

- (IPDAS) [J]. *Med Decis Making*, 2021: 272989X-21997330X.
- [31] Ritchie K C, Chorney J, Hong P. Parents' decisional conflict, self-determination and emotional experiences in pediatric otolaryngology: a prospective descriptive-comparative study[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2016, 86:114-117.
- [32] Coyne I, Amory A, Kiernan G, et al. Children's participation in shared decision-making: children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences[J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2014, 18(3):273-280.
- [33] Boland L, Graham I D, Légaré F, et al. Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: a systematic review[J]. *Implement Sci*, 2019, 14(1):7.
- [34] Jeremic V, Sénécal K, Borry P, et al. Participation of children in medical decision-making: challenges and potential solutions [J]. *J Bioethic Inq*, 2016, 13 (4): 525-534.
- [35] 林楠, 蒋小平, 雷若冰. 儿科预立医疗照护计划的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(10):109-113.

(本文编辑 韩燕红)

心力衰竭患者就医延迟的研究进展

徐梦琦¹, 龚静欢¹, 罗桢蓝¹, 朱凌燕², 胡三莲²

Review of care-seeking delay among patients with heart failure Xu Mengqi, Gong Jinghuan, Luo Zhenlan, Zhu Lingyan, Hu Sanlian

摘要: 介绍心力衰竭患者就医延迟的定义和现状, 从患者因素和社会因素两方面分析心力衰竭患者就医延迟的主要影响因素, 并从患者自身应对及外部干预方法综述缩短心力衰竭患者就医延迟的措施, 旨在为国内相关研究及针对性干预提供参考。

关键词: 心力衰竭; 就医延迟; 症状; 症状感知; 院前延迟; 院内延迟; 患者延迟; 转运延迟; 综述文献

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.16.095

心力衰竭(下称心衰)是各种心脏疾病的严重表现或终末阶段, 具有高住院率、高病死率的特点。2017 年我国心衰现患人数达 450 万例, 且该数值逐年上升^[1]。在发达国家, 心衰是 65 岁以上患者入院的常见疾病之一, 1 个月内再入院率高达 25%^[2]。心衰患者入院的主要原因是症状加重, 而就医延迟是导致心衰患者症状进展入院的重要原因, 50% 以上的首诊患者直到症状过重时才会寻求急救医疗援助^[3-4]。正确识别和处理症状、及时就医是自护行为的关键组成, 也是心衰患者自我管理的重要要求^[3,5]。就医延迟会产生诸多不良影响, 如患者住院时间延长、医疗费用增加、并发症和病死率增加等^[6]。近年来, 国外学者对心衰患者就医延迟现状等方面进行了一定的探索, 而国内相关研究起步较晚。本文将国内外心衰患者就医延迟的相关文献进行综述, 以期为国内深入探究心衰患者就医延迟的原因和干预方案的构建提供参考。

1 就医延迟概述

就医延迟包含院前延迟和院内延迟, 目前心衰患者就医延迟的相关研究集中于院前延迟阶段。心衰患者就医延迟时间主要指患者从出现急性症状起至入院就医的总耗时, 也指出现亚急性症状或心衰恶化早期症状至寻求医疗帮助的时间间隔, 常用患者经历

症状的时间来计算^[7-8]。这段时间也被称为心衰患者就医的“窗口期”^[9]。国外心衰患者就医延迟时间差异较大, 最短不足 5 min, 但最长可达 243 d, 平均延迟时间 0.5~16.0 d^[4, 6-7, 10]。中国心衰患者的平均就医延迟时间达 2 周^[11]。欧美国家建立了较完善的分级诊疗制度, 第一级医疗服务体系大多由基层全科医生和开业护士组成, 经由全科医生诊疗并开具转诊单之后, 患者可进入第二级医疗机构(即综合医院), 进一步寻求医疗帮助^[12]。Nieuwenhuis 等^[13]将心衰就医延迟分为两个阶段, 即患者延迟和转运延迟: 患者延迟是指从症状发生至患者咨询基层全科医生所用的时间, 转运延迟则是患者咨询全科医生完毕至前往医院就医所用的时间, 其中患者延迟阶段可以较真实地反映患者自身的就医行为。目前国外学者大多以心衰患者就医延迟过程为整体, 后续应关注患者延迟阶段, 以深入了解其就医行为。

2 就医延迟的影响因素

2.1 患者因素

2.1.1 社会人口学因素 主要包含性别、年龄、种族、居住地等。有关性别差异的研究较少, 有研究显示男性较女性更易发生就医延迟^[7,13]。心衰患者的主体是老年人群, 目前就医延迟研究对象的平均年龄大多高于 60 岁。发生急性心衰症状时, 低龄老人的就医延迟时间长于高龄老人, 原因可能是随着患者年龄的增长其症状耐受力逐渐下降^[10, 14-15]。Evangelista 等^[15]聚焦于种族差异对心衰患者就医延迟的影响, 研究发现美国非裔患者的入院延迟时间、再入院率均高于该国其他种族, 心功能则弱于其他种族。目前研究选取的样本以单一种族为主, 种族差异相关研究较少。居住环境对就医延迟也有一定影响, 农村心

作者单位: 1. 上海交通大学护理学院(上海, 200025); 2. 上海市第六人民医院护理部

徐梦琦, 女, 硕士在读, 学生

通信作者: 朱凌燕, juliets@aliyun.com

科研项目: 上海交通大学护理高原学科科研专项基金项目(hlgy1902kygg)

收稿: 2021-03-02; 修回: 2021-05-01

衰患者就医延迟时间长于城市患者,可能与患者居住地与医院的距离和交通便捷程度有关^[16]。

2.1.2 症状感知水平 症状感知是指患者通过躯体感知和症状监控来监测身体变化,识别和定义症状,了解症状严重程度^[17-18]。心衰患者自我报告显示,就医延迟常见的原因是症状的不确定性、症状感知模糊或进展缓慢、对症状的严重性认识不足^[19]。Jurgens等^[14,20]调查了老年心衰患者症状感知和就医延迟情况,半数以上心衰患者不了解症状的意义或对症状原因一无所知,接近87%的患者觉得症状存在一定严重性;躯体知觉得分越高者,症状痛苦感和不确定性越强,就医延迟时间越长。Xu等^[21]发现,就医延迟的心衰患者不了解症状的紧急性,对疾病的预后充满不确定感。而Luo等^[11]报道,中国心衰患者的症状感知水平与就医延迟无关,可能与该群体教育水平较低、认知不足有关。

心衰患者的症状感知可能受症状类似共病的影响,但目前尚未深入开展相关研究。Wu等^[22]研究表明,合并肾衰的心衰患者就医延迟时间较短,而合并高血压者就医延迟时间较长。原因可能是肾衰竭和心衰有水肿等共同症状,患者大多知晓其严重性,但心衰合并高血压者则不然。

2.1.3 抑郁水平 抑郁是心衰常见的并发症,与心衰疾病进展、心血管意外发生有关^[23]。相关研究显示,我国心衰患者抑郁症的患病率高达43%^[24]。Xu等^[21]发现,抑郁较严重的心衰患者对无法遏制自身症状恶化表示失望,并对与心衰共存的未来很绝望,抑郁症状得分高的患者比得分低者就医延迟概率高5倍、30 d内再入院率高2倍。Johansson等^[25]报道,抑郁症状得分较高的心衰患者就医延迟长于72 h的风险是一般人群的1.5倍。但也有少数研究结果表明,心衰患者就医延迟与抑郁病史无关^[13]。

2.1.4 心衰知识水平和健康素养 国外学者认为,心衰患者掌握了较多的疾病治疗相关知识,但缺乏心衰特定症状的知识、居家照护知识,容易擅自处理出现的问题,因此其就医延迟时间较长;个性化的心衰教育和信息输入比一味给患者灌输无关知识更为有效^[13,26]。但Ruston等^[27]发现,面对心脏疾病相关症状时,妇女的决策受其疾病知识和经验的影响,心血管疾病知识较多者就医延迟时间短,反之则较长。健康素养是健康知识和实践技能的结合,反映患者对疾病和健康的理解情况^[28]。目前国内外心衰患者群体的健康素养水平较低,心衰患者的健康素养与心衰知识水平和自护行为呈正相关,健康素养可能对其就医决策有着重要预测作用,后续可深入探究^[29]。

2.1.5 心衰相关症状及心衰病史 心衰症状的发生时间、数量、类型和患者既往心衰病史等,都与心衰患者就医延迟密切相关。导致心衰患者入院的最常见症状为呼吸困难,其次为胸痛、疲劳、水肿等^[20,30]。当心衰相关症状出现在工作时间或凌晨至清晨6:00时,患者大多因担心影响工作、不想给家人和医护带

来麻烦等延迟就医^[15,31]。而心衰症状数量对患者就医延迟的影响则众说纷纭,有学者认为,多种症状同时出现时患者难以辨别,因而导致就医延迟^[32]。Al-tice等^[4]根据症状缓急将75例心衰就诊患者分为三组,结果显示急性症状较多的患者往往选择紧急就医,而以慢性症状为主的患者多常规主动就医。持续性的呼吸困难为患者带来明显的痛苦感并限制其日常活动,无论症状缓急都会促进患者就医^[4,16]。部分症状对心衰患者就医延迟的影响尚未得到确切结论,后续可深入探讨。与新发心衰患者相比,有心衰病史者或慢性心衰患者在急性症状发作时更倾向于前往医院就医^[13,30]。同时,欧美国家的全科医生大多建议有心衰病史的患者拨打急救电话入院治疗,而建议新患病者进一步等待当面就诊^[31]。

2.2 社会因素

2.2.1 医疗环境 就医偏好、既往就医经历和医患关系在心衰患者行为产生过程中起着至关重要的作用。研究表明,心衰就医延迟的部分原因是为了避免入院治疗^[3]。就医偏好能影响心衰患者就医行为,心衰患者倾向于选择长期为其提供医疗服务的医护人员,并认为已经与熟悉的医护人员建立了信任关系、安全感较强^[3,33]。Patel等^[34]发现,10%心衰患者因既往不愉快的就医体验而不愿前往医疗系统就医,此类体验包括就诊等待时间过长、输液太多、被急救中心拒绝等。有的患者因在医院接受了增加其痛苦感的检查而不愿再次住院,部分患者认为住院为自己贴上了“虚弱患者”的标签,还有的患者不希望再次遇到其他无礼的病友,部分心衰患者拒绝接受自身的真实病情,认为住院意味着疾病失控并因此而恐惧^[3]。医患关系是产生就医行为的关键,医患观念不一致、否认患者症状,将导致信任缺失;医护人员工作胜任力不足,医护同情心缺乏、患者遭受歧视也是导致不和谐医患关系的重要原因^[3]。

2.2.2 照护者的支持 照护者对心衰患者自我管理的贡献主要体现为帮助患者识别心衰病情加重时的症状,并采取措施缓解症状^[35]。Sethares等^[36]研究发现,87%的心衰患者出现症状后首先咨询家人,大多数患者得到的建议是前往医院就医,但最终只有小部分患者听取建议并及时就医。也有少量研究表明,心衰患者不愿成为家人的负担、不愿打扰家人,易导致其就医延迟^[14]。40%的老年心衰患者存在不同程度的认知功能障碍,其症状感知能力亦受到损害^[37]。逐渐加重的心衰症状引起患者的适应能力逐渐加强,进一步阻碍患者感知症状,此时需要家人帮助他们提早发现症状变化、及时就医。

3 干预方法

3.1 “窗口期”患者自身应对情况

Johansson等^[6]根据该时期患者应对情况不同,将就医延迟分为受控和非受控两类:非受控性就医延迟是指患者延迟期间被动等待或应对不足;受控性就医延迟是指患者入院前采取积极的应对方式,如增加利尿剂摄入量。

3.1.1 非受控性就医延迟 面对症状恶化,及时就医并非大多数心衰患者的首选选择。心衰患者常采取的应对方式是“等待观望”,希望症状自行缓解。主要原因:自我感觉症状不严重、未能及时预约到家庭医生、无人陪伴不能前往急救中心和避免不必要就医导致的尴尬^[34]。然而这种抱有侥幸心理的消极应对方式,往往以患者症状严重到无法忍受最终急诊入院为结局,延误了最佳治疗时机。症状正常化指患者采取措施,减少或减轻自身症状。Schumacher 等^[38]通过质性研究发现,心衰患者症状正常化分为休息制动、改变日常生活习惯以减少不适症状发生、责任感减退和角色放弃 3 个步骤。该行为限制了患者的日常活动,促使患者形成不良生活习惯,进一步导致其心功能减退。更有部分患者贸然采取一些错误的措施,如服用阿司匹林等无关药物、增加饮水量,甚至吸烟饮酒、自残以求迅速解脱^[21,31]。

3.1.2 受控性就医延迟 部分心衰患者会采取医生推荐的自我管理措施来缓解病情。休息制动和抬高腿部(减轻水肿)是心衰患者常见的自我管理措施;选择限盐限水和适当增加利尿剂摄入量等措施的患者则较少,占比不到 10%^[10,34]。未来研究应关注心衰患者就医“窗口期”的自我管理行为,指导患者及时采取合理的自我管理措施,以降低其住院率和不良预后风险^[3]。

3.2 外部干预方法

3.2.1 医护人员的干预措施 国内外对于心衰就医延迟的相关干预研究尚未开展,但部分国外学者根据横断面调查和现象学研究结论初步提出了干预方法。为降低就医延迟的发生率,针对心衰患者的个体化教育干预应以日常家庭生活为情景开展,重点关注患者症状感知能力的提升,并改善患者的抑郁水平。Gallagher 等^[32]提出,缩短心衰患者就医延迟的最佳干预时机是患者第 1 次就医时,最佳干预方式应从患者与其家人和医生的交流互动着手,与之探讨导致入院的关键症状并教给患者识别和应对的方法。Lam 等^[39]指出,医护人员应熟悉心衰的症状群,以帮助患者提早识别症状。鉴于抑郁症状在心衰患者中的高发性及可能导致就医延迟的结局,医护人员应以患者为中心,在日常护理中仔细评估和记录其抑郁症状,并采取认知疗法、体育锻炼等措施尝试改善其抑郁状态^[40]。此外,多媒体教育、个体化教育可一定程度改善急性冠脉综合征患者的就医延迟现象,融入行为改变技术的干预效果则更佳^[41]。该干预方法对心衰就医延迟亦有一定的借鉴意义。

3.2.2 社会环境的改善方向 改善就医延迟的社会环境因素,需从我国医疗保健体系入手,构建“医联体”,完善分级诊疗制度。国内的分级诊疗制度尚处于发展阶段,居民自由就医制度、基层服务能力不足、全科医生匮乏,无法有效引导患者至基层医院就诊^[42]。《“健康中国 2030”规划纲要》^[43]指出,要坚持以基层为重点,全面建成体系完整、分工明确、功能互补、密切协作、运行高效的整合型医疗卫生服务体系。提高社区医疗服务质量,以社区为单位开展

健康教育,以家庭为背景指导患者进行日常自我管理。加快医联体建设、完善分级诊疗制度,有助于心衰等慢性病患者及时获得医疗帮助,减轻综合医院的负担。

4 小结

心衰患者就医延迟现象较为普遍,对疾病预后造成了不良影响。其影响因素可分为患者自身和外部环境两大因素,目前国外相关研究大多聚焦于心衰症状感知、患者知识水平和健康素养等患者自身因素,医疗环境和照护者支持未得到深入研究,而国内相关研究起步较晚。结合我国文化特点和医患纠纷频发现状,我国应广泛开展心衰患者就医延迟现状调查,可从患者价值观念、症状感知水平等内部因素和家庭、医疗环境等外部条件入手,深入探究我国心衰患者就医延迟的原因,进一步构建完善的风险评估模型并形成有效的风险防范措施和干预方案。

参考文献:

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告 2018》概要[J]. 中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [2] Yancy C W, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines[J]. Circulation,2013,128(16):e240-e327.
- [3] Ivynian S E, Ferguson C, Newton P J, et al. Factors influencing care-seeking delay or avoidance of heart failure management: a mixed-methods study [J]. Int J Nurs Stud,2020,108:103603.
- [4] Altice N F, Madigan E A. Factors associated with delayed care-seeking in hospitalized patients with heart failure[J]. Heart Lung,2012,41(3):244-254.
- [5] Moser D K, Watkins J F. Conceptualizing self-care in heart failure:a life course model of patient characteristics[J]. J Cardiovasc Nurs,2008,23(3):205-218.
- [6] Johansson P, van der Wal M, van Veldhuisen D J, et al. Association between prehospital delay and subsequent clinical course in patients with/hospitalized for heart failure[J]. J Card Fail,2012,18(3):202-207.
- [7] Goldberg R J, Goldberg J H, Pruell S, et al. Delays in seeking medical care in hospitalized patients with decompensated heart failure[J]. Am J Med,2008,121(3):212-218.
- [8] Friedman M M. Older adults' symptoms and their duration before hospitalization for heart failure [J]. Heart Lung,1997, 26(3):169-176.
- [9] Schiff G D, Fung S, Speroff T, et al. Decompensated heart failure: symptoms, patterns of onset, and contributing factors[J]. Am J Med,2003,114(8):625-630.
- [10] Okada A, Tsuchihashi-Makaya M, Kang J, et al. Symptom perception, evaluation, response to symptom, and delayed care seeking in patients with acute heart failure: an observational study[J]. J Cardiovasc Nurs,2019, 34(1):36-43.
- [11] Luo H, Lindell D F, Jurgens C Y, et al. Symptom perception and influencing factors in Chinese patients with heart failure:a preliminary exploration[J]. Int J Environ

- Res Public Health, 2020, 17(8): 2692.
- [12] 祝捷, 傅译萱, 邓世雄. 国外分级诊疗制度的实践经验对我国的启示[J]. 重庆医学, 2016, 45(32): 4590-4592.
- [13] Nieuwenhuis M M, Jaarsma T, van Veldhuisen D J, et al. Factors associated with patient delay in seeking care after worsening symptoms in heart failure patients[J]. J Card Fail, 2011, 17(8): 657-663.
- [14] Jurgens C Y. Somatic awareness, uncertainty, and delay in care-seeking in acute heart failure [J]. Res Nurs Health, 2006, 29(2): 74-86.
- [15] Evangelista L S, Dracup K, Doering L V. Racial differences in treatment-seeking delays among heart failure patients[J]. J Card Fail, 2002, 8(6): 381-386.
- [16] Sethares K A, Chin E, Jurgens C Y. Predictors of delay in heart failure patients and consequences for outcomes [J]. Curr Heart Fail Rep, 2015, 12(1): 94-105.
- [17] Santos G C, Liljeroos M, Dwyer A A, et al. Symptom perception in heart failure: a scoping review on definition, factors and instruments [J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2020, 19(2): 100-117.
- [18] 李会仿, 杨丽, 李妮娜, 等. 急性脑卒中患者就医延迟影响因素研究进展[J]. 护理学杂志, 2018, 33(16): 98-101.
- [19] Lin C Y, Dracup K, Pelter M M, et al. Why don't heart failure patients respond to worsening symptoms? [J]. Circulation, 2015, 132(Suppl. 3).
- [20] Jurgens C Y, Hoke L, Byrnes J, et al. Why do elders delay responding to heart failure symptoms? [J]. Nurs Res, 2009, 58(4): 274-282.
- [21] Xu J, Gallo J J, Wenzel J, et al. Heart failure rehospitalization and delayed decision making: the impact of self-care and depression[J]. J Cardiovasc Nurs, 2018, 33(1): 30-39.
- [22] Wu J R, Lee K S, Dekker R D, et al. Prehospital delay, precipitants of admission, and length of stay in patients with exacerbation of heart failure[J]. Am J Crit Care, 2016, 26(1): 62-69.
- [23] Celano C M, Villegas A C, Albanese A M, et al. Depression and anxiety in heart failure: a review[J]. Harv Rev Psychiatry, 2018, 26(4): 175-184.
- [24] Lin X X, Gao B B, Huang J Y. Prevalence of depressive symptoms in patients with heart failure in China: a meta-analysis of comparative studies and epidemiological surveys[J]. J Affect Disord, 2020, 274: 774-783.
- [25] Johansson P, Nieuwenhuis M, Lesman-Leegte I, et al. Depression and the delay between symptom onset and hospitalization in heart failure patients[J]. Eur J Heart Fail, 2011, 13(2): 214-219.
- [26] Andersson L, Nordgren L. Heart failure patients' perceptions of received and wanted information: a cross-sectional study[J]. Clin Nurs Res, 2019, 28(3): 340-355.
- [27] Ruston A, Clayton J. Women's interpretation of cardiac symptoms at the time of their cardiac event: the effect of co-occurring illness[J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2007, 6(4): 321-328.
- [28] Deek H, Itani L, Davidson P M. Literacy critical to heart failure management: a scoping review [J]. Heart Fail Rev, 2020. doi. org/10. 1007/s10741-020-09964-6.
- [29] Matsuoka S, Tsuchihashi-Makaya M, Kayane T, et al. Health literacy is independently associated with self-care behavior in patients with heart failure[J]. Patient Educ Couns, 2016, 99(6): 1026-1032.
- [30] Ivynian S E, DiGiacomo M, Newton P J. Care-seeking decisions for worsening symptoms in heart failure: a qualitative metasynthesis[J]. Heart Fail Rev, 2015, 20(6): 655-671.
- [31] Friedman M M, Quinn J R. Heart failure patients' time, symptoms, and actions before a hospital admission[J]. J Cardiovasc Nurs, 2008, 23(6): 506-512.
- [32] Gallagher R, Sullivan A, Hales S, et al. Symptom patterns, duration and responses in newly diagnosed patients with heart failure[J]. Int J Nurs Pract, 2012, 18(2): 133-139.
- [33] Simmonds R, Glogowska M, McLachlan S, et al. Unplanned admissions and the organisational management of heart failure: a multicentre ethnographic, qualitative study[J]. BMJ Open, 2015, 5(10): e007522.
- [34] Patel H, Shafazand M, Schaufelberger M, et al. Reasons for seeking acute care in chronic heart failure[J]. Eur J Heart Fail, 2007, 9(6-7): 702-708.
- [35] Durante A, Paturzo M, Mottola A, et al. Caregiver contribution to self-care in patients with heart failure: a qualitative descriptive study [J]. J Cardiovasc Nurs, 2019, 34(2): e28-e35.
- [36] Sethares K A, Sosa M E, Fisher P, et al. Factors associated with delay in seeking care for acute decompensated heart failure[J]. J Cardiovasc Nurs, 2014, 29(5): 429-438.
- [37] Cannon J A, Moffitt P, Perez-Moreno A C, et al. Cognitive impairment and heart failure: systematic review and meta-analysis[J]. J Card Fail, 2017, 23(6): 464-475.
- [38] Schumacher C, Hussey L, Hall V. Heart failure self-management and normalizing symptoms: an exploration of decision making in the community[J]. Heart Lung, 2018, 47(4): 297-303.
- [39] Lam C, Smeltzer S C. Patterns of symptom recognition, interpretation, and response in heart failure patients: an integrative review[J]. J Cardiovasc Nurs, 2013, 28(4): 348-359.
- [40] Das A, Roy B, Schwarzer G, et al. Comparison of treatment options for depression in heart failure: a network meta-analysis[J]. J Psychiatr Res, 2019, 108: 7-23.
- [41] Farquharson B, Abhyankar P, Smith K, et al. Reducing delay in patients with acute coronary syndrome and other time-critical conditions: a systematic review to identify the behaviour change techniques associated with effective interventions [J]. Open Heart, 2019, 6(1): e000975.
- [42] 申曙光, 张勃. 分级诊疗、基层首诊与基层医疗卫生机构建设[J]. 学海, 2016(2): 48-57.
- [43] 中华人民共和国中央人民政府. “健康中国 2030”规划纲要[EB/OL]. (2016-10-25)[2021-02-27]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.