短篇论著

文章编号:1000-5404(2014)03-0292-02

延续护理对心脏再同步化治疗患者心功能、生存质量和心理状态的影响

黄 丽[1],程 婧[1],吴继雄[2],许邦龙[2],何 非[2] (230038 合肥,安徽中医药大学护理学院[1];230601 合肥,安徽医科大学第二附属医院心血管内科[2])

[摘要] **目的** 探讨延续护理对接受心脏再同步化治疗(cardiac resynchronization therapy,CRT)心力衰竭患者生存质量和心理状态的影响。**方法** 入选接受CRT治疗的心力衰竭患者42例,在出院前对患者进行全面的护理评估,制订护理处方并进行随访。采用17项汉密尔顿抑郁量表($HAMD_{17}$)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、明尼苏达心力衰竭生活质量调查表(MLHFQ)评价患者的生存质量及焦虑和抑郁水平。**结果** 随访6个月时,与对照组比较,延续护理组患者的再住院率减少,6 min步行距离增加,NT-Pro BNP水平减低,MLHFQ、$HAMD_{17}$和HAMA评分均有所下降,差异具有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 延续护理可降低心衰患者的焦虑、抑郁情绪,提高生存质量。

[关键词] 慢性心力衰竭;心脏再同步化治疗;护理;生存质量
[中图法分类号] R473.2; R541.6 [文献标志码] A

心脏再同步化治疗(cardiac resynchronization therapy,CRT)是难治性心力衰竭的有效治疗方法之一[1]。延续性护理是整体护理的一部分及住院护理的延伸[2-3]。本研究对接受CRT的慢性心力衰竭患者实施延续护理,探讨其对心衰患者生存质量和心理状态的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象

连续入选2009年6月至2012年12月间接受CRT术的心衰患者,纳入标准:患者经常规抗心衰药物治疗效果欠佳且符合CRT的指征[1,4]。排除标准:患者合并肿瘤等疾病,预期寿命<1年或患者拒绝参加本研究。共入选42例患者,其中男性22例,女性20例,年龄(64.12±5.15)岁。

1.2 研究方法

本研究经医院伦理委员会批准,患者均签署知情同意书。按随机数字表法分为对照组和延续护理组。两组患者6 min步行试验距离(6MWD)、N末端B型利钠肽原(NT-Pro BNP)、NYHA心功能分级及明尼苏达心力衰竭生活质量调查表(MLHFQ)评分、17项汉密尔顿抑郁量表($HAMD_{17}$)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)的差异无统计学意义($P>0.05$)。

对照组19例,其中男性9例,女性10例,年龄(64.37±5.59)岁。具体措施:①健康教育:包括慢性心力衰竭的原因、诱因、症状、治疗方法。②心理疏导:对紧张、焦虑患者采用缓解负性情绪的方法和措施。定期与患者交流,了解患者的心理变化,给予正确的疏导和安慰。③生活指导:低盐低脂饮食,按病情限制钠盐及水分的摄入量,准确记录24 h出入水量,每周称体质量2次。④体力活动:根据心功能决定活动量:心功能Ⅰ级,日常体力活动不受限制;心功能Ⅱ级,避免重体力活动,强调下午多休息;心功能Ⅲ级,严格限制体力活动,增加卧床休息时间,夜间睡眠给予高枕;心功能Ⅳ级,绝对卧床。⑤药物指导:除非有禁忌证,患者均予以β受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB)类药物、利尿剂,必要时加用地高辛。强调心衰坚持药物治疗的重要性,讲授常用药物的副作用。⑥起搏器管理:嘱观察起搏器囊袋和切口愈合情况,避免接近强磁场。术后3个月内每个月复诊1次调整起搏器参数,3个月至1年每2个月复诊1次,此后每3个月复诊1次。

延续护理组23例,其中男性13例,女性10例,年龄(63.91±4.88)岁。除上述对照组的方法外,采用电话及家庭随访实施延续护理。电话随访每周进行1次;术后3个月内每个月家庭随访1次,3个月至1年每2个月家庭随访1次,此后每3个月家庭随访1次。随访内容:①常规血压、脉搏测量;②常规心电图了解起搏器功能、有无心律失常;③起搏器切口愈合情况;囊袋有无感染或上腔静脉受压的征象;必要时行DR胸部正位片观察导线的位置有无移位、完整性及起搏器的位置;④进行现场健康指导,加强患者对出院护理处方的依从性:解答患者或家属提出的问题,给患者或家属予以心理支持等。

1.3 评价指标

评价内容包括随访6个月后因心力衰竭或起搏器问题需要再次住院的心衰患者的NYHA心功能分级、6MWD、NT-ProBNP水平、$HAMD_{17}$[5]、HAMA[6]、MLHFQ[7]。

1.4 统计学分析

计量资料以$\bar{x}\pm s$表示,采用SPSS 13.0统计软件进行,两组间的比较行独立样本t检验,随访前后的比较行配对样本t检验。组间率的比较行χ^2检验,随访前后率的比较行Wilcoxon符号秩检验。

2 结果

2.1 再住院率

随访6个月时,延续护理组有4例患者再次住院,对照组则有14例,两组比较,差异有统计学意义($\chi^2=13.463$,$P<$

[通信作者] 何 非,E-mail:coffeelove3344@foxmail.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20131220.1112.009.html(2013-12-20)

0.001)。

2.2 6MWD 和 NT-Pro BNP 水平

随访 6 个月,延续护理组患者的 6MWD 显著高于对照组($t=-3.465$,$P=0.001$);NT-Pro BNP 水平显著低于对照组($t=2.810$,$P=0.008$)。见表 1。

表 1 2 组患者随访前后 6MWD 的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	6MWD(m)		NT-Pro BNP (pg/mL)	
		随访前	随访 6 个月	随访前	随访 6 个月
对照组	19	302.85±100.65	343.02±69.21[a]	607.99±365.53	581.66±369.72
延续护理组	23	300.48±83.15	410.46±80.20[bc]	437.40±291.53	315.91±239.73[bc]

a:$P<0.05$,b:$P<0.01$,与随访前比较;c:$P<0.01$,与对照组比较

2.3 NYHA 心功能分级

随访 6 个月时,对照组 NYHA 心功能Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ和Ⅳ级的患者分别为 0、4、8、7 例,与出院时比较差异有统计学意义($P<0.05$);延续护理组则分别为 8、11、3、1 例,与出院时比较差异也有统计学意义($P<0.01$)。随访 6 个月时,两组患者的 NYHA 心功能分级亦存在显著性差异($\chi^2=17.82$,$P<0.01$)。

2.4 MLHFQ 评分

延续护理组患者的 MLHFQ 评分低于对照组,差异具有统计学意义($t=4.088$,$P<0.01$)。见表 2。

表 2 2 组患者随访前后 MLHFQ 评分的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	MLHFQ 评分		HAMA 评分		HAMD 评分	
		随访前	随访 6 个月	随访前	随访 6 个月	随访前	随访 6 个月
对照组	19	50.42±13.16	49.79±12.22	17.47±4.41	16.74±4.32	18.63±6.02	17.73±4.80
延续护理组	23	43.78±13.05	35.52±10.41[ab]	16.96±4.88	10.52±3.45[ab]	19.35±4.54	15.43±3.13[ab]

a:$P<0.01$,与随访前比较;b:$P<0.01$,与对照组比较

2.5 HAMA 评分

延续护理组患者的 HAMA 评分显著低于对照组($t=5.187$,$P<0.01$)。见表 2。出院时对照组、延续护理组患者 HAMA≥14 分各有 12 例(63.16%)和 15 例(65.22%),随访 6 个月时各有 10 例(52.63%)和 4 例(17.39%),差异有统计学意义($\chi^2=5.815$,$P=0.023$)。

2.6 HAMD 评分

延续护理组患者的 HAMD 评分显著低于对照组($t=3.325$,$P=0.002$)。见表 2。出院时对照组、延续护理组患者 $HAMD_{17}\geq17$ 分各有 10 例(52.63%)和 13 例(56.52%),随访 6 个月时各有 8 例(42.11%)和 2 例(8.70%),差异有统计学意义($\chi^2=6.402$,$P=0.026$)。

3 讨论

研究显示,约 30% 的心力衰竭患者行 CRT 后,症状改善不明显,甚至加剧[8]。此外,心脏结构的改变是不可逆的,绝大多数心衰患者需要长期服用药物治疗病因和控制心衰症状[4]。因此,增强患者的自我护理能力有助于控制症状和预防复发。

延续性护理是整体护理的一部分及住院护理的延伸,具有良好的社会效益及经济效益[3,9-10]。本研究开展的 CRT 术后心衰患者延续护理包括饮食和服药管理、监测体质量、及时报告起搏器异常情况等内容,通过院外电话随访、定期家庭随访、自我监测等形式,对心衰控制指标进行了动态观察。6 个月后,延续护理组 MLHFQ 评分显著下降,6 min 步行距离明显增加,NT-Pro BNP 水平均优于对照组,再住院率也明显降低,说明 CRT 术后心衰患者的自我护理能力增强,运动耐力和生存质量明显提高,减少患者因心衰再发、加重或起搏器问题需要再次住院的次数。

心衰患者抑郁水平与 6 个月的病死率密切相关[11]。研究发现,45% 的心衰患者患有抑郁症,患抑郁症患者的生活质量明显低于无抑郁症的患者[12]。本研究中,CRT 术后患者焦虑和抑郁的发生率分别为 64.29% 和 54.76%,延续护理组患者焦虑和抑郁的发生率较对照组明显降低,提示延续护理可有效改善 CRT 心衰患者的不良情绪。

综上所述,延续护理通过督促患者重视控制心力衰竭的危险因素,监测心力衰竭治疗效果的指标,促进其以良好的心态应对疾病,有助于提高 CRT 术后心衰患者健康知识水平和自我疾病管理的能力,从而达到提高生活质量,降低焦虑、抑郁情绪,减少再住院率的目的。

参考文献:

[1] Daubert J C, Saxon L, Adamson P B, *et al*. 2012 EHRA/HRS expert consensus statement on cardiac resynchronization therapy in heart failure: implant and follow-up recommendations and management[J]. Europace, 2012, 14(9): 1236-1286.

[2] 毕春晖, 刘素莲, 谭霞, 等. 延续护理对经皮冠状动脉支架植入术后患者自我护理能力和健康行为的影响[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(6): 503-506.

[3] 王少玲, 黄金月, 周家仪. 建立慢性阻塞性肺疾病延续护理的循证实践[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(5): 431-434.

[4] 中华医学会心血管病学分会、中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(12): 1076-1095.

[5] 曾妍, 杨健, 况利. 伴抑郁症状的慢性丙型肝炎患者的血清 BDNF 表达与生存质量的相关性分析[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(21): 2274-2277.

[6] 姚乾坤, 杨红, 任燕, 等. 临床痊愈的抑郁症患者生命质量及影响因素的研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19(2): 127-129.

[7] 刘铭雅, 李云婧, 朱伟, 等. 强化门诊随访对心力衰竭患者预后及依从性的影响[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(7): 588-591.

[8] 潘文志, 宿燕岗, 崔洁, 等. QRS 时限对心脏再同步治疗疗效的预测价值[J]. 中华心律失常学杂志, 2009, 13(6): 427-430.

[9] 付伟, 李萍, 钟银燕. 延续性护理研究综述[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(11): 27-30.

[10] 郑淑梅, 杨秀兰, 吕烨辉, 等. 延续性自我管理教育在冠心病介入治疗患者心脏康复中的应用[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(4): 297-300.

[11] 蒋丽雅. 老年慢性充血性心力衰竭患者焦虑、抑郁情绪的心理干预[J]. 中国心理卫生杂志, 2008, 22(11): 829-832.

[12] Gottlieb S S, Khatta M, Friedmann E, *et al*. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients[J]. J Am Coll Cardiol, 2004, 43(9): 1542-1549.

(**收稿**:2013-10-26;**修回**:2013-12-10)

(编辑 汪勤俭)