

## • 临床研究 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2025.07.021

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20250328.1900.027\(2025-03-31\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20250328.1900.027(2025-03-31))

# 社区管理模式应用于老年非瓣膜性心房颤动的效果评价<sup>\*</sup>

张云凤<sup>1</sup>,陈继群<sup>1</sup>,宋诗涛<sup>1</sup>,范 浩<sup>2△</sup>,关文莉<sup>3</sup>

(1. 合肥市第三人民医院老年医学科,合肥 230022;2. 安徽省芜湖市六郎镇社区卫生服务中心全科医学科,安徽芜湖 241111;3. 安徽省合肥市包河区同安街道社区卫生服务中心,合肥 230051)

**[摘要]** 目的 探讨社区管理模式对老年非瓣膜性心房颤动(NVAF)患者的影响,为社区老年 NVAF 患者的管理提供方法和思路。方法 本研究采用前瞻性随机对照方法,选取 2022 年 12 月至 2023 年 11 月在合肥市和芜湖市两个社区卫生服务中心就诊的 305 例老年 NVAF 患者为研究对象。采用随机数字表法随机分为对照组( $n=152$ )和试验组( $n=153$ ),对照组采取常规诊疗措施,试验组采取社区管理模式,两组均进行 6 个月的治疗。采用纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级评估患者的心功能,采用欧洲心律协会(EHRA)评分评估患者的房颤症状,采用 Morisky 服药依从性量表(MMAS-8)评估患者的服药依从性,采用一般自我效能感量表(GSES)评估患者的自我效能感;记录两组患者心室率,心血管危险因素的控制情况,抗凝药物使用率,出血及动脉栓塞发生率。结果 干预 6 个月后,试验组患者的 NYHA 心功能分级优于对照组,EHRA 评分及心室率低于对照组,MMAS-8、GSES 评分、血压、空腹血糖达标率和抗凝药物使用率高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );两组患者出血及动脉栓塞发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 社区管理模式可改善老年 NVAF 患者的症状及心功能、抗凝药物使用率、服药依从性,患者生活质量得到提升。

**[关键词]** 社区慢性病管理;非瓣膜性心房颤动;老年综合评估;抗凝;心血管危险因素**[中图法分类号]** R541      **[文献标识码]** A      **[文章编号]** 1671-8348(2025)07-1648-07

## Effect evaluation of community management model in elderly patients with non-valvular atrial fibrillation<sup>\*</sup>

ZHANG Yunfeng<sup>1</sup>, CHEN Jiqun<sup>1</sup>, SONG Shitao<sup>1</sup>, FAN Hao<sup>2△</sup>, GUAN Wenli<sup>3</sup>

(1. Department of Geriatrics, the Third People's Hospital of Hefei, Hefei, Anhui 230022, China; 2. Department of General Practice, Liulang Town Community Health Service Center, Wuhu, Anhui 241111, China; 3. Tongan Street Community Health Service Center, Baohe District, Hefei, Anhui 230051, China)

**[Abstract]** **Objective** To investigate the effect of community management model on elderly patients with non-valvular atrial fibrillation (NVAF), and to provide methods and ideas for the management of elderly patients with NVAF in community. **Methods** A prospective randomized controlled trial was conducted in 305 elderly patients with NVAF who visited two community health service centers in Hefei and Wuhu from December 2022 to November 2023. The patients were randomly divided into the control group ( $n=152$ ) and the experimental group ( $n=153$ ) by random number table method. The control group received routine diagnosis and treatment measures, while the experimental group adopted the community management model. Both groups were treated for 6 months. The New York Heart Association (NYHA) cardiac function classification was used to evaluate patients' cardiac function, the European Heart Rhythm Association (EHRA) score was used to assess patients' atrial fibrillation symptoms, the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) was used to evaluate patients' medication adherence, and the general self-efficacy scale (GSES) was used to assess patients' self-efficacy. The ventricular rate, control of cardiovascular risk factors, use rate of anticoagulant drugs, and the incidence of bleeding and arterial embolism were recorded in both groups. **Results** After 6 months of intervention, the NYHA cardiac function classification, EHRA score and ventricular rate control in the experimental group were better than those in the control group, and the patients' MMAS-8 and GSES scores were higher. The compliance rate of blood pressure and fasting blood glucose, and the use rate of antico-

<sup>\*</sup> 基金项目:合肥市第三人民医院院级科研项目(SYKY202409)。 △ 通信作者,E-mail:fh1631632024@163.com。

agulant drugs in the experimental group were higher than those in the control group. There was no statistically significant difference in the incidence of bleeding and arterial embolism between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** The community management model can improve the symptoms, cardiac function, use rate of anticoagulant drugs, and medication adherence of elderly NVAF patients, and enhance their quality of life.

**[Key words]** community chronic disease management; non-valvular atrial fibrillation; geriatric comprehensive assessment; anticoagulation; cardiovascular risk factors

心房颤动(简称房颤)是不一致的心房电活动导致心房无效收缩引起心律失常的一种表现。非瓣膜性房颤(non-valvular atrial fibrillation, NVAF)是指不合并二尖瓣中或重度狭窄,或有机械人工瓣膜的房颤<sup>[1]</sup>。近年来,房颤的发生率呈增长趋势,房颤发生率与年龄呈正相关性<sup>[2]</sup>。我国房颤的抗凝药物使用率在10%~50%,高危患者口服抗凝药物的比例虽然呈上升趋势,但仍远低于欧美发达国家<sup>[3-4]</sup>。房颤老年患者住院费用是健康老年人的9~23倍<sup>[5]</sup>,可见房颤大大增加了社会负担,此问题在基础疾病相对较多的老年人群中更加突出。

当前房颤的早期诊断及全程规范化管理是一项重大挑战,我国房颤管理存在一系列急需解决的问题,尚未形成规范的综合管理模式<sup>[6]</sup>。房颤患者在采取“四位一体”社区管理模式下,患者临床疗效更优,卒中发生率更低<sup>[7]</sup>。杨荣等<sup>[8]</sup>探索出“三级综合医院-社区医院”协同房颤管理模式,使房颤患者的治疗更加个体化和精细化。近年来,社区医疗机构的慢性病管理模式提升了高血压、糖尿病等慢性病患者的管理效率。而老年NVAF并发症多、致残率高,严重影响患者的生活质量,更需全程性、个体化、综合性的管理策略。目前,对房颤社区管理的研究一般以上海等发达地区为主,多是以抗凝和卒中为主要研究方向,缺乏综合的分析研究。

为了提高社区老年NVAF患者管理水平,探讨和进一步验证社区管理在老年NVAF患者症状改善、服药依从性、心血管危险因素的控制、自我效能感、抗凝药物的使用情况等方面的综合作用,本研究纳入合肥市和芜湖市两个社区卫生服务中心305例老年NVAF患者进行分析,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

纳入2022年12月至2023年11月于合肥市和芜湖市两个社区卫生服务中心诊治的305例老年NVAF患者作为研究对象。按照随机数表法分为常规诊疗模式组(对照组, $n=153$ )和社区管理模式组(试验组, $n=152$ )。纳入标准:(1)符合NVAF诊断标准(包括阵发性、长期持续性、永久性房颤);(2)年龄 $\geq 60$ 岁;(3)自愿接受医生的健康教育和用药指导,并签署知情同意。排除标准:(1)存在精神疾病等无法配合者;(2)拒绝参加本研究者。样本量计算公式如下:

$$n = 2 \times \{(\mu_a + \mu_b) \times \sigma / \delta\}^2 \quad \text{式①}$$

查表可知相对应值  $\mu_a = 1.96, \mu_b = 1.28; \sigma$  为两总体标准差的估计值,一般选择其中最大者带入公式。 $\delta$  为两样本均数的差值。根据相关数据估计,得知  $\sigma = 19.05, \delta = 7.55$ , 带入上述公式计算出  $n_1 = n_2 = 134$ , 考虑12%脱落率,最终取  $n = 150$ , 即每组需要的样本量至少为150例。本研究样本量符合要求。本研究通过了合肥市第三人民医院伦理委员会审批(审批号:2025LLWL010),患者均知情同意。

### 1.2 方法

老年NVAF患者在社区首次确诊NVAF即开始对其采取相应的干预措施。对照组根据目前诊疗规范进行治疗,具体如下。(1)详细记录患者一般资料和临床病史等信息,并进行房颤血栓/卒中危险度评分(CHADS2-VASc)评估;(2)通过家访或电话等方式进行随访,详细记录临床症状、服药情况、不良反应等,并安排下次随访时间。试验组在对照组的基础上采取社区管理模式,具体如下。(1)设置健康教育专职人员,通过微信、宣传册、大字报、科普视频等开展健康教育。社区卫生服务中心定期举办面对面健康教育讲座,每周1次,向患者及家属讲解房颤知识;(2)生活方式的干预,专职人员对患者进行健康生活方式宣教,如低盐饮食、戒烟、限酒、鼓励规律运动、控制体重等,每周通过电话、微信或家访形式了解患者的生活方式改变执行情况,对于未改善生活方式患者加强宣教,明确生活方式干预的重要性,对于影响健康的生活方式及时予指导纠正;(3)积极治疗合并疾病,尤其是高血压、糖尿病、心力衰竭等,充分掌握患者既往史、认知水平、随访信息等,记录患者血压、血糖、心率、心功能情况,鼓励患者居家监测血压、血糖、心率,通过电话、微信、门诊随访等形式反馈给专职人员,健康教育专职人员根据监测结果面对面予以健康行为指导,社区每周组织评估,对于血压持续 $\geq 140/90$  mmHg,或空腹血糖 $\geq 7$  mmol/L,或心室率 $\geq 100$ 次/min的患者,及时调整治疗方案,并加强监测频率。干预时间共6个月。

### 1.3 评估指标

#### 1.3.1 美国纽约心脏病协会(New York Heart Association, NYHA)心功能分级

采用NYHA心功能分级方法。I级:日常活动不受限制;II级:一般体力活动轻度受限,休息时无自觉症状;III级:体力活动明显受限,休息时无症状;IV级:不能从事体力活动,休息时也出现心衰症状。

### 1.3.2 欧洲心律协会(European Heart Rhythm Association, EHRA)评分

采用 EHRA 评分评估房颤和凝血。EHRA 评分 1 分表示无症状, 2 分表示轻度症状(日常活动不受影响), 3 分表示严重症状(日常活动困难), 4 分表示致残性症状(无法进行日常活动)。

### 1.3.3 Morisky 服药依从性量表(Morisky medication adherence scale-8, MMAS-8)评分

1986 年 MORISKY 编制药物依从性问卷, 2008 年在此问卷的基础重新修订, 产生了 MMAS-8<sup>[9]</sup>。经验证该量表在各种慢性病中均适用性, 包括糖尿病、心血管疾病等。8 个条目总分越高代表依从性越好。得分<6 分代表低依从性, 6~7 分代表中等依从性, 8 分代表高依从性<sup>[10]</sup>。

### 1.3.4 自我效能感量表(general self-efficacy scale, GSES)评分

GSES 由德国心理学家 SCHWARZER 等研制, 其把受试者的感觉、思维和行动作为评定指标。该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.75~0.94。共 10 个条目, 每个条目采用 4 分制评分<sup>[11]</sup>。总分 10~40 分, 得分越高表示自我效能感越高<sup>[12]</sup>。

### 1.3.5 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 评分

抗凝决策依据 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 评分: 男性 $\geq 2$

分、女性 $\geq 3$  分, 推荐抗凝治疗; 男性=1 分、女性=2 分, 个体化决策; 男=0 分, 女 $\leq 1$  分, 不推荐抗凝治疗。

### 1.3.6 其他指标

在安静状态下, 心室率由心电图采集, 血压由袖带式电子血压计采集。本研究中, 出血的定义涵盖皮肤黏膜、消化道、泌尿道出血等。卒中应符合相应的临床表现, 如偏瘫、失语、视觉障碍等, 并经头颅 CT/MRI 影像学检查证实。同时, 记录两组患者心室率控制情况、心血管危险因素的控制情况、NVAF 抗凝药物使用率, 并记录 6 个月内出血及动脉栓塞情况。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS24.0 软件进行数据分析, 计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示, 比较采用  $t$  检验; 计数资料采用率和百分比表示, 比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

### 2.1 两组患者一般资料比较

两组患者性别、文化程度、医保类型、婚姻状况、职业、吸烟、饮酒、房颤类型、伴随疾病、每周活动时间、患病时间、BMI、口服药物治疗、栓塞风险、出血风险情况比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较[n(%)]

项目	合计(n=305)	对照组(n=152)	试验组(n=153)	$\chi^2$	P
性别				0.004	0.952
男	160(52.46)	80(52.63)	80(52.29)		
女	145(47.54)	72(47.37)	73(47.71)		
文化程度				0.825	0.662
小学及以下	147(48.20)	71(46.71)	76(49.67)		
初中	95(31.15)	51(33.55)	44(28.76)		
高中及以上	63(20.66)	30(19.74)	33(21.57)		
医保类型				1.105	0.575
公费	26(8.52)	11(7.24)	15(9.80)		
自费	10(3.28)	4(2.63)	6(3.92)		
居民/职工医保	269(88.20)	137(90.13)	132(86.27)		
婚姻状况				1.492	0.474
未婚	13(4.26)	5(3.29)	8(5.23)		
已婚	222(72.79)	115(75.66)	107(69.93)		
丧偶	70(22.95)	32(21.05)	38(24.84)		
职业				1.485	0.444
农民	269(88.20)	131(86.18)	138(90.20)		
工人	27(8.85)	15(9.87)	12(7.84)		
其他	9(2.95)	6(3.95)	3(1.96)		
吸烟				0.365	0.546
否	257(84.26)	130(85.53)	127(83.01)		
是	48(15.74)	22(14.47)	26(16.99)		

续表 1 两组患者一般资料比较[n(%)]

项目	合计(n=305)	对照组(n=152)	试验组(n=153)	$\chi^2$	P
饮酒				0.415	0.520
否	255(83.61)	125(82.24)	130(84.97)		
是	50(16.39)	27(17.76)	23(15.03)		
房颤类型				0.328	0.567
阵发性	33(10.82)	18(11.84)	15(9.80)		
非阵发性	272(89.18)	134(88.16)	138(90.20)		
伴随疾病					
高血压	141(46.23)	68(44.74)	73(47.71)	0.272	0.602
糖尿病	39(12.79)	21(13.82)	18(11.76)	0.288	0.592
冠心病	173(56.72)	89(58.55)	84(54.90)	0.414	0.520
慢性阻塞性肺疾病	44(14.43)	23(15.13)	21(13.73)	0.220	0.639
每周活动时间				0.740	0.390
≤3.5 h	129(42.30)	68(44.74)	61(39.87)		
>3.5 h	176(57.70)	84(55.26)	92(60.13)		
患病时间				0.952	0.329
≤10 年	175(57.38)	83(54.61)	92(60.13)		
>10 年	130(42.62)	69(45.39)	61(39.87)		
BMI				1.576	0.455
正常	203(66.56)	96(63.16)	107(69.93)		
超重	69(22.62)	38(25.00)	31(20.26)		
肥胖	33(10.82)	18(11.84)	15(9.80)		
口服药物治疗					
美托洛尔	147(48.20)	78(51.32)	69(45.10)	1.181	0.277
普罗帕酮	25(8.20)	10(6.58)	15(9.80)	1.054	0.305
华法林	35(11.48)	20(13.16)	15(9.80)	0.844	0.358
新型口服抗凝药	51(16.72)	28(18.42)	23(15.03)	0.629	0.428
钙离子拮抗剂	97(31.80)	51(33.55)	46(30.07)	0.428	0.513
利尿剂	72(23.61)	41(26.97)	31(20.26)	1.905	0.168
阿司匹林	85(27.87)	39(25.66)	46(30.07)	0.737	0.391
氯吡格雷	43(14.10)	25(16.45)	18(11.76)	1.381	0.240
ACEI/ARB	165(54.10)	88(57.89)	77(50.33)	1.759	0.185
栓塞风险				3.405	0.182
低分险	36(11.80)	20(13.16)	16(10.46)		
中风险	73(23.93)	42(27.63)	31(20.26)		
高风险	196(64.26)	90(59.21)	106(69.28)		
出血风险				1.332	0.248
否	260(85.25)	126(82.89)	134(87.58)		
是	45(14.75)	26(17.11)	19(12.42)		

ACEI: 血管紧张素转化酶抑制剂; ARB: 血管紧张素受体拮抗剂。

## 2.2 NYHA 心功能分级比较

干预前, 两组 NYHA 心功能分级比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 干预后, 试验组相较于对照组心功能改善更明显, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见

## 表 2。

## 2.3 EHRA 评分

干预前, 两组 EHRA 评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。干预后, 试验组 EHRA 评分低于对照

组,差异有统计学意义( $P<0.001$ ),见表 3。

表 2 NYHA 心功能分级比较[n(%)]

时间	合计 (n=305)	对照组 (n=152)	试验组 (n=153)	$\chi^2$	P
干预前				1.527	0.127
I 级	96(31.48)	42(27.63)	54(35.29)		
II 级	109(35.74)	56(36.84)	53(34.64)		
III 级	90(29.51)	47(30.92)	43(28.10)		
IV 级	10(3.28)	7(4.61)	3(1.96)		
干预后				2.767	0.006
I 级	146(47.87)	62(40.79)	84(54.90)		
II 级	82(26.89)	43(28.29)	39(25.49)		
III 级	73(23.93)	43(28.29)	30(19.61)		
IV 级	4(1.31)	4(2.63)	0		

表 3 两组 EHRA 评分比较[n(%)]

时间	合计 (n=305)	对照组 (n=152)	试验组 (n=153)	$\chi^2$	P
干预前				1.686	0.092
1 分	85(27.87)	39(25.66)	46(30.07)		
2a 分	71(23.28)	33(21.71)	38(24.84)		
2b 分	74(24.26)	36(23.68)	38(24.84)		
3 分	62(20.33)	34(22.37)	28(18.30)		
4 分	13(4.26)	10(6.58)	3(1.96)		
干预后				3.287	0.001
1 分	132(43.28)	53(34.87)	79(51.63)		
2a 分	62(20.33)	32(21.05)	30(19.61)		
2b 分	70(22.95)	40(26.32)	30(19.61)		
3 分	32(10.49)	20(13.16)	12(7.84)		
4 分	9(2.95)	7(4.61)	2(1.31)		

## 2.4 MMAS-8 评分比较

干预前,两组 MMAS-8 评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后,试验组 MMAS-8 评分高于

对照组,差异有统计学意义( $P=0.001$ ),见表 4。

表 4 两组 MMAS-8 评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

时间	合计 (n=305)	对照组 (n=152)	试验组 (n=153)	t	P
干预前	3.89±1.74	3.79±1.77	3.99±1.72	-0.965	0.335
干预后	4.51±1.87	4.15±1.65	4.87±2.00	-3.442	0.001

## 2.5 GSES 评分比较

干预前,两组 GSES 评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后,试验组 GSES 评分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.001$ ),见表 5。

表 5 两组 GSES 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

时间	合计 (n=305)	对照组 (n=152)	试验组 (n=153)	t	P
干预前	25.34±8.90	24.78±9.22	25.90±8.56	-1.099	0.273
干预后	27.07±9.46	24.50±9.26	29.62±8.97	-4.905	<0.001

## 2.6 两组心室率比较

干预前,两组心室率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后,试验组心室率较对照组低,差异有统计学意义( $P<0.001$ ),见表 6。

表 6 两组心室率比较( $\bar{x}\pm s$ ,次/min)

时间	合计 (n=305)	对照组 (n=152)	试验组 (n=153)	t	P
干预前	98.49±7.59	98.87±7.50	98.11±7.69	0.871	0.384
干预后	78.99±9.93	86.18±6.81	71.86±6.96	18.164	<0.001

## 2.7 心血管危险因素的控制

干预前,两组血压和空腹血糖达标率比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后,试验组血压、空腹血糖达标率较对照组更高,差异有统计学意义( $P<0.001$ )。干预前后两组在吸烟、饮酒、体育锻炼达标等心血管危险因素控制方面,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 7。

表 7 两组间心血管危险因素控制情况比较[n(%)]

项目	合计(n=305)	对照组(n=152)	试验组(n=153)	$\chi^2$	P
<b>血压达标</b>					
干预前	207(67.87)	100(65.79)	107(69.93)	0.774	0.439
干预后	269(88.20)	124(81.58)	145(94.77)	3.564	<0.001
<b>吸烟</b>					
干预前	257(84.26)	130(85.53)	127(83.01)	0.603	0.546
干预后	258(84.59)	130(85.53)	128(83.66)	0.451	0.652
<b>饮酒</b>					
干预前	255(83.61)	125(82.24)	130(84.97)	0.643	0.520

续表 7 两组间心血管危险因素控制情况比较[n(%)]

项目	合计(n=305)	对照组(n=152)	试验组(n=153)	$\chi^2$	P
干预后	261(85.57)	128(84.21)	133(86.93)	0.674	0.500
空腹血糖达标					
干预前	272(89.18)	134(88.16)	138(90.20)	0.572	0.567
干预后	288(94.43)	138(90.79)	150(98.04)	2.755	0.006
体育锻炼达标(每周 2.5 h)					
干预前	127(41.64)	66(43.42)	61(39.87)	0.628	0.530
干预后	114(37.38)	57(37.50)	57(37.25)	0.044	0.965
体育锻炼≥2.5 h/周达标。					

## 2.8 抗凝药物使用率

干预前,两组间抗凝药物使用率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后,试验组抗凝药物使用率高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.001$ ),见表 8。

表 8 两组抗凝药物使用率比较[n(%)]

时间	合计 (n=305)	对照组 (n=152)	试验组 (n=153)	$\chi^2$	P
干预前	78(25.57)	40(26.32)	38(24.84)	0.296	0.768
干预后	162(53.11)	63(41.45)	99(64.71)	4.063	<0.001

## 2.9 出血及动脉栓塞

随访过程中两组出血、动脉栓塞发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 9。

表 9 出血及动脉栓塞情况比较[n(%)]

项目	合计 (n=305)	对照组 (n=152)	试验组 (n=153)	$\chi^2$	P
出血	6(1.97)	4(2.63)	2(1.31)	0.693	0.448
动脉栓塞	1(0.33)	1(0.66)	0	1.010	0.498

## 3 讨 论

房颤主要导致动脉栓塞、心力衰竭等,致残率高,严重影响患者生活质量。房颤患者中 10%~40% 的患者需要每年住院治疗,20%~30% 的房颤患者合并左心功能不全<sup>[13]</sup>。目前房颤 ABC 管理路径给房颤的规范化管理提供了依据<sup>[14]</sup>,房颤的社区管理模式可明显减少患者因心血管疾病的再入院率,降低心血管死亡及出血的风险<sup>[15]</sup>。社区卫生机构是患者房颤首诊和慢性病管理的主要机构,而我国房颤社区化管理模式尚未形成。本研究尝试通过对老年 NVAF 患者采取社区管理模式,为疾病防治提供理论依据。

房颤 ABC 综合管理路径涵盖伴随疾病、心血管危险因素及不健康生活方式的管理。可对吸烟、饮酒、缺乏锻炼等危险因素和心血管疾病进行干预,可补充卒中预防措施,并减轻房颤负担及症状严重程度<sup>[16]</sup>。本研究中,老年 NVAF 患者干预后的血压达标率较管理前明显提高,与石继慧等<sup>[17]</sup>的研究结果一

致;干预后的空腹血糖控制亦优于干预前,与傅蓉等<sup>[18]</sup>关于房颤合并糖尿病自我管理的结论相符。但饮酒、吸烟、体育锻炼等健康生活方式改善不明显,原因可能为研究对象以农村人群为主,文化程度普遍较低,且健康教育中对生活方式改变的强调程度不及心血管危险因素,老年患者更易接受血压、血糖等可量化指标的管理理念。

NVAF 最主要的并发症是动脉栓塞,其风险是非房颤患者的 2~7 倍<sup>[19]</sup>。抗凝治疗是房颤治疗的基石,常用方法包括华法林、新型口服抗凝药 NOAC 及左心耳封堵术。本研究中,试验组患者干预前抗凝药物使用率 24.84%(38 例),干预后抗凝药物使用率升至 64.70%(99 例)。这一提升与以下因素有关:(1)传统抗凝药物华法林需频繁监测 INR 且易受药物、食物干扰,影响其代谢过程,农村老年患者使用不便,随着 NOAC(如利伐沙班、达比加群酯等)的普及及带量采购政策实施,药物价格下降,患者接受度提高;(2)社区医师对房颤抗凝指南的认知提升,对于存在抗凝指征的房颤患者建议抗凝治疗。

本研究中试验组管理前 NYHA 心功能分级Ⅲ/Ⅳ 级患者占比 30.06%,低于胡华超等<sup>[9]</sup>在重庆二、三级医院研究中的 76.3%,可能与社区患者病情较轻、稳定性较高有关。本研究中试验组采取社区管理模式干预后心功能分级为Ⅲ/Ⅳ 级的患者较干预前下降,与胡光玲等<sup>[10]</sup>关于多元护理降低心力衰竭发生率的研究结果一致。老年 NVAF 患者合并基础疾病相对较多,社区管理过程中应全面评估患者疾病状况,减少心血管危险因素,改善患者心功能,降低房颤及其并发症的发生风险,进而提高患者生活质量。

本研究中采取 MMAS-8 评分评估患者服药依从性,发现社区管理模式下患者服药依从性明显提高。与李宜铮等<sup>[11]</sup>指出健康教育可改善房颤患者依从性及 GSES 评分的结果一致。于晓燕等<sup>[12]</sup>通过研究进一步证实房颤患者服药信念提高后,服用抗凝药物依从性更好。临床医生需将知信行理念融入房颤管理,采取针对性措施提高患者服药依从性<sup>[20]</sup>。本研究提示,社区医务人员在慢病管理中提供健康教育和用药指导具有重要意义,可有助于改善治疗依从性和

疗效。

综上所述,社区管理能更好地改善老年 NVAF 患者症状,预防栓塞的发生,提高服药依从性,同时提升心血管危险因素效率。本研究为老年 NVAF 患者的社区管理方法和策略提供了参考。

## 参考文献

- [1] 谭琛.《2020 ECS/EACTS 心房颤动诊断和管理指南》解读[J].中国循证心血管医学杂志,2021,13(2):129-132.
- [2] 邓丹丹,朱蓓,侯莉.心房颤动的流行病学及预防措施[J].中国临床保健杂志,2021,24(6):737-741.
- [3] SHANG L,ZHANG Y,ZHAO Y,et al. Contemporary oral anticoagulant therapy of patients with atrial fibrillation in China: status, obstacles, and strategies for improvement[J]. Biosci Trends,2022,16(5):317-329.
- [4] CARLISLE M A,FUDIM M,DEVORE A D,et al. Heart failure and atrial fibrillation, like fire and fury[J]. JACC Heart Fail,2019,7(6):447-456.
- [5] COX J L,PARKASH R,ABIDI S S,et al. Optimizing primary care management of atrial fibrillation:the rationale and methods of the Integrated management program advancing community treatment of atrial fibrillation (IMPACT-AF) study[J]. Am Heart J,2018,201:149-157.
- [6] 刘艳丽,马力.社区心房颤动患者筛查及多学科协作的综合管理模式研究[J].中国全科医学,2020,23(7):774-778.
- [7] 李晓玲,何金爱,曾庆威,等.心房颤动患者发生抗凝相关出血的影响因素及评估研究进展[J].解放军护理杂志,2022,39(6):77-80.
- [8] 杨荣,刘长明,廖晓阳,等.三级综合医院联合社区医院开展心房颤动综合管理协同路径的探索与思考[J].中国全科医学,2021,24(1):36-39.
- [9] 胡华超,陈娴雅,谢思媛,等.心房颤动合并心力衰竭患者的临床特点及治疗现状分析的多中心研究[J].中国全科医学,2023,26(5):541-549.
- [10] 胡光玲,王静,王亚欣,等.多元协同护理在心房颤动患者中的应用[J].新乡医学院学报,2023,40(3):268-273.
- [11] 李宜铮,黄莉莉,马闪闪,等.微信 KAP 干预对心房颤动患者自我管理能力及服药依从性的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(19):25-28.
- [12] 于晓燕,曾伟.永久性心房颤动患者服药信念与服药依从性的调查研究[J].泰山医学院学报,2016,37(12):1376-1378.
- [13] 肖峰.基于心脏康复基地的心房颤动社区综合管理,提升社区卫生服务质量[J].中国全科医学,2022,25(32):4003-4004.
- [14] 姜莉,王娟,杨艳敏,等.符合 ABC 管理路径对中国急诊心房颤动患者预后的影响[J/CD].中华心脏与心律电子杂志,2022,10(3):133-140.
- [15] 曹文斋,张婷,钟德超,等.老年心房颤动患者社区管理方案[J].中国老年学杂志,2017,37(5):1236-1238.
- [16] HINDRICKS G,POTPARA T,DAGRES N,et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): the Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC[J]. Eur Heart J,2021,42(5):373-498.
- [17] 石继慧,王海怡,周文悦,等.75岁及以上心房颤动合并高血压病患者血压管理现状分析[J].中国医药,2022,17(11):1615-1618.
- [18] 傅蓉,刘泽金.自我管理教育对糖尿病合并心房颤动患者遵医行为的影响[J].中国基层医药,2010,17(7):983-984.
- [19] 彭琛,沈相福,卫静茹,等.不同剂量利伐沙班对高龄非瓣膜性心房颤动患者卒中预防效果及安全性评价[J].中国现代医学杂志,2022,32(13):81-86.
- [20] 程永梅,唐晓磊,吴义金,等.健康信念在非瓣膜性心房颤动患者疾病感知与服药依从性之间的中介效应研究[J].实用心脑肺血管病杂志,2023,31(5):106-111.

(收稿日期:2024-11-28 修回日期:2025-02-21)

(编辑:姚 雪)