87.1)
χ^2 值			4.275
P 值			0.038

3 讨论

PCI 是临床治疗冠心病的有效方案, 可开通闭塞的冠脉组织, 恢复心肌血液供应, 控制心肌梗死面积, 改善心绞痛等症状。PCI 无法逆转冠脉粥样硬化进程, 术后再狭窄率偏高, 占比约 8% 的患者术后发生心脏不良事件, 心功能恢复不佳, 活动受限^[4]。为改善预后, 需制定有效的护理干预措施。

常规 PCI 术后护理干预模式下, 护理人员在患者病情处于稳定状态后进行运动训练, 训练计划不完善, 内容缺乏针对性, 难以促进患者心功能的恢复。心脏康复护理干预模式下, 护理人员根据手术方案、患者病情特点等制定多维度的护理干预措施。通过循序渐进的主被动运动训练可提升提升患者的肌力与关节活动能力, 促进血液循环与新陈代谢, 加速侧枝循环的建立, 改善心功能, 增加冠脉血流总量, 控制冠脉粥样硬化病情进展^[5]。同时, 心脏康复护理能够明显增加患者的肺活量及肺部通气量, 使通气与血流的比例逐渐恢复正常, 缓解组织器官缺氧的状态。心脏康复护理过程中, 患者的运动时间延长, 卧床时间缩短, 可有效预防压疮、深静脉血栓等并发症, 并能够促进肝脏及胃肠道的血液循环状态, 促进胃肠蠕动, 缓解腹胀腹痛等症状, 预防便秘。通过心脏康复护理也可转移患者对于疾病的注意力, 减轻心理负担, 预防不良心理因素的影响, 进而改善预后。

心功能及运动耐力指标, 护理干预后试验组 LVEF、6MWT 均高于对照组, LVEDD、LVESD 均低于对照组, 说明通过心脏康复护理能够改善心功能, 增强运动耐力。常规基础护理模式下, 患者卧床休养的时间较长, 运动时间延后, 运动内容不够系统完善, 在缺乏运动的状态

下血液循环速度较慢, 冠脉血流灌注量较少, 进而影响心肌收缩力, 血栓形成及再狭窄的风险较高。术后早期实施心脏康复护理干预能够舒张冠脉, 增加冠脉血流量, 改善多项血流动力学指标, 促进侧枝循环建立, 延缓动脉粥样硬化进展, 改善心肌缺血状态, 提升心肌细胞的活性, 进而有效抑制心室重构, 加速心功能的恢复^[6]。结果显示, 在护理干预后试验组有更高的 CQQC 评分, 据此认为通过心脏康复护理能够明显改善患者的生理与心理状态。心脏康复护理模式下, 护理人员制定详细的运动计划, 每日指导患者多项主被动运动, 根据患者恢复的情况逐渐增加运动时间与运动强度, 可明显提高患者的运动能力与运动耐力, 改善心功能, 减轻术后不适感。患者在运动过程中能够转移对于疾病的注意力, 并可获得愉悦感与满足感, 焦虑、抑郁等不良情绪得到有效地缓解, 身心不适感明显减轻。在心脏康复护理中, 护理人员增加健康教育与心理护理的相关内容, 对患者进行全面细致的健康管理及心理疏导, 可提高患者对 PCI 术后康复知识的认知水平, 提高心理承受能力^[7]。通过多维度的心脏康复护理措施能够减轻生理与心理不适感, 进而改善生活质量。结果证明, 试验组心脏不良事件发生率低于对照组。PCI 术虽能够舒张冠脉组织, 改善局部微循环, 但难以逆转冠心病, 术后如未能采取有效的干预措施, 可引发多种类型的并发症。基础的护理方案中, 康复训练介入时间较晚, 训练内容不完善, 训练效果不佳。心脏康复护理方案中, 护理人员在术后每日均实施规范细致的康复训练, 逐渐增加训练内容及训练强度, 可促进血液循环, 改善运动耐力, 提高运动能力, 并可加速冠脉血液循环, 改善心肌缺血的状态, 同时护理人员详细开展健康指导, 使患者远离疾病危险因素, 保持良好心态, 可降低心脏不良事件的发生率^[8]。结果发现, 试验组的护理满意度明显高于对照组。心脏康复护理的特点是以患者为核心, 护理人员协助患者完成各项运动训练, 并实施认知心理的干预, 通过多项护理服务内容能够有效改善患者的身心状态, 因此患者对于服务内容更高的满意度。研究认为, 心脏康复护理应用于 PCI 术后具有良好效果。因此护理人员需加强对

康复护理相关理论的研究,制定完善的运动处方,并注重加强安全管理、心理干预、认知干预,使运动方案能够达到最佳的效果。

综上所述,冠心病PCI术后心脏康复护理干预中采用心脏康复护理可改善心功能,提升运动耐力,改善身心健康状态,降低心脏不良事件发生率,提高护理满意度。研究事项仅在单一中心完成,缺少同类型内容的横向比较分析,研究的总体时间比较短,纳入的冠心病PCI术后患者比较少,关于心脏康复护理干预的具体操作机制仍需要进一步进行深入细致的研究。

参考文献

- [1]柴卓,陈轶琳,张子琛,等. 经皮冠状动脉介入治疗术后患者心脏康复依从性潜在类别转变及其影响因素研究[J]. 康复学报,2026,36(01):16-29.
- [2]孙飞,陈娅妮,马小凤,等. 多学科诊疗模式联合序贯式心脏康复运动在PCI急性心肌梗死患者术后的应用效果[J]. 临床误诊误治,2026,39(05):30-36.
- [3]王艳,鲁大胜,肖洁,等. 早期心脏康复护理对PCI术后患者心功能的影响[J/OL]. 皖南医学院学报,2026,(01):86-90.
- [4]郑枫,陈星,徐良洁,等. 心脏康复治疗对急性心肌梗死患者PCI术后心功能及全身免疫炎症指数的影响[J]. 实用心电与临床诊疗,2026,35(01):19-23+34.

[5]王芮,杨佳炜,齐杏利,等. 不同强度的运动康复对经皮冠状动脉介入治疗术后患者血脂的影响[J]. 中国心血管病研究,2026,24(02):170-175.

[6]吴双,夏铭徽,邢金云,等. 电针联合西药治疗对PCI术后心功能不全患者运动能力、心脏应变及炎症因子的影响[J]. 交通医学,2026,40(01):47-50+54.

[7]李小飞,李慧婷,白晓慧. 思维导图联合运动康复护理对老年冠心病PCI术后康复的影响[J]. 航空航天医学杂志,2026,37(02):210-213.

[8]徐淼. 以行为改变理论为核心的护理管理在冠心病PCI术后心脏康复中的应用[J]. 当代医药论丛,2026,24(03):157-159.

作者简介:孙博,女,(1992.08-),毕业院校:吉林大学护理学院,所学专业:护理学,当前就职单位:吉林大学第二医院,职务:护士,职称级别:主管护师;

通讯作者:王馨羚,女,(1990.06-),毕业院校:吉林大学,所学专业:护理学,当前就职单位:吉林大学第二医院,职务:护士,职称级别:主管护师。

王海鸥,女,(1984.01-),毕业院校:北华大学护理学院,所学专业:护理学,当前就职单位:吉林大学第二医院,职务:护士,职称级别:主管护师。