

باز توانی و پیشگیری از تضعیف عضله قلب پس از انفارکتوس میوکارد

مرجان سید مظهري^۱، مونا بیدقی^۲

چکیده

مقدمه: امروزه انفارکتوس میوکارد یکی از شایعترین و خطرناکترین بیماریها می باشد، بطوریکه بیشترین علت مرگ در آمریکا محسوب می گردد. تحقیقات تخمین می زند که سالانه ۵۲۹۰۰۰ مورد انفارکتوس میوکارد در آمریکا ایجاد می شود که البته با افزایش سایر بیماریهای زمینه ای نظیر دیابت، گمان می رود که این آمار در سالهای آتی نیز بیشتر گردد. اما آنچه مهم است این است که ۲۵۰۰۰۰ نفر از آمار ذکر شده تا قبل از رسیدن به بیمارستان جان خود را از دست می دهند و بقیه در صورت دریافت مراقبتهای فوری و اورژانسی از شانس زنده ماندن بر خوردار هستند که البته جهت برگشت به زندگی عادی و کاهش خطر حمله قلبی مجدد نیاز به آموزش در زمینه باز توانی خواهند داشت. هدف از این مقاله تاکید بر اصول باز توانی در این بیماران می باشد.

مواد و روش ها: مقاله حاضر مقاله ای مروری بوده که از طریق مطالعات کتابخانه ای و جستجوی اینترنتی در سالهای ۲۰۱۲-۲۰۰۲ تهیه و تنظیم شده است

یافته ها: قلب جهت انجام عملکرد مناسب خود نیازمند ایجاد تعادل بین اکسیژن رسانی و نیاز اکسیژنی خود است. هر اختلالی که در لومن عروق کرونر ایجاد گردد سبب کاهش خون رسانی و بعضاً کاهش اکسیژن رسانی به قلب می گردد و در نهایت سندرم حاد کرونری و آثرین ایجاد میشود. حال در صورتی که این عارضه شدید باشد (انسداد کامل کرونری و قطع جریان خون) انفارکتوس میوکارد و مرگ ناگهانی قلب به وقوع می پیوندد. محققین معتقدند شایعترین علت انفارکتوس حاد میوکارد به دو دسته داخلی (ایجاد پلاک در داخل لومن عروق) و خارجی (استرس و افزایش تحریک عصب سمپاتیک که سبب پاره شدن پلاک می گردد) تقسیم می شوند که البته پس از ایجاد انفارکتوس احتمال ایجاد انفارکتوس مجدد و عارضه های شدیدتر (به خصوص در ۲۴ ساعت اول پس از انفارکتوس) وجود دارد. از طرفی در صورتی که باز توانی قلب بر اساس اصول درست انجام نشود، نهایتاً بیمار دچار نارسایی قلب خواهد شد که علاوه بر بار اقتصادی سنگین بر فرد و جامعه، سبب سخت شدن ادامه زندگی برای فرد خواهد شد. بنابراین، باز توانی قلب یک برنامه بلند مدت و منسجم است که شامل ارزیابی منظم پزشکی، آموزش در مورد انجام فعالیت های مناسب، و آموزش به بیمار جهت تعدیل عوامل خطر را می باشد که این برنامه از زمان بستری شدن بیمار در بیمارستان شروع می گردد که افراد مراقبت کننده بدین ترتیب می توانند در بهبود سبک زندگی این بیماران موثر واقع شوند که در اصل مقاله به این مهم اشاره می گردد.

نتیجه گیری: انفارکتوس میوکارد اختلالی جدی و خطرناک است که می تواند زندگی فرد را به مخاطره اندازد. اما در صورتی که فرد از این عارضه جان سالم به در برد بسته به شدت انفارکتوس دچار عارضه شدید می شود که می تواند ادامه زندگی را برایش ناممکن ساخته و یا سبب تکرار همان عارضه در سالهای آتی گردد که در این صورت جهت پیشگیری از تمامی این عوارض آموزش باز توانی قلب پس از انفارکتوس از اهمیت خاصی بر خوردار خواهد بود.

کلمات کلیدی: انفارکتوس میوکارد، آموزش باز توانی قلب، باز توانی قلب

مقدمه

دنبال انفارکتوس میوکارد قدامی بیشتر است. این عارضه می‌تواند در روزهای اول یا چند هفته پس از انفارکتوس میوکارد بروز کند، بدین جهت از اهمیت خاصی برخوردار است (۳ و ۱). در بیمار مبتلا به انفارکتوس، وجود تاکیکاردی سینوسی در حالت استراحت، اولین نشانه نارسایی قلبی خواهد بود. نارسایی حاد بطن چپ باعث انفارکتوس میوکارد سبب کاهش قدرت انقباضی قلب شده و این امر نهایتاً سبب ادم حاد ریه می‌گردد. محققان بر این باورند که علت ادم حاد ریه این است که قلب طبیعی در موقع انقباض حدود ۸۰-۷۰٪ خون خود را در حین سیستول از بطن چپ خارج می‌کند و حدود ۳۰-۲۰٪ خون در بطن چپ باقی می‌ماند. این باقیمانده‌ی خون، فشار دیاستولیک بطن چپ را به وجود می‌آورد که معمولاً کم‌تر از ۱۲ میلی‌متر جیوه است (۲).

بدلیل اینکه در هنگام دیاستول فشار بطن چپ پایین است، خون دهلیز چپ به راحتی وارد بطن چپ می‌شود. حال هنگامی که قسمتی از عضله قلب به علت انفارکتوس میوکارد دچار نکروز می‌شود، قدرت انقباضی عضله قلب کاهش می‌یابد و در هنگام سیستول خون کافی از قلب خارج نمی‌شود. لذا خون بیشتری در مرحله دیاستول در بطن چپ باقی می‌ماند (حدود ۵۰٪) در نتیجه فشار دیاستولیک بطن چپ بالا رفته و دهلیز چپ نمی‌تواند خون خود را براحتی به بطن تخلیه نماید. بدین ترتیب فشار دهلیز چپ نیز بالا رفته و این فشار از طریق وریدهای ریوی به مویرگهای ریه انتقال می‌یابد و چون فشار هیدرواستاتیک در مویرگهای ریه بالا می‌رود، سرم خون از مویرگهای ریوی خارج شده و وارد فضای بینابینی و داخل آلوئولهای ریه می‌شود و بدین ترتیب ادم ریه ایجاد می‌گردد که به درمان فوری نیاز دارد ضمن اینکه سبب کاهش کیفیت زندگی بیمار شده و نهایتاً عوارض جانبی شدیدی دنبال دارد. به همین دلیل بازتوانی قلب پس از انفارکتوس حاد میوکارد از اهمیت خاصی برخوردار خواهد بود (۳ و ۱).

یافته‌ها

در مبحث یافته‌ها به اهداف مهم در فرایند باز توانی قلب پرداخته می‌شود و سپس در مورد مراحل باز توانی پس از انفارکتوس میوکارد به تفصیل بحث خواهد شد.

انفارکتوس حاد میوکارد که با اصطلاحات دیگری مانند حمله قلبی وانسداد شریان کرونر نیز شناخته می‌شود، فرایندی است که در طی آن ناحیه‌ای نکروزه در میوکارد ایجاد می‌گردد و معمولاً با انسداد ناگهانی شریان کرونر و به تبع آن قطع ناگهانی جریان خون و اکسیژن به عضله‌ی قلب همراه است. قطع خون رسانی به عضله‌ی قلب و ایجاد ناحیه نکروزه، می‌تواند سبب اختلال در عملکرد قلب شده و بیمار را با مشکلات زیادی مواجه نماید که از جمله می‌توان به مرگ ناگهانی بیمار اشاره نمود. تخمین زده می‌شود که انفارکتوس حاد میوکارد می‌تواند سالانه سبب مرگ ۵۲۹۰۰۰ شهروند آمریکایی گردد (۱). این در حالی است که هر سال حدود ۱/۱ میلیون نفر از شهروندان آمریکایی دچار انفارکتوس میوکارد می‌شوند. آمارها نشان می‌دهند که هر ۲۹ ثانیه، یک شهروند آمریکایی دچار مشکلات کرونر شده و تقریباً هر یک دقیقه یک نفر از حوادث کرونری می‌میرد. هم‌چنین بیان می‌شود که سالانه ۲۵۰۰۰۰ نفر قبل از رسیدن به بیمارستان فوت می‌نمایند، قابل توجه است که به علت حاد بودن این اختلال اکثر مرگ و میر ناشی از آن ۴۸-۲۴ ساعت قبل از انفارکتوس میوکارد اتفاق می‌افتد و از بین این ساعات، دو ساعت اول، بیشترین آمار مرگ را به خود اختصاص می‌دهد. از طرفی تحقیقات نشان می‌دهند که ۱۵-۱۰٪ توده و قدرت انقباضی عضلات اسکلتی در اولین هفته و ۲۵-۲۰٪ آن در عرض ۳ هفته استراحت در تخت از بین می‌رود. با توجه به این که بیش از ۵۰٪ موارد انفارکتوس میوکارد با عوارضی همراه است که خود می‌تواند به انفارکتوس مجدد در بیمار و یا اختلال بیشتر در عملکرد قلبی وی انجامد در نتیجه می‌تواند، رویارویی بیمار را با مشکلات بسیار شدیدتر سبب شود (۲). لذا انجام یک برنامه باز توانی موفقیت آمیز در لحظه ورود مددجو به بخش مراقبت‌های ویژه و سپس انجام آن برنامه برای ماهها و حتی سالها پس از مرخص شدن بیمار بوسیله پرسنل خدمات بهداشتی، می‌تواند بیمار را در ارتقاء کیفیت زندگی خود و همچنین بازگشتن هر چه سریعتر به وضعیت تقریباً طبیعی کمک نماید. بعنوان مثال یکی از مهمترین عوارض دیررس انفارکتوس حاد میوکارد، احتمال بروز نارسایی قلب می‌باشد، این عارضه زمانی که حدود ۲۵-۲۰٪ از قدرت انقباضی عضله قلب کاهش یابد، ایجاد می‌گردد. بعلاوه احتمال بروز نارسایی قلب به

بازتوانی قلب پس از انفارکتوس میوکارد

بازتوانی قلبی متعاقب انفارکتوس حاد میوکارد کاملاً ضروری است. یک برنامه موفق بازتوانی از لحظه‌ای که بیمار جهت دریافت مراقبت‌های اورژانس وارد بخش مراقبت‌های ویژه می‌گردد شروع شده و برای ماهها و حتی سالها پس از ترخیص نیز ادامه می‌یابد. هدف از بازتوانی در تمامی این مواقع کمک به بیمار جهت ادامه حیات و داشتن یک زندگی با کیفیت بالا و ارتقاء توانایی قلب در پاسخ به افزایش فعالیت و استرس می‌باشد محققان معتقدند بازتوانی قلبی یک برنامه جامع و طولانی مدت است که مستلزم معاینات دوره‌ای و مکرر می‌باشد و بطور کلی می‌توان گفت که بازتوانی قلب شامل یک برنامه‌ی چند عاملی می‌باشد که از لحظه‌ی بستری بیمار در بخش‌های ویژه شروع شده و تا لحظه‌ی ترخیص بیمار ادامه می‌یابد. پنج هدف اصلی و مهم در فرایند بازتوانی عبارتند از:

۱. فراهم نمودن برنامه‌ای جهت ارتقای فعالیت‌های فیزیکی.
۲. آموزش به بیمار و افراد مراقبت کننده از وی در مورد علل پیشگیری و درمان بیماری‌های کرونر قلبی.
۳. کمک به بیمار جهت پذیرش محدودیت‌هایی که به واسطه‌ی بیماری وی ایجاد شده است.
۴. کمک به بیمار جهت تعدیل وضعیت شغلی پرخطر.
۵. تغییر در مورد عوامل روانی که میتواند در بهبود بیماری‌های کرونر قلبی تاثیرگذار باشد (۴و۱).

مراحل بازتوانی قلب

مرحله اول

این مرحله از زمان بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه شروع شده و تا ترخیص وی ادامه می‌یابد. در این مرحله (پس از انفارکتوس میوکارد تا ۲۴ ساعت) معمولاً بیمار محدود به تخت است و نباید از تخت خارج گردد. اگرچه در این مدت قلب باید استراحت نماید، اما محدودیت در تخت سبب می‌شود که بیمار در معرض خطر هیپوولمی، هیپوکسمی، آتروفی عضلانی و آمبولی ریوی قرار گیرد. با این حال هدف مهم در این مرحله، پیشگیری از ضعف و سستی در بیمار است. لذا بیمار باید به مدت یک تا دو روز کاملاً استراحت نماید و بیشتر بیماران به رژیم نیاز دارند که روزانه باید حاوی ۲ گرم سدیم باشد. اگر بیمار دچار تهوع و استفراغ

است باید رژیم مایعات صاف شده برای بیمار در نظر گرفته شود تا تهوع وی برطرف گردد. همچنین پرستار بخش مراقبت‌های ویژه و فیزیوتراپیست باید ورزشها و حرکات سبکی را برای بیمار انجام دهند که البته خود بیمار در انجام این حرکات نباید دخالتی داشته باشد و یا نیرویی مضاعف بر خود وارد نماید. در این مدت هنگامی که بیمار قدرت عضلانی خود را باز یافت، می‌تواند برای مدت کوتاهی در کنار تخت بنشیند و پاهایش را از تخت آویزان نماید. پس از گذشت یک روز از انفارکتوس میوکارد در صورتی که بیمار دچار درد قفسه سینه، دیس ریتمی یا هیپوتانسیون نباشد می‌تواند به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه در صندلی کنار تخت خود بنشیند.

هنگامی که بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه قلبی به بخش پست سی سی یو منتقل شد باید وی را به حمام کردن و فعالیت‌های مراقبت از خود تشویق نمود و به بیمار کمک کرد که آرام آرام و تحت نظارت دقیق پرستار تا بیرون از اتاق (مثلاً تا استیشن پرستاری) راه برود. طول مدت قدم زدن به تدریج افزایش می‌یابد و می‌تواند بسته به تحمل بیمار ۱۵-۱۰ دقیقه بطول بیانجامد.

باید به خاطر داشت که ۱۵-۱۰٪ از قدرت عضلات اسکلتی بیمار در طی اولین هفته و ۲۵-۲۰٪ از قدرت عضلانی سه هفته پس از بستری شدن در تخت از بین می‌رود. به همین دلیل بیمار باید به تدریج فعالیت خود را افزایش دهد تا بدین ترتیب از افزایش بار کاری قلب اجتناب شود. تست فعالیت‌های متابولیکی از راه‌هایی است که می‌توان به وسیله آن اندازه گیری اکسیژن مورد نیاز برای فعالیت را فراهم نمود. (MET) (Metabolic Equivalent Test)

$$MET = 3/5 \text{ ml O}_2/\text{Kg}/\text{min}$$

مشخص نمودن میزان اکسیژنی که بیمار در زمان استراحت نیاز دارد یکی از موارد مهم محاسبه فعالیت متابولیکی میباشد. فعالیت‌های زود هنگام متابولیکی پس از انفارکتوس نباید بیشتر از ۱ تا ۲ فعالیت باشد. که این فعالیتها عبارتند از:

شیو نمودن، شستن دست و صورت و غذا خوردن بدون کمک دیگران.

با هر فعالیتی باید ضربان قلب، فشار خون و سطح خستگی بیمار کنترل گردد، تا بدین ترتیب میزان فعالیت وی با عملکرد قلبی او متناسب گردد. در طی فعالیت‌های زود هنگام نباید ضربان قلب بیشتر از ۲۵ ضربه افزایش یابد و فشار خون نیز نباید بیشتر از ۲۵

بیمار توصیه می‌شود در صورت داشتن شغلی که با فعالیت فیزیکی زیادی همراه است، کار خود را بصورت نیمه وقت انجام دهد. بعلاوه ارزیابی کاری نیز باید انجام شود تا بدین ترتیب اختلالات قلبی در ارتباط با وسایل شغلی و مهارت بیمار بررسی گردد.

در این مرحله بین هفته‌های ۸ تا ۱۰ بیمار نیاز به معاینه کامل فیزیکی دارد که شامل نوار قلب، تست ورزش، آنالیز مایعات و عکس قفسه سینه است و بیمار باید کاملاً از لحاظ هیپرتانسیون، آنمی و هیپرتیروئیدی کنترل گردد.

باید توجه داشت که برخی بیماران در مرحل اول بیماری ممکن است بیماری و محدودیت ناشی از آن را نپذیرفته و بیماری خود را جدی نگیرند و از مکانیسم‌های سازگاری نظیر انکار، و بی اهمیت جلوه دادن بیماری استفاده نمایند، حتی گاهی بیماران درد قفسه سینه خود را نیز پنهان می‌کنند. اما بر عکس، در مرحله بهبودی گاهی بیمار ممکن است گمان کند که حمله قلبی مجدد وی می‌تواند سبب مرگ شود به همین خاطر در فکر تغییر سبک زندگی خود افتاده و بیشتر از خود مراقب می‌کند و حتی گاهی دوست دارد در مورد سلامتی خود اطلاعاتی کسب کند. در این مرحله بیمار محدودیت‌های خود را پیدا کرده و بر زندگی دیگر بیمارانی که وضعیتی مشابه آنها دارند تمرکز می‌نماید. اما در صورتی که بیمار قدرت این سازگاری را ندارد نیاز به مشاوره پیدا می‌کند (۷).

مرحله سوم

این مرحله از باز توانی ۶-۴ ماه بطول می‌انجامد. در طی این مرحله بیمار باز هم باید در هنگام فعالیت تحت نظارت دقیق قرار گیرد و باید به بیمار آموزش داد که چطور شدت و سرعت فعالیت‌های خود را با اندازه گیری ضربان قلب کنترل نماید و یا در صورت پیاده روی تعداد قدم‌هایش را با فواصل ۱۵ ثانیه‌ای محاسبه نماید. در این مرحله بیمارانی که دیس ریتمی دارند باید به دقت کنترل شوند و بهتر است در طی فعالیت از آنان نوار قلب گرفته شود.

مرحله چهارم

آخرین مرحله باز توانی است که تا آخر عمر ادامه می‌یابد و معمولاً در جامعه یا خانه انجام می‌شود. در این مرحله بیمار نیاز به نظارت دقیق پرستار ندارد. وی می‌تواند با یک برنامه فعالیت‌های منظم تغییر

می‌یابد. در این مرحله باید به پیشگیری از خستگی بیمار کمک کرد. تنگی نفس، درد قفسه سینه، تکیه‌کاری و احساس خستگی و ناتوانی می‌تواند نشانگر تلاش بیش از اندازه بیمار باشد که البته آموزش به بیمار در مورد این علائم، آناتومی قلب، عوامل خط، درمان بیماری‌های کرونر، رفتار درمانی و فعالیت‌های داخل منزل ضروری می‌باشد (۵ و ۶).

مرحله دوم

در صورتیکه بیمار مشکلی نداشته باشد، بعد از یک هفته از بیمارستان مرخص می‌گردد. مرحله‌ی دوم از زمان ترخیص بیمار آغاز می‌گردد. حدود ۵۰٪ از بیماران پس از انفارکتوس حاد میوکارد در بیمارستان دچار عارضه نمی‌شوند و علائمی دال بر آئزین صدری، نارسایی قلب و دیس ریتمی‌های مهم و قابل توجه را نشان نمی‌دهند. بیماری که زودتر از یک هفته از بیمارستان مرخص می‌گردد، باید به دقت تحت نظر باشد. مرخص شدن زود هنگام بیمار پس از انفارکتوس میوکارد، بیمار را از افسردگی ناشی از بستری شدن در بخش‌های ویژه نجات می‌دهد. در هر صورت باید در این مرحله به بیمار آموزش داد که ملاک شروع فعالیت جنسی این است که باید توانایی بالا رفتن از دو پله را داشته باشد. همچنین قبل از شروع اینگونه فعالیت‌ها نباید از الکل استفاده نماید و بهتر این است که جهت کاهش درد ناشی از این فعالیت، قبل از اینترکورس از نیتروگلیسرین استفاده نماید. باید به او توصیه نمود که ضمن عدم استعمال سیگار، پیاده روی را شروع نماید ولی از فعالیت‌های شدید عضلانی پرهیز کند. در پیاده روی باید سعی شود حدود ۲ مایل در کمتر از ۶۰ دقیقه طی نماید و این برنامه بهتر است حداقل ۱۰ تا ۱۲ هفته ادامه یابد. در طی این مرحله بیمار فعالیت عضلات بزرگ (مانند فعالیت عضله در دوچرخه ثابت یا تردمیل) را برای مدت ۳۰-۲۰ دقیقه و ۳ تا ۴ بار در هفته می‌تواند انجام دهد که البته انجام نرمش و فعالیت‌های کششی در این مرحله ارجح می‌باشد. در طی این جلسات پرستار باید ریتم قلبی، تعداد ضربان قلب و فشار خون را قبل از فعالیت، در اوج فعالیت و پس از فعالیت کنترل نماید. همچنین به بیمار آموزش داده می‌شود که سطح تحمل خود را در طی فعالیت، کنترل و گزارش نماید. بهتر است بیمار در صورتی که هیچگونه علامتی نداشته باشد، پس از ۹-۸ هفته به انجام کار خود مشغول شود. به

- سبک زندگی و تعدیل عوامل خطر آفرین بر بیماری خود فائق آید.
- به بیمار آموزش داده می‌شود که سالانه باید تست ورزش انجام دهد و تحت معاینات دوره‌ای قرار گیرد.
- آموزش مداوم بازتوانی قلب به بیمار دچار انفارکتوس حاد**
- آموزشهای لازم جهت انجام بازتوانی در بیماران دچار انفارکتوس قدامی حاد عبارتند از:
- حداقل زمان جهت شروع بهبودی ۱۲-۶ هفته می‌باشد لذا دوره نقاهت پس از انفارکتوس حدود ۳-۱/۵ ماه طول می‌کشد
 - رعایت الگوی تغذیه‌ای که در تمامی بیماران قلبی مطرح می‌باشد (کم نمک، کم چربی، کم کربوهیدرات)
 - مصرف غذا به میزان کم و به دفعات زیاد
 - استراحت پس از غذا به مدت حداقل ۳۰ دقیقه
 - خود داری از انجام فعالیتهای ورزشی تا دو ساعت پس از
- صرف غذا
- ممنوع بودن انجام ورزشهای ایزومتریک در بیماران قلبی (نظیر وزنه برداری، بلند کردن اجسام سنگین و...)
 - مشورت با متخصص تغذیه در مورد رعایت الگوی تغذیه‌ای باید توجه داشت که شواهد کمی دال بر موثر بودن مکملهای تغذیه‌ای یا ویتامینهای آنتی اکسیدان، و یا ریزمغذی‌ها جهت پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی وجود دارد.
 - مصرف ماهی و مکملهای حاوی روغن ماهی می‌تواند خطر مرگ ناگهانی قلب را کاهش دهد
 - بیماران چاق دچار بیماریهای کرونر قلب حتما باید رژیم متشکل از کاهش کربوهیدرات به همراه افزایش فعالیت بدنی داشته باشند.
 - در بیماران چاق هدف اولیه درمان، کاهش وزن به میزان ۲۰٪ است.

جدول ۱- فعالیتهای بیمار در روزهای پس از انفارکتوس و زمان بازتوانی

روزهای پس از انفارکتوس	فعالیت‌های بیمار
روز اول	استراحت مطلق، کمک تغذیه‌ای، استفاده از توالت فرنگی متحرک در اتاق
روز دوم	بیمار می‌تواند دو یا سه بار در روز به مدت ۳۰ دقیقه روی صندلی کنار تخت بنشیند. در صورت وجود آریتمی بیمار بیش از ۲۴ ساعت نیاز به استراحت مطلق دارد
روز سوم	بیمار دو بار و هر بار به مدت یک ساعت می‌تواند روی صندلی کنار تخت بنشیند و در صورت عدم وجود عارضه به Post ccu منتقل گردد
روزهای چهارم و پنجم و ششم	می‌تواند به مدت ۵ دقیقه قدم بزند و فعالیت‌های مراقبت از خود را انجام دهد و به تدریج مدت قدم زدن را زیاد تر نماید در تمامی این مراحل بازتوانی باید مراقب باشیم. ضربان قلب از ۲۵٪ سطح استراحت و فشار خون از ۲۵ میلی متر جیوه نسبت به استراحت تجاوز ننماید.
روز ششم تا دهم	بیمار می‌تواند در صورت عدم عارضه مرخص گردد و در مورد برنامه بازتوانی پس از ترخیص آموزش داده می‌شود.
هفته اول پس از ترخیص	شروع فعالیت در منزل
هفته دوم تا دوازدهم	پیاده روی روزانه به مدت ۵ دقیقه و افزایش تدریجی آن تداوم پیاده روی تا هفته ۱۲ در پایان هفته ۱۲ بیمار باید بتواند مسافت دو مایل را در عرض ۶۰ دقیقه طی نماید پرهیز از ورزشهای ایزومتریک و مانور والسالوا انتخاب پیاده روی، دوچرخه سواری و شنا بعنوان بهترین ورزشها توانایی رانندگی از هفته چهارم تا هشتم توانایی برگشت به کار در هفته هشتم الی نهم

بحث و نتیجه گیری

بیماری‌های کرونر قلب از جمله اختلالات پیشرونده قلبی است که بطور شایع در اثر کاهش خون رسانی کرونری ایجاد می‌گردد. این کاهش خون رسانی بیشتر با علائم آنژین و انفارکتوس حاد میوکارد مشخص می‌شود. انفارکتوس حاد میوکارد سبب اختلال در عملکرد میوکارد گشته که با علائم جدی و ناتوان کننده همراه است. حال مسئولیت فرد مراقبت کننده در مقابل این بیماران آموزش به بیمار در مورد علائم خطر ساز انفارکتوس، کنترل پاسخ به درمان، پیشگیری از عوارض و ارتقاء کیفیت زندگی بیمار از طریق باز توانی می‌باشد تا بدین ترتیب یکی از مهمترین اهداف باز توانی یعنی ذخیره، نگهداری و ارتقاء سلامت در افراد دچار اختلالات مزمن محقق گردد.

- توزین روزانه در ساعاتی معین (صبح ناشتا)
- تمامی بیماران دچار بیماریهای قلبی باید استعمال سیگار را متوقف نمایند
- تمامی بیماران دچار بیماریهای کرونر قلبی، در صورت عدم ممنوعیت باید از رژیم دارویی متشکل از آسپرین، بتابلوکر، مهار کننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین یک به دو و کاهش دهنده‌های چربی خون استفاده نمایند.
- در مسافرت‌های طولانی، توقف به مدت ۲۰ دقیقه، پس از یک ساعت رانندگی
- پرهیز از استرس و فشار عصبی
- پرهیز از مسافرت هوایی به مدت ۶ ماه
- مسافرت با قطار بهترین گزینه در بیماران دچار مشکلات قلبی است (جدول ۱) (۹ و ۳)

References

- 1- Black , Joyce M. "MEDICAL SURGICAL NURSING". (2009) Eighth Edition, Saunders
- 2- Phipps, W.J."Medical Surgical Nursing". (2011) , Mosby
- 3- Bruner) , "Medical Surgical Nursing", (2011) , Mosby
- 4- Lewis, " Medical Surgical Nursing", (2011) , Mosby
- 5- MoleF. Health Statuse following acute myocardial infarction, Heart, heart.bmj.com.2010.Publishedby group.bmj.com
- 6- Sylvie cossette, and et al, "Psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction ", International Journal of Nursing Studies. 39 (2002): 479-494
- 7- Urden, Linda and etal, Critical care Nursing, 2010
- 8- Neil B.Oldridge and et all, "Cardiac Rehabilitation after myocardial infarction", Jama, 2011, 960, 945-950.
- ۹- عسگری، محمد رضا. سلیمانی محسن، (۱۳۹۰)، «مراقبتهای پرستاری ویژه»، انتشارات بشری