

• 社区护理 •

医院—社区联合延续护理对急性失代偿性心力衰竭出院患者的影响

张艳梅,梁媛,黄海霞,徐玉兰

摘要:目的 探讨医院—社区联合延续护理对于降低急性失代偿性心力衰竭出院患者急诊就诊、再住院、死亡以及对患者心衰疾病认知及自理能力的影响。方法 将 153 例急性失代偿性心力衰竭存活出院患者随机分为对照组($n=76$)及观察组($n=77$),对照组采用常规出院指导,观察组患者出院后采用医院—社区联合延续护理。比较两组患者出院 180 d 内急诊就诊、再住院及全因病死率,同时评价两组疾病的认知及自我管理能力。结果 观察组患者复合临床终点事件发生率显著低于对照组,对疾病认知、自我管理能力显著优于对照组($P<0.05, P<0.01$)。结论 医院—社区联合延续护理可提高患者对于心衰疾病的认知以及自我护理效能,降低急性失代偿性心力衰竭患者出院后急诊就诊率、心衰再住院率以及死亡等复合终点事件。

关键词:失代偿性心力衰竭; 医院; 社区; 延续护理; 再住院; 死亡; 疾病认知; 自我管理

中图分类号:R473.2 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.19.086

Effect of hospital-community based transitional nursing care on post-discharged patients with acute decompensated heart failure

Zhang Yanmei, Liang Yuan, Huang Haixia, Xu Yulan. Department of Cardiology, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To investigate the effect of hospital-community based transitional nursing care on the outcomes (visits to the emergency department, hospital readmission, death and the heart failure related knowledge, self-care ability) in post-discharge patients with acute decompensated heart failure (ADHF). **Methods** Totally, 153 ADHF patients at discharge were randomly divided into 2 groups: the experimental group ($n=77$) was subjected to hospital-community based transitional nursing care and the control group ($n=76$) to conventional health education. The primary composite endpoints (numbers of visits to the emergency department within 180 days after discharge, hospital readmission, all-cause mortality rate) between the 2 groups were compared, likewise the patients' knowledge of HF, and self-care ability. **Results** The incidence rates of primary composite endpoints in the experimental group were fewer than in the control group; the former also had higher knowledge and self-care ability levels than the latter ($P<0.05, P<0.01$). **Conclusion** Hospital-community based transitional nursing care could improve ADHF patients knowledge of heart failure and self-care ability, and reduce the incidence rates of primary composite endpoints (numbers of visits to the emergency department after discharge, hospital readmission, all-cause mortality rate, etc.).

Key words: decompensated heart failure; hospital; community; transitional nursing care; hospital readmission; death; knowledge of disease; self-management

急性失代偿性心力衰竭(Acute Decompensated Heart Failure, ADHF)是一种常见的临床综合征,居高不下的病死率及再住院率使其成为全球重要的公共卫生问题。近 20 年来兴起的心力衰竭多学科管理策略包括院内教育、院外医患定期面对面交流、电话交流、远程监控以及家庭随访等,该策略旨在加深患者对疾病发生发展的理解,帮助患者提高自理能力并最终提高患者对标准药物治疗及非药物治疗推荐的依从性^[1]。而医院—社区延续护理正是源于该策略的一种具体实施方法,它是指通过专业医生制订个体化出院治疗策略,护理人员制定持续性护理方案,以确保患者在不同健康照顾场所之间转移或不同层次健康照顾机构之间转移时所接受的健康服务,具有协

调性和连续性,预防或减少高危患者健康状况的恶化^[2-5]。本研究对 77 例出院 ADHF 患者采用医院—社区联合延续护理,旨在提高患者对疾病的认知能力及自理能力,降低急诊就诊率、再住院率,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2018 年 6 月在我院住院治疗的 153 例 ADHF 患者。纳入标准:入院时明确诊断为急性失代偿性心力衰竭(ICD-10 诊断编码)且救治成功存活出院的患者,居住在我院托管的社区医院辖区。排除标准:继发于脓毒血症、急性心肌炎、急性心肌梗死及重大外伤、中毒事件的 ADHF;随访依从性差的患者(沟通障碍、以及无法接听电话)。本研究经我院医学伦理委员会同意,所有入选患者知情同意并签署知情同意书。采用随机数字表法将 153 例患者分为观察组($n=77$)及对照组($n=76$)。其中,观察组男 50 例,女 27 例;年龄 43~74(62.8 ± 9.8)岁;平均射血分数(30.2 ± 8.7)%;心功能 I 级 5 例,II 级 28 例,III 级 37 例,IV 级 7 例;病程 0.5~3.0 年,平均 1.2 年。对照组男 48 例,女 28

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院心内科(湖北 武汉, 430022)

张艳梅:女,硕士,主管护师,护士长

通信作者:徐玉兰, xuyulan136136@163.com

科研项目:湖北省卫生计生委面上项目(WJ2017M108);2017 年协和医院药技护专项基金课题(02.03.2017-263)

收稿:2019-05-14;修回:2019-06-04

例;年龄 44~73(61.5±10.5)岁;平均射血分数(30.1±9.5)%;心功能Ⅰ级 6 例,Ⅱ级 27 例,Ⅲ级 38 例,Ⅳ级 5 例;病程 0.5~3.5 年,平均 1.5 年。两组性别、年龄、病程、病情等一般资料比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 接受常规护理及出院指导,建立相应的随访健康档案,患者出院时接受健康教育和常规出院护理指导,具体内容包括心力衰竭的致病因素、临床表现、体征、诱发因素,自我管理监测、遵医嘱用药和复诊的重要性,健康食谱和运动方案等,可根据患者病情变化建议患者是否门诊就诊,再由专科医生根据患者疾病情况指导药物治疗及非药物治疗的调整。

1.2.2 观察组

1.2.2.1 成立延续护理小组 心内科医生 1 名,负责出院患者治疗策略的个体化调整;副主任护师 1 名,负责患者的组织管理;主管护师 1 名,负责制定患者的健康教育内容;护师 2 名,具体统筹患者健康档案及随访资料的交接。每个社区卫生服务中心配备相应医护人员(至少 1 名护士)具体执行家庭随访及电话随访,以保证延续护理的顺利进行。

1.2.2.2 医院护理 首先由医生对患者制定个体化的治疗策略,包括出院后用药、针对性的康复训练;护理人员为患者建立个人健康档案,告知患者疾病相关知识、简单自我康复治疗、出院后复查的时间节点及重要性,同时为患者选择并联系居住地附近的社区卫生服务中心(属于我院托管单位)。

1.2.2.3 医院-社区联合延续护理 由相应的社区卫生服务中心医护人员及时与医院护理人员交接患者个人健康档案并将信息录入社区医院档案。由社区护理人员具体执行家庭随访及电话随访,对患者进行指导并及时掌握患者的病情变化,根据随访过程中出现较多的问题组织社区健康知识讲座,每月至少 1 次。医院延续护理小组人员每 2 周 1 次对社区护理人员工作进行督导检查 and 针对性指导,并每月参与社区的健康教育知识讲座至少 1 次。患者接受每月至少 1 次家庭随访(下称“家访”),每次家访时间至少 60 min。具体内容:①体格检查。心肺听诊,血压及颈静脉压测量。②健康教育。向患者、照料者及家庭其他

成员告知心衰相关知识,日常护理目的和方法,自我监测内容和处理方法,药物疗效、不良反应以及剂量调整方案,遵医嘱的重要性,反复告知其应尽量避免心衰的诱发因素,如感冒、疲劳及饮酒等,警惕体质量每周 2 kg 以上的波动,告知患者心力衰竭肺淤血可能出现的伴随症状如进行性呼吸困难、端坐呼吸及夜间阵发性呼吸困难,如果出现任何形式的呼吸困难需合理加用利尿剂并及时就诊。③告知患者常见症状的自我管理和处置,包括观察和初步处理少尿、心悸、气促、咳嗽、失眠等症状。患者接受每月至少 2 次的电话随访,确保家访时的建议被患者采纳、询问患者服用药物的依从性、解答患者有关疾病及治疗的疑问并提醒患者下次家访的时间。④评估患者的心力衰竭认知及自我管理能力和录入患者病情记录表。通过询问 14 个有关心衰的问题^[6],判定患者对心力衰竭的认知程度,正确回答的问题数目/总问题数目即为患者的认知率,范围为 0~100%;通过欧洲心力衰竭自理问卷评分量表^[7]评估患者自我护理水平,包括 3 个维度 12 个条目,每个条目评分 1~5 分,总分 60 分,每项采用反向计分,得分越高则表明患者自我护理水平越低。末次随访时间为患者出院后第 180 天,随访结束后患者可常规门诊诊疗。每次随访结束后,由社区医护人员向医院护理人员反馈随访结果,并根据患者的病情制定下次随访时间,若患者病情加重或出现新发症状,社区医护人员在进行基本处理后,及时联系医院护理人员,予以患者及时救治治疗;若患者病情较稳定,可继续目前随访频率及内容。

1.2.3 评价方法 ①比较两组终点事件发生率。研究初级终点为随访 6 个月期间患者第 1 次急诊就诊(就诊时间<24 h),第 1 次再住院(就诊时间>24 h)及全因死亡。复合临床终点指患者发生上述事件的合计,若 1 例患者发生多个终点事件计为 1 例。②比较基线时及随访结束时两组心力衰竭认知及自我管理能力和对因死亡所致的缺失数据采用意向性治疗分析的前移法填补。

1.2.4 统计学方法 所有数据采用 SPSS20.0 软件进行 t 检验、 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者终点事件比较 见表 1。

表 1 两组终点事件比较

组别	例数	心力衰竭急诊就诊	心力衰竭再住院	任何原因再住院	死亡	复合临床终点事件
对照组	76	26(34.2)	23(30.3)	36(47.4)	15(19.7)	41(53.9)
观察组	77	16(20.8)	13(16.9)	25(32.5)	7(9.1)	27(35.1)
χ^2		3.463	3.806	3.542	3.521	5.523
P		0.063	0.051	0.060	0.061	0.019

2.2 两组心力衰竭认知率与自我管理评分比较 见表 2。

3 讨论

降低患者相关不良结局发生率是评价延续护理

有效性的指标之一^[8]。ADHF 存活出院患者早期再住院率及病死率高,约 10%患者于出院后 2 周内将再入院,25%于 1 月内再入院,50%于 6 月内再入院,而由于院外病情恶化引起的再入院患者预后极差,因而

患者的院外管理极其重要^[9]。对于此类患者,目前临床实践中的常规护理存在弊端,一方面出院时来自医生与护士的有关院外医嘱常常被患者执行不够甚至忽略;另一方面由于患者心衰相关知识欠缺,长期治

疗过程中心理状态极易波动,从而导致漏服药情况增加,加之其不健康的生活习惯、方式以及根深蒂固的“恐医”观念等因素造成了患者心力衰竭病程进展及再住院^[10-11]。

表 2 两组心力衰竭认知率与自理能力评分比较

组别	例数	心力衰竭认知率(%, $\bar{x} \pm s$)				自我管理能力的分($\bar{x} \pm s$)			
		基线时	随访结束	<i>t</i>	<i>P</i>	基线时	随访结束	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	76	55.4±1.9	62.0±3.1	15.823	0.000	35.0±1.3	28.5±1.6	27.487	0.000
观察组	77	56.5±2.2	70.0±2.9	32.544	0.000	34.9±1.4	20.4±1.6	59.847	0.000
<i>t</i>		1.450	16.487			0.458	31.309		
<i>P</i>		0.244	0.000			0.648	0.000		

在开展延续护理过程中,医院与社区卫生服务中心间建立患者就医的基本信息对接制度是延续护理服务实施的基本保障。本研究采用三级医院与社区卫生服务中心进行双向转诊网络对接,在患者出院前确认其延续护理服务的内容并制定出院后患者的长期随访治疗策略,并将患者基本诊疗信息通过网络与我院托管的社区医院的护士进行有效沟通,社区护士按要求对患者进行及时入户随访,并给予其适当护理干预,此种医院—社区联合的延续护理,不仅能予以患者个性化健康教育,加深其对心衰相关知识的了解,从而提升治疗配合度。护理人员通过对患者进行用药教育,讲解正确用药剂量、时间以及药物不良反应、注意事项,并强调正确服药的重要性,进一步提高其用药依从性。此外,护理人员随访时对患者进行心理疏导,缓解其焦虑、担忧负面情绪,纠正其恐医、抗医的错误观念与态度,使其树立战胜疾病信心,有利于出院后治疗效果的提高。护理人员还可以在随访时纠正、调节患者的不良生活习惯,鼓励患者进行适当运动,则更进一步利于患者的病情恢复。由于医院—社区的延续护理,在院外患者心力衰竭突发及再发情况能够及时得到辨别,并通过控制饮食、适当体能锻炼或者及时就医处理,这些因素均有可能使得患者及时避免再住院甚至死亡的发生。本研究显示,医院—社区联合延续护理可减少 ADHF 患者出院后急诊就诊率、心衰再住院率死亡率及复合临床终点事件发生率,提高患者对于心力衰竭的认知以及自我护理效能。在密切合作过程中,医院与社区进行了专业护理知识和技能的学习与分享,提高了社区护士的专科护理服务能力,使延续护理服务中所提供的护理服务具有较高的专业化水平。

综上所述,医院—社区延续护理用于 ADHF 患者的康复治疗可以使患者长期处于规范治疗、护理及自我管理之中。考虑到我国国情,基层 ADHF 患者数量较多,未来我们应积极加强综合医院与社区卫生服务中心间关于患者的信息沟通,加大对社区卫生服务中心相关服务功能的宣传,使患者及其家属在出院前即了解到出院后可在社区卫生服务中心中获得延续护理,这对降低患者致残率、病死率、减少再入院

率,同时减少社会医疗资源的支出,具有重要的意义。

参考文献:

- [1] Khan S S, Gheorghide M, Dunn J D, et al. Managed care interventions for improving outcomes in acute heart failure syndromes[J]. *Am J Manag Care*, 2008, 14(12): S273-S286.
- [2] Domingues F B, Clausell N, Aliti G B, et al. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial[J]. *Arq Bras Cardiol*, 2011, 96(3): 233-239.
- [3] Stewart S, Pearson S, Horowitz J D. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care[J]. *Arch Intern Med*, 1998, 158(10): 1067-1072.
- [4] 刘燕华,朱道平. 医院—社区延续护理模式对老年 COPD 患者生活质量的影响[J]. *医学临床研究*, 2014, 31(6): 1118-1120.
- [5] 刘敏,李国宏,张扬. 实施医院社区一体化延续护理障碍因素的调查分析[J]. *护理学杂志*, 2016, 31(19): 91-94.
- [6] Rabelo E R, Mantovani V M, Aliti G B, et al. Cross-cultural adaptation and validation of a disease knowledge and self-care questionnaire for a Brazilian sample of heart failure patients[J]. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2011, 19(2): 277-284.
- [7] Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, et al. Development and testing of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale[J]. *Eur J Heart Fail*, 2003, 5(3): 363-370.
- [8] 王艳梅,李明,潘欣欣,等. 糖尿病延续护理有效性的系统评价再评价[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(20): 95-98.
- [9] Jencks S F, Williams M V, Coleman E A. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program[J]. *N Engl J Med*, 2009, 360(14): 1418-1428.
- [10] 邵欣,李峥,孙红,等. 慢性心力衰竭患者自我护理行为的调查研究[J]. *中华护理杂志*, 2010, 45(7): 752-754.
- [11] Cleland J G, Louis A A, Rigby A S, et al. TEN-HMS Investigators. Noninvasive home telemonitoring for patients with heart failure at high risk of recurrent admission and death: the Trans-European Network-Home-Care Management System (TEN-HMS) study[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2005, 45(10): 1654-1664.

(本文编辑 吴红艳)