

慢性心力衰竭患者的医院-社区联合双向管理模式研究

王欣玲 许嘉鸿

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2017.03.016

随着我国人口老龄化进程加剧,慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)的患病率不断增加。流行病学调查资料显示我国 35~74 岁人群 CHF 患病率约为 1%,总患病人数在 800 万左右^[1]。为提高 CHF 患者用药依从性,降低患者心血管事件死亡率及再入院率,改善患者预后,国内部分地区对基于社区全科医师为主导的 CHF 社区管理模式进行了探索^[2-4]。但由于我国的全科医生护士制度尚未成熟,社区工作人员专业知识水平不一,我院采取医院-社区联合双向管理模式^[5],即医院专科医生与社区全科医生和护士建立联系共同管理 CHF 患者,效果满意,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2014 年 1 月至 2015 年 1 月在我院随访的 188 例 CHF 患者,年龄 59~78 岁,所有患者符合 2014 年版中国心力衰竭诊断和治疗指南^[6]的诊断标准,纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级为Ⅱ~Ⅳ级。排除标准:(1)合并有严重呼吸衰竭、恶性肿瘤及严重肝肾功能不全者;(2)合并有限制性心脏病、心包积液及缩窄性心包炎者;(3)有精神障碍、语言阅读障碍、脑卒中病史者;(4)年龄>80 岁者。患者均签署知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 基本方案 采用随机数字表法将研究对象分为联合管理组和常规管理组,各 94 例,联合管理组 CHF 患者按照联合双向管理模式进行随访管理,常规管理组 CHF 患者按照常规的社区慢性病管理模式进行随访管理。研究开展前收集患者年龄、性别、体质量指数(BMI)、吸烟史、合并症、心功能分级等基本信息。记录研究开展前及随访 1 年后患者的 CHF 相关指标如左室射血分数(LVEF)、

N 末端脑钠肽原(NT-proBNP)、6 min 步行距离(6MWT),明尼苏达心力衰竭生存质量量表(MLHFQ)得分,心血管事件死亡率及再入院率。

1.2.2 联合双向管理模式 联合双向管理模式的具体方案如下。(1)建立团队,共同学习心力衰竭相关知识:同济医院心血管专科医生、凉城新村街道社区卫生服务中心全科医生和护士组成联合管理团队,由心血管专科医生定期组织团队成员学习 CHF 相关知识并对团队成员进行考核。(2)制定个体化治疗管理方案:为患者建立 CHF 管理档案,由心血管专科医生根据患者情况制定治疗方法及管理细则。(3)开展家庭健康教育:对患者和家属发放 CHF 知识手册,每 2 个月开展 1 次健康讲座,提高患者自我管理能力。(4)门诊随访:心功能Ⅱ级患者每个月至少在社区门诊随访 1 次,心功能Ⅲ级患者每 2 周至少 1 次,心功能Ⅳ级患者不定期按需上门随访。(5)双向转诊:管理期间如出现病情加重由团队专科医生评估后转诊至医院治疗,病情稳定后再转回社区管理。

1.2.3 常规管理模式 按照慢性疾病的常规管理方案,由未参与联合管理团队的其他社区全科医生和护士对患者实施管理,主要包括一般健康教育和门诊随访。与联合管理模式相比没有特定的个体化治疗方案、系统的健康教育和双向转诊制度。

1.3 统计学分析

采用 SPSS 20.0 软件进行统计学分析,计数资料用例数和百分比表示,组间比较采用卡方检验,计量资料用均数±标准差表示,组间比较采用 *t* 检验或 Mann-Whitney *U* 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基线资料比较

两组患者的年龄、性别、BMI、吸烟史、合并症、心功能分级等无统计学差异(P 均>0.05),见表 1。

表 1 两组 CHF 患者基线资料比较

	常规管理组	联合管理组	P 值
年龄/岁	71.8±10.2	72.3±9.6	0.72
男性/例(%)	64(68.1)	60(63.8)	0.64
BMI/kg·m ⁻²	27.4±6.2	27.1±6.4	0.74
吸烟史/例(%)	48(51.1)	44(46.8)	0.66
合并症/例(%)			
糖尿病	18(19.1)	20(21.3)	0.85
高血压	70(74.5)	66(70.2)	0.62
心功能分级/例(%)			
Ⅱ级	42(44.7)	44(46.8)	0.65
Ⅲ级	36(38.3)	38(40.4)	0.71
Ⅳ级	16(17.0)	12(12.8)	0.38

表 2 两组 CHF 患者管理前后 CHF 相关指标比较

	常规管理组	联合管理组
LVEF/%		
基线	45.4±7.1	44.2±7.4
1年后	43.8±7.5	46.2±7.3
6MWT/m		
基线	257.1±79.2	263.8±72.3
1年后	218.3±82.1 ⁽¹⁾	282.6±86.2 ⁽²⁾
NT-proBNP/pg·mL ⁻¹		
基线	1 674.0±1 175.3	1 965.0±1 146.3
1年后	1 886.0±1 415.8	1 124.0±826.5 ⁽¹⁾⁽²⁾

注:与本组基线值比较,⁽¹⁾ $P<0.01$;与常规管理组比较,⁽²⁾ $P<0.01$

2.3 两组患者管理前后生存质量比较

管理前两组患者的 MLHFQ 总分、躯体得分、情绪得分均无统计学差异。管理 1 年后,常规管理组患者的 MLHFQ 总分、躯体得分、情绪得分与本组基线值相比均无统计学差异,联合管理组的 MLHFQ 总分、躯体得分、情绪得分与本组基线值相比均得到明显改善,且均显著低于常规管理组(P 均 <0.01),见表 3。

表 3 两组 CHF 患者管理前后生存质量比较

	常规管理组	联合管理组
MLHFQ 总分		
基线	41.5±13.8	42.7±13.6
1年后	42.3±13.5	35.7±13.4 ⁽¹⁾⁽²⁾
MLHFQ 躯体得分		
基线	17.5±6.9	18.2±7.3
1年后	19.8±10.2	14.2±9.4 ⁽¹⁾⁽²⁾
MLHFQ 情绪得分		
基线	11.2±3.8	10.5±3.1
1年后	12.4±3.6	7.3±2.7 ⁽¹⁾⁽²⁾

注:与本组基线值比较,⁽¹⁾ $P<0.05$;与常规管理组比较,⁽²⁾ $P<0.05$

2.2 两组患者管理前后 CHF 相关指标比较

两组 CHF 患者管理前 LVEF、6MWT、NT-proBNP均无统计学差异。管理 1 年后,常规管理组 6MWT 显著低于基线值($P<0.01$),联合管理组 6MWT 显著高于常规管理组($P<0.01$),与本组基线值相比无统计学差异;常规管理组 NT-proBNP 水平与基线值相比无统计学差异,联合管理组 NT-proBNP显著低于常规管理组及本组基线值(P 均 <0.01);常规管理组和联合管理组管理 1 年后 LVEF 值与基线值相比均无统计学差异,且两组间比较无统计学差异,见表 2。

2.4 两组患者的心血管事件死亡率及再入院率比较

两组 1 年随访期间心血管事件死亡率及心血管事件再入院率无统计学差异,见表 4。

表 4 两组 CHF 患者管理期间心血管事件死亡率及再入院率的比较/ n (%)

	常规管理组	联合管理组	P 值
心血管事件死亡率	8(8.5)	5(5.3)	0.56
心血管事件再入院率	23(24.4)	14(14.8)	0.14

3 讨论

以往对 CHF 患者仅局限于在医院进行药物治疗,而忽略院外管理,导致预后较差,再入院率较高。2014 年版中国心力衰竭诊断和治疗指南^[6]指出应加强社区 CHF 的管理以改善患者预后,然而由于社区全科医生专业水平不一,是否能很好的管理 CHF 患者仍存在疑问。本研究结果显示应用联合双向管理模式 1 年后,患者的 CHF 相关指标 6MWT、NT-proBNP 以及生存质量都有明显改善,且明显优于常规管理组。该模式较传统的慢性病

常规管理模式具有以下优势:(1)心血管专科医生的加入可以促进全科医生临床技能的提高;(2)专科医生的加入可以增加患者对社区管理的信任度,提高依从性;(3)双向转诊模式可有效解决患者就医困难等问题。

通过本研究,总结医院-社区联合双向管理模式的常见问题和解决经验如下:(1)部分患者对社区全科医生仍然存在不信任,在进行知识宣教的同时,社区医生应加强与患者沟通,取得患者信任,社区医生也应提升自身专业水平;(2)患者对疾病相关知识掌握不够,管理团队应结合患者的具体情况采取不同的健康宣教方式,让患者及家属了解疾病;(3)患者对联合双向管理模式存在消极心理,不能很好地配合治疗,管理团队应积极采用心理学方法疏导此类患者及家属的不良情绪,向患者宣传治疗效果较好的病例;(4)社区卫生人员积极性有待提高,可以对 CHF 联合双向管理出色的社区卫生人员采取一定的奖励措施。

现有的 CHF 社区管理模式尚存在不足之处,医院-社区联合双向管理模式可以弥补不足,改善

CHF 患者的管理效果,提高 CHF 的防治水平。

参 考 文 献

- [1] Guo L, Guo X, Chang Y, et al. Prevalence and risk factors of heart failure with preserved ejection fraction: a population-based study in Northeast China[J]. Int J Environ Res Public Health, 2016, 13(8):770-772.
- [2] 钦瑞强,徐军霞.慢性心衰的社区管理策略[J].中国社区医师,2013,29(22):111-112.
- [3] 张学强,蒋海玉.规范化管理对冠心病并慢性心衰老年患者出院后治疗效果的影响[J].兵团医学,2015,46(4):20-22.
- [4] 蒋 晖,余秀琼,戴 玫,等.通过社区医生强化社区慢性心衰患者管理的效果评价[J].现代预防医学,2014,41(7):1225-1227.
- [5] 潘桂俊,王惠华,唐慧芸,等.专科-全科联合团队模式下慢性心力衰竭患者的社区管理研究[J].中华全科医学,2016,14(9):1522-1524.
- [6] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122.

(收稿:2017-01-17 修回:2017-03-07)

(本文编辑:胡晓静)

• 病例报告 •

复杂三房心合并主动脉瓣关闭不全 1 例

韦柳炎

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2017.03.017

1 病例简介

患者男性,51 岁,因“活动后胸闷、气急 2 个月”入院。查体:体形正常,口唇无发绀,心界向左扩大,心律齐,胸骨左缘 3、4 肋间闻及 4/6 级海鸥样舒张期杂音,向上腹部传导。胸片示心影增大。心电图示不典型不完全性右束支传导阻滞。超声心动图示四房心,主动脉右冠瓣脱垂,中度反流,左心室扩大(见图 1)。冠状动脉 CTA 示左冠状动脉主干及前降支近段钙化性斑块,管腔轻度狭窄,左心房内分隔样改变。

手术在全麻体外循环下进行。术中探查心外

结构见左上腔静脉永存,肝静脉异位回流入右心房。上下腔静脉及肝静脉分别插管后,经右心房切开房间隔探查见左心房内隔膜,肺静脉均开口于副房,隔膜上开口约 1 cm。切除隔膜,可见左上腔静脉走行于隔膜后壁,遂将左上腔静脉以隔膜组织重建并开口于右心房,探查二尖瓣无明显反流。主动脉根部切口探查见主动脉右冠瓣明显脱垂,并可见干下型室间隔缺损约 4 mm,予带垫片 prolene 缝线直接修补室间隔缺损,切除主动脉瓣后置换 medtronic 20 号主动脉机械双叶瓣。心脏复跳后开放腔静脉及肝静脉阻断带。术后患者心前区杂音消失,复查超声心动图显示左房内无分隔,主动脉瓣开闭良好(见图 2)。