

综合管理在降低心力衰竭患者非计划再入院率中的应用

吴张平 徐琴*

如皋市人民医院心内科 江苏如皋 226500

摘要: 目的: 探讨针对心力衰竭患者开展综合管理对非计划再入院率所具有的降低作用。方法: 选取心力衰竭患者共计 128 例, 均为我院 2024 年 1 月至 2025 年 1 月收治, 随机分组, 各 64 例, 对照组运用常规护理管理方案, 观察组运用综合管理方案。结果: 两组在干预前, 躯体功能、服药依从性、自我效能、生活质量评分未见差异 ($P>0.05$), 在干预后, 除生活质量量表 (MLHFQ) 降低外, 其余均有上升, 观察组更为显著 ($P<0.05$)。两组在干预前, 自我管理指标即日常生活管理、疾病管理、行动能力、情绪认知分值未见差异 ($P>0.05$), 在干预后, 各分值均有上升, 观察组居于更高水平 ($P<0.05$)。两组在干预前, 心功能指标即 6min 步行距离、LVEF、LVESD 未见差异 ($P>0.05$), 在干预后, LVESD 均有降低, 其余均有升高, 观察组变化更为显著 ($P<0.05$)。观察组经开展观测, 非计划再入院率居于更低水平 ($P<0.05$)。结论: 针对临床收治的心力衰竭患者, 重视综合护理干预工作的实施, 可增强躯体功能, 提升服药依从性、自我效能、生活质量, 增强自我管理能力, 改善心功能, 防范非计划再入院事件。

关键词: 心力衰竭; 非计划再入院率; 综合管理; 心功能

心力衰竭为不同类型心脏疾病的终末阶段, 其具高发病率、高致残率及高再入院率, 已是较为严峻的一项公共卫生问题, 其中非计划再入院率更是对医疗质量与患者预后进行评测的关键指标。临床实践表明, 既往传统以急性期住院治疗为核心的分散管理模式有一定局限性存在, 患者出院后常需应对治疗方案执行偏差、容量管理不当、症状识别延迟及药物依从性差等多重问题, 直接造成病情反复与再入院^[1]。为将这一困境突破, 综合管理模式的构建与应用具有紧迫性。该模式旨在对心内科医师、护士、临床药师、康复治疗师及营养师等多学科资源整合, 为患者提供从院内至院外, 在疾病全程贯穿的标准化、个体化、连续性管理方案 [2-3]。本研究对相关病例抽取, 就综合管理价值展开探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取心力衰竭患者共计 128 例, 均为我院 2024 年 1 月至 2025 年 1 月收治, 随机分组, 各 64 例。观察组中, 男、女性别比为 38:26, 年龄在分布上, 以 53 ~ 84 (66.29 ± 9.42) 岁为区间。对照组中, 男、女性别比为 40:24, 年龄在分布上, 以 54 ~ 83 (66.33 ± 9.39) 岁为区间。基线可比 ($P>0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 病情经监测稳定; 认知功能正常; 神志清晰;

知情同意, 报经伦理审批, 基线齐全。排除标准: 合并重要脏器功能不全者; 合并精神障碍者。

1.3 方法

对照组: 本组开展常规管理, 即于出院时做常规健康指导, 并嘱其定期到门诊复查。观察组: 本组运用综合护理管理, 具体包括: (1) 组建多学科管理团队: 积极建立由心脏专科护士主导, 并与心内科医师、临床药师、营养师及康复治疗师联合的管理团队。由专科护士负责统筹协调, 在患者出院前共同对个体化管理方案制定, 就各成员职责明确, 确保院内院外管理的连续性与同质性。(2) 实施结构化患者教育: 依托图文手册、视频及一对一指导等形式, 重点对患者每日监测体重、记录尿量、识别呼吸困难及水肿等心衰加重征兆的能力培训, 并明确有异常出现时的应对流程与紧急联系人, 确保其将自我管理的核心技能掌握。(3) 建立主动随访机制: 于患者出院后 24-72 小时内开展首次电话随访, 就其一般状况与出院方案执行情况评估; 此后由专科护士对计划性随访执行, 初期每周开展 2-3 次, 稳定后降至每周 1 次, 经电话或智能平台就症状、体重变化及用药依从性监测, 并及时向团队医师反馈做方案调整。(4) 提供康复与支持性护理: 为患者就个体化的居家运动康复计划制定, 如床上踝泵运动、循序渐进步行训练等; 同时对心理状

态与家庭支持系统评估,就必要的心理疏导提供,并指导照护者将基本的护理技能与应急处理措施掌握。(5)强化合并症与用药协调管理:由临床药师主导,系统完成患者的全部用药清单梳理,重点对心血管药物与非心血管药物如降糖药、止痛药等间的潜在相互作用关注,并开展一对一的用药指导,使用药盒等辅助工具将其对服药时间、剂量及特殊注意事项的理解与记忆强化,确保复杂用药方案的准确执行与安全性。

1.4 观察指标

(1)对比临床指标:应用中文版简易躯体功能评估工具(CM-PPT)评估躯体功能,分值介于0~16分之间,正性相关;应用Morisky用药依从性量表(Morisky)评测,总分8分,正性相关;应用自我护理指数量表(SCHF)对自护能力评测,分值介于22~88分之间,正性相关;应用明尼苏达生活质量量表(MLHFQ)对生活品质评测,分值介于0~105分之间,负性相关;(2)对比自我管理能力:

依托冠心病自我管理量表(CSMS)评测,包括日常生活管理项目、疾病管理项目、行动能力项目、情绪认知项目,各项均为百分制,正性相关;(3)对比心功能指标:包括6min步行距离、LVEF、LVESD;(4)非计划再入院率:平均开展为期1年的随访,对比非计划再入院率。

1.5 统计学方法

采用SPSS26.0软件展开统计学处理,组间计数在表述时,运用(%),施以卡方检验,组间计量在表述时,运用(),施以t检验,P<0.05提示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 组间临床指标对比

两组在干预前,躯体功能、服药依从性、自我效能、生活质量评分未见差异(P>0.05),在干预后,除生活质量量表(MLHFQ)降低外,其余均有上升,观察组更为显著(P<0.05)。见表1。

表1 组间临床指标对比(分)

组别	n	躯体功能		服药依从性		自我效能		生活质量	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	64	10.73 ± 1.32	13.85 ± 1.04	4.73 ± 0.34	6.62 ± 1.38	46.94 ± 3.91	75.29 ± 4.28	76.84 ± 7.14	40.49 ± 3.91
对照组	64	10.75 ± 1.09	12.42 ± 1.29	4.79 ± 0.32	5.79 ± 0.42	46.84 ± 2.41	65.42 ± 3.29	75.89 ± 8.03	53.89 ± 5.29
t	-	0.093	6.904	1.028	4.603	0.174	14.627	0.707	16.296
P	-	0.926	0.000	0.306	0.000	0.862	0.000	0.481	0.000

2.2 组间自我管理对比

两组在干预前,自我管理指标即日常生活管理、疾病管理、行动能力、情绪认知分值未见差异(P>0.05),

在干预后,各分值均有上升,观察组居于更高水平(P<0.05)。见表2。

表2 组间自我管理对比(分)

组别	n	日常生活管理		疾病管理		行动能力		情绪认知	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	64	9.84 ± 1.13	17.52 ± 2.05	7.59 ± 2.42	17.69 ± 3.01	10.37 ± 1.42	17.59 ± 2.04	8.53 ± 1.03	17.05 ± 2.14
对照组	64	9.79 ± 2.04	12.49 ± 1.04	7.60 ± 1.98	13.82 ± 2.53	10.24 ± 1.45	13.49 ± 1.04	8.45 ± 1.71	11.42 ± 1.84
t	-	0.172	17.505	0.026	7.874	0.512	14.324	0.320	15.959
P	-	0.864	0.000	0.980	0.000	0.609	0.000	0.749	0.000

2.3 组间心功能对比

两组在干预前,心功能指标即6min步行距离、LVEF、

LVESD未见差异(P>0.05),在干预后,LVESD均有降低,其余均有升高,观察组变化更为显著(P<0.05)。见表3。

表3 组间心功能对比()

组别	n	6min步行距离(m)		LVEF(%)		LVESD(mm)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	64	356.84 ± 20.51	442.94 ± 15.71	42.98 ± 3.91	49.52 ± 1.04	41.99 ± 4.39	27.05 ± 2.41
对照组	64	357.92 ± 19.42	400.53 ± 14.85	42.85 ± 3.21	45.84 ± 3.09	41.84 ± 3.92	33.48 ± 4.02
t	-	0.306	15.695	0.206	9.030	0.204	10.975
P	-	0.760	0.000	0.838	0.000	0.839	0.000

2.4 组间非计划再入院率对比

观察组经开展观测,无非计划再入院事件,对照组 4 例,占比为 6.25%,组间具统计学意义($\chi^2=6.607$, $P<0.05$)。

3 讨论

心力衰竭是一种较为复杂的临床综合征,具病程长、易反复、需长期管理的疾病特点,其高非计划再入院率的原因在于从医院到家庭连续性照护工作的中断,造成患者自我管理能力不足与治疗方案执行不当^[4-5]。

本研究对综合管理方案运用,其作用机制在于经就多学科协作团队构建,促对患者从院内至院外的全程化、系统化干预实现:结构化教育确保了患者对容量管理、症状监测等核心知识的掌握,从而直接使其日常生活与疾病管理能力提升^[6-7]。主动的随访机制则能及时就病情波动识别并调整治疗,有效对病情的急性加重进行了预防,此与研究组患者自我管理各项评分及 6min 步行距离、LVEF 等心功能指标的显著改善具密切关联^[8-9]。同时,在综合管理中重视药物督导与康复支持,经增强患者的服药依从性与躯体功能,共同作用以使其生理储备与生活质量改善,这恰好对研究结果中观察组在服药依从性、躯体功能及 MLHFQ 评分上的优越表现予以了印证^[10-11]。最终,上述多维度、多环节的协同管理,共同就防止病情恶化的有效防线构筑,其根本价值在于成功将“医院-家庭”之间的管理裂隙弥合,将干预重心从被动应对急性发作向主动维持病情稳定前移,这正是观察组非计划再入院率得以显著降低的根本原因,充分对该模式在心力衰竭慢病管理中的关键作用予以了证实^[12]。

综上,针对临床收治的心力衰竭患者,重视综合护理干预工作的实施,可增强躯体功能,提升服药依从性、自我效能、生活质量,增强自我管理能力,改善心功能,防范非计划再入院事件。

参考文献:

[1] 卢艳,鲍金雷.综合护理干预在急性左心衰患者急诊护理中的应用效果[J].中华灾害救援医学,2024,11(09):1104-1106+1116.

[2] 张新航,陈凤朱,刘春华,等.全程专业化个案管理

模式对 ICU 心力衰竭患者的护理效果[J].心血管病防治知识,2024,14(14):124-126.

[3] 何丽.藏药利舒康胶囊联合综合护理在慢性缺血性心力衰竭患者中的应用及对心功能水平的影响[J].中国民族医药杂志,2024,30(07):61-63.

[4] 吕耀莹.综合护理对老年慢性心力衰竭患者心功能、负性情绪及营养状况的影响[J].中国医药指南,2024,22(17):170-172.

[5] 王竹青,乔积民,徐敏,等.综合护理干预对冠心病监护病房老年急性心肌梗死患者排便功能的影响[J].基层医学论坛,2024,28(14):99-101.

[6] 后红梅.综合护理模式在高血压性心脏病患者护理中的应用效果[J].心血管病防治知识,2024,14(05):104-106.

[7] 经雷.综合护理管理模式应用于老年慢性阻塞性肺疾病伴心力衰竭患者的效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2024,12(01):5-8.

[8] 张丽苹.综合护理管理模式在慢性阻塞性肺疾病伴心力衰竭护理中的应用效果[J].临床研究,2023,31(02):158-162.

[9] 陈金梅,陈锁芹.综合护理干预应用于心力衰竭患者容量管理中的临床效果评价[J].中西医结合心血管病电子杂志,2022,10(08):5-8.

[10] 姚飞,李学文.综合管理对老年心力衰竭合并心房颤动病人心功能及生活质量的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(18):3157-3160.

[11] 何丹.综合护理管理模式在慢性阻塞性肺疾病伴心力衰竭护理中的应用研究[J].心血管病防治知识,2021,11(26):44-46.

[12] 沈彬,姜桂滢,尚晨熙,等.综合医院系统诊治联合“下沉式”管理方案对慢性心力衰竭病人生活质量的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(15):2611-2614.

基金项目:

1. 如皋市科技攻关计划项目(RG2021SZL002);

2. 南通市科研项目 QNZ2022063;