

全程动态疾病管理模式对慢性心力衰竭患者预后的影响

潘 扬 史浩颖 汪 芳

【摘要】 目的:探讨全程动态疾病管理模式对慢性心力衰竭(CHF)患者预后的影响。 方法:入选 180 例 CHF 患者,随机分为试验组($n=90$)和对照组($n=90$)。对照组给予常规出院指导,试验组给予全程动态疾病管理模式。比较两组患者的生活质量、服药依从性、焦虑状态、抑郁状态、用药情况、左心室射血分数(LVEF)及 6 min 步行距离等指标。 结果:试验组患者生活质量、服用依从性、焦虑状态、抑郁状态、用药情况、LVEF 及 6 min 步行距离等指标均显著优于对照组($P<0.05$)。 结论:全程动态疾病管理模式可更有效改善 CHF 患者的预后。

【关键词】 慢性心力衰竭;疾病管理;预后

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2014.05.020

Effects of whole dynamic disease management on the prognosis of patients with chronic heart failure PAN Yang, SHI Hao-ying, WANG Fang. *Department of Cardiology, Shanghai First People's Hospital, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200080, China*

【Abstract】 Objective: To evaluate the effect of whole dynamic disease management on the prognosis of patients with chronic heart failure(CHF). **Methods:** A total of 180 CHF patients recruited from January 2012 to January 2013 were randomly divided into conventional group ($n=90$) and interventional group ($n=90$). Patients in conventional group received conventional discharge guidance, and whole dynamic disease management was provided in interventional group. Quality of life, medication compliance, anxiety state, depression state, left ventricular ejection fraction and 6-min walk test were recorded. **Results:** Life quality, medication compliance, anxiety state, depression state, 6-min walk distance and heart function were significantly improved in interventional group compared with conventional group ($P<0.05$). **Conclusion:** The whole dynamic disease management for CHF patients can effectively improve the prognosis.

【Key words】 Chronic heart failure; Disease management; Prognosis

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是多种心血管疾病进展的终末阶段,严重影响患者的生活质量和生命健康。尽管对心力衰竭的病理生理学研究已经发展到了分子水平,但目前仍然有很多机制尚未明确^[1]。心力衰竭患者到医院就诊时往往心功能恶化严重,救治难度大,死亡率高^[2]。对 CHF 出院患者给予连续、综合有效的疾病管理,对改善患者预后具有重要意义。与发达国家相比,我国 CHF 患者出院后的延续性管理起步较晚^[3-9]。本研究通过系统的动态管理模式,采取长期、个体

化、多元化的干预措施,对 CHF 患者出院后实行全程动态疾病管理,探讨该模式对 CHF 患者预后的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

入选 2012 年 1 月至 2013 年 1 月住院的 CHF 患者 180 例,入组患者均符合 2005 年美国心脏病学会/心脏学会(ACC/AHA)制定的 CHF 诊断标准^[10]:(1)纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级 II~IV 级,(2)左心室射血分数(LVEF) $\leq 45\%$ 。排除标准:(1)严重认知功能障碍及精神病史者;(2)严重代谢、感染、贫血和风湿热所致的心力衰竭;(3)心肌梗死急性期者;(4)心力衰竭合并低血压者(收缩压 <90 mmHg);(5)合并恶性肿瘤者;(6)心力衰

竭合并肾功能不全或肾动脉狭窄者。

所有入组患者自愿参加临床观察,接受全程动态疾病管理模式并签署知情同意书。运用前瞻、随机、对照的研究方法,将符合入选标准的 180 例 CHF 患者按随机数字表法平均分为试验组和对照组。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者出院时给予常规出院指导,包括健康宣教、用药指导、饮食指导,并发放《慢性心力衰竭患者手册》。

1.2.2 试验组 试验组患者出院后给予全程动态疾病管理模式。

(1)建立个人疾病管理档案,定期评估病情及前期疗效,制定干预方案。(2)给每位患者安排相应的 CHF 疾病管理人员,实行患者和医生结对。(3)定期开展 CHF 讲座,内容涵盖疾病基础知识、护理、用药、饮食指导及康复指导等,同时与患者共同制定干预计划和预期目标,记录每日摄盐量、体质质量、运动时间等。(4)每 1~3 个月门诊随访 1 次,规范用药、调整治疗方案、各项指标复查等均落实到结对医师。(5)心内科专业医护人员依据《标准电话随访手稿》^[11]开展电话随访,预约门诊随访时间、心力衰竭课堂时间,询问患者病情等。

1.3 观察指标

于干预前和干预后 12 个月分别采用 Morisky 服药依从量表^[12]、明尼苏达心力衰竭生活质量量表(MLHFQ)^[13]、抑郁自评量表(SDS)^[14]、Zung 氏焦虑自评量表(SAS)^[15]评估患者服药依从性、生活质量、抑郁、焦虑状态。用 6 min 步行试验、LVEF 评估干预前及干预后 12 个月患者的心功能,并对临床终点事件进行评估。

1.4 统计学分析

采用 SPSS19.0 统计软件,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验,计数资料用例数或百分数表示,两组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差

异具有统计学意义。

2 结果

2.1 基线特征

两组患者在年龄、性别、NYHA 心功能分级、伴随疾病等方面无统计学差异(见表 1)。

2.2 干预结果

两组共 174 例患者完成随访,其中对照组失访 5 例,试验组失访 1 例。干预前两组患者的药物依从性、MLHFQ 评分、SAS 评分、SDS 评分、心功能等无统计学差异;干预 12 个月后,两组患者的上述指均较干预前明显改善,并且,与对照组相比试验组患者的生活质量、药物依从性、焦虑状态、抑郁状态、LVEF 及 6 min 步行距离等指标改善更显著($P < 0.05$,见表 2)。试验组患者临床终点事件的发生率低于对照组($P < 0.05$,见表 3)。

表 1 两组患者基线特征比较

临床资料	对照组	试验组	P
年龄(岁)	67.32 ± 6.91	69.16 ± 5.64	0.05
男/女(n)	59/31	63/27	0.52
病程(年)	6.42 ± 4.72	7.81 ± 5.33	0.07
NYHA 心功能(n,%)			0.89
Ⅱ级	39(43.3)	41(45.6)	
Ⅲ级	29(32.2)	26(28.9)	
Ⅳ级	22(24.4)	23(25.6)	
病因(n,%)			0.66
冠心病	42(46.7)	36(40.0)	
高血压	20(22.2)	23(25.6)	
其他	28(31.1)	31(34.4)	
合并症(n,%)			0.60
心房颤动	23(41.8)	28(50.9)	
糖尿病	20(36.4)	18(32.7)	
肾功能不全	12(21.8)	9(16.4)	
文化程度(n,%)			0.35
初中及以下	61(67.8)	52(57.8)	
高中	20(22.2)	28(31.1)	
大专及以上	9(10.0)	10(11.1)	

表 2 两组患者干预前后情况的比较

	对照组		试验组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
药物依从性	14.27 ± 3.73	15.14 ± 4.56 ⁽¹⁾	15.49 ± 4.57	18.02 ± 5.28 ⁽¹⁾⁽²⁾
MLHFQ 评分	59.67 ± 10.25	68.16 ± 12.73 ⁽¹⁾	57.14 ± 11.87	76.14 ± 15.52 ⁽¹⁾⁽²⁾
SAS 评分	56.74 ± 7.81	42.81 ± 5.06 ⁽¹⁾	58.15 ± 9.22	39.45 ± 4.26 ⁽¹⁾⁽²⁾
SDS 评分	60.25 ± 13.19	47.40 ± 10.18 ⁽¹⁾	58.07 ± 12.64	40.86 ± 8.53 ⁽¹⁾⁽²⁾
6 min 步行距离(m)	252.43 ± 23.27	311.14 ± 28.56 ⁽¹⁾	248.24 ± 22.19	361.38 ± 31.04 ⁽¹⁾⁽²⁾
LVEF(%)	35.42 ± 4.46	39.16 ± 4.82 ⁽¹⁾	36.73 ± 5.17	44.58 ± 5.13 ⁽¹⁾⁽²⁾

注:与干预前比较,⁽¹⁾ $P < 0.05$;与对照组干预后比较,⁽²⁾ $P < 0.05$

表 3 两组患者临床终点事件比较 (n, %)		
组别	死亡	心力衰竭再住院
对照组	12 (14. 1)	21 (24. 7)
试验组	3 (3. 4)	8 (9. 0)
χ^2	6. 374	7. 733
P	0. 012	0. 005

3 讨论

CHF 患者出院后常缺乏有效的跟踪和指导,加上患者对疾病的认识不足,药物治疗往往和指南的要求差距甚远。继续原剂量治疗、自行停药或减量在患者中很常见,这既损害患者的健康,又会造成医疗资源的浪费。通过疾病管理干预,可发挥患者自我管理能动性,提高疗效,降低医疗费用,改善预后。

欧美等发达国家已形成了多学科参与的 CHF 管理模式,研究也证实了其有效性^[16-18]。2011 年欧洲心脏病学会(ESC)更新了急慢性心力衰竭诊疗指南,提出应给予心力衰竭患者系统、延续的保健措施,强调了疾病管理的重要性^[19]。根据疾病的动态变化及时调整治疗方案,是 CHF 疾病管理工作的关键。

本研究对患者用药情况、心功能变化指标、饮食、心脏康复锻炼等情况进行全程动态管理。与常规出院管理相比,全程动态疾病管理模式对患者的观察更为全面,为个体化治疗方案调整提供了可靠依据,对提高患者生存质量、降低死亡率具有重要意义。此外,CHF 病情迁延,患者生活质量差,往往合并心理问题,动态疾病管理模式引入医患结对模式,沟通方式多样,包括心力衰竭课堂、电话咨询随访、门诊面对面沟通等,增加了医患沟通的渠道和频率,有助于提高患者依从性,减少负性心理,最终达到改善其临床预后的目标。

本研究为单中心研究,样本量少,结果还需要大样本、多中心的相关研究证实。目前,国内已经有多家医院在探索符合我国 CHF 患者特点的疾病管理模式^[7,20]。未来可以尝试建立以三级医院为技术管理核心,社区卫生服务中心为心力衰竭个体管理主体的疾病管理模式,使 CHF 双向转诊联动管理得以实现,对保证患者治疗的延续性和连贯性、改善患者预后、实现医疗资源最大利用具有重要的意义。

参 考 文 献

[1] 伍鹏龙,魏 盟,朱 伟. Src 信号通路及在心力衰竭病理生

理中的作用[J]. 国际心血管病杂志,2013,40(1):6-8.

[2] 刘 辉,郑豫珍,杨丽萍,等. 慢性心力衰竭患者从医院到社区无缝隙护理管理模式的应用[J]. 中华护理杂志,2013,48(12): 1061-1064.

[3] Gonseth J, Guallar-Castillón P, Banegas JR, et al. The effectiveness of diseasemanagement programmes in reducinghospital re-admission in older patients with heart failure; a systematic review and meta-analysis of published reports[J]. Eur Heart J, 2004, 25(18):1570-1595.

[4] Takeda A, Taylor SJ, Taylor RS, et al. Clinical service organisation for heart failure[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012, 9:CD002752.

[5] Jones CD, Holmes GM, DeWalt DA, et al. Self-reported recall and daily diary-recorded measures of weight monitoring adherence: associations with heart failure-related hospitalization[J]. BMC Cardiovasc Disord, 2014, 14:12.

[6] Nolan RP, Payne AY, Ross H, et al. An Internet-Based Counseling Intervention With Email Reminders that Promotes Self-Care in Adults With Chronic Heart Failure; Randomized Controlled Trial Protocol[J]. JMIR Res Protoc, 2014, 30, 3 (1):e5.

[7] Bekelman DB, Nowels CT, et al. Giving voice to patients' and family caregivers' needs in chronic heart failure: implications for palliative care programs[J]. J Palliat Med, 2011, 14(12): 1317-1324.

[8] Kitsiou S, Paré G, Jaana M, et al. Systematic reviews and meta-analyses of home telemonitoring interventions for patients with chronic diseases: a critical assessment of their methodological quality[J]. J Med Internet Res, 2013, 15 (7):e150.

[9] 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.

[10] Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure)[J]. J Am Coll Cardiol, 2005, 46(6): e1-e82.

[11] Duffy JR, Hoskins LM, Dudley-Brown S. Development and testing of a caring-based intervention for older adults with heart failure[J]. J Cardiovasc Nurs, 2005, 20(5): 325-333.

[12] Muntner P, Joyce C, Holt E, et al. Defining the minimal detectable change in scores on the eight-item Morisky Medication Adherence Scale[J]. Ann Pharmacother, 2011, 45(5): 569-575.

[13] Rector TS, Carson PE, Anand IS, et al. Assessment of long-term effects of irbesartan on heart failure with preserved ejection fraction as measured by the minnesota living with heart failure questionnaire in the irbesartan in heart failure with preserved systolic function (I-PRESERVE) trial[J].

- Circ Heart Fail, 2012, 5(2):217-225.
- [14] Kourkovi P, Rammos S, Parissis J, et al. Depressive symptoms in patients with congenital heart disease: incidence and prognostic value of self-rating depression scales [J]. Congenit Heart Dis, 2014. [Epub ahead of print]
- [15] Besèr A, Sorjonen K, Wahlberg K, et al. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced Exhaustion Disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale [J]. Scand J Psychol, 2014, 55(1):72-82.
- [16] Koehler F, Winkler S, Schieber M, et al. Impact of remote telemedical management on mortality and hospitalizations in ambulatory patients with chronic heart failure: the telemedical interventional monitoring in heart failure study [J]. Circulation, 2011, 123(17):1873-1880.
- [17] Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, et al. Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8 323 patients: Abridged Cochrane Review [J]. Eur J Heart Fail, 2011, 13 (9): 1028-1040.
- [18] Ritzema J, Troughton R, Melton I, et al. Physician-directed patient self-management of left atrial pressure in advanced chronic heart failure [J]. Circulation, 2010, 121 (9): 1086-1095.
- [19] McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC[J]. Eur J Heart Fail, 2012, 14(8): 803-869.
- [20] 刘铭雅, 李云婧, 魏 盟, 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.

(收稿:2014-07-19 修回:2014-08-06)

(本文编辑:梁英超)

• 敬告读者 •

为了更好地服务读者和作者,提高稿件的处理速度和效率、缩短文章的发表周期,《国际心血管病杂志》编辑部启用远程采编系统(网址:<http://gjxxgz.z.paperopen.com>)。进入网站,点击左上侧“作者投稿”栏,登记作者信息,注册成功后即可在线投稿。请作者以实名、常用电子邮箱和移动电话登记,便于我们与您及时联系。

本刊编辑部

国际心血管病杂志
INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR DISEASE

中国科技论文统计源期刊
中国科技核心期刊

作者投稿

<http://gjxxgz.z.paperopen.com>