

# 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<sup>[1]</sup>。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<sup>[2-4]</sup>。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<sup>[5]</sup>,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<sup>[6]</sup>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 <sup>-2</sup> | 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 |

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。

**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 <sup>(1)</sup> | 282.6±86.2 <sup>(2)</sup>       |
| NT-proBNP/pg·mL <sup>-1</sup> |                           |                                 |
| 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 <sup>(1)(2)</sup> |

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

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 <sup>(1)(2)</sup> |
| 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 <sup>(1)(2)</sup>  |
| 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 <sup>(1)(2)</sup>   |

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

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<sup>[6]</sup>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发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1cm。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4mm,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。术后患者胸前区杂音消失,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)。