

tion to extreme stress[J]. Am J Psychiatry, 2004, 161 (2):195-216.

[30] ZHAO X, WANG J, SHI C. The influence of mental resilience on the positive coping style of air force soldiers: a moderation-mediation model[J]. Front Psychol, 2020, 11: 550.

[31] 段艳芳, 王海蓉, 许慧娟, 等. 芳香疗法联合穴位按摩缓解乳腺癌术后化疗患者疲乏与睡眠障碍[J]. 护理学杂志, 2022, 37(17): 50-54.

[32] 王凡, 韩凤, 刘芳, 等. 正念癌症康复训练对术后化疗期肺癌患者癌因性疲乏的影响[J]. 护理学杂志, 2021, 36 (16): 73-74.

[33] 邓艳娟, 郑思娣, 苏晓坡. SEPPV 护理模式在乳腺癌术后患者癌因性疲乏中应用的效果研究[J]. 中国护理管理, 2021, 21(12): 1777-1781.

(收稿日期: 2023-02-09 修回日期: 2023-07-07)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 18. 028

心脏康复模式结合太极拳对心房颤动射频消融术后患者心肺功能的影响^{*}

邱 倩, 温彩云, 徐莎丽, 刘子由, 郭 兰
赣南医学院第一附属医院心内科, 江西赣州 341000

摘 要:目的 探讨心脏康复模式结合太极拳对心房颤动射频消融术后患者心肺功能的影响。方法 选取 2021 年 1 月至 2022 年 7 月赣南医学院第一附属医院收治的 60 例采用射频消融术治疗的心房颤动患者为研究对象, 按随机数字表法分为观察组与对照组, 每组 30 例。观察组患者术后采用心脏康复模式结合太极拳护理干预, 对照组患者术后采用常规护理干预。对比两组患者心肺功能、运动耐力与生活质量的变化情况。结果 观察组患者护理后的左心室射血分数(LVEF)、第 1 秒用力呼气容积(FEV₁)、用力肺活量(FVC)、无氧阈、峰值氧耗量、最大运动功率及 SF-36 量表各维度评分均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 心脏康复模式结合太极拳护理方案对改善心房颤动患者射频消融术后的心肺功能具有突出表现, 有利于加强患者的运动耐力, 强化患者术后生活质量的恢复效果。

关键词:心脏康复模式; 太极拳; 心房颤动; 射频消融术

中图法分类号:R541.7+5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)18-2756-04

在临床诊疗工作中, 心房颤动是一类常见的心律失常病症, 通过射频消融术对患者特定部位的局部心肌细胞实施处理, 可缓解患者的心房颤动症状, 实现对快速性心律失常的有效治疗。但在长期临床治疗过程中发现, 部分心房颤动患者经射频消融术治疗后仍存在心肺功能与运动耐力表现低下的问题, 并对患者的预后效果与生活质量恢复产生不良影响, 因此在临床治疗中有必要加强对射频消融术后患者心肺功能改善情况的重视^[1]。传统的常规护理模式单一, 是导致心房颤动患者射频消融术后心肺功能改善效果不理想的重要影响因素, 因此优化射频消融术后护理方案对改善心房颤动患者的心肺功能具有重要意义^[2]。以心脏康复模式与太极拳相结合的方式对心房颤动患者实施护理干预, 可有效改善患者术后的心肺功能与运动耐力。本研究就心脏康复模式结合太极拳对心房颤动射频消融术后患者心肺功能的影响展开研究, 其结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 1 月至 2022 年 7 月本院收治的 60 例采用射频消融术治疗的心房颤动患者为研究对象, 按随机数字表法将其分为观察组与对照

组, 每组 30 例。观察组: 男 19 例, 女 11 例; 年龄 27~68 岁, 平均(54.82±4.33)岁; 小学文化水平 5 例, 中学文化水平 14 例, 大专及以上文化水平 11 例。对照组: 男 18 例, 女 12 例; 年龄 26~69 岁, 平均(54.63±4.35)岁; 小学文化水平 5 例, 中学文化水平 15 例, 大专及以上文化水平 10 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经本院医学伦理委员会批准。所有患者及其家属对本研究内容均知情且同意。

纳入标准: (1) 以《2020ESC 心房颤动诊断和管理指南》为依据^[3], 患者符合心房颤动诊断标准; (2) 患者具备射频消融术治疗指征。排除标准: (1) 患者合并严重的其他器质性疾病; (2) 患者存在躯体运动功能障碍问题; (3) 患者伴有精神系统疾病或存在沟通能力丧失问题; (4) 患者对心肺运动测试存在禁忌指征^[4]。

1.2 方法 对照组患者在射频消融术后接受常规护理干预。术后以沙袋对患者静脉穿刺处与动脉穿刺处实施压迫, 静脉穿刺处维持压迫 6 h, 动脉穿刺处维持压迫 8~12 h, 并给予患者抗凝药物治疗。检测患者心率与心脏节律的变化情况, 当心率或心脏节律发

^{*} 基金项目: 江西省卫生健康委科技计划项目(202310812)。

生异常时,需及时向主治医师汇报。在用药及日常饮食上给予患者指导,开展基础健康宣教活动,叮嘱患者远离烟酒,掌握自我调控情绪的方法,保持良好的心理状态。观察组患者在射频消融术后接受心脏康复模式结合太极拳护理干预。(1)心脏康复模式护理。以 Borg 量表为依据,为患者制订科学、合理的心脏运动方案,并由专业的康复医护人员指导患者开展心脏运动训练。心脏运动训练 1 期:在心电监测下对患者实施术后康复运动,训练内容以床上呼吸训练与肢体主、被动活动训练为主,患者可先沿病床缓慢行走,之后逐渐在病房、走廊展开匀速慢走训练,初始步行距离控制在 150~200 m,训练时需注意患者最大心率要低于目标心率的 75%,每日实行康复运动训练 3 次。根据患者的恢复情况,可在专业康复人员的指导与陪同下展开户外活动、上下楼梯训练等运动内容。心脏运动训练 2 期:在患者出院后的 4 周内,通过电话、微信视频、康复门诊学习等方式指导患者进行心脏心动训练,为患者发放太极操 CD,并配合视频语音讲解,指导患者开展太极操练习,每周练习太极操 4~6 次,每次练习时间为 15~20 min。此外还要叮嘱患者在太极操后进行匀速步行训练,训练时步行速度控制在 70~80 m/min,训练时长为 20 min,训练时间选在气温舒适的清晨或黄昏为宜,在匀速步行训练结束后,患者还需开展 10 min 的身体放松训练,训练内容包含有扩胸、抬腿、舒展双肩上肢等。心脏运动训练 3 期:患者出院 4 周后需到门诊复查,复查时对患者的心肺运动耐受情况展开评估,经评估确认患者无异常情况后指导患者对训练内容与训练强度进行调整。(2)太极拳。专业康复医护人员于术后 1 周对患者实行心肺运动测试,根据测试结果指导患者开展太极拳训练,以 50%的最大功率作为恒定功率,训练完成整

套动作用时控制在 30 min,患者每日接受太极拳训练 1 次。术后 2~12 周指导患者进行独立太极拳练习,每周练习 3 次,连续锻炼 12 周。

1.3 观察指标 (1)心肺功能:以心脏彩超与肺功能检测仪对患者护理前后的心肺功能实施检测,检测指标包含有左心室射血分数(LVEF)、第 1 秒用力呼气容积(FEV₁)与用力肺活量(FVC)。(2)运动耐力:采用运动心肺功能测试系统 Smax58ca 对患者护理前后分别进行运动心肺试验,观察患者的无氧阈、峰值氧耗量与最大运动功率。(3)生活质量:以简明健康调查量表(SF-36)对患者护理前后的生活质量展开评价,量表由 36 个条目组成,包括生理功能、活力、社会功能、情感职能、生理职能、躯体疼痛、精神健康与总体健康 8 个维度,每个维度总评分为 0~100 分,得分越高说明生活质量越高^[5]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 软件进行数据分析。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内两两比较采用配对 *t* 检验;计数资料以例数、百分率表示,两组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者护理前后心肺功能对比 护理前两组患者 LVEF、FEV₁、FVC 比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);护理后观察组患者的 LVEF、FEV₁、FVC 均高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者护理前后运动耐力对比 护理前两组患者的无氧阈、峰值氧耗量与最大运动功率比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);护理后观察组患者的无氧阈、峰值氧耗量与最大运动功率均高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者护理前后心肺功能对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	LVEF(%)		FEV ₁ (L)		FVC(L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	45.71±5.82	54.86±6.89	0.59±0.22	1.02±0.22	1.01±0.08	1.68±0.15
对照组	30	46.02±5.79	50.38±6.83	0.61±0.17	0.76±0.19	0.98±0.10	1.24±0.12
<i>t</i>		-0.207	2.529	-0.394	4.899	1.283	12.546
<i>P</i>		0.837	0.014	0.695	<0.001	0.205	<0.001

表 2 两组患者护理前后运动耐力对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	无氧阈[mL/(min·kg)]		峰值氧耗量[mL/(min·kg)]		最大运动功率(W)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	8.73±2.25	9.97±2.24	12.82±2.93	14.48±2.81	105.42±24.03	124.04±23.94
对照组	30	8.76±2.27	8.72±2.21	12.94±2.86	13.01±2.84	105.49±23.88	111.53±23.75
<i>t</i>		-0.051	2.176	-0.161	2.015	-0.011	2.032
<i>P</i>		0.959	0.034	0.873	0.049	0.991	0.047

2.3 两组患者护理前后生活质量对比 护理前两组患者 SF-36 量表各维度评分比较,差异均无统计学意

义($P>0.05$);护理后观察组患者 SF-36 量表各维度 评分均高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者护理前后生活质量对比($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	生理功能		活力		社会功能		情感职能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	62.13±3.12	88.74±3.82	62.33±3.09	89.24±3.92	61.83±3.04	88.79±3.62	62.45±3.19	90.03±3.26
对照组	30	61.98±3.09	79.85±3.62	62.27±3.11	78.96±3.68	61.77±3.05	79.48±3.57	62.41±3.21	81.02±3.24
t		0.187	9.252	0.075	10.472	0.076	10.03	0.048	10.737
P		0.852	<0.001	0.941	<0.001	0.939	<0.001	0.962	<0.001

组别	n	生理职能		躯体疼痛		精神健康		总体健康	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	62.35±3.43	89.88±3.13	62.49±3.55	89.94±3.08	62.96±3.63	90.02±3.87	62.21±3.28	89.88±3.29
对照组	30	62.41±3.36	80.41±3.04	62.29±3.48	80.23±3.03	62.86±3.45	80.15±3.43	62.17±3.26	80.12±3.27
t		-0.068	11.888	0.22	12.309	0.109	10.454	0.047	11.524
P		0.946	<0.001	0.826	<0.001	0.913	<0.001	0.962	<0.001

3 讨 论

据相关调查研究数据显示,我国心房颤动患者数量已突破 1 000 万,且心房颤动的发病率会随着年龄的增长而增加^[6-8]。射频消融术是目前临床上治疗心房颤动的主要方案,对缓解患者的临床症状具有显著效果,但对于患者术后心肺功能与运动耐力的作用效果有限。通过调查以往临床案例资料可知,传统临床护理服务主要围绕患者病情展开,其护理模式较为单调,导致心房颤动患者经射频消融术治疗后心肺功能的改善情况难以得到可靠保障,因此近年来临床上始终在探寻一种更为可靠的护理干预方案,以期为中心房颤动患者的康复带来有效改善^[9-12]。心脏康复模式是一种具有高度系统化特征的康复护理模式,其将康复护理分为住院期间、出院 4 周内与出院 4 周后 3 个阶段,以循序渐进的方式对患者开展康复训练,能有效提升患者的运动耐力,改善机体呼吸循环功能^[13-15]。太极拳是一种根据中医经络理念而构建的传统养生运动,具有调理气血、疏导情志的作用^[16]。相关研究表明,太极拳对于心肺慢性病患者的康复具有一定的辅助作用,有利于促进患者心肺功能的恢复^[17-19]。因此在心脏康复模式中加入太极拳训练,有助于进一步改善心房颤动患者术后心肺功能。

有研究人员以太极拳与康复运动训练相结合的方式对心力衰竭患者实施干预,结果显示,患者经太极拳联合康复运动训练后 LVEF、左室舒张末径(LVDEd)、左室收缩末径(LVSEd)改善更明显^[20]。本次研究中,经护理干预后观察组患者的 LVEF、FEV₁、FVC、无氧阈、峰值氧耗量与最大运动率均高于对照组($P<0.05$),与上述研究结果一致。本研究结果提示,心脏康复模式结合太极拳护理方案在改善心房颤动患者射频消融术后的心肺功能与运动耐力

低下问题上具有良好的应用效果,避免发生心肌缺氧情况。其原因在于太极拳作为一种有氧训练方式可有效提升患者心肌纤维强度,强化心肌储备力。在生活质量评价上,观察组患者 SF-36 量表各维度评分均高于对照组($P<0.05$)。由此可知,心脏康复模式结合太极拳可改善射频消融术后患者的心肺功能与运动耐力,并有效提升患者生活质量。

综上所述,对心房颤动射频消融术后患者采用心脏康复模式结合太极拳护理干预方案,可有效提升患者心肺功能的康复效果,改善运动耐力低下问题,显著提高患者的生活质量,在临床中具有一定的推广应用价值。

参考文献

[1]

陈蓓蓓,时书音,岳丽丽. 心脏超声血流参数对肥厚型心脏结构改变阵发性心房颤动射频消融术后复律成功的预测价值[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(2):319-321.

[2]

鲍志鹏,孙国珍,商淑华,等. 心房颤动患者射频消融术后运动耐力现状及影响因素分析[J]. 中国全科医学,2020,23(32):4080-4084.

[3]

邓丹丹,朱蓓,侯莉. 心房颤动的流行病学及预防措施[J]. 中国临床保健杂志,2021,24(6):737-741.

[4]

吕乾瑜,李俊佳,唐菁菁,等. 太极拳康复训练对稳定型心绞痛患者心绞痛发作、生活质量及心肺储备功能的影响[J]. 中医杂志,2021,62(21):1895-1900.

[5]

王同昂,符会妮,刘东霜. 多维度心脏康复模式在 PCI 术后患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(19):42-45.

[6]

赵华,霍仙娜. 基于目标控制的心脏康复模式对冠状动脉粥样硬化性心脏病患者经皮冠状动脉介入术后心脏储备功能和运动能力的影响[J]. 新乡医学院学报,2021,38(8):775-780.

[7]

耿俊义,霍仙娜,郭琳. 心脏康复模式对冠状动脉搭桥病

人术后心肺储备功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(4): 721-724.

[8] 王伟, 刘海波, 张政, 等. 心脏康复模式对急性心肌梗死冠状动脉介入术后患者心肺储备功能及生命质量的影响[J]. 心肺血管病杂志, 2022, 41(2): 131-135.

[9] 龙腾, 龙专, 周骞, 等. 太极拳联合有氧踏车对冠心病患者 PCI 术后身心康复的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(8): 1290-1296.

[10] 张志雷, 朱东. 太极拳干预心肺慢性病康复的锻炼方案[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(7): 1617-1620.

[11] 王多丽, 孙大武, 王大龙, 等. 经食道超声心动图结合 B 型脑钠肽水平对射频消融术前心房颤动的诊断价值[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(12): 2865-2868.

[12] 张晶, 郝应禄, 李燕萍, 等. STSF 导管结合消融指数在阵发性心房颤动射频消融术中的应用[J]. 临床心血管病杂志, 2020, 36(5): 468-471.

[13] 贺鹏康, 杨颖, 范芳芳, 等. 左心房顺应性参数与阵发性心房颤动射频消融术后复发率相关性分析[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2020, 28(2): 94-101.

[14] 庄毅, 朱傲霜, 毛一鸣, 等. 心房颤动射频消融术后最佳下床活动时机对患者安全性和舒适度的影响[J]. 中国实用

护理杂志, 2022, 38(32): 2481-2486.

[15] 丁岚, 王琳, 来菊菊. 叙事疗法对心房颤动射频消融术后患者疾病不确定感及健康相关行为的影响[J]. 中国医药导报, 2022, 19(8): 161-164.

[16] 耿益, 李欣, 居维竹, 等. 叙事医学模式在老年心房颤动射频消融术患者健康教育中的应用[J]. 中国医药导报, 2021, 18(25): 166-169.

[17] 陈伟刚, 张守彦, 谷云飞, 等. 血清同型半胱氨酸、射血分数及左房容积指数与心房颤动射频消融术后复发的相关性研究[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2021, 13(4): 421-424.

[18] 赵士荣, 王学, 颜燕. 心房颤动射频消融术后患者活动时机研究[J]. 中国医药导报, 2020, 17(19): 190-193.

[19] 龚杨, 徐敏, 黄鹤. 心房颤动射频消融术后高度心房间传导阻滞对预测复发的价值[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2020, 12(11): 1328-1331.

[20] 张维, 张冰, 钱少环, 等. 心房颤动射频消融治疗的临床疗效及 C 反应蛋白对远期不良事件的预测价值[J]. 蚌埠医学院学报, 2021, 46(5): 579-582.

(收稿日期: 2023-02-13 修回日期: 2023-06-30)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 18. 029

翼状胬肉切除术联合自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉的有效性研究

刘平兰, 谢财娣, 黄淑滢, 萧 华, 唐鹏钧, 张付生
赣州启明星眼科医院眼科, 江西赣州 341000

摘要:目的 研究翼状胬肉切除术联合自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉的有效性。方法 选择 2017 年 4 月至 2019 年 12 月该院收治的翼状胬肉患者 80 例作为研究对象, 将其进行编号, 其中 1~40 号归入对照组, 采用单纯翼状胬肉切除术治疗; 41~80 号归入观察组, 采用翼状胬肉切除术联合自体角膜缘干细胞移植术治疗。分析两组患者治疗前和治疗后的泪膜破裂时间、散光度、角膜荧光染色试验评分、基础泪液分泌试验, 比较两组患者的疾病症状积分、并发症发生率和复发率。结果 治疗前, 两组泪膜破裂时间、散光度、角膜荧光染色试验评分、基础泪液分泌试验比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 观察组的泪膜破裂时间及基础泪液分泌试验结果长于对照组, 散光度、角膜荧光染色试验评分低于对照组, 疾病症状积分、并发症总发生率及复发率低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 将翼状胬肉切除术联合自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉, 可延长泪膜破裂时间, 改善散光度, 降低角膜荧光染色试验评分, 减轻干眼症状, 降低并发症发生率和复发率, 值得临床推广应用。

关键词:翼状胬肉切除术; 自体角膜缘干细胞移植术; 翼状胬肉; 干眼症
中图法分类号:R779.6 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2023)18-2759-04

翼状胬肉是受到外界刺激而引起的局部球结膜纤维血管组织增生的一种炎症病变, 是临床上常见的眼表疾病之一^[1]。该病通常由于角膜以及角膜前层基质的蛋白质损害或变性, 导致原发增厚而引起角膜缘的隆起。患者患病后常表现为眼发红、发干、有异物感、充血肥厚等症状, 且当胬肉接近瞳孔区时会影响视力, 致使视力下降, 如未进行有效治疗, 可并发散光, 为患者日常生活带来巨大困扰^[2]。手术治疗是常

用的治疗方式, 以往单纯翼状胬肉切除术虽可有效处理病灶, 达到治疗效果, 但复发风险较高, 且易出现干眼症状, 效果不佳^[3]。而翼状胬肉切除术联合自体角膜缘干细胞移植术治疗是一种新型治疗术式, 可有效弥补上述风险, 治疗效果较佳, 可有效减少干眼症发生, 更利于患者术后恢复。笔者通过选取 2017 年 4 月至 2019 年 12 月本院收治的翼状胬肉患者 80 例作为研究对象, 分析其使用翼状胬肉切除术联合自体角