

120 例慢性心力衰竭患者再入院的危险因素分析

林传钦¹, 翟秀丽², 邓托¹

1. 海南省农垦三亚医院, 海南 三亚 572000; 2. 三亚市三林医院

摘要: **目的** 探讨影响慢性心力衰竭(CHF)患者再入院的危险因素。**方法** 选择 2016 年 1-9 月海南省农垦三亚医院收治的 120 例 CHF 患者为研究对象, 收集其临床资料, 并通过电话或者上门随访调查患者是否再次入院, 随访时间为半年。对可能影响 CHF 患者再入院的相关因素进行单因素 χ^2 检验和多因素非条件 logistic 回归分析。**结果** 对本组 120 例 CHF 患者随访半年, 再次入院有 68 例, 发生率达 56.7%。单因素 χ^2 检验分析结果显示, 不同年龄、不同出院后药物治疗依从性、因呼吸道感染是否使用低盐溶液、是否有家庭陪护人员、不同饮食习惯及到心内科就诊不同频率患者之间再入院率, 差异有统计学意义($P<0.01$)。进一步 logistic 回归分析发现无家庭陪护人员($OR=2.880$)、未坚持低盐限水饮食习惯($OR=2.147$)、出院后药物治疗依从性差($OR=1.924$)及至心内科就诊频率低($OR=1.882$)是影响 CHF 患者再入院的独立危险因素。**结论** 有效的家庭陪护, 坚持低盐饮食的生活方式, 培养患者良好的药物治疗依从性, 制定周密的出院后复诊计划, 不仅能够有效降低患者再次入院率, 更能够提高患者的生活质量。

关键词: 慢性心力衰竭; 再入院; 危险因素

中图分类号: R541.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2018)04-0483-03 DOI:10.3969/j.issn.1006-3110.2018.04.027

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是大多数心血管疾病的终末状态, 也是引起患者死亡的最主要因素。近年来我国 CHF 的患病率呈逐渐升高的趋势, 虽然药物治疗能够控制大部分患者的病情, 但仍有部分患者的病情控制并不理想, 而此类患者出院后如不注意自我保健, 常常易导致病情加重而再次入院^[1-2]。CHF 再入院是心血管事件之一, 不仅导致心功能迅速恶化, 严重时甚至很容易发生心源性猝死, 给家庭和社会带来了沉重的负担^[3]。为了进一步探讨 CHF 患者再入院的相关危险因素, 针对其危险因素及时制定预防方案, 以改善患者的预后及生活质量, 本研究对海南省农垦三亚医院收治的 CHF 患者 120 例进行了回顾性分析, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 选择 2016 年 1-9 月海南省农垦三亚医院收治的 CHF 患者为研究对象, 纳入标准: ①按照 WHO 及我国制定的诊断标准确诊为 CHF; ②年龄 ≥ 60 岁; ③患者及家属知情同意且愿意合作参与定期随访。排除标准: ①脑、肝、肺、肾等重要脏器的终末期恶性疾病; ②需择期行心脏外科手术者。共纳入研究 120 例, 其中男性 74 例, 女性 46 例, 年龄 60~85 (72.6 \pm 6.8) 岁, 心力衰竭病程 2~12 年, 平均(5.6 \pm 0.8) 年。

基金项目: 三亚市医疗科技创新项目(YW1214)

作者简介: 林传钦(1983-), 男, 本科学历, 主治医师, 研究方向: 急救医学。

1.2 方法 收集 120 例 CHF 患者的完整临床资料, 包括: 性别、年龄、文化程度、经济状况、吸烟史、饮酒史、既往史、入院时心功能分级、出院后药物治疗依从性、因呼吸道感染是否使用低盐溶液、家庭陪护人员、出院前健康教育、饮食习惯、至心内科就诊频率、是否坚持运动锻炼、心理状况。通过电话或者上门随访调查患者是否再次入院, 再次入院的诊断应为慢性心力衰竭, 随访时间为半年。

1.3 统计学方法 数据使用 SPSS 11.5 软件进行统计学处理, 以患者再次入院为因变量, 以单因素分析有统计学意义的临床因素为自变量, 单因素分析采用 χ^2 检验分析, 并进行多因素非条件 logistic 回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 慢性心力衰竭患者再入院发生情况 对本组 120 例 CHF 患者随访半年, 再次入院有 68 例, 发生率达 56.7%。

2.2 CHF 患者再入院单因素分析 单因素分析结果显示, 不同年龄、不同出院后药物治疗依从性、因呼吸道感染是否使用低盐溶液、是否有家庭陪护人员、不同饮食习惯及不同至心内科就诊频率患者之间再入院率, 差异有统计学意义($P<0.01$), 见表 1。

表 1 CHF 患者再入院的单因素分析

因素	例数	再入院人数(率,%)	χ^2 值	P 值
年龄(岁)			18.948	0.000
60~	46	15(32.6)		
71~	48	32(66.7)		
80~	26	21(80.7)		
性别			0.008	0.930
男	71	40(56.3)		
女	49	28(57.1)		
文化程度			0.074	0.995
文盲	21	12(57.1)		
小学	29	17(58.6)		
中学/中专	34	19(55.9)		
大专及以上	36	20(55.6)		
经济状况(元/月)			0.009	0.996
<1 000	21	12(57.1)		
1 000~2 000	41	23(56.1)		
>2 000	58	33(56.9)		
吸烟史			0.000	0.990
是	53	30(56.6)		
否	67	38(56.7)		
饮酒史			0.000	0.989
是	37	21(56.8)		
否	83	47(56.6)		
冠心病史			0.168	0.682
是	51	30(58.8)		
否	69	38(55.1)		
心肌梗死史			0.215	0.643
是	42	25(59.5)		
否	78	43(55.1)		
瓣膜性心脏病史			0.003	0.956
是	32	18(56.3)		
否	88	50(56.8)		
高血压病史			0.268	0.605
是	86	50(58.1)		
否	34	18(52.9)		
糖尿病史			0.003	0.954
是	28	16(57.1)		
否	92	52(56.5)		
房颤史			0.143	0.705
是	25	15(60.0)		
否	95	53(55.8)		
入院时心功能分级			0.095	0.953
Ⅱ级	42	23(54.8)		
Ⅲ级	52	30(57.7)		
Ⅳ级	26	15(57.7)		
出院后药物治疗依从性			12.549	0.000
依从性好	92	44(47.8)		
依从性差	28	24(85.71)		

续表 1

因素	例数	再入院人数(率,%)	χ^2 值	P 值
因呼吸道感染是否使用低盐溶液			32.822	0.000
是	38	36(94.7)		
否	82	32(39.0)		
家庭陪护人员			9.608	0.002
是	95	47(49.5)		
否	25	21(84.0)		
出院前健康教育			2.087	0.149
是	102	55(53.9)		
否	18	13(72.2)		
饮食习惯			32.015	0.000
坚持低盐限水饮食	74	27(36.5)		
未坚持低盐限水饮食	46	41(89.1)		
至心内科就诊频率			21.413	0.000
每周 1 次	31	9(29.0)		
每周 2 周 1 次	40	20(50.0)		
每 3 周 1 次	28	21(75.0)		
每 4 周 1 次	21	18(85.7)		
心理状况			0.128	0.666
无抑郁	55	30(54.5)		
有抑郁	65	38(58.5)		

2.3 CHF 患者再入院多因素分析 将单因素分析筛选出与 CHF 患者再入院发生密切相关的因素作多因素逐步 logistic 回归,结果发现无家庭陪护人员($OR=2.880$)、未坚持低盐限水饮食习惯($OR=2.147$)、出院后药物治疗依从性差($OR=1.924$)及至心内科就诊频率低($OR=1.882$)是影响 CHF 患者再入院的独立危险因素,见表 2。

表 2 影响 CHF 患者再入院的相关因素 logistic 回归分析

项目	B	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	$OR95\%CI$
家庭陪护人员	1.058	0.253	17.488	0.000	2.880	1.746~4.836
饮食习惯	0.765	0.264	8.340	0.004	2.147	1.248~3.736
出院后药物治疗依从性	0.655	0.133	24.254	0.000	1.924	1.486~2.498
至心内科就诊频率	0.632	0.273	5.359	0.020	1.882	1.107~3.211

3 讨 论

CHF 是各种心血管疾病的最终阶段,患者的预后差,缓解出院后短期内容易反复发作而再次入院。国外报道,CHF 患者半年内再入院率达 27%~47%,再入院率高对患者的生活质量有不良影响,不仅浪费大量的医疗资源,而且缩短了患者生存时间^[4-5]。因此,探讨影响 CHF 患者再入院的相关因素,为更好地开展预防和控制工作提供理论参考。影响 CHF 患者再入院的相关因素很复杂,以往的相关研究多采用单因素分析方法,本研究应用多因素非条件 logistic 回归分析方

法,对影响 CHF 患者再入院的相关因素进行分析,结果提示家庭陪护人员、饮食习惯、出院后药物治疗依从性及至心内科就诊频率是影响 CHF 患者再入院的独立危险因素。

关于家庭陪护在心衰防治中的作用,有研究认为家庭陪护在心衰防治中占有重要地位^[6]。本研究也探讨了家庭陪护人员对 CHF 患者再入院的影响,得出了相同的结果,同时发现无家庭陪护人员是影响 CHF 患者再入院的独立危险因素之一,这与国外相关报道一致^[7-8]。推测由于 CHF 患者一般年龄较大,其生活自理能力差,对事物的记忆均不同程度地下降,自我管理和医嘱依从性差,这需要依赖家庭陪护人员协助,特别在监督其用药、强化治疗措施、预防突发意外发生以及帮助患者定期去门诊随访复查等等方面具有重要的作用,因此加强对 CHF 患者的家庭陪护干预,对降低患者再入院率,改善患者预后具有重要意义。

一直均认为饮食习惯是影响 CHF 患者再入院的重要危险因素之一^[9]。研究发现未坚持低盐限水饮食的 CHF 患者再入院的风险明显增加($OR=2.147$),提示了饮食习惯是心衰再次入院的一个重要因素。心衰患者出院后的管理和治疗是一项长期艰巨复杂的任务,日常生活中低盐限水饮食的实施的的确很不容易,但只有坚持低盐饮食的生活方式,控制每日盐摄入量小于 2 g,才能有效降低心衰患者再次入院率,这需要医生、患者及家属等密切配合和长期的努力才能养成良好的饮食习惯。

药物治疗依然是慢性心力衰竭的首要治疗措施,对于治疗缓解出院的 CHF 患者,药物治疗的依从性起尤为关键作用^[8,10]。有文献报道:除了饮食习惯,患者对药物治疗方案不依从也是导致其再入院率高的一个主要原因^[11-12]。药物治疗依从性好,能够有效减轻心脏负荷,提高心排量,阻止心肌重构,延长缓解时间,从而有效地减少再入院的发生。本研究结果显示:出院后药物治疗依从性差是影响 CHF 患者再入院的独立危险因素之一,说明临床医师对 CHF 患者出院后,应重点指导其出院后药物的持续性服用,引导患者养成主动遵医嘱服用药物的习惯,提高患者的药物治疗依从性,要求患者家属积极监督患者的服药情况,减少患者出现漏服、忘记服药的情况,从而降低患者再入院率。

目前发现多数患者及家属认为本病为慢性病,只要按时服药就没必要定期去门诊进行复查,导致病情变化不能及时发现,心功能恶化而再次入院^[13]。本研究结果也证明了这一点,结果发现,至心内科就诊频

率高的患者再次入院率危险性是至心内科就诊频率低患者的 1.882 倍($95\%CI:1.107\sim3.211$)。因此,临床医师在出院时,除了要告知患者及家属心衰病程的特点、治疗用药情况等,应嘱咐患者坚持定期心内科门诊随访复查,以达到长期有效的治疗目的,减少再次入院,这个过程需要患者及家属与医生的积极配合,但对改善患者生活质量、降低再入院率、病死率和医疗费用具有重要作用。

综上所述,影响 CHF 患者再入院的相关因素较多,本研究结果发现无家庭陪护人员、未坚持低盐限水饮食习惯、出院后药物治疗依从性差及至心内科就诊频率低是影响 CHF 患者再入院的独立危险因素。针对这些因素对 CHF 患者出院后进行有针对性的干预措施,有效的家庭陪护,坚持低盐饮食的生活方式,培养患者良好的药物治疗依从性,制定周密的出院后复诊计划,不仅能够有效降低患者再次入院率,更能够提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] Betihavas V, Davidson PM, Newton PJ, et al. What are the factors in risk prediction models for rehospitalisation for adults with chronic heart failure[J]. Aust Crit Care, 2012, 25(1):31-40.
- [2] Kovaleva IuV, Kirichenko AA. The renal artery resistive index is an integral marker of renal dysfunction in patients with chronic heart failure[J]. Vestn Rentgenol Radiol, 2012, 68(4):15-20.
- [3] 段美华,邹扬丹,邓国华,等. 肾功能不全对慢性充血性心衰预后的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(16):2577-2578.
- [4] Maeder MT, Rickli H, Pfisterer ME, et al. Incidence, clinical predictors, and prognostic impact of worsening renal function in elderly patients with chronic heart failure on intensive medical therapy[J]. Am Heart J, 2012, 163(3):14407-14414.
- [5] O'Meara E, Khairy P, Blanchet MC, et al. Mineralocorticoid receptor antagonists and cardiovascular mortality in patients with atrial fibrillation and left ventricular dysfunction; in sights from the Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure Trial[J]. Circ Heart Fail, 2012, 5(5):586-593.
- [6] 仇静波,汪小华,李伟,等. 自我管理干预对慢性心衰患者预后影响的 Meta 分析[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(10):916-918.
- [7] Lynga P, Persson H, Hagg-Martinell A, et al. Weight monitoring in patients with severe heart failure (WISH). A randomized controlled trial[J]. Eur J Heart Fail, 2012, 14(4):438-444.
- [8] Ghali JK, Kadakia S, Cooper R, et al. Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. Traits among urban blacks[J]. Arch Intern Med, 1988, 148(9):2013-2016.
- [9] 杨新春,那开宪,陈瑾. 心力衰竭临床与实践[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:394-395.
- [10] 戴海文,虞意华,严静,等. 开展心力衰竭高危人群和心衰患者健康教育的必要性[J]. 心脑血管病防治, 2010, 10(2):129-131.
- [11] Bui AL, Ahmanson GC. Home monitoring for heart failure management[J]. J Am Coll Cardiol, 2012, 59(2):97-104.
- [12] Lainscak M, Blue L, Clark AL, et al. Self-care management of heart failure; practical recommendations from the patient care committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology[J]. Eur J Heart Fail, 2011, 13(2):115-126.
- [13] 何丽芸,顾虹虹,郁晔,等. 上海青浦区 2004-2011 年心脑血管疾病死亡率分析[J]. 实用预防医学, 2013, 11(4):497-499.

收稿日期:2017-03-30