

• 心力衰竭 •

院外管理模式对慢性心力衰竭患者预后的影响^{*}

李青霞¹ 庞晓^{1,2} 谭锋¹ 陈晓玲¹ 任涛¹ 李平珍¹ 陆倩倩¹ 张永¹

【摘要】 目的:探讨院外管理模式对慢性心力衰竭(心衰)患者预后的影响。**方法:**入选 216 例我院住院心衰患者,根据患者意愿分为:管理组和非管理组;管理组患者出院后进行以下管理方式:心衰门诊随访结合电话随访,并行心衰健康教育;非管理组患者不对患者进行上述管理;于入组后 10~13 个月进行两组结果比较,分析两组患者药物依从性、疾病自我管理意识、生活质量改善、再住院率、住院时间及病死率的关系。**结果:**管理组患者药物依从性、疾病自我管理意识及生活质量改善均显著高于非管理组;管理组患者再住院率及住院时间显著低于非管理组;两组患者病死率比较差异无统计学意义。**结论:**对心衰患者院外进行门诊随访结合电话随访,并行心衰健康教育的管理模式可以调高患者药物依从性,增强疾病自我管理意识,改善生活质量,降低心衰患者的再入院率及住院时间。

【关键词】 慢性心力衰竭;院外管理模式;预后

doi:10.13201/j.issn.1001-1439.2015.06.013

【中图分类号】 R541.6 **【文献标志码】** A

Effects of outhospital disease management on the outcome of patients with chronic heart failure

LI Qingxia¹ PANG Xiao^{1,2} TAN Feng¹ CHNE Xiaoling¹
REN Tao¹ LI Pingzhen¹ LU Qianqian¹ ZHANG Yong¹

(¹Department of Cardiology, the First Affiliated Hospital, Medical College, Xinjiang Shihezi University, Shihezi, Xinjiang, 832008, China; ²Department of Neurosurgery, Clinical and Basic Research Center, Medical College, Xinjiang Shihezi University)

Corresponding: PANG Xiao, E-mail: px0993@163.com

Abstract Objective: To review outhospital disease management on the outcome of patients with chronic heart failure (CHF). **Method:** A total of 216 hospitalized patients with CHF were divided into two groups. In interventional group, patients received heart failure clinic, telephone follow-up and health education during the outhospitalization. In conventional group, patients received no special management during the follow-up. Patients from both groups were followed for 10 to 13 months. Medication compliance, disease self-management, quality of life, median length of hospital stay, readmission rate, and mortality rate were compared between two groups. **Result:** The medication compliance, the disease self-management, the quality of life in the interventional group were significantly higher than those in the conventional group. The median length of hospital stay, readmission rate in the interventional group were significantly lower than those in the conventional group. But the mortality rate was not significant between the two groups. **Conclusion:** The integrated disease management program with telephone and health education follow-up carried out by heart failure clinic can improve medication compliance, disease self-management and quality of life. Furthermore it reduces the median length of hospital stay and the readmission rate.

Key words chronic heart failure; disease management; prognosis

慢性心力衰竭(心衰)是各种器质性心脏病的严重和终末阶段,随着社会人口的老龄化和心血管疾病的高发病率,心力衰竭已经成为 21 世纪最重要的心血管病症,其发病率高,在我国约为 1.0%,预后差,5 年存活率与恶性肿瘤相仿,已逐渐成为全世界公共卫生的一个巨大负担。近 20 年来,在慢性心衰

的治疗方面有了很大的进展,但是,国内外流行病学资料却显示,在实际诊疗过程中这些治疗措施并没有明显改善真实世界心衰患者的预后,这可能主要源于对心衰患者管理强度的不足,所以改善疾病预后的瓶颈在于如何将成熟的治疗方法和技术应用到医疗实践中去,我国在此领域尚属起步摸索阶段,缺乏系统有效的心衰疾病管理方案。本研究将在借鉴国内外管理经验的基础上,探索适合本地区情况的、科学的、实际可操作性强的心衰疾病综合管理模式,真正实现让心衰患者活得更长活得更好的治疗目标,减轻家庭和社会公共卫生负担。

^{*} 基金项目:新疆兵团科技攻关计划重点项目基金专项(No: 2013BA029)

¹ 新疆石河子大学医学院第一附属医院心内三科(新疆石河子,832008)

² 新疆石河子大学医学院神经外科临床与基础研究中心
通信作者:庞晓, E-mail: px0993@163.com

1 对象与方法

1.1 对象

选择 2011-06—2013-06 于我科住院治疗并确诊为心衰的患者 216 例。入选标准:①纽约心功能分级Ⅱ~Ⅳ级;②收缩性心衰[左室射血分数(LVEF)] $\leq 45\%$ 。

排除标准:①急性心肌梗死 3 个月内;②冠状动脉旁路移植术 3 个月内;③近期内进行心脏再同步化治疗、埋藏式自动复律除颤器或心脏再同步化复律除颤器治疗,或近期有其他预约手术;④不稳定性心绞痛;⑤急性心肌炎;⑥肥厚型梗阻性心脏病;⑦恶性肿瘤晚期;⑧参加其他任何相关研究的患者;⑨患者不愿意加入研究并进行相关随访;⑩无法进行电话交流和沟通的患者。

1.2 临床随访管理

所有管理组患者可于我院心衰门诊进行随访诊治。心衰门诊医师以《2014 年中国慢性心力衰竭诊断治疗指南》^[1]为指导,由专门从事心衰工作的医生诊治,并发放健康教育资料。患者每月至少复诊 1 次,病情变化随时复诊;如患者未及时门诊随访,门诊医师进行电话随访。门诊及电话随访内容包括:药物依从性、监测体重情况、生活质量、再住院率及病死率;并进行健康教育,内容包括:药物指导,识别恶化的症状、监测体重、自测血压及脉搏;饮食指导、戒烟、戒酒,运动咨询。非管理组患者自行就诊,不进行上述相关随访。于入组后 10~13 个月对两组结果进行比较,分析两组患者药物依从性、疾病自我管理意识、生活质量改善、再住院率及病死率的关系。

1.3 生活质量评估

使用《明尼苏达心力衰竭生活质量问卷》^[2]进行生活质量评估,该问卷由 21 个简单问题组成,包括体力、社会、情绪和经济等方面的评估项目。每个问题采用 0(最好)~5 分(最差)6 段记分法,每个问题得分相加得总分。

1.4 统计学处理

对正态分布的连续变量应用 $\bar{x} \pm s$ 表示,管理组和非管理组两组间计量资料的比较采用 t 检验,治疗前后的各连续变量的比较采用配对 t 检验,两组间治疗前后差异的比较采用双因素方差分析,各组患者药物依从性(用药物使用率评价)、住院率及病死率的比较采用四格表卡方检验,数据采用 SPSS 17.0 进行分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线数据

入选患者 216 例,男 119 例,女 97 例,年龄 35~86 岁,管理组 121 例,非管理组 95 例,其中管理组有 5 例(3%)患者因个人原因未能坚持随访;非管理组有 7 例(4%)患者因出院后失去联系造成失

访。两组患者平均年龄、病程、纽约心功能分级(NYHA 分级)、心衰的伴发疾病及平均随访时间均无统计学意义(表 1)。

表 1 两组基线情况比较

Table 1 General data

$\bar{x} \pm s$

变量	管理组	非管理组
例数	116	88
年龄/岁	67.4 $\pm$ 8.5	69.7 $\pm$ 11.2
病程/年	4.5 $\pm$ 2.3	4.1 $\pm$ 3.1
NYHA 分级/%		
Ⅱ	22.1	21.6
Ⅲ	51.5	49.8
Ⅳ	26.4	28.6
疾病构成比/%		
冠心病	45	42
扩张型心脏病	15	18
高血压	32	31
其他	8	9
平均随访时间/月	11.3 $\pm$ 3.4	12.4 $\pm$ 2.9

2.2 药物使用情况

管理组患者坚持使用 ACEI/血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB)、 β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂的患者比例显著高于非管理组,两者比例的差异有统计学意义(表 2)。

表 2 两组药物使用情况

Table 2 Drug treatment

%

变量药物 使用率	管理组(116 例)		非管理组(88 例)	
	基线	随访时	基线	随访时
ACEI/ARB	94	85	94	75 ¹⁾
β 受体阻滞剂	96	85	92	65 ¹⁾
利尿剂	90	81	91	45 ¹⁾
醛固酮受体拮抗剂	98	90	95	55 ¹⁾

与管理组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者的自我监测比较

管理组称体重、测量血压和监测脉搏的比例显著高于非管理组,两者比例的差异有统计学意义(表 3)。

2.4 生活质量的比较

进行生活质量评分,管理组与非管理者患者的体力评分[(12.5 $\pm$ 0.6):(16.1 $\pm$ 0.5), $P < 0.05$]、情绪评分[(6.1 $\pm$ 0.4):(7.4 $\pm$ 0.4), $P < 0.05$]方面明显优于非管理组,管理组生活质量总评分明显优于非管理组[(30.1 $\pm$ 1.1):(38.2 $\pm$ 2.1), $P < 0.05$]。

2.5 再住院率及死亡率

管理组患者再次住院率、住院时间低于非管理组,差异有统计学意义;两组患者死亡率比较无明显差异(表 4)。

表3 两组患者称体重、自测血压及监测脉搏的情况

Table 3 Information for monitoring body weight, blood pressure and pulse 例(%)

变量	管理组(116例)	非管理组(88例)
称体重	65(56.0)	3(3.4) ¹⁾
自测血压	71(61.2)	30(34.1) ¹⁾
监测脉搏	64(55.2)	28(31.8) ¹⁾

与管理组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

表4 两组再住院率、住院时间及死亡率情况

Table 4 Rehospitalization rate, hospitalization time and mortality rate $\bar{x} \pm s$

事件	管理组 (116例)	非管理组 (88例)
心衰恶化再住院/例(%)	25(21.6)	36(40.9) ¹⁾
住院时间/d	8.5 ± 3.2	10.6 ± 5.4 ¹⁾
死亡/例(%)	10(8.6)	8(9.1)

与管理组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

随着老龄化社会的到来,对于心衰等慢性疾病的管理仍是目前医疗卫生领域的研究热点,并将越来越受到重视。欧美等西方国家的心衰疾病管理已开展数十年,发展了多学科的心衰疾病管理方案,陆续提出了心衰疾病管理计划,试图通过随访、提醒、教育、监督等手段促进患者自我管理,提高依从性,从而达到改善心衰患者预后的目的。《2014年中国慢性心力衰竭诊断治疗指南》^[1]强调指出了对心衰患者整体治疗的具体措施,突出强调了随访管理的重要性。

国内外均有有关心衰随访管理重要性的报道。Gambetta等^[3]对患者进行心衰门诊结合电话随访与单独的心衰门诊随访比较,心衰门诊结合电话随访能显著降低患者再入院率。范惠华等^[4]对145例住院心衰患者进行结合心衰门诊、心衰教育和电话随访的心衰疾病管理方案,结果显示可显著改善心衰患者的治疗依从性,增加有效药物的治疗剂量,改善患者的心功能并降低心血管病事件率。

患者不遵医嘱服药及未及时就诊调整药物,及部分非专科医师对心衰药物认识不足,常造成利尿剂使用不足或过量,引起心衰患者液体滞留或电解质紊乱;随意增减ACEI/ARB、 β 受体阻滞剂及醛固酮受体拮抗剂类药物剂量,甚至停用此类药物,使其不能发挥相应作用,甚至引发心衰加重。刘铭雅等^[5]研究发生强化门诊随访可改善心力衰竭患者预后及提高患者依从性。本研究结果也发现对心衰患者进行心衰门诊随访结合电话随访,并行心衰健康教育的院外管理模式可以调高患者药物依从性,减少因用药不当所造成的心衰加重,从而改善患者预后。

对心衰患者进行健康教育让患者了解心衰的基本症状及体征,知晓心衰加重的临床表现,自称体重、监测血压及脉搏,有利于医师早期干预,并及时调整药物。如患者通过监测体重,发现体重增加,门诊医师通过调整利尿剂的用量,减轻钠水滞留,使心衰症状改善,从而减少患者再住院率。汪晓洲等^[6]研究发现家庭自我监测在慢性心衰患者管理中有重要的应用价值。本研究也发现管理组称体重、测量血压和监测脉搏的比例显著高于非管理组,两者比例的差异有统计学意义。

患者生活质量提高也是心衰治疗有效的重要指标之一。院外随访加强了医患之间的交流,通过教育使患者对自身疾病有更多的了解,同时对患者进行心理疏导,使患者维持健康的心态,对疾病的康复和生活质量的提高都有重要的作用。本研究发现,管理组患者体力、情绪方面及生活质量的评分均显著优于非管理组。

心衰治疗有效的另一重要目标是减少再住院率、降低住院时间及降低死亡率。本研究结果显示心衰管理随访能减少患者再次住院率及降低住院时间,但未降低死亡率,这可能与样本量少及随访时间短有关。

心衰是一种慢性、自发进展性疾病、很难根治,但可预防。通过综上所述,采用心衰门诊随访结合电话随访,并行心衰健康教育的随访方式能显著提高患者药物依从性、提高生活质量、改善心衰患者的预后,降低死亡率和再住院率。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会. 2014年中国慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2014, 42(2): 98-122.
- [2] ALLA F, BRIANSON S, GUILLEMIN F, et al. Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure. Insights into the EPICAL study[J]. Eur J Heart Fail, 2002, 4: 337-343.
- [3] GAMBETTA M, DUNN P, NELSON D, et al. Impact of the implementation of telemanagement on a disease management program in an elderly heart failure cohort[J]. Prog Cardiovasc Nurs, 2007, 22: 196-200.
- [4] 范惠华, 史浩颖, 金炜, 等. 三级医院心力衰竭门诊管理方案对患者预后的影响[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(7): 592-596.
- [5] 刘铭雅, 李云婧, 朱伟, 等. 强化门诊随访对心力衰竭患者预后及依从性的影响[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(7): 588-591.
- [6] 汪晓洲, 徐效龙. 家庭自我监测在慢性心力衰竭患者管理中的应用价值[J]. 临床心血管病杂志, 2014, 30(2): 174-176.

(收稿日期: 2014-11-26)