

- [20] 郭延通,姚慧. 老年人健康管理需求及影响因素研究[J]. 中国公共卫生管理,2018,34(5):600-603.
- [21] ISHIIHARA H, TAKEDA S, TAMURA A, et al. Disruption of the WFS1 gene in mice causes progressive beta-cell loss and impaired stimulus-secretion coupling in insulin secretion[J]. Hum Mol Genet, 2004, 13(11): 1159-1170.
- [22] 蔡万华,陈瑜. 强化健康教育“知信行”提高公民健康素养[J]. 中国卫生事业管理,2015,32(2):158-159.
- [23] 连燕舒,褚新春,娄德,胡晓江,李艳. 知己量化健康管理
• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.09.046
网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.r.20190226.1653.014.html>(2019-02-27)
- [24] AHMED F, WASLIEN C, AL-SUMAIE M, et al. Trends and risk factors of hypercholesterolemia among Kuwaiti adults: National Nutrition Surveillance Data from 1998 to 2009[J]. Nutrition, 2012, 28(9): 917-923.
- [25] 王璟. 北京市和平里地区 2 型糖尿病中西医结合健康管理知信行调查研究[D]. 北京:中国中医科学院,2014.
- (收稿日期:2018-09-22 修回日期:2018-12-08)

延续性护理管理模式对慢性心力衰竭患者认知功能的影响*

瞿广素,甘春霞,周蓓,罗维[△]

(重庆医科大学附属第二医院心内科,重庆 400010)

[中图分类号] R473.5 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2019)09-1618-03

心力衰竭是指由于心脏结构和(或)功能异常引起静息或负荷时心输出量减少和(或)心腔内压力增高,从而导致的一种临床综合征^[1]。慢性心力衰竭和认知功能障碍是老年人较常见的两种疾病状态,二者的共同点是致死、致残率高,以及生活质量的下降,由此给家庭和社会带来沉重的负担。有多项研究表明,慢性心力衰竭患者认知功能损伤发生率高,进而影响到患者在提醒用药、定期复查、病情监测、识别心力衰竭症状等方面的自我护理能力^[2-3]。我国多项研究表明,延续性护理能够降低患者的再住院率,节约医疗成本,提高患者的生存质量^[4-5]。目前国内主要通过药物治疗和运动康复来提高认知功能^[6]。而通过延续性护理干预措施来提高慢性心力衰竭患者认知功能的研究较少。本研究主要探讨延续性护理对慢性心力衰竭患者认知功能、服药依从性、自我护理能力、生活质量及预后的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 6 月至 2017 年 6 月入住本院心内科住院治疗的慢性心力衰竭患者 120 例,纳入标准:(1)符合纽约心脏病协会心功能分级(The New York Heart Association, NYHA) II~III 级;(2)左心室射血分数(LVEF) < 50%;(3)具有初中及以上文化程度;(4)病情稳定并且签订知情同意书。排除标准:(1)有明显的神经系统疾病病史(如老年痴呆症、卒中)、头部外伤病史、严重的精神疾病(如精神分裂症)病史或肝、肾衰竭病史;(2)不能坚持随访或主动退出研究者。

1.2 方法

1.2.1 护理方法 根据纳入及排除标准,共纳入 120 例患者,采用抽取随机数字法将目标人群随机分为两组,每组各 60 例。(1)对照组:对患者及家属实施常规的健康教育,内容包括:心力衰竭患者低盐、限水饮食指导,药物服用方法,心力衰竭患者体质量监测的正确方式,自我心力衰竭症状监测,康复运动指导问题,在患者出院时嘱其出院后 1、2、3、6、9、12 个月行门诊随访,同时发放《慢性心力衰竭患者手册》。(2)干预组:患者除实施常规的健康教育外,根据患者的认知功能得分情况,制订个性化护理措施,在患者出院后实施延续性护理。①家庭访视,由经过培训的课题组护理人员 1 名带领 1~2 名轮转护士及实习生完成。首次家庭访视于出院后 1 周,干预性家庭访视分别于首次家访后 1、3、6、12 个月进行,内容包括测量脉搏、呼吸、血压、心率,评估患者的精神状态、健康状况,进而指导患者服药及康复训练。②电话随访,在患者出院后每月电话随访 1 次,内容包括患者健康恢复情况、服药情况,并给予服药、饮食、康复训练相关的指导。③心力衰竭门诊随访,在患者出院后 1、2、3、6、9、12 个月由 1 名护士进行预约,由 1 名专职医生根据患者的情况调整药物。

1.2.2 评价指标 主要终点是评估 12 个月后两组患者的认知功能,应用蒙特利尔认知评估量表(Montreal cognitive assessment, MoCA)进行评价。次要终点包括明尼苏达心力衰竭生活质量量表(Minnesota living with heart failure questionnaire, MLHFQ)、心

* 基金项目:重庆市科委社会事业与民生保障科技创新专项课题(cstc2017shmsA130086);重庆医科大学附属第二医院内课题(08-1279-001)。作者简介:瞿广素(1978—),主管护师,本科,主要从事内科护理相关的研究。△ 通信作者,E-mail:724771702@qq.com。

力衰竭自我护理指数量表(SCHF1 的自我护理维持维度、自我护理管理维度)评分、MORISKY 每药依从性问卷及 6 min 步行距离(6MWD)的测量;并记录心血管事件发生率,包括再入院率、病死率。

1.3 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件对数据进行统计学分析。采用 $\bar{x} \pm s$ 对计量资料进行统计学描述;独立样本 *t* 检验用来检验两组中各变量是否有差别;配对样本 *t* 检验用来检验重复测量变量的差异,以 $P < 0.05$ 差异为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般情况比较 一共纳入了 120 例慢性心力衰竭患者,115 例完成了最终的为期 1 年的研究,其中干预组 2 例退出研究,对照组 3 例退出。两组病例数目、性别比例、年龄、基础疾病及心功能分级等基线资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者干预前后各评价指标比较 两组患者基线 MoCA 评分、MORISKY 评分及 MLHFQ 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。而随访 12 个月后,干预组 MoCA 评分较对照组升高,且差异有统计学意义($P = 0.003$);干预组患者 MORISKY 评分

较对照组及干预前明显提高($P < 0.05$);干预组患者 MLHFQ 评分较对照组降低更明显($P < 0.05$);干预组自我护理能力明显高于对照组,差异有统计学意义($P = 0.003$)。随访 12 个月后,两组患者的 6MWD 较基线均有所提高,但干预组更明显,且两组之间比较差异有统计学意义($P = 0.000$),见表 2。

表 1 两组患者一般情况比较

组别	干预组(n=58)	对照组(n=57)	P
年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	67.83±12.12	68.38±11.82	0.41
性别[男,n(%)]	30(51.72)	28(49.12)	0.35
高血压[n(%)]	22(37.93)	19(33.33)	0.25
糖尿病[n(%)]	16(27.58)	14(24.60)	0.12
冠心病[n(%)]	20(34.48)	19(33.33)	0.35
高脂血症[n(%)]	24(41.37)	22(38.60)	0.41
脑梗死[n(%)]	17(29.31)	16(28.07)	0.12
慢性肺病[n(%)]	4(6.89)	5(8.77)	0.42
瓣膜病[n(%)]	6(10.34)	5(8.77)	0.21
NYHA II[n(%)]	28(48.27)	29(50.87)	0.18
NYHA III[n(%)]	30(51.72)	25(43.86)	0.16

表 2 两组患者干预前后各评价指标比较($\bar{x} \pm s$)

指标	干预前			干预后		
	干预组(n=58)	对照组(n=57)	P	干预组(n=58)	对照组(n=57)	P
MoCA 评分(分)	25.10±2.81	25.02±2.82	0.870	26.31±2.45	24.82±2.81	0.003
MORISKY 评分(分)	1.59±0.94	1.56±0.93	0.887	2.14±1.25	1.58±0.92	0.007
MLHFQ 评分(分)	50.40±20.32	54.20±17.24	0.871	32.50±18.36	52.71±19.41	0.010
自我护理行为量表评分(分)	37.81±15.00	37.10±15.62	0.810	48.01±10.64	38.53±14.47	0.003
6MWD(m)	263.21±58.52	250.32±57.54	0.836	356.42±58.27	304.24±53.68	0.000

2.3 随访 12 个月后两组患者再住院率及病死率比较 随访 12 个月后,干预组的再住院率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);而两组患者的病死率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

表 3 两组再住院率及病死率比较[n(%)]

组别	n	再住院率	病死率
干预组	58	10(17.24) ^a	2(3.45)
对照组	57	15(26.32)	2(3.51)

^a: $P < 0.05$,与对照组比较

3 讨论

心力衰竭是一种复杂的临床症状群,正在成为 21 世纪最重要的心血管病症^[3]。2012 年国内最新研究显示,心力衰竭患者 1 年内的再住院率及病死率分别高达 23.0%和 14.4%^[7]。心力衰竭患者存在一定程度的认知损伤,且随着心力衰竭程度的增加,患者认知功能损害加重^[8-9]。认知功能下降会导致患者自我护理决策障碍^[10],从而导致患者的心血管风险及病死

率增加。临床实践表明,有 80%左右的慢性心力衰竭患者在出院后依旧恢复到原来的生活方式中,住院期间的健康教育未起到任何作用,这些都可以导致患者再次入院,预后不佳^[11]。因此,该类患者出院后,需针对其病因和危险因素控制,改善生活质量及预后,不断加强心力衰竭患者的用药指导、服药依从性及健康指导,从而将健康指导从医院延伸到出院以后的家庭指导。

延续性护理是由美国科罗拉多大学医学中心延续性护理项目发展而来的^[12-13]。它是患者住院护理的有效延伸,作为整体护理的重要组成部分,使患者出院后能够继续获得持续有效的医疗护理保健服务。这不仅有利于提高患者对自身疾病的认知,提高患者的主观能动性,让患者共同参与康复进程,从而有利于恢复健康。并且,通过延续性护理可有效减少患者的再住院率,从而减少患者个人的医疗费用,进而减少国家的医保财政负担。

目前延续性护理形式主要有电话随访、家庭访

视、基于互联网平台的健康教育等方式^[14]。电话随访主要适用于家庭住址较偏远,不能有效地行定期家庭随访的患者。通过电话随访,可使患者感受到医院的延续性服务态度,并且及时解答其存在的相关疑问。对于电话随访不能解决的问题,可进一步通过家庭访视来明确。通过家庭访视,面对面的方式了解患者对自身疾病康复的困惑,并且能评估患者的生命体征、精神状态,进而指导患者服药及康复训练。但该方式主要适用于医院附近社区的患者,具有一定的区域局限性。除了电话随访、家庭访视这两种主要的延续性护理外,还可通过定期门诊随访的方式对患者进行服药及康复指导。

心力衰竭患者具有普遍的认知功能障碍。认知功能障碍是痴呆早期的症状之一^[15]。由于老年期痴呆呈进程性发展,目前尚无有效的治疗方法^[16]。因此,对该类老年痴呆高危人群的早期干预具有重要的意义。本研究采用电话随访、家庭访视结合门诊随访的方式对心力衰竭患者进行延续性护理,结果显示延续性护理能明显改善该类患者的认知水平、生活质量、服药依从性及自我护理能力,并且可明显降低其再住院率。

参考文献

- [1] 李小荣,李新立. 强调多学科合作以优化药物和机械管理-2016 年欧洲心脏病学会急慢性心力衰竭诊断治疗指南解读[J]. 中国循环杂志,2016,11(31):129-133.
- [2] 卜晓佳,吕蓉,季诗明,等. 慢性心功能衰竭患者认知功能对自我护理的影响[J]. 护理学报,2014,21(10):9-12.
- [3] 初均晓,王爽. 伴有认知功能障碍的老年慢性心力衰竭患者自我护理信心与行为的研究[J]. 湖南中医药大学学报,2016,36(6):219-220.
- [4] 冯静,顾晔. 连续性系统性护理干预在扩张型心肌病合并

心力衰竭患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志,2015,21(30):3668-3669,3670.

- [5] 肖米新,叶青芳,王月枫,等. 延续性护理对心力衰竭患者自我护理能力和健康行为的影响[J]. 中国护理管理,2016,16(1):42-45.
- [6] 金娟,韩宇博. 运动康复治疗对慢性心力衰竭认知功能的影响[J]. 山东医药,2014,50(47):11-15.
- [7] 孙路路,吕蓉,梁涛,等. 心力衰竭出院后 1 年内预后状况及影响因素分析[J]. 中国循环,2013,28(2):125-128.
- [8] 宋显斌. 慢性心力衰竭对患者认知功能影响的分析[J]. 内蒙古中医药,2013,32(13):42-43.
- [9] 赵郑波. 慢性心力衰竭与认知功能障碍相关性研究[D]. 重庆:重庆医科大学,2012.
- [10] 孙中玲. 延续性护理在慢性心力衰竭患者中的应用[J]. 青岛医药卫生,2017,49(3):227-229.
- [11] 谭立夫. 心理及行为干预对脑血管病防治的临床分析[J]. 临床内科杂志,2011,28(1):54-56.
- [12] COLEMAN E A, SMITH J D, FRANK J C, et al. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention[J]. J Am Geriatr Soc,2004,52(11):1817-1825.
- [13] COLEMAN E A, MIN S J, CHOMIAK A, et al. Posthospital care transitions: patterns, complications, and risk identification[J]. Health Serv Res, 2004, 39(5): 1449-1465.
- [14] 杨丽,陈上. 基于互联网的社区合作型慢病随访医方价值分析[J]. 护理学杂志,2016,31(1):85-88.
- [15] 胡阳,邓洁. 慢性心力衰竭患者认知功能障碍研究进展[J]. 中国心血管杂志,2010,15(4):324-325.
- [16] 杨莘,乔雨晨,吴晓光,等. 不同护理干预方法在轻度认知功能障碍患者中的应用效果[J]. 中华护理杂志,2012,47(1):77-79.

(收稿日期:2018-09-24 修回日期:2019-01-10)

(上接第 1614 页)

参考文献

- [1] 单天明,孙宝志. 医学教育环境测量与高等医学教育改革[J]. 医学教育,2005(2):91-94.
- [2] 张学新. 对分课堂:大学课堂教学改革的新探索[J]. 复旦教育论坛,2014,12(5):5-10.
- [3] MICHAELSEN L K, KNIGHT A B, FINK L D. Team-based learning: a transformative use of small groups[M]. New York: Praeger, 2005: 3-5.
- [4] 穆攀伟,王庭槐,曾龙驿,等. 在医学教育中引入以团队为基础的的教学模式[J]. 中国高等医学教育,2011(1):55-56.
- [5] KIBBLE J D, BELLEW C, ASMAR A, et al. Team-based learning in large enrollment classes [J]. Adv Physiol Educ, 2016, 40(4): 435-442.

- [6] 孙宝志,赵玉虹. 英国医学教育环境测量理论的引进与应用[J]. 医学教育探索,2003,2(4):13-16.
- [7] 窦春潇. 基于问题的学习(PBL)教育环境测量与评价[D]. 沈阳:中国医科大学,2011.
- [8] 李芙蓉,王斌,马红宇,等. 大学生合作能力量表的编制[J]. 湖北体育科技,2013,32(6):519-522.
- [9] 杜宗明,苏中平,陆召军. 医学教育环境知觉的性别差异探析[J]. 黑龙江教育(高教研究与评估),2014(2):58-60.
- [10] 陶巍巍,刘永宁,丁淑贞,等. 应用微课的翻转课堂教学改善护理专业学生医学教育环境和学业情绪的实践[J]. 中国护理管理,2016,16(9):1221-1225.
- [11] 苏中平,赵婷,叶鹏,等. 医学生自主学习能力和教育环境的适应性探究[J]. 中国高等医学教育,2014(8):12-13.

(收稿日期:2018-09-20 修回日期:2019-01-06)