

参考文献

- [1] 黄晓琳,王平,王伟,等.脑卒中偏瘫患者减重平板步行训练的临床应用研究[J].中华物理医学与康复杂志,2003,25(9):544—547.
- [2] 励建安,王彤.康复医学[M].北京:科学技术出版社,2002.207—218.
- [3] 励建安.减重训练的研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24:759—761.
- [4] 王彤.减重步行训练在康复医学中的作用[J].现代康复杂志,2001,5(8):26—28.
- [5] 窦祖林,陶勤丰,李奎.减重支持系统:中风患者平衡与步态训练的新方法[J].中国康复医学杂志,2001,16(2):118—119.
- [6] 杨雅琴,张通.减重步行训练对脑卒中后偏瘫步态康复的影响[J].中国康复医学杂志,2004,19(10):731—733.
- [7] 朱洪翔,窦祖林.减重支持系统应用新进展[J].中国康复医学杂志,2003,18:505.
- [8] 孙丽.早期脑卒中偏瘫患者减重平板步行训练中的平板速度调节[J].中国康复医学杂志,2005,20(10):756—757.
- [9] 郑舒畅,朱士文,李义召,等.早期减重平板步行训练对脑卒中偏瘫患者的影响[J].中国康复理论与实践,2005,11(6):463—464.
- [10] 王茂斌,高谦.脑卒中的康复治疗[M].北京:中国科学技术出版社,2006.133—155.

·短篇论著·

2周住院心脏康复程序对急性心肌梗死患者的疗效观察

黄久荣¹ 侯晓林¹ 宋毅¹ 朱涛¹ 曾明曦¹ 熊朝磊¹

传统的急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 治疗中, 为避免增加心脏负担, 即使无并发症至少需住院 6 周, 近二十年来心肌梗死患者的早期康复治疗推广普及的速度很快, 并为广大心血管工作者所接受。AMI 患者早期进行康复运动能改善心功能储备, 增加运动耐量, 减少心肌缺血, 延缓动脉硬化进展, 减少焦虑、抑郁情绪^[1]。本研究拟进一步探讨早期康复治疗对 AMI 患者心功能分级、心绞痛分级、生活自理能力和精神状态的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

124 例研究对象均为 2005 年 2 月—2007 年 2 月在我院心血管内科住院的 AMI 患者, 符合 WHO 的 AMI 诊断标准^[2]。经临床、心电图及血清酶学检查确诊后, 收入 CCU 病房, 用心脏监护仪监测, 绝对卧床 24h。选择梗死后生命体征稳定, 心绞痛、心律失常能有效地控制, 心功能(NYHA 分级方案) I—II 级的 AMI 低危患者 124 例, 随机分为早期康复训练组(康复组)62 例, 对照组 62 例。两组患者在病史、病程、文化程度、职业、年龄、性别、梗死部位及范围、并发症、心脏功能、入院时间、接受静脉溶栓例数等, 差异无显著性意义($P>0.05$), 见表 1。

1.2 方法

表 1 两组患者一般资料

(例)

组别	例数	性别		年龄 (岁)	梗死部位			心律 失常	心功能		既往史				发病到入院时间 (天)	静脉溶栓
		男	女		前壁	下后壁	复合组		I 级	II 级	吸烟	高血压	糖尿病	血脂异常		
康复组	62	39	23	61.6±12.7	35	21	6	41	38	24	31	34	14	47	2.0±1.8	38
对照组	62	35	27	60.8±13.2	34	20	8	40	36	26	28	32	15	45	2.1±1.5	36

梗死部位:①前壁:包括前间壁、前壁、前侧壁、高侧壁广泛前壁;②下后壁:包括下壁、后壁;③复合组:包括前壁和下后壁

两组患者入 CCU 后, 均给予同样的常规治疗。康复组患者于入院第 2 天, 即在专科医生和护士的宣教、指导协助下, 按照本院拟定的康复治疗方案和步骤进行肢体活动和下床步行训练, 为期 2 周。第 1 日卧床休息, 肢体被动活动, 在护理人员帮助下进食, 树立康复信心, 了解康复医疗知识及程序;第 2—4 日, 卧床, 主动活动肢体、关节, 自我进食, 在护理人员帮助下洗脸、刷牙, 床上坐起;第 5—6 日, 下床站立, 床边坐椅, 在护理人员帮助下在病房内缓慢走动;第 7—10 日, 在病区走廊慢步走动, 可与探访者谈话。自己更衣、洗澡;第 11—14 日, 缓慢登梯, 可在护理人员帮助下上下 1—2 层楼, 模拟出院活动量、日常生活完全自理, 可出院。

1.3 随访

患者出院后随访 3 个月, 包括临床心功能分级(NYHA 分级方案)、心绞痛分级(加拿大心血管协会分级方案)、生活自理能力和精神状态。其中:①生活自理能力:采用改良 Bathel

指数评定^[3], 包括大便、小便、修饰(洗脸、梳头、刷牙、剃须)、如厕、吃饭、转移(床→椅)、活动(步行)、穿衣、上楼梯、洗澡 10 个项目, 总分为 100 分。0 分:无自理能力;5—45 分:有部分自理能力;50—95 分:生活基本自理;100 分:生活完全自理。②精神状态:采用医院抑郁焦虑量表 (the hospital anxiety and depression scale, HADS) 焦虑量表评定^[4], 共有 14 个项目, 满分为 42 分。0—13 分:轻度焦虑;14—27 分:中度焦虑;27—42 分:重度焦虑。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 12.0 软件处理, 两组间比较计量资料用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

1 四川省人民医院心内科, 成都, 610071

作者简介:黄久荣, 女, 副主任医师

收稿日期:2007-06-20

2 结果与讨论

康复组与对照组随访3个月,两组心功能分级、心绞痛分级和生活自理能力及精神状态比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者随访3个月时的资料比较

项目	康复组(n=62)		对照组(n=62)		P值
	例	%	例	%	
心功能分级					
I	44	71.0	32	51.6	<0.05
II	18	29.0	30	48.4	<0.05
心绞痛分级					
I	47	75.8	22	35.5	<0.05
II	15	24.2	40	64.5	<0.05
生活自理能力					
完全自理	34	54.9	23	37.1	<0.05
基本自理	26	41.9	15	24.2	<0.05
部分自理	2	3.2	24	38.7	<0.05
精神状态					
轻度焦虑	43	69.4	30	48.4	<0.05
中度低落	15	24.2	22	35.5	<0.05
重度低落	4	6.5	10	16.1	<0.05

近年来,随着人们生活水平的不断提高,AMI发生率呈升高趋势,严重威胁患者的生命和生存质量。因此,如何及时、有效地治疗AMI,降低死亡率,促进早日康复,提高患者的生存质量成为近年研究的热点之一^[5]。心肌梗死后出现的左室大小、形态和室壁厚度的改变,即所谓左室重构是心肌梗死后常见而重要的病理过程,与患者早期康复和长期预后密切相关^[6]。研究认为:改良Barthel指数评定量表和HADS焦虑量表用于评价生存质量具有较高的信度和效度,改良Barthel指数评定量表能准确评定生活自理能力,HADS焦虑量表能准确评定精神状态^[7]。本研究应用上述两种量表评定指标,结果发现经过2周住院心脏康复程序使AMI患者生活自理能力及精神状态(焦虑)得到明显改善。

有研究表明,冠心病患者致命性冠脉事件发生的危险度随焦虑水平的提高而增加,有明显焦虑情绪病例发生致命性冠脉事件的危险度明显增高^[8]。精神应激可诱发冠心病患者

心肌缺血^[9]。AMI的发病与不良情绪刺激引起的应激反应有关。长期焦虑、抑郁等情绪应激,可导致垂体-肾上腺皮质系统兴奋,增加去甲肾上腺素的浓度,加速粥样硬化斑块内部损伤的进程。过量的去甲肾上腺素,可促使血小板激活,释放多种促凝物质及血管收缩物质,导致冠状动脉痉挛或血栓形成,成为AMI冠脉事件的触发因素。本研究结果提示,2周住院心脏康复程序既能改善AMI患者的精神心理状态(焦虑),使心绞痛得到缓解,使心功能得到改善,从而降低发生致命性冠脉事件的危险。进行康复治疗患者心绞痛阈值提高,出现心绞痛前的负荷量增加,可以完成更多、更重的工作,并且患者变得乐观,疾病带来的抑郁、忧虑得到缓解,患者对生活和机体康复的信心明显增强。

参考文献

- [1] 刘江生. 康复心脏病学[M]. 第1版. 北京: 中国科学技术出版社,1996. 271.
- [2] Gillum RF, Fortmann SP, Prineas RJ, et al. International diagnostic criteria for acute myocardial infarction and acute stroke [J]. Am Heart J, 1984, 108(7): 150—158.
- [3] Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability [J]. Int Disabil Studies, 1988, 10: 64—67.
- [4] Zigmond AS, Sanith RP. The hospital anxiety and depression scale [J]. Acta Psychiatr Scand, 1983, 67: 361—370.
- [5] 孙玲, 郭群萍, 李艳华, 等. 经尺动脉途径介入治疗冠心病术后半年平板运动试验评估心功能 [J]. 中国临床康复, 2003, 7(24): 3346—3347.
- [6] Pfeffer MA, Braunwald E. Ventricular remodeling after myocardial infarction: experimental observations and clinical implications [J]. Circulation, 1990, 81: 1161—1172.
- [7] 袁正强, 李芝峰. 急性心肌梗死后直接经皮冠状动脉腔内成形术及支架术对患者早期康复的影响 [J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(2): 160—161.
- [8] Kwaci I, Colditz GA, Ascerio A, et al. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men [J]. Circulation, 1994, 89(5): 1992—1997.
- [9] Kim CK, Bartholomew BA, Mastin ST. Detection and reproducibility of mental stress-induced myocardial ischemia with Tc-99m sestamibi SPECT in normal and coronary artery disease population [J]. J Nucl Cardiol, 2003, 10(1): 56—62.

卫生部第十四届全国小儿脑性瘫痪实用康复技术培训班通知

第十四届全国小儿脑性瘫痪现代康复技术培训班受卫生部委托,由卫生部医政司佳木斯康复医学人才培训中心、佳木斯大学康复医学院暨黑龙江省小儿脑性瘫痪防治治疗中心承办,授国家级继续教育学分。培训班重点学习小儿脑性瘫痪实用康复技术及现代综合康复的新技术、新方法与新进展,同时学习孤独症及其他发育障碍性疾病的康复治疗理论及实践技术,以适应综合医院康复科、儿科、残疾儿童康复中心、儿童福利院和社区康复的需要。培训班采用团队式、互动式教学,以理论教学、治疗演示、实际操作及典型病例讨论相结合的方式授课,突出动手操作能力的培训,重在提高直接从事康复医疗人员的业务技术水平。拟开班时间为2008年6月下旬,为期1周,限招收学员60名。培训班拟邀请国内外著名专家进行讲学指导。请参加培训班的同志务必于2008年5月15日前将回执寄至培训中心,中心负责发报到通知,凭报到通知报到。也可直接与培训中心联系。

联系地址:黑龙江省佳木斯市德祥街419号黑龙江省小儿脑性瘫痪防治治疗中心。联系人:鲍秀芹、邹春玉。邮编:154003; E-mail: 8614879@sohu.com; 电话: 0454-8623645、0454-8673024; 网址: www.cp-jms.com;

卫生部医政司佳木斯康复医学人才培训中心
黑龙江省小儿脑性瘫痪防治治疗中心