

2015年1月，美国心脏学会（AHA）发布了《2015心力衰竭转移管理科学声明》（简称科学声明）。美国在已有详尽的心力衰竭诊断和治疗指南（2013年）之后，为什么又出台了科学声明？该科学声明的背景如何？其目的是什么？有哪些主要内容？对我国临床有哪些重要启示？

事实上，转移服务指的是一种个体化的干预，并非单纯的搬运，还包括将患者转移中涉及的各种相关活动、安排和保障等以确保患者始终得到有效和良好的治疗。在家庭治疗的患者伴心脏相关疾患约有42%，其中很多再住院是可避免的。降低再住院似并不能依赖提供更多的医疗服务。服务的类型、服务的深度和广度、提供服务过程中的沟通、服务的质量监控等比单纯增加良好的服务更为重要。这一科学声明对心衰转移的复杂性作了详细回顾，各种相关人员包括患者本人都要了解，其立足点是要获得最佳临床获益和最佳临床结局。

美国AHA心衰患者转移管理科学声明解读

心衰管理无缝衔接应为“新常态”

▲ 南京医科大学第一附属医院 黄峻



科学声明十项要点

科学声明要求将30 d再入院作为心衰管理的一个医疗指标，使医疗服务机构必须提高效率和采用综合的管理方法。为了达到目标需要过渡方案。



黄峻 教授

由于转移服务是连接于心衰患者住院服务和家庭照料之间的桥梁，已成为一种综合和系统管理的必不可缺的重要环节，成为心衰的“新常态”。故了解转移服务的科学内涵，在可靠的研究基础上进行充分的讨论，提出具体要求和规范，十分重要。

美国声明对我国的启示

有人认为我国心衰的管理尚处于初级阶段，基层和第一线医师心衰规范化诊治的普及和继续教育尚有待加强；由于医疗体制的限制，医院和院外的治疗难以有效衔接，现在谈论心衰患者的转移管理为时过早，也不现实。其实这是误解和误读。

科学声明让我们看到心衰管理的意义，这不仅是一项系统工程，且需巨细无遗地关注每个环节和细节，才能维系心衰患者的脆弱的平衡，避免和减少出现一次次的失代偿。

我国已发表多个关于心衰的指南和专家共识，如2010年的急性心衰诊治指南、2009年的β受体阻滞剂在心血管病应用的专家共

识、2014年的中国心衰诊治指南等，建立了心衰规范化工作的标准。

我国的指南已明确要求在出院前应做患者教育，出院后应进行随访（每月1次）和重点随访（每3个月1次），还要求开展心衰康复训练并已制订和推荐具体实施方案，在一些有条件单位进行的康复训练取得了初步成效。心衰医疗服务提供者即各地基层医院和一线医师的心衰专项培训正在有序进行。继2008年开始的“卫生部十年百项心衰规范化工作”，近几年对各地中青年医师的专业化培训业已开始，并逐步推向全国。我国正在缩短与欧美国家的差距，结合国情，许多事情现在就可以去做。

心衰住院已成为公共卫生和社会问题

心衰的特点之一是病情易反复，经积极治疗可以逐渐稳定下来，受到各种因素（诱因）影响又会加重，出现失代偿的临床表现，需要进一步治疗包括住院治疗。此种需住院治疗的心衰实际上就是急性心衰的一种常见类型，即慢性心衰急性失代偿。急性心衰主要有两种类型，

一种是初发急性心衰，约占心衰20%，另一种就是失代偿性慢性心衰，约占80%。

美国老年心衰住院数量巨大，过去十年心衰住院率无改变。据Medicare资料显示，2006-2008年心衰患者的30 d全因住院率为24.7%。由于全因住院率未见降低，这一指标仍

需继续评估和监测，并确定那些高危人群。

2013年美国心衰防治指南有很长篇幅的章节专注于住院心衰的处理，内容实为急性心衰。美国近十年统计，心衰住院的耗费高于其他心血管病，心衰的再住院不只是专业学术问题，也是严峻的公共卫生和社会问题。

心衰再住院率是一重要评估指标

评估心衰的治疗效果可采用5项指标：全因死亡、心血管死亡、因心衰再住院、心脏性猝死率和生活质量评定。前两项指标是在各种心血管病治疗中广泛应用并得到普遍公认的指标。心脏性猝死率也十分重要，因为这是心衰死亡的主要模式之一。心衰患者发生猝死十分常见，在心功能Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ级患者中猝死在死亡模式中分别占到2/3、1/2和1/3。因此，心衰治疗的主要目标之一是降低猝死率。当然，生活质量评定也很重要，心衰患者生活质量很差，不如心肌梗死后患者，甚至也不如慢性肾功能衰竭而需要作透析的患者。能够改善和提高生活质

量的治疗举措都值得期待，值得肯定。

为什么再住院率受到重视，并在评估心衰预后的指标中列为第三位？心衰患者如果反复住院，一而再，再而三，其病情一定在进展，治疗效果一定较差，其预后肯定不良，死亡率一定较高，降低再住院率的意义也就显而易见了。

近几年美国出院后的医疗服务不断增加，但再住院率并未降低。年龄≥65岁出院至长期治疗的人群已从2000年的17%显著增加至2010年的21%。这一人群2005年的30 d再住院率为26%。30 d再住院率用作评价医疗服务水平的指标，这就让医疗服务者倍感压力，因

此要改善工作效率和提高整体服务水平。美国十分重视出院后30 d的再住院率，为此作出不懈的努力。美国ACC近几年坚持推动“H to H”（从医院到家庭）项目，旨在通过对心衰患者连续、不间断的管理，提高治疗效果，降低再住院率，并已取得显著的成效。这一项目实际上将心衰出院后管理作为一个系统工程，尽力调动医院、社区、家庭医师、护士、家庭成员和社会各种医保提供者等的力量，将心衰患者管理好。科学声明正是基于该背景下产生的，旨在进一步做好心衰患者从医院到家庭的转移工作，确保治疗不中断，治疗效果不减损。

心衰患者转移的过渡方案是指在患者从一个环境转移到另一个环境（通常是从医院到家庭的转移）时的个体化干预措施和方案，包括多项内容。

在多元回归分析控制患者特征差异后，有3个因素是30 d心衰再入院的重要预测因子：左心室功能评估、戒烟和每年心衰住院次数。

心衰患者出院后的管理方案包括8项内容：电话随访、患者教育、自我管理、体重监测、限钠或饮食建议、运动建议、药物评估，以及社会和心理支持。

出院后的管理分为：诊所治疗（诊所中的心衰药物一级管理）、多学科治疗（由多名医护人员提供多项医护服务）和个体化管理模式（旨在早期、强化出院后监测）。

与常规管理相比，通常的临床管理模式未能降低再入院和死亡，但个案管理模式改善了晚期死亡率（出院后≥6个月）。个体化管理和多学科治疗方案改善了早期（<6个月）和晚期心衰再入院率和全因再入院率。

直接参与指导干预的人一般是护士。患者教育的内容包括饮食、心衰体征和症状、自我管理期望和药物咨询教育等。

大多数方案包括出院后48-72 h期间首次电话随访，大多数随访是在出院后7-10 d内。在一项报告中，46%的患者对饮食和自我管理的理解和依从方面存在问题。

为了改善药物的有效治疗和后续管理，需要为医护人员提供有效的通信工具。

最佳过渡方案可以减少再入院治疗、临床不良事件风险、改善患者满意度。

心衰管理方案应该考虑慢性心衰高危患者的过渡治疗补充方案。

第一，建立专业的心衰团队。包括心衰专业知识内科医师、康复师和有经验的护士等。这样的团队不仅大医院有，市县级医院也要有。

第二，要落实基层医师的工作责任制。城市的社区医院医师和乡镇卫生院医师承担着照护回家的心衰患者的责任。许多患者基础疾病较重、病程较长，或合并各种其他疾病，易致病情反复甚至失代偿。基层医师对这些患者应提供密切的随访、持续的关注和照护。

第三，要建立双向转诊制。出现失代偿或其他复杂情况时，患者应由基层医师推介至大医院心衰专科医师，调整和制订新的治疗方案。经治疗病情稳定的患者，再由专科医师移转给基层医师。这种双向接力可确保治疗的连贯性，提高疗效。

第四，医保要提供优惠的政策支持。包括方便患者获得长期基本治疗所需的各种药物、降低自支的比例和减轻经济负担、将康复训练纳入医保支付范围之中等。