

慢性心力衰竭疾病管理模式进展

岳静雯 卜 军 蒋 利

【摘要】 慢性心力衰竭是各种心血管疾病的终末阶段,发病率随年龄增长而增加,造成严重的公共卫生负担,开展有效的慢性心力衰竭疾病管理可以减少患者住院率,降低病死率,改善生活质量,减轻患者和社会经济负担。目前常用的慢性心力衰竭疾病管理模式包括以专科医师为主导的医院管理模式、以全科医师为主导的社区管理模式、以护士为主导的电话干预模式和以家庭照顾者为主导的管理模式。

【关键词】 慢性心力衰竭;疾病管理;模式

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2016.06.007

据 2009—2013 年统计资料显示,全球 45 岁以上人群的心力衰竭(心衰)患病率达 3%~5%^[1]。2003 年流行病学资料表明,我国心衰患病率为 0.9%,35~74 岁成年人中约有 400 万心衰患者,其中男性患病率为 1.0%,女性患病率为 0.9%^[2]。心衰病死率呈上升趋势,甚至高于乳腺癌、卵巢癌、前列腺癌等恶性肿瘤^[3]。采取健康管理、健康提供者、患者及其家人共同参与的疾病管理模式可有效改善慢性心衰的预后。本文以干预人员分类,介绍国内外慢性心衰疾病管理模式的研究进展。

1 以专科医师为主导的医院管理模式

以专科医师为主导的慢性心衰住院、门诊一体化管理是目前国内外最成熟、最有效的模式。研究表明,患者初次诊断为慢性心衰时,专科医生及时评估患者病情,制定合理的治疗方案、优化药物治疗,可以显著提高患者生存率^[4-5]。其中,按照指南推荐药物治疗或者用药达到目标剂量是关键之一。Poelzl 等^[6]观察 1 014 例慢性心衰患者的依从性发现,优化指南的依从性可显著降低稳定的慢性心衰患者的死亡率。Barywani 等^[7]对 185 例 80 岁以上慢性心衰患者进行分组治疗,分别使用目标剂量与<50%目标剂量的血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)及血管紧张素受体阻滞剂(ARB)治疗,结果表明使用目标剂量的患者具有更高的 5 年生

存率。

我国对慢性心衰的干预主要是以医院为中心,药物治疗为主的医院管理模式。潘扬等^[8]对 180 例住院慢性心衰患者进行对照研究,试验组给予全程动态疾病管理,对照组给予常规出院指导,结果显示,试验组患者生活质量、服药依从性、心理状况、左心室射血分数及 6 min 步行距离等指标均显著优于对照组。应用 ACEI 达到目标剂量或最大耐受剂量的慢性心衰患者的症状、体征改善,生存率提高,应用 β 受体阻滞剂时确定合理的目标剂量和维持时间,可使病死率降低至 34%^[9]。岳静雯等^[10]随访监测 100 例出院慢性心衰患者血浆 B 型利钠肽(BNP)水平,并及时调整治疗方案,结果明显减少了患者的 1 年心血管死亡和因心血管事件再次住院,改善了患者的生活质量。

近年来,互联网技术也被用于慢性心衰管理。研究发现,医护人员通过智能手机远程监测有水钠潴留的慢性心衰患者出院后的体质量、血压、心率等数据,并给予指导、督促及相关医疗干预,患者病死率显著降低^[11]。有研究者在严重心衰患者体内置入肺动脉传感器,培训指导其使用家庭电子设备,每日监测并传输血流动力学信息至数据库,一旦肺动脉压升高则使用利尿剂、血管扩张剂;而对照组患者根据临床症状、体征用药。结果表明,置入肺动脉传感器的远程医疗可有效减少严重心衰患者的再入院率^[12]。以心血管专科医师为主导的慢性心衰管理模式有利于推行指南,增强患者依从性,提高患者生存率,改善患者生活质量,是实施慢性心衰标准化治疗的关键。

基金项目:上海市科学委员会基金(134119b2200)

作者单位:200336 上海交通大学医学院附属同仁医院心内科(岳静雯,蒋 利);200127 上海交通大学医学院附属仁济医院心内科(卜 军)

通信作者:蒋 利,Email:jfriend@yeah.net

2 以全科医师为主导的社区管理模式

社区管理模式是以患者居住的社区为基本单位,由多职能人员共同构成的社区体系,包括医护人员、疾病管理者、药剂师、理疗师、营养师等^[13]。研究显示,经过培训的社区体系工作人员通过一系列措施缩短了社区与医疗之间的距离,如指导患者进行康复活动,对患者进行健康教育,对患者的药物、生活方式、基础疾病控制、危险因素等进行干预,可使患者得到连续、规范、系统的诊治,使病情长期处于动态监测中,从而减少并发症、降低再住院率^[14]。

我国的全科医师制度尚处于推广阶段,且社区工作者和护士等人员相对缺乏,因此有研究者根据我国国情提出了医院与社区双向管理的新模式^[15]。具体方法为医院专科医生与社区全科医生建立联系,患者出院后转诊至社区,社区全科医师可通过慢性心衰专病门诊履行职责,及时掌握患者病情和治疗情况,实施正确治疗以及康复指导。医院、社区双向转诊的模式可调动社区医务人员积极性、主动性,有助于提高患者治疗依从性。李锦等^[16]研究发现,通过对社区医师进行慢性心衰诊治的标准化培训,提高社区疾病管理控制方案的知晓率、执行度及患者认知率和疾病自我管理能力和依从性,可使患者提高服药率和遵医嘱行为,有望在远期获得良好的卫生经济学效益。

3 以护士为主导的电话干预模式

以护士为主导的电话干预模式是指对慢性心衰患者定期进行电话随访,这种模式简便易行,成本较低,在发达国家得到广泛应用。基本做法是制定标准电话访问手册,采取封闭式、开放式问题相结合,包括问候及进入状态问题、评估症状问题、健康教育问题、情感支持问题,使患者得到自我护理、用药指导、症状识别及应对等知识,同时受到电话督导和鼓励,以满足慢性心衰患者的需求,并消除影响患者健康的潜在问题^[17]。电话访问有助于临床医生尽早发现疾病恶化的征象,并及时做出有效的临床建议和决策,告知患者及时复诊,从而减少治疗延误,经上述干预后,患者再住院率、病死率以及住院费用均明显降低^[18]。此外,电话干预通过情感支持为患者提供安全感、归属感,减轻患者的焦虑和绝望感^[19]。美国弗吉尼亚州卫生保健系统通过为期 2 年的随访发现,与常规治疗组相比,护士疾病管理组的患者死亡率显著降低^[20]。目前,我国由

于专科护士的缺乏,尚无大样本量的研究报道。

4 以家庭照顾者为主导的管理模式

研究显示,约有 30%~70% 的慢性心衰患者睡眠紊乱,18%~45% 的慢性心衰患者伴焦虑,23%~47% 的患者配偶有抑郁情绪^[21-22]。全面的疾病管理应以家庭为整体。家庭干预模式是以患者为中心,以患者及家属为干预对象,由医务人员和社会工作者定期随访,并对患者疾病进行干预的家庭康复治疗模式。研究表明,家庭干预方法如药物治疗指导、心理干预、行为方式干预、认知干预(向家属宣传 CHF 相关知识、帮助患者及家属全面客观地认识疾病转归)可明显改善患者生活态度以及生存质量,有效减轻抑郁、焦虑,有效改变患者不良饮食习惯等,并可提高患者服药依从性,明显降低再入院率和治疗费用^[23-24]。然而,也研究发现,随机多点高频率的干预并未明显改善慢性心衰患者的健康状态^[25]。

我国慢性心衰管理尚处于探索阶段,亟需政府、社会、医疗系统、患者及家属共同努力,建立适合我国国情的慢性心衰管理模式。

参 考 文 献

- [1] Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries[J]. J Am Coll Cardiol, 2014, 63(12):1123-1133.
- [2] 陈晨,金惠根. 慢性心力衰竭治疗进展[J]. 国际心血管病杂志, 2015, 42(4): 231-234.
- [3] Goldberg RJ, Spencer FA, Farmer C, et al. Incidence and hospital death rates associated with heart failure: a community-wide perspective[J]. Am J Med, 2005, 118(7): 728-734.
- [4] Gupta A, Ghimire G, Hage FG, et al. Guidelines in review: 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure[J]. J Nucl Cardiol, 2014, 21(2):397-399.
- [5] 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.
- [6] Poelzl G, Altenberger J, Pacher R, et al. Dose matters! Optimisation of guideline adherence is associated with lower mortality in stable patients with chronic heart failure[J]. Int J Cardiol, 2014, 175(1):83-89.
- [7] Barywani SB, Ergatoudes C, Schaufelberger M, et al. Does the target dose of neurohormonal blockade matter for outcome in systolic heart failure in octogenarians[J]. Int J

- Cardiol, 2015, 187: 666-672.
- [8] 潘 扬, 史浩颖, 汪 芳, 等. 全程动态疾病管理模式对慢性心力衰竭患者预后的影响[J]. 国际心血管病杂志, 2014, 9(5): 346-349.
- [9] 刘 志, 华 琦. 血管紧张素转换酶抑制剂和 β 受体阻滞剂在慢性心力衰竭中的应用[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2012, 14(4): 447-448.
- [10] 岳静雯, 蒋 利, 沈泽宁, 等. 血 BNP 监测对慢性心力衰竭患者治疗的指导价值及其对预后的影响研究[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(16): 3150-3153.
- [11] Krahne JS, Abraham WT, Adamson PB, et al. Heart failure and respiratory hospitalizations are reduced in patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease with the use of an implantable pulmonary artery pressure monitoring device[J]. J Card Fail, 2015, 21(3): 240-249.
- [12] Dendale P, De Keulenaer G, Troisfontaines P, et al. Effect of a telemonitoring-facilitated collaboration between general practitioner and heart failure clinic on mortality and rehospitalization rates in severe heart failure: the TEMA-HF 1 (Telemonitoring in the Management of Heart Failure) study[J]. Eur J Heart Fail, 2012, 14(3): 333-340.
- [13] Jaarsma T, Van Der Wal MH, Hogenhuis J, et al. Design and methodology of the COACH study: a multicenter randomised Coordinating study evaluating Outcomes of Advising and Counselling in Heart failure[J]. Eur J Heart Fail, 2004, 6(2): 227-233.
- [14] 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.
- [15] Yu M, Chair SY, Chan CWH, et al. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure[J]. Heart Lung, 2015, 4(5): 400-407.
- [16] 李 锦, 王引利, 余秀琼, 等. 三级甲等医院指导下慢性心力衰竭患者的社区管理研究[J]. 中华心血管杂志, 2012, 40(11): 939-944.
- [17] Grustam AS, Severens JL, de Massari D, et al. The Cost-effectiveness analysis of philips motiva telehealth system: A comparison between home telemonitoring, nurse telephone support and usual care in chronic heart failure[J]. Value Health, 2015, 18(7): A358.
- [18] 刘 庚, 李庆印, 刘华平, 等. 对慢性心力衰竭患者实施标准电话访问管理的效果研究[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(3): 201-204.
- [19] Riegel B, Weaver TE. Poor sleep and impaired self-care: towards a comprehensive model linking sleep, cognition, and heart failure outcomes[J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2009, 8(5): 337-344.
- [20] Lowery J, Hopp F, Subramanian U, et al. Evaluation of a nursepractitioner disease management model for chronic heart failure: a multi-site implementation study[J]. Congest Heart Fail, 2012, 18(1): 64-71.
- [21] Friedmann E, Thomas SA, Liu F, et al. Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality[J]. Am Heart J, 2006, 152(5): 940. e1-e8.
- [22] Martensson J, Dracup K, Canary C, et al. Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses[J]. J Heart Lung Transplant, 2003, 22(4): 460-467.
- [23] Hägglund E, Lyngå P, Frie F, et al. Patient-centred home-based management of heart failure. Findings from a randomised clinical trial evaluating a tablet computer for self-care, quality of life and effects on knowledge[J]. Scand Cardiovasc J, 2015, 49(4): 193-199.
- [24] Stewart S, Carrington MJ, Horowitz JD, et al. Prolonged impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure: extended follow-up of a pragmatic, multicentre randomized trial cohort[J]. Int J Cardiol, 2014, 174(3): 600-610.
- [25] Bekelman DB, Plomondon ME, Carey EP, et al. Primary results of the patient-centered disease management (PCDM) for heart failure study: a randomized clinical trial[J]. JAMA Intern Med, 2015, 175(5): 725-732.

(收稿: 2016-04-04 修回: 2016-06-01)

(本文编辑: 丁媛媛)