

• 综 述 •

心力衰竭患者缓和医疗的研究进展

张帆^{1,2}, 杨冰香¹, 喻思红¹, 陆丽娟², 刘茜¹

摘要: 介绍心力衰竭患者缓和医疗的服务内容和益处, 总结在心力衰竭患者中实施缓和医疗的时机, 结合文献回顾和临床实践现状, 归纳医护人员可用于早期识别心力衰竭患者缓和医疗需求的评估方法, 旨在帮助我国医护人员尽早识别有缓和医疗需求的心力衰竭患者, 并及时提供缓和医疗照护。

关键词: 心力衰竭; 缓和医疗; 预立医疗照护计划; 评估工具; 转诊; 安宁疗护; 综述文献

中图分类号: R473.5 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.14.112

Research progress on palliative care of patients with heart failure Zhang Fan, Yang

Bingxiang, Yu Sihong, Lu Lijuan, Liu Qian. School of Nursing, Wuhan University, Wuhan 430071, China

Abstract: This paper reviews service contents and benefits of palliative care in patients with heart failure and summarizes the timing to implement palliative care. Based on the literature review and current status of clinical practice, the evaluation methods that can be used by healthcare providers to identify the palliative care needs of patients with heart failure in the early stage are summed up as well. The aim of this review is to help healthcare providers in China identify patients with heart failure who need palliative care as early as possible and provide timely palliative care.

Key words: heart failure; palliative care; advance care planning; assessment tool; referral; hospice care; review literature

心力衰竭是多种原因导致心脏结构和(或)功能异常改变, 使心室收缩和/或舒张功能发生障碍, 从而引起的一组复杂的临床综合征。主要表现为呼吸困难、疲乏和液体潴留(肺淤血、体循环淤血及外周水肿)等^[1]。2019年我国流行病学数据显示, 35岁及以上居民的心力衰竭患病率为1.3%, 即约有1 370万心力衰竭患者, 患病人数较2000年增长2倍以上^[2]。心力衰竭会严重影响患者的躯体功能和生活质量, 并导致抑郁、焦虑等心理问题, 造成沉重的疾病负担^[3]。近年来随着诊疗和照护水平的快速发展, 心力衰竭患者的5年生存率提升到59.7%^[4], 但再住院率有所上升, 病死率甚至高于癌症患者^[5]。缓和医疗通过整体照护和多学科合作, 解决患者及其家庭在面临危及生命的疾病时的各种身体、心理和精神需求, 减轻他们的痛苦和压力, 从而提高生活质量^[6]。据WHO统计, 在需要实施缓和医疗的慢性疾病中, 心血管疾病占38.5%, 位居首位^[7]。本文总结心力衰竭患者缓和医疗的服务内容、早期开展缓和医疗的益处、时机及评估方法, 以推进缓和医疗在我国心力衰竭患者中的应用。

作者单位: 1. 武汉大学护理学院(湖北 武汉, 430071); 2. 华中科技大学同济医学院附属同济医院心内科

张帆: 女, 硕士在读, 护师

通信作者: 刘茜, liuqianpumc@sina.com

科研项目: 华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部院中青年科研基金项目(2021HL037); 湖北省青年拔尖人才培养项目

收稿: 2022-12-19; 修回: 2023-03-25

1 心力衰竭患者缓和医疗的服务内容

缓和医疗是指从患者被诊断患有威胁生命的疾病开始, 医疗团队通过多学科合作, 解决患者及其家庭在应对疾病时的身体、心理和精神需求, 在患者生命终末期提供安宁疗护, 并在患者离世后对家属提供丧亲支持。心力衰竭患者的缓和医疗是指由心血管内科医护人员、具备专业缓和医疗资质的医护人员、心理咨询师、营养师和社会工作者等组成团队, 以多学科合作的形式, 向有缓和医疗需求的心力衰竭患者及其家属提供服务^[8]。与常规的症状管理不同, 该服务基于患者及其家属的需求和社会文化背景, 通过多学科团队与患者及其家属的沟通, 定期对患者进行系统评估, 明确患者疾病所处的阶段, 制定个性化的护理目标, 采用基于循证的最佳症状管理方案, 最终改善患者及其家属的生活质量。

2 心力衰竭患者早期接受缓和医疗的益处

2.1 改善患者症状、情绪和生活质量 国外研究表明, 缓和医疗可以改善心力衰竭患者的症状和生活质量^[9-10]。2015年, Sidebottom等^[11]在美国232例急性心力衰竭住院患者中开展缓和医疗的随机对照试验, 对照组116例接受常规护理, 干预组116例接受常规护理和缓和医疗干预, 干预1个月后, 干预组患者的生活质量评分显著升高, 症状负担评分明显降低。2017年, Rogers等^[12]针对晚期心力衰竭患者开展为期6个月的随机对照试验研究, 对照组接受常规护理, 干预组接受常规护理和缓和医疗干预, 6个月后, 干预组患者与对照组患者相比, 活动耐力、身心健

康和生活质量均得到显著提升,焦虑和抑郁评分显著下降,病死率暂无显著性差异。Hopp 等^[13]、Brännström 等^[14]和 Wong 等^[15]的研究也表明缓和医疗可改善心力衰竭患者的症状、情绪和生活质量。

2.2 促进预立医疗照护计划的实施 预立医疗照护计划(Advance Care Planning, ACP)是缓和医疗的重要组成部分,是患者在意识清醒且具有决策能力前提下,依据自己的价值观和信念,表明自己将来病情恶化、面临生命威胁且丧失表达能力时的医疗护理意愿(是否使用心肺复苏、呼吸机辅助呼吸、管饲营养等),并与家属和医护人员沟通其意愿的过程^[16]。心力衰竭患者在治疗过程中,可以预先向家属及医护人员表达自己的医疗护理意愿及临终愿望,通过与家属和医疗团队的充分沟通,体现患者自主权,提升患者在医疗决策中的参与度^[17]。2015 年,美国 Jorgenson 等^[18]对一项随机对照试验进行回顾性分析,在接受缓和医疗的试验组中,超过 99%的心力衰竭患者确定了自己的 ACP。目前,我国的 ACP 研究尚处于起步阶段,未来可通过深入开展安宁疗护和缓和医疗,探讨 ACP 在心力衰竭患者中的应用及其效果。

2.3 降低再入院率和住院支出 缓和医疗有助于降低患者的再入院率,尤其是当患者通过缓和医疗确定自己的 ACP 时^[19]。Wiskar 等^[20]研究表明,与接受常规护理的患者相比,接受缓和医疗的患者住院费用降低 9%~25%。然而,由于大多数研究未追踪患者出院后的支出和用于安宁疗护的费用^[21-22],因此,缓和医疗对患者医疗支出的影响还需进一步研究。

3 心力衰竭患者缓和医疗需求的评估方法

当患者被诊断患有威胁生命的疾病时,缓和医疗应与积极的治疗方法共存,贯穿病程的始末。国外的心脏病学会(如美国心脏病学会、国际心脏和肺移植学会、欧洲心脏病学会等)均建议在心力衰竭患者的早期管理中纳入缓和医疗^[23],最好是在疾病确诊或病情加重时启动,直至家庭进入丧亲期^[24-25]。然而,目前缓和医疗在国内外心力衰竭患者中的实施时间往往太迟,其中一个重要因素是缺乏标准化的心力衰竭患者缓和医疗需求评估方法和转诊标准。

3.1 心力衰竭患者缓和医疗需求的评估时机

3.1.1 患者症状控制不佳或有精神心理痛苦时 症状管理是缓和医疗的核心任务之一。当心力衰竭患者的症状控制不佳,或患者持续存在焦虑、抑郁等精神心理问题时,医疗团队应考虑为患者实施缓和医疗^[24]。心内科医生和初级保健医生作为早期缓和医疗的提供者,应对心力衰竭患者的身体症状、社会心理和精神痛苦进行及时的评估和治疗,帮助患者尽早减轻症状负担,而不是等到症状难以控制时才处理。如果患者的痛苦持续存在,应考虑转诊到专业的缓和

医疗中心。Chang 等^[23]总结心力衰竭患者启动缓和医疗的标准,其中最常用的标准是依据身体或情绪症状。但如何评估心力衰竭患者的症状,患者出现哪些症状以及症状达到何种程度时需启动缓和医疗,尚需进一步研究。

3.1.2 患者入院和出院时 研究显示,心力衰竭患者在死亡前 30 d 的急诊和重症监护病房入院率高于癌症患者^[24]。心力衰竭患者的病死率随着入院次数增加而升高。因此,当患者入院和出院时,医疗团队应与患者及其家属讨论当前的治疗方案和照护目标,如探讨患者及其家庭对生活质量的理 解,以及在疾病的不同阶段愿意或不愿意接受的用以延长生命的治疗等,结合患者病情、价值观和偏好,与患者及其家属共同制定个性化的照护方案。

3.1.3 生命终末期 安宁疗护是缓和医疗的重要组成部分,主要针对预期寿命不超过 6 个月的临终患者^[26]。当患者符合安宁疗护的转诊标准时,应建议患者及其家属转诊到安宁疗护服务机构。若患者、家庭或医疗照护团队对于转诊安宁疗护的意见不一致,专业的缓和医疗将有助于推进下一步护理计划^[24]。心内科医护人员应积极学习安宁疗护相关知识,及时评估和识别晚期心力衰竭患者身心社灵方面的需求,与患者及其家属有效沟通,提高患者生命终末期的生活质量^[27]。

3.2 心力衰竭患者缓和医疗需求的评估工具

3.2.1 定量评估心力衰竭患者缓和医疗需求的工具

2018 年 Campbell 等^[28]研究显示,可通过评估心力衰竭患者的生活质量、症状负担、情绪、体能状态等来判断患者的缓和医疗需求。国外多项研究均证实,评估以上指标有助于了解患者未被满足的需求,筛选出有潜在缓和医疗需求的心力衰竭患者^[12,29-30]。

3.2.1.1 埃德蒙顿症状评估量表(Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS) 该量表由加拿大学者 Bruera 等^[31]于 1991 年编制,可用于评估接受缓和医疗患者的躯体及心理症状。2014 年我国学者 Dong 等^[32]对该量表进行汉化,且中文版量表信效度良好。该量表采用数字评分法,每个症状的评分范围为 0~10 分,患者选择一个数字表达自己的主观感受,得分越高表示该症状越严重。研究显示,心力衰竭患者 ESAS 评分中的任一项症状评分>7 分,提示有启动缓和医疗需求^[23]。该量表简洁易完成,患者接受度高,医护人员可较准确快捷了解患者当前症状的严重程度,并根据多次评估结果,判断症状的演变趋势。ESAS 的不足在于它仅涉及 9 种症状,为全面评估患者的缓和医疗需求,建议医护人员结合其他量表互补使用。如可使用由 Zigmond 等^[33]于 1983 年研制的医院焦虑抑郁量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS),协助评估住院心力衰竭患者是否存在心理痛苦。

3.2.1.2 堪萨斯城心肌病问卷(Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, KCCQ) 该量表由 Green 等^[34]于 2000 年制定,用于测量心力衰竭患者的健康状况,具有良好的信效度。量表有 23 个条目 5 个维度(活动限制、症状、自我效能、社会冲突和生活质量)。研究显示,将 KCCQ 作为预测心力衰竭患者缓和医疗需求的工具,当阈值定为 29 分时,量表的敏感度和特异度分别为 80%和 71%,受试者 ROC 曲线下面积为 0.78,提示当 KCCQ 评分<29 分时,患者有缓和医疗的需求^[28]。该量表是目前在心力衰竭患者中使用最广泛的特异性量表,能在一定程度上预测患者的临床预后。需注意的是,该量表评估患者过去 2 周的症状负担和生活质量,因此不适用于评估患者急性发病期的健康状况。

3.2.1.3 姑息性表现量表(Palliative Performance Scale, PPS) 该量表由 Anderson 等^[35]于 1996 年制定,用于评估接受缓和医疗患者的体能状态,陈思等^[36]对其进行了汉化。该量表有 5 个条目,包括活动能力、活动和疾病临床表现、自我照顾、摄入、意识水平。评价范围从 0~100%,0 代表死亡,100%代表行动健康。研究表明,当患者的 PPS 评分降到 30%或更低时,需要启动缓和医疗服务^[23]。2020 年 Liu 等^[30]进行纵向研究发现,接受缓和医疗服务的心力衰竭住院患者 PPS 评分平均为 35.6%,与癌症患者的 PPS 评分(42.4%)相比,心力衰竭患者接受缓和医疗的时机相对较晚。2019 年 Warraich 等^[37]回顾性分析已接受缓和医疗的 1 801 例心脏病患者,发现 28.9%患者处于卧床状态,PPS 评分较低(0~30%),并且在为期 3 年的研究中持续处于低 PPS 评分的状态,提示可根据 PPS 评分筛查有缓和医疗需求的心力衰竭患者。为确保获得信息准确度,医护人员需对患者进行面对面评估。该量表的评分以 10%递增,分值跨度大,建议结合多次 PPS 评分的动态变化趋势来了解患者健康状态的改变。

3.2.2 定性评估心力衰竭患者缓和医疗需求的工具

2021 年董丽丽等^[38]总结识别缓和医疗需求的 7 种评估工具,分别为主动识别指南(Proactive Identification Guidance, PIG)、缓和照护需求评估工具(Palliative Care Needs Assessment Tool, PCNAT)、支持和缓和照护指标工具(Supportive and Palliative Care Indicators Tool, SPICT)、缓和需求评估工具[NECsidades PALiativas (palliative needs), NECPAL]、RADboud 缓和照护需求指标(RADboud indicators for Palliative Care needs, RADPAC)、缓和评估筛查工具(Palliative Assessment Screening Tool, PAST)和专科和非专科缓和照护需求评估工具(IDentification of patients in need of general and specialised PALLiative care, ID-PALL)。这 7 种工具均适用于心力衰竭患者,但这些工具属于普适性工具,缺乏针

对心力衰竭患者的特异性条目。同时,这些工具的评定者和适宜场所不同,需要根据具体情境进行选择。

2021 年,Remawi 等^[39]研究显示,进行性疾病:心力衰竭的需求评估工具(the Needs Assessment Tool: Progressive Disease-Heart Failure, NAT: PD-HF)是最合适心力衰竭患者的缓和医疗需求评估工具。该量表是 2013 年 Waller 等^[40]在癌症患者需求评估工具基础上发展而来,包含 20 个条目,分为 4 个部分:转诊评估、患者的健康状况、照顾者的照顾能力和照顾者的健康状况,由医护人员对心力衰竭患者及其照顾者的需求进行评估。该工具是针对心力衰竭患者设计的特异性量表,可以识别出患者身体、心理、社会和精神方面的需求,比其他工具更为全面,且具有较好的内部一致性。以上 8 种工具,每项条目均是以清单的形式回答“是”或“否”,任何一项回答“是”即视为患者有缓和医疗的需求。这些工具不仅可以帮助医护人员及时识别心力衰竭患者是否有缓和医疗的需求,还有助于发现患者未被满足的具体需求,从而为患者提供更全面的照护,改善患者的生活质量。使用这些工具前,需要由专业人士对医护人员进行沟通技能培训,以保证评估的质量。以上 8 种工具均无中文版本,缺乏在中国心力衰竭患者中的应用情况。

3.3 心力衰竭患者缓和医疗的转诊标准 2020 年 Chang 等^[23]系统回顾了现有的 17 类心力衰竭患者缓和医疗的转诊标准,包括 7 个基于需求的标准和 10 个基于疾病的标准。基于需求的标准包括:①身体或情绪症状(情绪障碍、呼吸困难、难治性疼痛、体质量下降、ESAS 评分>7 分、疲乏、难治性心绞痛、衰弱、失眠);②功能减退(生活质量持续下降、自理能力下降、认知能力下降、6 min 步行测试<300 m);③需要决策支持(需要 ACP 或护理目标、安宁疗护转诊、护理协调、处于临终状态中亟需医生援助);④社会心理(社会支持需求、支持性咨询、精神问题、经济担忧);⑤照顾者压力;⑥心脏性恶病质;⑦患者、家属或照护团队请求进行缓和医疗。基于疾病的标准包括:①心功能状态(纽约心脏病协会(New York Heart Association, NYHA)心功能分级持续Ⅲ级或Ⅳ级或美国心脏协会(American Heart Association, AHA)心功能分期处于 C 期或 D 期);②医疗资源的使用(12 个月内≥2 次入院或 6 个月内≥2 次入院或入住 ICU、住院天数延长);③预后(预期寿命小于 1 年、对 1 年内出现死亡不感到惊奇);④需要接受进一步的心脏治疗(如需要植入左心室辅助装置、依赖强心剂或其它静脉药物、等待心脏移植、植入型心律转复除颤器、要求放弃进一步治疗);⑤疾病进展[(峰值耗氧量<14 mL/(kg·min)或<60%预测值、左室射血分数<20%、缺乏进一步的治疗方案等)];⑥心力衰竭并发症(心肾综合征、心脏骤停、低钠血症、复发恶性心律失常、持续性低血压、持续心动过速、多器官功能衰竭

等);⑦临终状态(停止维持生命的治疗措施、患者拒绝接受治疗);⑧共病;⑨初次诊断为心力衰竭;⑩处于高风险状态(需接受心脏外科手术、经皮主动脉瓣置换术、高龄、需要专业评估等)。有研究提出,基于患者的需求来确定心力衰竭患者是否需要接受缓和医疗,更符合缓和医疗服务的理念,因此,应根据患者的需求判断心力衰竭患者启动缓和医疗的时机,而不是依据患者疾病的预后^[25]。以上多样性的转诊标准,提示目前心衰患者缓和医疗的转诊标准缺乏共识,未来需进行更多的探索。

4 小结

在心力衰竭患者的疾病管理中尽早融入缓和医疗,有利于改善患者的症状和生活质量,促进 ACP 的実施和医疗资源的合理使用。医护人员需了解患者接受缓和医疗的时机,使用合适的评估工具持续评估患者病情和需求,尽早识别有缓和医疗需求的患者,从而开展及时有效的缓和医疗。我国关于心力衰竭患者缓和医疗实施时机的研究较为缺乏,本研究总结的大多数观点是基于国外的研究结果,是否适用于我国心力衰竭患者,还需进一步验证。

参考文献:

- [1] 王华,梁延春.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.
- [2] Hao G, Wang X, Chen Z, et al. Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in China: the China hypertension survey, 2012—2015[J]. Eur J Heart Fail, 2019,21(11):1329-1337.
- [3] Ament S M, Couwenberg I M, Boyne J J, et al. Tools to help healthcare professionals recognize palliative care needs in patients with advanced heart failure: a systematic review[J]. Palliat Med, 2021,35(1):45-58.
- [4] Jones N R, Roalfe A K, Adoki I, et al. Survival of patients with chronic heart failure in the community: a systematic review and meta-analysis[J]. Eur J Heart Fail, 2019,21(11):1306-1325.
- [5] Sulo G, Igland J, Øverland S, et al. Heart failure in Norway, 2000—2014: analysing incident, total and readmission rates using data from the Cardiovascular Disease in Norway (CVDNOR) Project[J]. Eur J Heart Fail, 2020,22(2):241-248.
- [6] 周晓楠.心力衰竭患者缓和医疗的实践现状研究[D].北京:北京协和医学院,2018.
- [7] 世界卫生组织.姑息治疗[EB/OL]. (2020-08-05)[2021-09-01]. <https://www.who.int/zh/news-room/factsheets/detail/palliative-care>.
- [8] 陈欣欣,杨楠.慢性心力衰竭病人姑息照护的研究进展[J].护理研究,2019,33(7):1149-1153.
- [9] Zhou K, Mao Y. Palliative care in heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Herz, 2019,44(5):440-444.
- [10] Xu Z, Chen L, Jin S, et al. Effect of palliative care for patients with heart failure[J]. Int Heart J, 2018,59(3):503-509.
- [11] Sidebottom A C, Jorgenson A, Richards H, et al. Inpa-

- tient palliative care for patients with acute heart failure: outcomes from a randomized trial[J]. J Palliat Med, 2015,18(2):134-142.
- [12] Rogers J G, Patel C B, Mentz R J, et al. Palliative care in heart failure: the PAL-HF randomized, controlled clinical trial[J]. J Am Coll Cardiol, 2017,70(3):331-341.
- [13] Hopp F P, Zalenski R J, Waselewsky D, et al. Results of a hospital-based palliative care intervention for patients with an acute exacerbation of chronic heart failure[J]. J Card Fail, 2016,22(12):1033-1036.
- [14] Brännström M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study[J]. Eur J Heart Fail, 2014,16(10):1142-1151.
- [15] Wong F K, Ng A Y, Lee P H. Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial[J]. Heart, 2016,102(14):1100-1108.
- [16] Lum H D, Sudore R L, Bekelman D B. Advance care planning in the elderly[J]. Med Clin North Am, 2015,99(2):391-403.
- [17] 吴小佳,刘光华.心力衰竭患者预立医疗照护计划研究进展[J].护理学杂志,2017,32(15):17-20.
- [18] Jorgenson A, Sidebottom A C, Richards H, et al. A description of inpatient palliative care actions for patients with acute heart failure[J]. Am J Hosp Palliat Care, 2016,33(9):863-870.
- [19] Quinn K L, Stukel T, Stall N M, et al. Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: population based matched cohort study[J]. BMJ, 2020,370:m2257.
- [20] Wiskar K, Celi L A, Walley K R, et al. Inpatient palliative care referral and 9-month hospital readmission in patients with congestive heart failure: a linked nationwide analysis[J]. J Intern Med, 2017,282(5):445-451.
- [21] May P, Normand C, Morrison R S. Economic impact of hospital inpatient palliative care consultation: review of current evidence and directions for future research[J]. J Palliat Med, 2014,17(9):1054-1063.
- [22] Brian C J, Kerr K M, Mcclish D K, et al. Effect of a home-based palliative care program on healthcare use and costs[J]. J Am Geriatr Soc, 2016,64(11):2288-2295.
- [23] Chang Y K, Kaplan H, Geng Y, et al. Referral criteria to palliative care for patients with heart failure: a systematic review[J]. Circ Heart Fail, 2020,13(9):e006881.
- [24] Kavalieratos D, Gelfman L P, Tycon L E, et al. Palliative care in heart failure: rationale, evidence, and future priorities[J]. J Am Coll Cardiol, 2017,70(15):1919-1930.
- [25] Hupcey J E, Penrod J, Fenstermacher K. Review article: a model of palliative care for heart failure[J]. Am J Hosp Palliat Care, 2009,26(5):399-404.
- [26] 陆宇晗.我国安宁疗护的现状与发展方向[J].中华护理杂志,2017,52(6):659-664.
- [27] 张辰,杨浩杰,董丽丽,等.医患视角下晚期心力衰竭患者安宁疗护需求的质性研究[J].护理学杂志,2022,37