

综合健康教育与定期随访对提高县医院慢性心衰患者服药依从性的效果研究

张学琴

海原县中医医院 宁夏 中卫 755200

摘要：目的：探讨综合健康教育联合定期随访干预对县级医院慢性心力衰竭（Chronic Heart Failure, CHF）患者服药依从性的改善效果。**方法：**选取2023年6月至2024年6月期间在某县人民医院心内科住院并确诊为慢性心衰的120例患者作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组（n=60）和观察组（n=60）。对照组接受常规护理及出院指导，观察组在此基础上实施为期6个月的综合健康教育与定期随访干预。干预前后分别采用Morisky服药依从性量表（MMAS-8）评估患者服药依从性，并比较两组再住院率、心功能指标（NYHA分级、LVEF）、自我管理能力及生活质量（MLHFQ评分）的变化。**结果：**干预6个月后，观察组MMAS-8评分显著高于对照组（7.21±0.86 vs. 5.43±1.21, P < 0.001）；高依从性患者比例达85.0%（51/60），显著高于对照组的48.3%（29/60）（ $\chi^2 = 17.32, P < 0.001$ ）。观察组再住院率为10.0%（6/60），显著低于对照组的26.7%（16/60）（ $\chi^2 = 6.28, P = 0.012$ ）。观察组NYHA心功能分级改善、LVEF提升、自我管理能力评分提高及MLHFQ生活质量评分降低均优于对照组（P < 0.05）。**结论：**综合健康教育联合定期随访能显著提高县级医院慢性心衰患者的服药依从性，改善心功能，降低再住院率，提升自我管理能力与生活质量，值得在基层医疗机构推广应用。

关键词：慢性心力衰竭；服药依从性；健康教育；定期随访；县级医院

引言

慢性心力衰竭（CHF）作为复杂临床综合征，由心脏结构或功能异常引发，是多种心血管疾病终末阶段。当下，我国人口老龄化加剧，高血压、冠心病等基础疾病高发，CHF患病率不断攀升。《中国心力衰竭诊断和治疗指南（2024）》显示，我国CHF患者超1300万，5年死亡率超50%，严重威胁公众健康。规范持续的药物治疗是CHF管理核心，如“金三角”或“四联”方案，大量证据表明其可改善预后、降低死亡率与再住院风险^[1]。但临床实践中，CHF患者服药依从性普遍较低，县域地区因医疗资源匮乏、健康素养不高，问题更为突出，我国基层CHF患者服药依从性不足50%，严重影响治疗效果。县级医院作为三级医疗服务体系枢纽，承担大量CHF患者诊疗管理任务，但受人力、技术及患者教育体系不完善限制，传统“重治疗、轻管理”模式难提升患者长期服药依从性。近年来，以患者为中心的综合干预模式受重视，健康教育与定期随访被证实对慢性病管理有效，不过针对县级医院CHF患者，缺乏系统性、可操作性强且有高质量循证证据的干预方案。基于此，本研究拟在县级医院构建并实施包含个体化健康教育、家庭支持、用药指导及结构化随访的综合干预方案，评估其对CHF患者服药依从性等的影响，为优化基层CHF管理模式提

供依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取2023年6月至2024年6月在某县人民医院心内科住院并确诊为慢性心力衰竭的患者120例。纳入标准：（1）符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南（2024）》中CHF诊断标准；（2）年龄≥18岁；（3）NYHA心功能分级Ⅱ-Ⅲ级；（4）预计生存期>6个月；（5）意识清楚，能配合完成问卷调查及随访；（6）签署知情同意书。排除标准：（1）合并严重肝肾功能不全、恶性肿瘤、精神疾病或认知障碍；（2）近期（3个月内）接受心脏再同步化治疗（CRT）或植入式心脏复律除颤器（ICD）；（3）参与其他干预性研究。采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组，各60例。两组在年龄、性别、病程、基础疾病、NYHA分级、LVEF等基线资料方面差异无统计学意义（P > 0.05），具有可比性（见表1）。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组

接受常规护理及出院指导，包括：住院期间常规健康宣教、出院时口头及书面用药说明、常规复诊安排（通常为出院后1个月门诊复查）。

1.2.2 观察组

在对照组基础上,实施为期6个月的“综合健康教育+定期随访”干预方案,具体内容如下:

(1) 综合健康教育

个体化评估:入院24小时内由专职护士对患者进行健康素养、用药认知、心理状态及社会支持系统评估。

结构化教育内容:疾病知识:CHF病因、症状识别、危险因素;

药物知识:每种药物的作用、用法、剂量、常见不良反应及应对措施;

自我管理:体重监测、限盐限水、活动指导、症状预警(如呼吸困难加重、水肿等);

心理支持:焦虑抑郁情绪识别与应对,家属参与的重要性^[2]。

教育形式:采用“一对一讲解+图文手册+短视频”相结合的方式,确保信息可及性与理解度。出院前进行知识掌握度测试,未达标者强化教育。

(2) 定期随访

随访频率:出院后第1、2、4、8、12、24周进行电话或微信随访,第12周和24周安排门诊面对面随访。随访内容:

服药情况核查(是否漏服、自行停药、剂量调整);

症状变化(NYHA分级评估);

体重、水肿、血压等指标监测;

用药疑问解答与心理疏导;

强化健康行为(如限盐、规律服药)。

随访人员:由经过统一培训的心内科护士团队执行,使用标准化随访问卷记录。

1.3 观察指标

主要结局指标:服药依从性,采用Morisky服药依从性量表(MMAS-8)评估。总分0~8分,≥6分为高依从性,<6分为低依从性。

次要结局指标:

再住院率(6个月内因心衰恶化再次住院);

心功能指标:NYHA分级、左室射血分数(LVEF,通过超声心动图测定);

自我管理能力:采用慢性病自我管理量表(CSMS)评估,总分0~100分,分数越高管理能力越强;

生活质量:采用明尼苏达心衰生活质量问卷(MLHFQ),总分0~105分,分数越高生活质量越差。

所有指标均在干预前(基线)及干预6个月后进行评估。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本t检验;计数资料以频数(百分比)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基线资料比较

两组在年龄、性别、病程、高血压/糖尿病患病率、NYHA分级、LVEF等基线特征上差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组患者基线资料比较($n = 60$)

项目	观察组	对照组	t/χ ² 值	P值
年龄(岁)	68.2±9.3	67.5±10.1	0.41	0.682
男性[n(%)]	34(56.7)	32(53.3)	0.13	0.718
病程(年)	4.2±2.1	4.0±2.3	0.52	0.605
高血压[n(%)]	45(75.0)	43(71.7)	0.18	0.671
糖尿病[n(%)]	22(36.7)	20(33.3)	0.16	0.689
NYHAⅡ级[n(%)]	38(63.3)	36(60.0)	—	—
NYHAⅢ级[n(%)]	22(36.7)	24(40.0)	0.15	0.698
LVEF(%)	42.3±6.8	41.7±7.2	0.48	0.632

2.2 两组干预前后服药依从性比较

干预前,两组MMAS-8评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预6个月后,观察组MMAS-8评分显著高于对照组(7.21 ± 0.86 vs. 5.43 ± 1.21 , $t = 9.87$, $P < 0.001$)。观察组高依从性患者比例为85.0%(51/60),显著高于对照组的48.3%(29/60) ($\chi^2 = 17.32$, $P < 0.001$)。

2.3 两组再住院率比较

干预期间(6个月内),观察组因心衰恶化再住院例(10.0%),对照组16例(26.7%),两组差异有统计学意义($\chi^2 = 6.28$, $P = 0.012$)。

2.4 两组心功能及生活质量指标比较

干预6个月后,观察组NYHA分级改善更显著(Ⅱ级比例由63.3%升至83.3%),LVEF提升幅度更大(45.6 ± 6.2 vs. 42.1 ± 6.9 , $P < 0.01$)。观察组CSMS自我管理能力评分显著高于对照组(82.4 ± 9.3 vs. 68.7 ± 11.5 , $P < 0.001$),MLHFQ生活质量评分显著低于对照组(32.1 ± 10.4 vs. 48.6 ± 13.2 , $P < 0.001$)。

表2 两组干预6个月后主要指标比较($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	t值	P值
MMAS-8评分	7.21±0.86	5.43±1.21	9.87	<0.001
LVEF(%)	45.6±6.2	42.1±6.9	3.12	0.002
CSMS评分	82.4±9.3	68.7±11.5	7.45	<0.001
MLHFQ评分	32.1±10.4	48.6±13.2	7.89	<0.001
再住院率[n(%)]	6(10.0)	16(26.7)	6.28	0.012

3 讨论

3.1 综合干预显著提升服药依从性

本研究结果显示,观察组在实施综合健康教育与定期随访后,MMAS-8评分及高依从性比例均显著优于对照组。这一结果与国内外多项研究一致。CHF患者服药依从性受多重因素影响,包括对疾病认知不足、药物复杂性、经济负担、不良反应恐惧及缺乏社会支持等。本研究通过个体化健康教育,系统性地纠正患者对药物作用的误解,明确每种药物的必要性,并通过图文、视频等多模态方式提升信息接收效率^[3]。同时,定期随访不仅起到监督作用,更通过持续的情感支持与问题解答,增强患者治疗信心与自我效能感,从而形成“认知—行为—习惯”的良性循环。

3.2 降低再住院率,改善临床预后

观察组6个月内再住院率显著低于对照组(10.0%vs.26.7%),这直接体现了干预措施的临床价值。CHF再住院不仅增加患者痛苦与经济负担,也是预后不良的重要预测因子。良好的服药依从性可确保神经内分泌阻断治疗的持续性,有效延缓心室重构,减少急性失代偿事件。此外,随访中对体重、水肿等早期预警信号的监测,使患者能在症状恶化前及时调整药物或就医,避免病情急剧进展。

3.3 提升自我管理能力与生活质量

CHF管理的核心是“医患合作、患者主导”。本研究中观察组自我管理能力评分显著提高,表明综合干预不仅关注“服药”这一单一行为,更致力于培养患者整体健康管理能力。通过教育患者识别症状、监测体重、合理饮食与活动,使其从“被动接受者”转变为“主动管理者”^[4]。这种能力的提升直接转化为生活质量的改善,MLHFQ评分的显著降低印证了患者在生理、心理及社会功能层面的全面获益。

3.4 县级医院实施的可行性与推广价值

本研究在县级医院开展,干预措施由现有护理团队执行,未引入昂贵设备或复杂技术,具有高度可操作性

与成本效益。在当前“分级诊疗”与“健康中国”战略背景下,提升基层慢性病管理能力至关重要。本模式可作为县级医院CHF管理的标准化路径,未来可通过信息化手段(如微信小程序、智能药盒)进一步优化随访效率,扩大覆盖人群。

3.5 研究局限性

本研究存在以下局限:(1)单中心研究,样本量有限,可能存在选择偏倚;(2)随访期仅6个月,长期效果有待验证;(3)未对不同亚组(如不同文化程度、经济水平)进行分层分析。未来需开展多中心、大样本、长期随访的随机对照试验,并探索基于人工智能的个性化干预策略。

4 结论

综合健康教育联合定期随访干预能显著提高县级医院慢性心力衰竭患者的服药依从性,有效改善心功能,降低再住院率,并提升患者的自我管理能力与生活质量。该模式操作性强、成本可控,适合在基层医疗机构推广应用,对优化我国县域慢性心衰管理体系、实现“以治病为中心”向“以健康为中心”转变具有重要实践意义。

参考文献

[1]白丽梅.个体化健康教育在护理慢性心衰患者中的实施价值分析[C]//中国生命关怀协会.关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(上)--肿瘤患者全流程营养护理实践专题.河间市人民医院心内科;,2025:315-317.

[2]伏饶,孙党红.随访信息平台联合全程健康教育在老年慢性心衰患者中的应用效果[J].航空航天医学杂志,2021,32(10):1253-1254.

[3]张颖.个体化健康教育对慢性心衰患者康复的影响[J].中国城乡企业卫生,2024,39(10):77-80.

[4]史轶,李晓霞.药师随访助力慢性心衰患者药物治疗管理[J].中国现代应用药学,2021,38(15):1855-1859.