

论著·临床研究

# 个案管理联合正念减压疗法对心力衰竭易损期患者的应用效果研究\*

刘贤秀, 顾玉琴<sup>△</sup>, 贺倩, 陈晓瑜, 林纯

(广州医科大学附属第二医院心内科, 广东 广州 510000)

**[摘要]** 目的 探讨个案管理(CM)联合正念减压(MBSR)疗法对心力衰竭易损期患者的应用效果。方法 采用便利抽样法招募心力衰竭易损期患者 90 例,以随机数字表法分为对照组、个案组和联合组,每组 30 例。对照组患者采用常规心力衰竭护理,个案组患者采用心力衰竭 CM,联合组患者采用心力衰竭 CM 联合 MBSR 疗法。比较 3 组患者出院 3 个月后焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、自我感受负担量表(SPBS)评分,以及明尼苏达心力衰竭生活质量量表(MLHFQ)评分及再入院率。结果 干预 3 个月后,联合组 SAS、SDS、SPBS、MLHFQ 评分及再入院率均低于对照组及个案组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 CM 联合 MBSR 疗法能降低心力衰竭易损期患者再入院率,并改善其心理状态及生活质量。

**[关键词]** 心力衰竭; 易损期; 个案管理; 正念减压; 生活质量

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.09.008 中图分类号:R541

文章编号:1009-5519(2023)09-1474-04

文献标识码:A

## Application effect of case management combined with mindfulness based stress reduction therapy in patients with vulnerable heart failure\*

LIU Xianxiu, GU Yuqin<sup>△</sup>, HE Qian, CHEN Xiaoyu, LIN Chun

(Department of Cardiology, the Second Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou, Guangdong 510000, China)

**[Abstract]** **Objective** To explore the application effect of case management(CM) combined with mindfulness based stress reduction (MBSR) therapy in patients with vulnerable heart failure. **Methods** A total of 90 patients with vulnerable heart failure were recruited using convenience sampling method, and randomly divided into the control group, the case group, and the combination group using a random number table method, with 30 patients in each group. The control group received routine heart failure care, the case group received heart failure CM, and the combination group received heart failure CM combined with MBSR therapy. The scores of the self-rating anxiety scale (SAS), self-rating depression scale (SDS), self-perceived burden scale (SPBS), as well as the Minnesota heart failure quality of life score (MLHFQ) and readmission rate among the three groups of patients three months after discharge were compared. **Results** After three months of intervention, the SAS, SDS, SPBS and MLHFQ scores, and readmission rate of the combination group were lower than those of the control group and the case group, with statistically significant differences ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The CM combined with MBSR can reduce the readmission rate, improve their psychological status and quality of life in patients with vulnerable heart failure.

**[Key words]** Heart failure; Vulnerable period; Case management; Mindfulness based stress reduction; Quality of life

心力衰竭是各心脏疾病进展的晚期阶段,《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》指出提高生活质量是心力衰竭治疗的目标之一<sup>[1]</sup>。心力衰竭易损期的处

理是影响心力衰竭患者疾病进展及生活质量的关键节点。出院后 2~3 个月内,心力衰竭患者常因心脏因素、非心脏性共病(如焦虑、抑郁)、自身因素及系统

\* 基金项目:广州医科大学附属第二医院护理科研基金项目(A202016)。

作者简介:刘贤秀(1991—),本科,主管护师,主要从事心血管内科护理工作。△ 通信作者,E-mail:491904617@qq.com。

因素(如出院随访不足)导致病情加重影响生活质量<sup>[2]</sup>。因此,心力衰竭易损期患者出院后仍需要延续性护理来进行病情监测及自我护理指导。个案管理(CM)是一种多学科协作的护理模式,有助于为患者提供连续性和协调性护理,在慢性患者的延续性护理中被广泛运用<sup>[3]</sup>。心力衰竭患者往往有焦虑、抑郁、心理负担等心理问题,因此心理干预尤其重要。正念减压(MBSR)是基于正念倡导患者进行自我压力管理、自我控制及自我改进,从而减轻焦虑、抑郁等负面情绪对疾病的不利影响<sup>[4]</sup>。因此,本研究运用 CM 联合 MBSR 疗法对心力衰竭易损期患者进行干预,探讨其在改善患者心理状态、提高生活质量方面的应用效果,以期为中心力衰竭易损期管理提供参考依据。

## 1 资料与方法

**1.1 研究对象** 选取 2020 年 9 月至 2021 年 6 月在本院心内科住院的 90 例心力衰竭患者。纳入标准:(1)符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》心力衰竭阶段 C 诊断标准<sup>[1]</sup>;(2)NYHA 心脏功能 I~IV 级;(3)能使用手机参与线上课程。排除标准:(1)诊断认知、运动、精神及沟通障碍;(2)正接受其他方式心理干预。剔除 MBSR 训练次数不达标或失访患者。采用便利抽样法,以随机区组多个率比较样本量估算公式<sup>[5]</sup>计算,取  $\alpha=0.05$ (双侧), $\beta=0.10$ , $v=k-1=2$ ,预期失访率=10%,算出每组病例数为 30 例。采用随机数字表法将 90 例患者分为对照组、个案组、联合组,每组 30 例。本研究已获得本院医学伦理委员会审批通过,患者及家属知情同意参与本研究。

## 1.2 方法

### 1.2.1 护理方法

**1.2.1.1 对照组** 采用常规心力衰竭护理。住院期间,责任护士主要提供病情监测、心力衰竭症状护理、健康教育、心理疏导等护理服务及出院指导;出院后 1 周、3 个月,护士通过电话回访了解患者康复状况。

**1.2.1.2 个案组** 在心力衰竭护理基础上采用 CM。(1)CM 小组由专科医生 2 名、心脏康复师 1 名、心血管专科护士 1 名、健康管理师 1 名、主管护师 4 名及院内多学科会诊团队组成。(2)参照相关研究<sup>[6]</sup>制定 CM 程序。①入院管理:健康管理师在患者入院 24 h 内完成《心力衰竭个案管理表》信息采集,评估患者病情、心力衰竭诱发因素、用药及生活方式情况,同时完成首次心理状态及生活质量问卷调查。②住院管理:基于患者档案和病情,CM 团队成员参与完成制定个性化的住院方案;专科护士每天评估患者心功能、心力衰竭体征、出入量及生化指标等,指导责任护士落实心力衰竭护理、运动康复、健康教育路径直至康复

出院。③出院计划:健康管理师在患者出院前 1 d 评估其心力衰竭自我监测及护理能力并完成《心力衰竭出院前评估表》,护士通过视频及现场教学,指导患者及家庭照护者血压测量、水肿、气促症状评估、诱因预防等知识技能并指导使用心力衰竭自我监测记录本,家庭照护者进行监督。④随访计划:在患者出院后 1、2 周,1、2、3 个月,护士通过电话了解患者血压、体重、心力衰竭症状、服药依从性、心血管不良事件等情况并进行健康指导。

**1.2.1.3 联合组** 采用心力衰竭 CM 联合 MBSR 疗法。CM 同个案组。参考 MBSR 认证教师孙玉静课程拟定《心力衰竭正念减压网络课程表》及实施方案,由经 MBSR 培训的健康管理师授课。(1)时间安排。每周二 14:30—16:30 采用钉钉直播,课时安排 MBSR 1 h,家庭作业分享 1 h。(2)课程表安排。第 1 周:以感觉身体为主题,练习身体扫描;第 2 周:以察觉呼吸为主题,进行正念呼吸练习;第 3 周:以同时感受身体与呼吸为主题,练习正念式瑜伽;第 4 周:以感受当下为主题,进行静坐冥想练习;第 5 周:以停止-观察-接受为主题,练习行走冥想;第 6 周:以处理困难为主题,练习静坐冥想;第 7 周:以最舒适的方式与自己相处为主题,形成自己不同生活场景中应用的正念方式,如身体扫描、正念呼吸、正念式瑜伽、行走冥想等任意一种或联合几种方式;第 8 周:以承认和改变为主题 练习自己所融合的正念方式。(3)家庭作业。患者居家练习频次要求 0.5~1.0 h/d,≥3 次/周。(4)依从性监督。查阅钉钉平台参加网络课的统计量,提醒未参与者观看回放视频,要求 2 d 内完成并打卡;每周电话随访 1 次,了解患者 MBSR 练习的坚持程度、心功能。(5)运动安全标准。护士评定患者心功能调整个人正念训练方式。告知患者居家训练以不出现胸闷、气促、心悸等不适应为宜。

**1.2.2 评价指标** 出院 3 个月后由随访护士通过电话回访记录和收集以下指标数据:(1)心理状态指标。采用焦虑自评量表(SAS)<sup>[7]</sup>、抑郁自评量表(SDS)<sup>[8]</sup>及自我感受负担量表(SPBS)<sup>[9]</sup>评定。SAS、SDS 均采用 4 级评分法。焦虑程度分为轻、中、重度,其分级结果为 50~59、60~69、≥70 分。抑郁程度分为轻、中、重度,其分级结果为 53~62、63~72、≥73 分。SPBS 采用 5 级评分法,其正常,轻、中、重度负担评定结果为 10~19、20~29、30~39、40~50 分。(2)明尼苏达心力衰竭生活质量量表(MLHFQ)<sup>[10]</sup>,采用 6 级评分法,生活质量随分数的增加而降低。(3)心力衰竭易损期再入院率:出院 3 个月内再住院的患者例数/总病例数×100%。

**1.3 统计学处理** 应用 SPSS22.0 软件对数据进行录入和统计学分析, 检验水平  $\alpha=0.05$ 。计数资料以频数描述, 率的组间比较采用  $\chi^2$  检验, 理论频数  $1 < T < 5$  改用 Fisher 确切概率法, 组间率的检验存在差异则进行多重比较 ( $\chi^2$  分割); 计量资料以  $\bar{x} \pm s$ 、 $M(P_{25}, P_{75})$  描述, 组间比较采用单因素方差分析, 组间存在差异时进行多重比较, 方差齐选用 LSD- $t$  检验, 方差不齐采用 Kruskal-Wallis 秩和检验。干预措施有效度采用效应量计算表示差异强弱程度, 方差分析

中, 采用效应值  $\eta^2$  表示。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 3 组患者一般资料比较** 联合组研究期间有 3 例患者因无法坚持 MBSR 训练而退出, 脱落率达 3.33%, 最后完成研究患者 87 例, 其中对照组 30 例, 个案组 30 例, 联合组 27 例。3 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。见表 1。

表 1 3 组患者一般资料比较

项目	对照组(n=30)	个案组(n=30)	联合组(n=27)	F/ $\chi^2$ /Z	P
年龄( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	64.70 $\pm$ 12.50	63.23 $\pm$ 14.10	58.19 $\pm$ 12.30	1.032	0.151
性别(男/女 n/n)	18/12	21/9	16/11	0.909	0.635
病程( $\bar{x} \pm s$ , d)	11.07 $\pm$ 4.76	10.17 $\pm$ 4.36	9.19 $\pm$ 4.32	1.247	0.293
既往住院[M(P <sub>25</sub> , P <sub>75</sub> ), 次]	0(0, 1)	0(0, 1)	0(0, 1)	0.130	0.937
左心室射血分数( $\bar{x} \pm s$ , %)	50.86 $\pm$ 6.40	49.01 $\pm$ 13.68	51.82 $\pm$ 2.74	0.282	0.755
B 型脑利钠肽[M(P <sub>25</sub> , P <sub>75</sub> ), pg/mL]	679.81(322.27, 1 808.75)	954.06(528.21, 1 430.63)	923.55(358.23, 1 863.91)	1.033	0.597

**2.2 3 组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较** 干预前, 3 组患者的 SAS、SDS 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。干预后, 3 组患者 SAS 评分低于干预前, 个案组、联合组患者 SDS 评分低于干预前, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 3 组患者 SAS、SDS 评分比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ , 效应值:  $\eta^2 = 0.262$ ;  $P < 0.05$ , 效应值:  $\eta^2 = 0.189$ ), 组间两两比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 3 组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	40.25 $\pm$ 6.98	38.38 $\pm$ 5.93 <sup>a</sup>	41.08 $\pm$ 10.43	40.29 $\pm$ 8.79
个案组	30	41.32 $\pm$ 6.22	33.18 $\pm$ 5.88 <sup>ab</sup>	42.25 $\pm$ 10.74	36.32 $\pm$ 7.15 <sup>ab</sup>
联合组	27	41.44 $\pm$ 8.94	30.00 $\pm$ 5.79 <sup>abc</sup>	41.42 $\pm$ 8.18	31.31 $\pm$ 6.79 <sup>abc</sup>

注: 与同组干预前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组同指标比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ ; 与个案组同指标比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

**2.3 3 组患者干预前后 SPBS、MLHFQ 评分比较** 干预前, 3 组患者 SPBS、MLHFQ 评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。干预后, 个案组、联合组患者 SPBS、MLHFQ 评分均低于干预前, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 3 组患者 SPBS、MLHFQ 评分比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ , 效应值:  $\eta^2 = 0.164$ ;  $P < 0.05$ , 效应值:  $\eta^2 = 0.159$ ), 组间两两比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

**2.4 3 组患者易损期再入院率比较** 干预后, 3 组患

者心力衰竭易损期再入院率比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ , 效应值: 列相关系数 = 0.295), 见表 4。

表 3 3 组患者干预前后 SPBS、MLHFQ 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	SPBS 评分		MLHFQ 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	22.37 $\pm$ 7.26	22.50 $\pm$ 6.58	34.07 $\pm$ 16.20	33.00 $\pm$ 16.70
个案组	30	25.73 $\pm$ 9.70	19.17 $\pm$ 6.53 <sup>ab</sup>	33.43 $\pm$ 17.30	25.53 $\pm$ 13.83 <sup>ab</sup>
联合组	27	24.44 $\pm$ 6.70	15.93 $\pm$ 4.95 <sup>abc</sup>	35.59 $\pm$ 17.96	18.04 $\pm$ 11.18 <sup>abc</sup>

注: 与同组干预前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组同指标比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ ; 与个案组同指标比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

表 4 3 组患者心力衰竭易损期再入院率比较

组别	n	易损期再入院[n(%)]	$\chi^2$	P
对照组	30	8(26.67)	7.118	0.032
个案组	30	2(6.67)		
联合组	27	1(3.70)		

**3 讨 论**

近年来, 心力衰竭易损期患者管理越来越受到学者关注, 帮助患者安全过度至心力衰竭稳定期除药物治疗外, 连续、整体、针对性的护理干预对改善患者心理状态及生活质量尤其重要, 而个性化的锻炼计划、抑郁症干预措施和混合协作护理干预措施是最有希望的候选方案<sup>[11]</sup>。

本研究将 CM 联合 MBSR 疗法应用于心力衰竭

易损期患者护理中,结果发现联合组 SAS、SDS、SPBS、MLHFQ 评分及再入院率均低于对照组及个案组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),与甘春霞等<sup>[6]</sup>研究结果一致。说明 CM 联合 MBSR 能降低心力衰竭易损期再入院率,并改善患者心理状态及生活质量。心力衰竭易损期再入院风险高,本研究结果显示,干预 3 个月后,通过 CM 联合 MBSR 疗法的联合组再入院率(3.70%)低于个案组(6.67%)及对照组(26.67%)。分析原因:MBSR 疗法可提高患者治疗积极性,通过档案管理、制定出院计划、定期回访提高患者自我护理能力及依从性,规范服药减缓心力衰竭进展,发现症状加重及时就医从而降低再入院风险。有临床数据表明,焦虑、抑郁、心理负担等心理问题与心血管不良事件的发生呈正相关<sup>[8]</sup>,而心力衰竭患者往往伴有上述心理问题。本研究结果显示,干预后联合组患者 SAS、SDS 评分均低于个案组和对照组。分析原因:个案管理通过延续性系统支持,提供电话咨询服务解决患者顾虑使其释放焦虑、抑郁情绪,MBSR 疗法引导心力衰竭患者不对自己的疾病作价值判断,转变接受的态度与心力衰竭“和平相处”,起到缓解其焦虑、抑郁的效果。心力衰竭患者常因经济压力及担心影响照顾者而产生内疚、自责,形成心理负担。本研究通过 CM 调动家庭照护者积极参与使心力衰竭患者获得家庭支持,MBSR 疗法增强前额叶皮质的活跃度减轻其对压力的反应,增强情绪调节,经联合干预后,联合组 SPBS 评分均低于个案组和对照组,说明 CM 联合 MBSR 能减轻患者自我感受负担。此外,心力衰竭易损期患者的生活质量与其心力衰竭症状、精神状况和多次入院有密切关系。崔巍巍等<sup>[12]</sup>研究说明 CM、MBSR 均可提高心力衰竭患者生活质量水平,与本研究结果一致。正念冥想能降低心肌耗氧量促进心脏恢复,长期心觉察练习可改变大脑实质结构缓解心力衰竭症状的感受,从而提高舒适度<sup>[13]</sup>。CM 联合 MBSR 从多维度共同作用于心力衰竭易损期患者管理中,有助于解决易损期非心脏因素、患者因素及系统因素引起的负面情绪、反复住院等问题,从而达到改善生活质量的效果。

综上所述,CM 联合 MBSR 能降低心力衰竭易损期患者再入院率,并改善其焦虑抑郁、自我感受负担,提高其生活质量。基于心功能制定的个性化网络 MBSR 疗法,安全有效,方便易行,值得推广。

#### 参考文献

- [1] 王华,梁延春. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.
- [2] FONAROW G C, ABRAHAM W T, ALBERT N M, et al. Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes: Findings from OPTIMIZE-HF [J]. Arch Intern Med, 2008, 168(8): 847-854.
- [3] HARRIS R C, POPEJOY L L. Case management: an evolving role [J]. West J Nurs Res, 2019, 41(1): 3-5.
- [4] ZOU H, CAO X, GHAI R J, et al. Effects of mindfulness-based interventions on health-related outcomes for patients with heart failure: A systematic review [J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2020, 19(1): 44-54.
- [5] 方积乾. 卫生统计学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2012:316.
- [6] 甘春霞,瞿广素,周蓓,等. 个案管理联合规律随访在心力衰竭易损期患者院外管理中的应用[J]. 重庆医学,2019,48(7):1207-1209.
- [7] 梁艺,张景昌,黄学成,等. 心理干预对冠心病慢性心力衰竭合并焦虑、抑郁患者的疗效分析[J]. 中国临床医生杂志,2017,45(2):47-49.
- [8] 金婷,张磊晶. 我国常用的抑郁自评量表介绍及应用[J]. 神经疾病与精神卫生,2017,17(5):366-369.
- [9] 杨欢,吴庆文. 自我感受负担量表的临床应用进展[J]. 护理研究,2012,26(7):587-588.
- [10] 朱燕波. 慢性心功能不全 QOL 量表(MLHFQ)中文译本的计量心理学评价[D]. 北京:北京中医药大学,2003.
- [11] BELNAP B H, ANDERSON A, ABEBE K Z, et al. Blended collaborative care to treat heart failure and co-morbid depression: Rationale and study design of the hopeful heart trial [J]. Psychosom Med, 2019, 81(6): 495-505.
- [12] 崔巍巍,陈远远,邝雨洁,等. 正念减压对射血分数中间值心力衰竭患者生活质量及焦虑抑郁的影响研究[J]. 护士进修杂志,2020,35(3):214-217.
- [13] MAY R W, BAMBER M, SEIBERT G, et al. Understanding the physiology of mindfulness: aortic hemodynamics and heart rate variability [J]. Stress, 2016, 19(2): 168-174.