

重症心力衰竭患者从医院到社区的连续性管理 1 例

杨冉¹, 马力^{2*}

(1.北京市西城区广外社区卫生服务中心 全科医疗科,北京 100055;2.首都医科大学附属北京天坛医院 全科医疗科,北京 100070)

【摘要】对1例B型利钠肽大于5000 ng/L的扩张型心肌病(dilated cardiomyopathy, DCM)患者进行从住院期间的诊疗到出院后社区慢病管理,强调慢性心力衰竭用药指导及患者自我管理,实现了从三级医院到社区连续、系统、规范的诊疗及管理。为DCM慢性心力衰竭患者从住院到出院后社区慢病管理提供了个体化的解决方案。

【关键词】B型利钠肽;慢病管理;扩张型心肌病;慢性心力衰竭

【中图分类号】R541.6

【文献标识码】B

【文章编号】1672-3384(2020)03-0077-03

Doi:10.3969/j.issn.1672-3384.2020.03.016

Continuous management for severe heart failure from hospital to community: a case report

YANG Ran¹, MA Li^{2*}

(1.Department of General Practice, Xicheng District Guang Wai Community Health Service Center, Beijing 100055, China; 2.Department of General Practice, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100070, China)

1 病例介绍

患者,女,78岁。主因“心悸10余天”于2019年6月13日于首都医科大学附属北京天坛医院(以下简称该院)就诊。10余天前于该院急诊科行肠梗阻手术后出现心悸,伴乏力,可平躺,无咳粉红色泡沫样痰,无胸痛、大汗,给予对症治疗(具体不详)后好转。近10 d患者反复出现心悸伴乏力,多为活动或情绪激动后出现,休息后可缓解,心电图提示心房颤动,查B型利钠肽(B-type natriuretic peptide, BNP)大于5000 ng/L,考虑存在心律失常、心功能不全,给予注射用硝普钠扩张血管、去乙酰毛花苷注射液强心治疗后效果不佳,为进一步治疗收住该院全科医疗科。患者自发病以来,神志清,精神可,饮食、睡眠欠佳,体重无明显变化。

既往史:扩张型心肌病(dilated cardiomyopathy, DCM)8年,规律服用沙库巴曲缬沙坦钠片 25 mg qd;

螺内酯片 20 mg qd 治疗。房颤病史1年,规律服用利伐沙班片 15 mg qd 治疗。糖尿病病史10年,平素服用阿卡波糖片 50 mg tid 治疗。慢性肾功能不全1年,慢性肝功能不全1年。肠梗阻术后10余天。否认吸烟、饮酒史。

查体:体温 36.2 °C,脉搏 90 次,呼吸 20 次,血压 90/64 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),正常面容,表情自如,嗜睡,查体合作,双肺未闻及明显干湿性啰音,心界增大,心率 119 次,心律绝对不齐, S1 强弱不等,各瓣膜听诊区未闻及明显杂音及心包摩擦音。腹平软,有纵行手术切口,有敷料覆盖,肝脾未触及, Murphy 氏征阴性,无压痛、反跳痛,肝脾肋下未及。肠鸣音 6 次,双下肢无水肿。

辅助检查①化验结果:6月13日,血常规[C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP) 12.61 mg/L,中性粒细胞相对值 80.21%],血生化[丙氨酸氨基转移酶(alanine transaminase, ALT) 85.5 U/L,白蛋白(albu-

作者简介:杨冉,女,硕士,医师;研究方向:全科医学;E-mail:1131698419@qq.com

*通信作者:马力,女,博士,主任医师;研究方向:全科医学;E-mail:Mali_ttyy@126.com

min, ALB) 31.2 g/L, 血尿素氮(blood urea nitrogen, BUN) 19.3 mmol/L, 肌酐(creatinine, Cr) 101.7 μ mol/L, 估算的肾小球滤过率(estimated glomerular filtration rate, eGFR) 49.18 mL \cdot min⁻¹ \cdot 1.73m⁻², 血糖 8.77 mmol/L, D-二聚体(D-dimer, DD) 12 mg/L; 6月14日, 血生化[ALT 68.8 U/L, ALB 30.4 g/L, BUN 17.2 mmol/L, Cr 98.6 μ mol/L, 低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein-cholesterol, LDL-C) 1.43 mmol/L, 钾 3.7 mmol/L, 血糖 6.75 mmol/L, 糖化血红蛋白(hemoglobin A1c, HbA1c) 7.7%]; 6月15日, 血生化(ALT 正常, ALB 22.8 g/L, Cr 97.4 μ mol/L, 钾 3.4 mmol/L); 6月17日, 钾 3.41 mmol/L; 6月20日, 血生化[ALT 正常, ALB 33.9 g/L, BUN 7.8 mmol/L, Cr 118.8 μ mol/L, eGFR 40.76 mL \cdot min⁻¹ \cdot 1.73m⁻², 钾 4.07 mmol/L]; 6月24日, 血常规(中性粒细胞相对值 51.9%), 血生化[ALT 正常, ALB 34.0 g/L, BUN 11.7 mmol/L, Cr 150 μ mol/L, eGFR 30.64 mL \cdot min⁻¹ \cdot 1.73m⁻², 血糖 3.82 mmol/L]。②心电图: 心率 119 次; 快速室率房颤伴室内差异传导或室性早搏。③床旁超声心动图: 符合 DCM 声像图表现; 射血分数 26%。④床旁胸片: 两肺纹理重; 左上肺小结节; 心影大。⑤胸部 CT: 两肺散在感染及慢性感染灶; 右下肺陈旧性病变; 两肺门饱满合并点状钙化灶; 纵膈内多发淋巴结, 部分稍大; 心脏大, 心包积液; 两侧胸膜广泛不规则增厚; 双侧胸腔积液, 右侧为著; 甲状腺右叶低密度结节。⑥出入量及 BNP 值: 6月13日至15日, 每日出入量负平衡 1000 mL 以上, BNP 从 6885.7 ng/L 逐渐降至 3695 ng/L; 6月16日至24日, 每日出入量波动在 -800~577 mL, BNP 降至 2738 ng/L。

2 诊疗过程

2.1 住院治疗

入院后给予一级护理、氧气吸入、记出入量、导尿、心电监护, 静脉注射呋塞米利尿、去乙酰毛花苷注射液降低心室率、盐酸多巴胺注射液改善血流动力学、那曲肝素钙注射液抗凝、单硝酸异山梨酯片扩张血管、艾司奥美拉唑镁肠溶片抑酸、注射用头孢他啶抗炎、水飞蓟素胶囊和多烯磷脂酰胆碱注射液护肝治

疗。入院第2天心率先降至80次左右, 血压维持在90/60 mmHg左右。停用盐酸多巴胺注射液、那曲肝素钙注射液及单硝酸异山梨酯片, 加利伐沙班片抗凝, 酒石酸美托洛尔片、螺内酯片、沙库巴曲缬沙坦钠片改善预后, 氯化钾缓释片补钾治疗。依据患者出入量情况调节呋塞米注射液用量, 入院第2天呋塞米共用60 mg, 24 h 出入量为 -1673 mL。入院第3天复查BNP 3695 ng/L, 较前明显下降。患者ALB 22.8 g/L, 给予静脉应用人血白蛋白注射液10 g qd, 连续应用5 d后复查ALB升至33.9 g/L, 停用人血白蛋白。患者血压控制平稳, 波动范围83~103/60~76 mmHg, 心率70~80次, 入院第4天去乙酰毛花苷注射液改为地高辛片0.125 g qd口服治疗。患者入院第3天至第6天逐渐减少静脉注射呋塞米用量, 第7天改为口服呋塞米片, 监测出入量大致平衡, 入院第9天复查BNP 3684 ng/L。患者出现双下肢水肿, 右侧为著, 增加呋塞米片用量, 使患者出入量维持在 -500 mL 左右, 至住院第12天, 复查BNP 2738 ng/L, 双下肢水肿消失, 将沙库巴曲缬沙坦钠片25mg qd调量至25 mg bid, 患者出院。

2.2 社区管理

患者出院1周后复查, 主诉乏力, 无明显胸闷、憋气等症状。查体: 脉搏70次, 血压90/60 mmHg, 双肺未闻及明显干湿性啰音, 心率92次, 心律绝对不齐, S1强弱不等, 腹平软, 双下肢无水肿。

社区管理措施包括: ①建立健康档案。收集患者的基本资料、临床症状、既往疾病、常用药物、饮食结构等相关信息; ②健康管理, 重视容量管理, 对患者临床症状、体征如呼吸困难、水肿、皮肤黏膜、尿量、体质量等进行评估, 教育患者记录出入量及体重, 每天称体质量、记出入量, 并嘱咐当一周内体质量增加2 kg应主动联系医师。同时教育患者限盐、限水; ③用药指导, 向患者及家属解释用药的必要性及药物不良反应, 增加患者的依从性。地高辛片长期小剂量维持治疗, 因患者同时存在肾功能不全, 洋地黄中毒风险较高, 教育患者注意定期监测血药浓度, 避免发生洋地黄中毒。应用口服抗凝药需避免外伤、磕碰, 同时注意肝、肾功能对抗凝药物的影响。应用利尿剂应根据出入量情况及时调整利尿剂用量, 力求用至最小有效剂量^[1]。目前患者 β 受体拮抗剂尚未用至最大有效

量,应根据患者病情逐渐调整用量,谨防调药过程中心力衰竭加重。应用沙库巴曲缬沙坦钠片及螺内酯片应监测血压、血钠、血钾、肾功能等;④运动管理,在病情允许时制定个性化、符合患者实际情况的运动及心脏康复计划;⑤随访评估,评估患者是否危急及其他需要转诊的情况;无需转诊时评估其从上次随访至本次随访期间的症状、心率、心律、血压、心功能、营养状况、心理、药物应用及药物不良反应、心血管不良事件发生情况。定期复查包括血常规、肝功能、肾功能、电解质、心电图、胸片,必要时转诊上级医院完善BNP、心脏超声等检查。

3 讨论

3.1 住院治疗

DCM是一类以左心室扩大和收缩功能减低为特点的心肌疾病,临床上以心衰为主要表现,可出现各种心律失常和血栓栓塞性并发症,有较高的猝死发生率。结合患者DCM病史及典型心脏超声结果,DCM诊断明确。本例患者肠梗阻术后出现心悸、乏力等活动耐力减低的症状,入院时查BNP显著升高,但未出现典型急性左心衰及全心衰的表现,考虑与患者DCM病史较长,长期耐受有关。入院期间诊疗不仅需要应用去乙酰毛花苷注射液、呋塞米注射液等改善症状的药物,还应在病情允许后及时加用能改善预后的药物如 β 受体拮抗剂^[2-4]、血管紧张素转化酶抑制剂/血管紧张素II受体拮抗剂/血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂、醛固酮受体拮抗剂^[3]。本例患者为射血分数降低的心衰,既往规律服用沙库巴曲缬沙坦钠片25 mg qd治疗,因行急诊手术而停用,故此次病情稳定后直接恢复应用,并根据病情调整为25 mg bid。

预防并发症也是心衰治疗的一个重要方面。患者心衰伴房颤,CHA₂DS₂-VASc评分为5分,HAS-BLED评分为3分,发生血栓栓塞性并发症的风险较高,需采用抗凝治疗,故当病情允许后恢复利伐沙班片抗凝治疗,应注意患者肾功能不全和肝功能受损对抗凝治疗的影响^[5]。

3.2 社区管理

出院后社区长期管理是慢性心衰治疗未来发展

趋势之一^[6]。Loo等^[7]研究发现,对慢性心衰患者进行社区管理可显著提高其生存质量并减少复发率。目前心衰的管理变得越来越复杂,其治疗药物种类多,容易出现严重不良反应及用药错误等情况^[8]。从本例患者住院期间出入量及BNP变化情况可以发现,出入量管理对于掌握患者病情进展非常重要,出院后亦应对患者进行出入量管理。心衰长期管理需兼顾心衰病因治疗、并发症防治等,此外还应包括运动^[9]、药物、营养等多种因素干预,充分利用社区医疗的方便及持续性特点,提高患者的用药依从性及治疗质量,使心衰患者在社区能够得到个性化、持续、系统、规范的管理及治疗。

综上所述,慢性心衰患者管理上比较复杂,三级医院与社区紧密联合,同时加强患者的自我管理,提高患者用药安全性及服药依从性,才能够改善患者生活质量和远期预后,减少再住院率。

【参考文献】

- [1] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.慢性心力衰竭基层诊疗指南(实践版2019)[J].中华全科医师杂志,2019,18(10):948-956.
- [2] Kotecha D, Flather M D, Altman D G, et al. Heart rate and rhythm and the benefit of beta-blockers in patients with heart failure[J]. J Am Coll Cardiol, 2017, 69(24): 2885-2896.
- [3] Kotecha D, Holmes J, Krum H, et al. Efficacy of β blockers in patients with heart failure plus atrial fibrillation: an individual-patient data Meta-analysis [J]. Lancet, 2014, 384 (9961): 2235-2243.
- [4] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.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.
- [5] Samir A. Atrial fibrillation 2: management[J]. Hospital Medicine, 2004, 65(9):546-552.
- [6] Davidson P M, Newton P J, Tankumpuan T, et al. Multidisciplinary management of chronic heart failure: principles and future trends[J]. Clin Ther, 2015, 37(10):2225-2233.
- [7] Loo D W Y, Jiang Y, Koh K W L, et al. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore [J]. Appl Nurs Res, 2016, 32:148-155.
- [8] 沈莹.慢性心力衰竭患者实施从医院到社区无缝隙护理管理模式的效果[J].当代医学,2017,23(1):24-25.
- [9] Henriette P, Ekman I, Swedberg K, et al. A pilot study and water restriction in patients with chronic heart [J]. Scan and Cardiov, 2010, 44(4):209-214.

收稿日期:2019-07-02

本文编辑:任洁