

家庭医疗服务管理对慢性心衰病人预后生存质量的影响

高军毅¹,唐 涛²,孙海燕²,熊璐璐²,王 爽³,叶慧明¹

(1.首都医科大学附属北京世纪坛医院 心血管内科,北京 100038;2首都医科大学附属北京世纪坛医院 神经内科;
3.首都医科大学附属北京世纪坛医院 急诊科)

摘要:目的:探讨家庭医疗服务对慢性心衰病人预后生存质量的影响。方法:选取90例慢性心力衰竭病人作为研究对象,干预组采用家庭医疗服务模式。采用Lee氏心衰积分对病人干预后心衰疗效进行评估。应用心肺运动实验和6min步行测试(6MWT)评估病人的心功能状态。评估营养状况、生活质量和再入院率。结果:经干预后干预组病人的 pVO_2 、 $\%pVO_2$ 和 VO_2 无氧阈值显著高于对照组($P<0.05$)。干预组病人的MNA评分、Hb和ALB水平显著高于对照组。干预组病人的心衰再入院率显著低于对照组。结论:家庭医疗服务模式应用于慢性心衰病人的管理,能显著改善病人的营养状况,改善病人心衰症状和心肺运动功能。

关键词:家庭医疗服务;慢性心衰;营养状况;预后;生存质量

中图分类号: R541.6

文献标识码: B

文章编号: 2095-512X(2021)01-0055-04

心力衰竭(HF)综合症影响约2%的成年人口,男性比女性更为普遍,其发病率和患病率随着年龄的增长而急剧上升^[1]。HF被公认为是所有心脏疾病中常见且终极的疾病之一,给卫生保健系统带来了沉重负担^[2]。HF病人构成家庭保健中最常见的病人群体之一。心力衰竭的特点是出院后预后结果较差,面临着复杂的生理和心理后果,家庭医生和护理护士在为病人及其家人提供医疗服务方面发挥着关键作用。当前随着医疗理念的更新,医疗模式正在向多学科干预发生创新转变^[3]。因此本研究基于多学科模式构建集医疗、护理、营养管理和情绪管理为一体的家庭医疗服务模式,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取90例慢性心力衰竭病人作为研究对象。纳入标准:均符合心力衰竭诊断的病人^[4]。排除标准:排除有明显的认知或精神障碍的病人;无法进行日常生活活动或居住在疗养院中的病人。排除有心肌缺血症状,急性冠状动脉综合征或在前3个月内进行了冠状动脉血运重建术的病人;排除有严重的瓣膜病病史、先天性心脏病、急性心肌炎、肥厚或限制性心肌病的病人;排除近6个月的发生脑血

管事件或大手术的病人,排除任何可能对运动能力或预后造成不利影响的伴随疾病的病人。将全部病人随机分为对照组和干预组各45例。

1.2 处理方法

对照组病人只接受标准化营养建议,即保持健康饮食,以正常体重指数范围为目标,通过日常锻炼改善体质。

干预组采用家庭医疗服务模式,主要包括药物干预和非药物干预。(1)药物干预:心内科医生制定出院计划和药物治疗方案;(2)非药物干预:由心内科护士提供营养管理:①详细了解病人的饮食习惯,评估病人的每日钠和液体摄入量、居家膳食摄入量、记录的每日体重;②根据病人的体重指数、家庭生活方式和当前营养状况制定个性化营养饮食干预^[5]。情绪管理:护士通过与病人沟通其心理问题,制定个体化的心理护理措施,对心理问题(如焦虑和抑郁)进行全面管理。主要方法包括:鼓励性心理干预、引导倾诉性心理干预、认知行为干预、放松疗法等。团队小组并提供深入的随访,包括家庭护理,个性化的上门拜访和电话联系。

1.3 评价标准

在干预前和干预6个月后评估全部病人。两组病人干预后心衰疗效的比较采用Lee氏心衰积分进行评估^[6]。

收稿日期:2020-10-15;修回日期:2020-12-23

作者简介:高军毅(1979-),男,首都医科大学附属北京世纪坛医院心血管内科医师。

通讯作者:叶慧明,副主任医师,硕士研究生导师,E-mail:yehuiming20080@163.com 首都医科大学附属北京世纪坛医院心血管内科,100038

应用新版微型营养评估简表(MNA-SF)^[7]评估病人的营养状况。比较两组病人干预前后血清血红蛋白(Hb)和白蛋白(ALB)指标的变化。

应用心肺运动实验和6min步行测试(6MWT)评估病人的心功能状态,记录病人的如下指标:最大摄氧量(pVO₂);最大摄氧量百分比(%pVO₂);二氧化碳通气当量斜率(VE/VCO₂斜率);VO₂无氧阈值;呼吸交换率(RER)。

采用生活质量视觉模拟评分(VAS)量表和汉化的明尼苏达心力衰竭生活质量评分(MLHFQ)对病

人的生活品质进行评估。

随访12个月,观察病人的心血管病再入院例数。

1.4 统计学方法

采用卡方检验比较计数资料,采用t检验比较计量资料。

2 结果

2.1 心衰疗效

干预组病人的总有效率显著高于对照组(见表1)。

表1 心衰疗效

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
干预组	45	19	21	5	88.9*
对照组	45	13	19	13	71.1

注:与对照组比较,*P<0.05

2.2 心肺运动实验

两组病人经干预前心肺运动各指标相比无显著性差异,经干预后,干预组病人的pVO₂、%pVO₂和VO₂无氧阈值显著高于干预前(P<0.05)。对照组

病人的干预前后的指标相比无显著性差异。两组间进行比较,经干预后干预组病人的pVO₂、%pVO₂和VO₂无氧阈值显著高于对照组(P<0.05)(见表2)。

表2 心肺运动实验

组别	干预组		对照组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
pVO ₂ (mL·kg·min)	11.2 ± 2.1	16.3 ± 2.6**	10.9 ± 1.8	11.6 ± 2.3
%pVO ₂	51.2 ± 13.0	65.8 ± 18.6**	51.7 ± 15.2	53.9 ± 12.6
VE/VCO ₂ 斜率	34.2 ± 5.6	35.1 ± 5.2	35.3 ± 5.9	35.8 ± 6.6
VO ₂ 无氧阈值(mL·kg·min)	7.2 ± 1.6	12.3 ± 2.5**	7.5 ± 1.8	7.8 ± 1.5
RER	1.13 ± 0.16	1.25 ± 0.21	1.08 ± 0.13	1.22 ± 0.15

注:与干预前比较,*P<0.05,与对照组比较,#P<0.05

2.3 营养指标

两组病人经干预前MNA评分、Hb和ALB水平各指标相比无显著性差异,两组间进行比较,经干

预后干预组病人的MNA评分、Hb和ALB水平显著高于对照组(P<0.05)(见表3)。

表3 营养指标

组别	干预组		对照组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
MNA(分)	11.52 ± 2.71	19.36 ± 3.23**	11.07 ± 2.16	15.31 ± 2.78**
Hb(g/L)	102.56 ± 13.78	113.37 ± 18.57**	105.81 ± 15.65	122.68 ± 17.18**
ALB (mg/L)	32.57 ± 6.36	38.16 ± 5.13**	31.76 ± 5.27	32.29 ± 6.05*

注:与干预前比较,*P<0.05;与对照组比较,#P<0.05

2.4 6MWT和生活质量

两组病人经干预前6MWT和生活质量评分相比无显著性差异,经干预后干预组病人的6MWT和

VAS评分显著高于对照组,MLHFQ评分显著低于对照组(见表4)。

表4 6MWT和生活质量

组别	干预组		对照组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
6MWT	393.5 ± 72.6	442.6 ± 69.2 [#]	396.6 ± 58.8	411.8 ± 60.7
VAS	62.7 ± 13.5	78.2 ± 15.7 [#]	61.5 ± 11.5	63.6 ± 10.8
MLHFQ	71.5 ± 12.7	50.3 ± 14.5 [#]	70.8 ± 11.9	62.2 ± 13.6 [#]

注:与干预前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

2.5 两组病人心血管病再入院情况比较

干预组病人心血管病再入院率显著低于对照组(见表5)。

表5 两组患者心血管病再入院情况比较

组别	n	再入院例数(n)	再入院率(%)
干预组	45	5	11.1
对照组	45	11	24.4

3 讨论

HF是一种常见的临床综合征,若病情加重,需要住院治疗。HF的治疗具有挑战性,因为该疾病患病人群较大,常发生失代偿的发作,并且心力衰竭所需的生活方式改变,药物治疗方案,实验室监测非常复杂。考虑到人口老龄化和经济负担的增加,改善家庭HF病人的管理和预防住院已成为国家优先实施项目^[8]。某些学科HF疾病管理计划已经成功减少全因住院率^[9]。但是,由于地理障碍,社会经济限制或其他原因,并非所有病人都可以参加此类疾病管理。因此,已经开发出家庭干预措施以更好地在家中管理HF病人。这些家庭干预措施包括增加保健项目、电话支持、远程监控、远程监控的可植入装置等。当前人们正在积极研究这些家庭干预的进展最终将如何影响心衰疾病进展^[10]。

本研究展开的家庭医疗服务体系,从病人的健康护理、基础医疗、营养状况、情绪管理等多个方面需求建立服务流程。通过对病人干预前后心衰疗效的比较,结果显示干预组病人的心衰康复情况显著优于对照组。经干预后干预组病人的心肺运动实验各指标显著高于对照组,6步步行距离显著高于对照组。提示本研究的家庭医疗服务模式能显著改善慢性心衰病人的心衰症状,提高心功能。

当前临床对于慢性心衰病人的医疗服务多关注在药物干预方面,而非药物干预是家庭医疗服务中容易被忽略的部分。2017年ACC/AHA(美国心脏病学会/美国心脏协会)心力衰竭管理指南^[11]强调了非药物治疗干预模式协调慢性心衰病人护理

的必要性。其中营养管理和情绪管理是非药物干预中重要的组成部分。HF中的医学营养治疗能协助改善HF症状和体征,改善病人生活质量。研究报告表明,营养管理可显著减少钠的摄入和维持体重^[12]。本研究为慢性心衰病人提供个体化的营养干预模式,结果显示病人经干预后的MNA评分、Hb和ALB水平显著升高,营养状况显著改善。

心力衰竭对病人的生活质量有负面影响。心力衰竭会引起一些并发症,例如疲倦,水肿,呼吸急促,阵发性夜间呼吸困难等。这些症状可能会减少病人的体育活动和社交活动,从而降低生活质量^[13,14]。因此,改善心力衰竭病人的生活质量至关重要。Mcalister等^[15]分析了多学科干预方法在心力衰竭病人中的应用效果,该方法能显著降低病人的心衰住院率,然而其干预措施仅包括药物治疗和饮食建议,因此本研究纳入全面的情绪管理和营养管理,旨在协助改善病人的生活质量。通过VAS评分和MLHFQ评分评估病人经干预后的生活质量的变化,结果显示干预组病人经干预后的生活质量显著高于对照组,干预组病人的心衰再入院率显著低于对照组。提示本研究的家庭医疗服务模式能有效改善心衰病人的心功能状况,降低心衰再入院率,从而有利于改善心衰病人的生活质量。

综上所述,家庭医疗服务模式应用于慢性心衰病人的管理,能显著改善病人的营养状况,改善心衰症状和心肺运动功能,提高生活质量,降低心衰再入院率。

参考文献

- [1]Beggs Simon AS, McDonagh Theresa A, Gardner Roy S. Chronic heart failure: epidemiology, investigation and management[J]. Medicine, 2018;46(10): 594-600
- [2]Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, et al. Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference?[J]. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2010;9(2):92-100
- [3]张静,拓楠.多学科协作对医疗创新的影响[J/OL].解放军医

- 院管理杂志,2019(12):1176-1178
- [4]中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,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2018[J].中华心血管病杂志,2018;46(10):760-789
- [5]Kuehneman T, Gregory M, De Waal D, et al. Academy of Nutrition and Dietetics Evidence-Based Practice Guideline for the Management of Heart Failure in Adults[J]. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2018;118(12):2331-2345
- [6]王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京科学技术文献出版社,2010:161-162
- [7]Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the mini-nutritional assessment-short form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status[J]. J Nutr Health Aging, 2009;13(9):782-788
- [8]Chen Z, Marple K, Salazar E, et al. A Physician Advisory System for Chronic Heart Failure Management Based on Knowledge Patterns[J]. Theory & Practice of Logic Programming, 2016;16(5-6):604-618
- [9]Jovicic A, Holroyd-Leduc J M, Straus S E. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials[J]. BMC Cardiovascular Disorders, 2006;6(1):43
- [10]Masterson Creber R M, Maurer M S, Reading M, et al. Review and Analysis of Existing Mobile Phone Apps to Support Heart Failure Symptom Monitoring and Self-Care Management Using the Mobile Application Rating Scale (MARS)[J]. Jmir Mhealth & Uhealth, 2016;4(2):74
- [11]Yancy C W, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America[J]. 2016;68(13):1476-1488
- [12]Handu D, Moloney L, Wolfram T, et al. Academy of Nutrition and Dietetics methodology for conducting systematic reviews for the Evidence Analysis Library. J Acad Nutr Diet.2016;116(2):311-318
- [13]张宇,王艳芳.老年心力衰竭病人抑郁情绪的心理干预[J].内蒙古医科大学学报,2019;41(S1):158-161
- [14]Heo S, Lennie T A, Okoli C, et al. Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients[J]. Heart & Lung the Journal of Critical Care, 2009;38(2):100 + 108
- [15]McAlister F A, Stewart S, Ferrua S, et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: A systematic review of randomized trials[J]. Journal of the American College of Cardiology, 2004;44(4):810-819

(上接第54页)

参考文献

- [1]You X, Sun X, Yang C, et al. CT diagnosis and differentiation of benign and malignant varieties of solitary fibrous tumor of the pleura[J]. Medicine (Baltimore), 2017;96(49):9058
- [2]Mune S, Rekhi B, More N, et al. A giant solitary fibrous tumor of the pleura: diagnostic implications in an unusual case with literature review[J]. Indian J Pathol Microbiol, 2010;53(3):544-547
- [3]Magdeleinat P, Alifano M, Petino A, et al. Solitary fibrous tumors of the pleura: clinical characteristics, surgical treatment and outcome[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2002;21(6):1087-1093
- [4]Cardillo G, Carbone L, Carleo F, et al. Solitary fibrous tumors of the pleura: an analysis of 110 patients treated in a single institution[J]. Ann Thorac Surg, 2009;88(5):1632-1637
- [5]Perrot M, Fischer S, Brundler MA, et al. Solitary fibrous tumors of the pleura[J]. Ann Thorac Surg, 2002;74(1):285-293
- [6]Klemperer P, Rabin CB. Primary Neoplasms of the pleura. A report of five cases[J]. American Journal of Industrial Medicine, 1992;22(1):4-31
- [7]Bukamur H, Karem E, Fares S, et al. A series of two cases of rare tumors: Solitary fibrous tumor of the pleura[J]. Respiratory medicine case reports, 2019;28:100872-100872
- [8]Gupta A, Souza CA, Sekhon HS, et al. Solitary fibrous tumour of pleura: CT differentiation of benign and malignant types[J]. Clin Radiol, 2017;72(9):796-799
- [9]Yagyu H, Hara Y, Murohashi K, et al. Giant Solitary Fibrous Tumor of Pleura Presenting Both Benign and Malignant Features[J]. Am J Case Rep, 2019;20:1755-1759
- [10]Davanzo B, Emerson RE, Lisy M, et al. Solitary fibrous tumor[J]. Transl Gastroenterol Hepatol, 2018;3:94
- [11]曹钟,魏建国,岑红兵,等.孤立性纤维性肿瘤中GRIA2和STAT6的表达及意义[J].临床与实验病理学杂志,2018;34(11):1194-1199
- [12]Vivero M, Doyle LA, Fletcher CDM, et al. GRIA2 is a novel diagnostic marker for solitary fibrous tumour identified through gene expression profiling[J]. Histopathology, 2014;65(1):71-80
- [13]朱勇,何光武.胸膜孤立性纤维瘤的CT诊断(附4例报告并文献复习)[J].上海医学影像,2011;20(02):138-140
- [14]周晖,刘进康,熊曾,等.胸部孤立性纤维瘤的CT诊断[J].实用放射学杂志,2008(03):316-319
- [15]Dedrick CG, McLoud TC, Shepard JA, et al. Computed tomography of localized pleural mesothelioma[J]. American Journal of Roentgenology, 1985;144(2):275-280