

【循证护理】

慢性心力衰竭患者出院准备服务的最佳证据总结

梁美琼,白玛取次,周漪琪,陆小金,陈婉芝,周慧玉,李国琪
(中山大学孙逸仙纪念医院 心血管内科,广东 广州 510120)

[摘要] 目的 总结慢性心力衰竭患者出院准备服务的相关证据,为规范慢性心力衰竭患者出院准备服务提供依据。**方法** 系统检索国内外数据库中有关慢性心力衰竭患者出院准备服务的相关文献,文献类型包括指南、系统评价、临床决策、最佳实践、专家共识和随机对照研究。检索时限为建库至2025年4月。**结果** 纳入12篇文献,其中3篇指南、3篇专家共识、4篇系统评价和2篇随机对照研究,从团队组建、入院后早期评估、住院期间服务、出院前准备以及出院后追踪评价5个方面汇总出20条最佳证据。**结论** 本研究对慢性心力衰竭患者出院准备服务的最佳证据进行总结归纳,临床医护人员可对证据进行参考,紧密结合患者需求差异性,规范慢性心力衰竭患者出院准备服务,使患者出院结局得以改善。

[关键词] 慢性心力衰竭; 出院准备服务; 循证护理; 证据总结

[中图分类号] R473.54 **[文献标识码]** A **[DOI]** 10.16460/j.issn2097-6569.2026.04.036

Best evidence summary for discharge preparation services for patients with chronic heart failure

LIANG Meiqiong, BAIMA Quci, ZHOU Yiqi, LU Xiaojin, CHEN Wanzhi, ZHOU Huiyu, LI Guoqi
(Dept. of Cardiovascular Medicine, Sun Yat-sen Memorial Hospital, Guangzhou 510120, China)

Abstract: Objective To summarize the evidence on discharge preparation services for patients with chronic heart failure and provide reference for standardizing such services. **Methods** A systematic search was conducted in domestic and international databases for literature regarding discharge preparation services for patients with chronic heart failure, including guidelines, systematic reviews, clinical decisions, best practices, expert consensuses, and randomized controlled trials. The search period spanned from the inception to April 2025. **Results** Twelve articles were included, including three guidelines, three expert consensuses, four systematic reviews, and two randomized controlled trials. Twenty pieces of best evidence were summarized across five aspects: team formation, early assessment after admission, inpatient services, pre-discharge preparation, and post-discharge follow-up evaluation. **Conclusion** This study summarizes the best evidence for discharge preparation services for patients with chronic heart failure. Clinical medical staff can refer to this evidence, closely integrate it with the varying needs of patients, standardize discharge preparation services for patients with chronic heart failure, and thereby improve patient discharge outcomes.

Keywords: chronic heart failure; discharge preparation services; evidence-based nursing; evidence summary

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是指由于心肌、心包、心内膜、心脏瓣膜、血管等疾病或代谢紊乱导致的心脏结构或功能性疾病引起的损害心室充盈或射血能力的临床综合征^[1]。目前全球约有6 430万人患有心力衰竭,预计到2030年,心力衰竭患病率将上升至870万^[2-3]。在65岁以上的人群中,心力衰竭是最常见的住院原因,全球心力衰竭患者出院后30天和1年再入院率分别为13.2%和35.7%^[4-5]。CHF患者反复住院治疗,预后差,照护负担大,严重影响家庭的生活质量^[6]。出院准备服务是协助患者及家属从医院顺利过渡到院外的一系列延续性服务,最先由美国提出,并在世界各国推广应用^[7]。有

研究显示,出院准备服务能够提升患者自我护理能力,保证患者照护的连续性,降低CHF患者再入院率,提高患者生活质量^[8-9]。夏丽莉等研究发现通过实施出院准备服务方案,CHF患者的运动耐量可以得到明显改善,住院天数减少,具有显著的远期效果^[10]。国外关于CHF患者的出院准备服务正在逐渐完善和成熟,但仍存在一些不足。我国出院准备服务发展较晚,应用于CHF患者的出院准备服务较少,医务人员对出院准备服务缺乏认识,因此本研究提取慢性心力衰竭患者出院准备服务相关证据,旨在为照护者或医务人员提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 问题确立 根据PIPOST模式确定循证护理问题^[11],P(population):CHF患者;I(intervention):出院准备服务相关措施;P(professional):临床医务人员;O(outcome):患者住院时间、再入院率、患者满意度

[收稿日期] 2025-04-14

[基金项目] 广东省护士协会科研基金课题(gdshsxh2023ms87)

[作者简介] 梁美琼(1979-),女,广东江门人,本科学历,主管护师,区护士长。

[通信作者] 李国琪(1973-),女,安徽安庆人,本科学历,副主任护师,区护士长。E-mail:liguoqi09@163.com

等。S(setting):心内科病房;T(type of evidence):指南、系统评价、临床决策、最佳实践、专家共识、随机对照研究。

1.2 文献检索策略 根据“6S”证据模型从上至下检索BMJ最佳临床实践(BMJ Best Practice),国际指南协作网(Guidelines International Network,GIN),英国国家卫生医疗质量标准署(National Institute for Health and Care Excellence,NICE),世界卫生组织(World Health Organization,WHO),美国心力衰竭协会(Heart Failure Society of America,HFSA),美国心脏协会(American Heart Association,AHA),美国心脏病学会(American College of Cardiology,ACC),安大略省注册护士协会(Registered Nurses' Association of Ontario,RANO),欧洲心脏病学会(European Society of Cardiology,ESC),中华人民共和国卫生健康委员会,中华人民共和国民政部,Clinicalkey, JBI循证卫生保健中心数据库, The Cochrane Library, PubMed, Web of Science, Embase, 中国知网, 中国生物医学文献检索数据库, 万方数据库。英文检索词为“chronic heart failure”“discharge planning”“patient discharge”“discharge service”“post discharge”“transition care”“transitional care”“continuing care”。中文检索词为“心衰”“心力衰竭”“出院准备服务”“患者出院”“出院计划”。检索时间为建库至2025年4月。

1.3 文献纳入和排除标准 纳入标准:(1)研究对象是CHF患者;(2)干预措施涉及出院准备服务;(3)语种为英语或中文;(4)发表时间为建库至2025年4月;(5)文献类型为指南、系统评价、临床决策、最佳实践、专家共识、随机对照研究。排除标准:(1)文献内容不全或无法获取全文的文献;(2)重复发表的文献;(3)经评估后质量评价较低的文献。

1.4 文献质量评价标准 指南的评价由4名经过循

证护理培训的研究人员独立完成,其余文献评价由2名研究人员完成,出现分歧时,另一名研究人员参与讨论,使意见达成一致。根据临床指南研究与评价系统II(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II, AGREE II)对指南进行质量评价^[12]。如果≥3个的标准化百分比<30%,则指南质量等级为C级,不予以纳入。根据JBI循证卫生保健中心制定的对应的文献质量评价工具对系统评价、专家共识、最佳实践和随机对照研究进行质量评价,评价时各个条目可给出“是”、“否”、“不清楚”、“不适用”的判断^[13]。系统评价共有11个评价条目,若≥4个条目被评价为“否”、“不清楚”、“不适用”时,考虑文献质量较低,予排除。专家共识的质量评价条目为6个,当6个评价条目中任何一项被评为“否”、“不清楚”、“不适用”时,由小组成员讨论是否纳入。随机对照试验有13个评价条目,若≥5个条目被评价为“否”、“不清楚”、“不适用”时,考虑文献质量较低,予排除。

1.5 证据等级形成 采用JBI证据等级系统对纳入证据依据原始文献进行证据级别的划分^[14]。依据研究设计类型的不同,将证据等级划分为5个级别,1级质量最高,5级质量最低。当证据来源不同时,合并一致的证据,对于矛盾的证据,遵循高质量证据优先、循证证据优先、新发表的权威文献优先原则。对于同一证据有多个文献来源,且采用JBI证据等级系统评价后证据等级不一时,取最高等级描述。

2 结果

2.1 纳入文献的一般特征 初步检索出2 846篇文献,小组成员严格按照纳入与排除标准阅读文献标题、摘要、全文进行筛选,最终纳入12篇文献,其中3篇指南,3篇专家共识,4篇系统评价,2篇随机对照研究。纳入文献的一般资料见表1。

表1 纳入文献一般资料(n=12)

| 作者 | 发布年份 | 文献来源 | 文献主题 | 文献类型 |
|------------------------------|------|--------------|--------------------------------|--------|
| Sindone等 ^[15] | 2024 | PubMed | 优化心力衰竭住院后过渡期护理 | 指南 |
| Heidenreich等 ^[16] | 2022 | AHA/ACC/HFSA | 心力衰竭管理指南 | 指南 |
| McDonagh等 ^[17] | 2021 | ESC | 急性和慢性心力衰竭诊断和治疗 | 指南 |
| Fraser等 ^[18] | 2024 | PubMed | 心力衰竭住院患者的护理 | 专家共识 |
| Metra等 ^[19] | 2023 | ESC | 心力衰竭患者出院前及出院后早期管理 | 专家共识 |
| Albert等 ^[20] | 2015 | AHA | 心力衰竭过渡计划对患者健康结果的影响 | 专家共识 |
| Al Sattouf等 ^[21] | 2022 | PubMed | 过渡性护理干预对心力衰竭患者的作用 | 系统评价 |
| Li等 ^[22] | 2021 | PubMed | 护士主导的过渡性护理干预措施对心力衰竭患者医疗保健利用的影响 | 系统评价 |
| Mai Ba等 ^[23] | 2020 | PubMed | 心力衰竭患者过渡期护理 | 系统评价 |
| Vedel等 ^[24] | 2015 | PubMed | 心力衰竭过渡期护理 | 系统评价 |
| Alcoberro等 ^[25] | 2023 | PubMed | 护士主导的心力衰竭七步过渡干预计划的有效性 | 随机对照试验 |
| Zisis等 ^[26] | 2020 | PubMed | 以患者为中心的过渡期护理对心衰患者临床结局的影响 | 随机对照试验 |

注:美国心脏协会(American Heart Association,AHA),美国心脏病学会(American College of Cardiology,ACC),美国心力衰竭协会(Heart Failure Society of America,HFSA),欧洲心脏病学会(European Society of Cardiology,ESC)

2.2 文献质量评价结果

2.2.1 指南的质量评价结果 本研究共纳入3篇指

南^[15-17],具体质量评价结果见表2,质量均可,予纳入。

表2 纳入指南的方法学质量评价结果

| 纳入指南 | 各领域标准化得分(%) | | | | | | ≥60% 领域数(个) | ≤30% 领域数(个) | 评价 等级 |
|-------------------------------|-------------|------|------|------|------|------|----------------|----------------|----------|
| | 范围和目的 | 参与人员 | 严谨性 | 清晰性 | 应用性 | 独立性 | | | |
| Sindone 等 ^[15] | 72.2 | 88.9 | 52.1 | 47.2 | 52.1 | 87.5 | 3 | 0 | B |
| Heidenreich 等 ^[16] | 91.7 | 61.1 | 88.5 | 94.4 | 75.0 | 100 | 6 | 0 | A |
| McDonagh 等 ^[17] | 88.9 | 72.2 | 83.3 | 94.4 | 81.3 | 95.8 | 6 | 0 | A |

2.2.2 专家共识的质量评价结果 本研究共纳入3篇专家共识^[18-20],各条目评价均为“是”,研究设计较完整,整体质量较高,予纳入。

2.2.3 系统评价的质量评价结果 本研究共纳入4篇系统评价^[21-24]。Al Sattouf 等^[21]的研究条目6“是否有2名或2名以上的评价者独立完成质量评价?”和条目7“提取资料时是否采取一定的措施减少误差”的评价结果为“不清楚”,其余条目均评为“是”。Li 等^[22]的研究各条目评价结果均为“是”。Mai Ba 等^[23]的研究条目7“提取资料时是否采取一定的措施减少误差”的评价结果为“不清楚”,Vedel 等^[24]条目9“是否评价了发表偏倚的可能性”的评价结果为“不

清楚”,其余条目均评为“是”。4篇系统评价质量均可,予纳入。

2.2.4 随机对照研究的质量评价结果 共纳入2篇随机对照研究^[25-26]。Zisis 等^[26]的研究各条目评价结果均为“是”,Alcoberro 等^[25]评价结果中,条目4“是否对研究对象实施了盲法”和条目5“是否对干预者实施了盲法”的评价结果均为“不清楚”,其余条目均为“是”,质量尚可,予纳入。

2.3 证据汇总及生成 本研究最终形成20条证据,将出院准备服务归纳为团队组建、入院后早期评估、住院期间服务、出院前准备以及出院后追踪评价5大方面,见表3。

表3 慢性心力衰竭患者出院准备服务的证据总结

| 主题 | 证据内容 | 证据等级 |
|---------|--|------|
| 团队组建 | 1、组建多学科心力衰竭管理团队为心力衰竭住院患者提供出院准备服务,团队成员之间明确角色及职责,及时对患者病情进行沟通 ^[15-18,20] | 1a |
| 入院后早期评估 | 2、护士是出院准备服务的协调员及干预者,负责患者评估、健康教育及随访 ^[18,20,22] | 1a |
| | 3、住院患者均应接受出院准备服务,服务对象包括心力衰竭患者及其照护者 ^[20-21] | 1a |
| 住院期间服务 | 4、入院24 h内对患者进行出院风险评估及出院准备服务需求评估,评估内容包括患者症状、体征、药物治疗方案、认知状况、出院后可获得的支持等 ^[18-19,26] | 1b |
| | 5、入院后尽早评估患者治疗用药,根据指南推荐调整药物方案,出院前再次对患者用药清单进行审核及调整 ^[15,19-20,23] | 1a |
| | 6、根据患者入院评估情况,结合多学科团队成员的意见为患者制定出院计划,出院计划以患者为中心,计划内容应包括个体化护理计划、自我管理、药物优化、设备管理、体质量监测、运动和饮食建议 ^[15-17,24-25] | 1a |
| | 7、患者及其照护者应共同参与出院计划决策 ^[15] | 5b |
| 出院前准备 | 8、对患者及其照护者提供健康教育,为患者提供自我管理和共同决策所需要的知识和技能,内容包括心力衰竭的定义及治疗、药物管理、自我管理、症状识别 ^[15,18,20,22] | 1a |
| | 9、护士依据患者及其照护者的需求及健康素养进行健康教育,采用视频宣教、PPT、一对一授课、发放健康教育手册等多种健康教育方式增加患者兴趣 ^[15,18,20,23] | 1a |
| | 10、住院期间护士持续监测患者,根据患者合并症及实验室结果动态评估患者病情恶化风险,及时与多学科团队成员沟通,调整出院准备服务方案 ^[18] | 5b |
| | 11、为患者提供锻炼计划,指导患者进行心脏康复 ^[15,17,19] | 1a |
| | 12、出院前参考出院清单对患者出院准备情况进行审查,评估患者出院准备情况,再次核对患者药物,已进行的患者健康教育 ^[15,18] | 5a |
| 出院后追踪评价 | 13、出院前阶段进行多参数评估,包括临床评估、生物标志物和影像学评估 ^[19] | 5b |
| | 14、确认患者出院后可获得的照护和支持,做好护理转移,协助患者的跨环境管理 ^[15,18,20] | 5a |
| | 15、为患者提供以患者为中心的出院总结,内容包括随访计划、体重监测、心脏康复及症状恶化应对处理等出院信息 ^[16,24,26] | 1a |
| | 16、出院当天对患者进行一对一的健康教育和咨询,提供以患者为中心的出院指导 ^[19,24] | 2a |
| | 17、出院后早期随访是心衰患者过渡期护理的一种高级干预措施,出院后1~2周开始第1次随访是比较理想的 ^[15-23,25-26] | 1a |
| | 18、推荐将家访与随访(如电话,门诊和/或视频就诊)相结合,可有效降低再入院风险 ^[17,23,25] | 1b |
| | 19、第1次随访重新评估患者的临床参数与心力衰竭的症状,进行用药方案审查和相关实验室结果的复查,根据患者病情及是否有合并症等调整随访频率,适当加强或提供额外的健康教育 ^[15,19,26] | 1b |
| | 20、出院后通过家庭远程监测,提供数字健康信息,症状、体重、心率和血压等信息可以收集存储在电子健康记录中,帮助医务人员指导患者,以调整治疗或寻求进一步建议 ^[17-19,23] | 2a |

3 讨论

3.1 多学科管理计划在出院准备服务有着重要作用 心力衰竭是一个慢性综合性疾病,往往伴随其他并发症,治疗及照护是一个长期、综合性的过程。证据1~2提示CHF患者的出院准备服务需要医生、心血管专科护士、药剂师、营养师和社区卫生工作者等多个医疗保健提供者共同合作,实现协调的高质量护理,并且强调心血管专科护士在出院准备服务的多学科团队中发挥关键作用^[27]。作为多学科协作团队的重要组成部分,心血管专科护士入院时对CHF患者进行评估,为制定出院准备服务计划提供依据,同时提供患者住院期间疾病状态,促进患者与治疗团队之间的沟通,为CHF患者提供护理和健康指导,承担着沟通者、协调者、教育者等多重角色^[28-29]。Li等^[22]研究显示,护士主导的出院准备服务能够改善CHF患者临床结局,有效提升患者生活质量。多学科协作诊疗模式能够针对患者特点制定最佳治疗方案,提供程序性团队支持,确保了CHF患者从医院到家庭之间护理的连续性,对患者再入院结果产生了积极影响。今后可完善CHF多学科团队建设,为患者提供连续、高效的护理,协助患者的跨环境管理。

3.2 入院后早期评估,为出院准备服务计划制定提供依据 心力衰竭疾病进展、用药情况、合并症、症状控制对患者的治疗产生影响,不同患者需要采取的治疗方案及处理也因人而异。证据3~4总结了出院准备服务评估的时机及内容,评估应尽早开展,推荐入院后24 h内由多学科团队或经验丰富的心血管专科护士对CHF患者进行评估,确定患者及其照护者出院时可能存在的需求及问题,识别对出院准备服务需求较高的患者,根据患者需求进行出院准备服务^[24]。国外常用Weiss等^[30]的出院准备度需求评估量表作为慢性疾病患者筛查与评估工具,尚未有CHF患者专用筛查评估工具,未来可进一步开发适用于我国CHF患者出院准备服务筛查与需求评估工具。

3.3 医护人员开展院内期间的指导作用至关重要 证据5~11总结了住院期间需要为心力衰竭患者提供的服务,包括药物重整,CHF患者及照护者健康教育,实施运动康复计划。住院是提高CHF患者疾病赋权,学习疾病知识和技能的窗口期,也是提高主要照护者认知的窗口期^[31]。在此期间,要充分发挥心血管医护人员院内服务的指导作用,重视CHF患者过渡前的教育和指导,确保出院准备服务

的顺利实施。CHF患者自我管理能力不高,且需要长期的居家治疗,照护者承担较重的治疗负担,让患者及其照护者共同参与决策非常重要^[32]。因此,住院期间对患者及其照护者开展出院准备服务能提升其照护水平,减轻照护负担。健康教育内容包括对患者进行自我护理实践和症状管理方面的教育,包括药物依从性、运动和饮食建议、体质量监测以及识别和应对心力衰竭恶化的早期体征和症状的重要性^[15,33]。护理人员应充分考虑患者受教育水平和健康素养,采取针对性的健康教育方式及材料,例如对于高龄、理解能力较差的患者,建议使用宣教手册、图片等辅助工具,结合回授法等宣教方式,将宣教内容直观化、生动化,方便患者理解和记忆,提升出院指导质量^[15,34]。建议未来临床实践中,医务工作者应结合证据内容及临床实际情况规范化开展出院准备服务,以保障CHF患者获得全方位、个性化的出院准备计划支持。

3.4 完善出院前准备工作 CHF患者从医院过渡到家庭时会面临角色不足、角色转换和周围环境变化等带来的压力和不确定性,对患者生活质量造成负面影响^[31]。证据12~16总结了出院准备服务出院前衔接内容,包括出院当天依据出院清单核查患者出院准备情况及用药方案,给患者及其照护者提供便于理解的出院小结,再次对患者及其照护者提供一对一健康宣教。Fraser等依据2019年美国心脏病学会心力衰竭患者管理路径制定了明确定义的过渡护理模型和出院清单,这些措施有助于最大限度地减少CHF患者用药错误,提高安全性,并为护士实施出院准备服务提供了遵循的基本框架^[18,35-36]。对于出院后仍有进一步康复需求的患者,考虑转诊到具有医疗能力的下级医院或社区医院。目前,心力衰竭患者的出院转介服务尚不成熟,流程有待进一步完善,未来可以借助移动平台,加强医院—社区—家庭多环节的沟通,优化出院准备服务模式。

选择适宜的后续追踪方式以满足CHF患者个体化出院需求 心力衰竭是不可逆性疾病,伴随患者终身,患者不仅需要急性医疗,还需要持续的康复治疗。对心力衰竭患者应进行密切的随访,以确保治疗效果。证据17~19聚焦于患者出院后随访的建议,出院后定期进行随访并持续追踪评价,可以保障患者能遵循正确治疗,及时发现患者新存在的问题并予以再次指导,从而达到行为改变的最终目的,确保出院准备服务的延续性。出院后早期随访是CHF患者过渡性护理的一种高级干预措施,出院后

1~2周应进行第1次随访,对于再入院风险高的患者,随访频率应更加频繁。出院后电话随访是一种便捷有效的方式,用于提供教育和支持,出院后及早识别并发症并解答患者问题,建议医护人员提供电话随访了解CHF患者症状适应和居家照护情况^[36-37]。门诊随访也是一种重要的获取专业信息支持的方式,医护人员应指导患者出院后根据随访计划进行门诊随访,反馈居家康复情况及进一步诊疗计划。同时,建议心血管专科护士在患者出院回家后进行家庭访视, Van等^[38]的研究显示护士家访是减低CHF患者全因死亡率和全因再入院率的有效措施,但我国医疗资源紧张,农村偏远地区的社区医疗资源可及性差,限制此条证据的临床实用性。证据20提出可通过远程医疗对患者进行评估及监测,例如可穿戴或植入式传感器和远程医疗系统,使临床医生能够远程跟踪患者生命体征、体液状态和其他相关参数^[39]。今后可以借助线上随访平台以及智能应用程序等技术,提供远程医疗服务,进一步完善和优化出院准备服务的整体框架。

4 小结

本研究旨在深入探讨慢性心力衰竭患者出院准备服务,最终形成20条心力衰竭患者出院准备服务相关的循证证据,涵盖多学科团队合作、患者评估、住院健康指导、出院后追踪及随访5个维度,指导临床医务人员为患者提供科学、系统的出院准备服务。但本研究纳入的英文文献较多,由于国内外在系统环境、利益相关者偏好等方面存在差异,因此,在进行证据转化时应结合具体临床情景和患者意愿。证据总结是证据转化的第一步,未来需要进一步对证据与实际的差距进行审查,组建多学科循证实践团队,充分考虑心力衰竭患者出院准备服务需求的个体差异性,制定个体化方案,基于实施科学推动证据向实践转化。

[参 考 文 献]

- [1] 中国老年医学学会心电及心功能分会,中国医师协会心血管内科分会,中国心衰中心联盟专家委员会.慢性心力衰竭加重患者的综合管理中国专家共识 2022[J].中国循环杂志, 2022, 37(3): 215-225. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2022.03.003.
- [2] GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 [J]. Lancet, 2018, 392(10159): 1789-1858. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
- [3] Bozkurt B, Ahmad T, Alexander K, et al. HF STATS 2024: heart failure epidemiology and outcomes statistics an updated 2024 report from the Heart Failure Society of America[J]. J Card Fail, 2025, 31(1): 66-116. DOI: 10.1016/j.cardfail.2024.07.001.
- [4] Shahim B, Kapelios CJ, Savarese G, et al. Global public health burden of heart failure: an updated review[J]. Card Fail Rev, 2023(9): e11. DOI: 10.15420/cfr.2023.05.
- [5] Foroutan F, Rayner DG, Ross HJ, et al. Global comparison of readmission rates for patients with heart failure[J]. J Am Coll Cardiol, 2023, 82(5): 430-444. DOI: 10.1016/j.jacc.2023.05.040.
- [6] Kable A, Pond D, Hullick C, et al. An evaluation of discharge documentation for people with dementia discharged home from hospital - a cross-sectional pilot study[J]. Dementia (London), 2019, 18(5): 1764-1776. DOI: 10.1177/1471301217728845.
- [7] National Guideline Centre (UK). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation[M]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018.
- [8] Çavuşoğlu Y, Altay H, Nalbantgil S, et al. Pre-discharge and post-discharge management and treatment optimization in acute heart failure[J]. Turk Kardiyol Dem Ars, 2022, 50(5): 378-394. DOI: 10.5543/tkda.2022.22329.
- [9] Li Y, Fu MR, Fang J, et al. The effectiveness of transitional care interventions for adult people with heart failure on patient-centered health outcomes: a systematic review and meta-analysis including dose-response relationship[J]. Int J Nurs Stud, 2021(117): 103902. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103902.
- [10] 夏丽莉, 刘滢, 黄梅, 等. 老年慢性心力衰竭患者出院计划服务方案的建立和效果评价[J]. 护理学报, 2016, 23(17): 22-25. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2016.17.022.
- [11] 朱政, 胡雁, 邢唯杰, 等. 不同类型循证问题的构成[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(21): 1991-1994. DOI: 10.16821/j.cnki.hsxx.2017.21.025.
- [12] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care[J]. J Clin Epidemiol, 2010, 63(12): 1308-1311. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.001.
- [13] The Joanna Briggs Institute (JBI). Critical Appraisal Tools [EB/OL]. [2019-08-15]. <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>.
- [14] 王春青, 胡雁. JBI证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)[J]. 护士进修杂志, 2015(11): 964-967.
- [15] Sindone AP, Driscoll A, Audehm R, et al. Optimising transitional care following a heart failure hospitalisation in Australia[J]. Heart Lung Circ, 2024, 33(7): 932-942. DOI: 10.1016/j.hlc.2023.11.029.
- [16] Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on clinical practice guidelines[J]. Circulation, 2022, 145(18): e876-e894. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001062.
- [17] McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guide-

- lines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure[J]. *Eur Heart J*, 2021, 42(36): 3599–3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.
- [18] Fraser M, Barnes SG, Barsness C, et al. Nursing care of the patient hospitalized with heart failure: a scientific statement from the American Association of Heart Failure Nurses[J]. *Heart Lung*, 2024(64): e1–e16. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2024.01.007.
- [19] Metra M, Adamo M, Tomasoni D, et al. Pre-discharge and early post-discharge management of patients hospitalized for acute heart failure: a scientific statement by the Heart Failure Association of the ESC[J]. *Eur J Heart Fail*, 2023, 25(7): 1115–1131. DOI: 10.1002/ejhf.2888.
- [20] Albert NM, Barnason S, Deswal A, et al. Transitions of care in heart failure: a scientific statement from the American Heart Association[J]. *Circ Heart Fail*, 2015, 8(2): 384–409. DOI: 10.1161/HHF.0000000000000006.
- [21] Al Sattouf A, Farahat R, Khatri AA. Effectiveness of transitional care Interventions for heart failure patients: a systematic review with meta-analysis[J]. *Cureus*, 2022, 14(9): e29726. DOI: 10.7759/cureus.29726.
- [22] Li M, Li Y, Meng Q, et al. Effects of nurse-led transitional care interventions for patients with heart failure on health-care utilization: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *PLoS One*, 2021, 16(12): e0261300. DOI: 10.1371/journal.pone.0261300.
- [23] Mai Ba H, Son YJ, Lee K, Kim BH. Transitional care interventions for patients with heart failure: an integrative review [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(8): 2925. DOI: 10.3390/ijerph17082925.
- [24] Vedel I, Khanassov V. Transitional care for patients with congestive heart failure: a systematic review and Meta-analysis[J]. *Ann Fam Med*, 2015, 13(6): 562–571. DOI: 10.1370/afm.1844.
- [25] Alcoberro L, Moliner P, Vime J, et al. Breaking the 30-day barrier: long-term effectiveness of a nurse-led 7-step transitional intervention program in heart failure[J]. *PLoS One*, 2023, 18(2): e0279815. DOI: 10.1371/journal.pone.0279815.
- [26] Zisis G, Huynh Q, Yang Y, et al. Rationale and design of a risk-guided strategy for reducing readmissions for acute decompensated heart failure: the Risk-HF study[J]. *ESC Heart Fail*, 2020, 7(5): 3151–3160. DOI: 10.1002/ehf2.12897.
- [27] Tingley J, Dolansky MA, Walsh MN. Team-based transitions of care in heart failure[J]. *Heart Fail Clin*, 2015, 11(3): 371–378. DOI: 10.1016/j.hfc.2015.03.003.
- [28] Sokos G, Kido K, Panjrath G, et al. Multidisciplinary care in heart failure services[J]. *J Card Fail*, 2023(6): 29. DOI: 10.1016/j.cardfail.2023.02.011.
- [29] Rodgers GP, Linderbaum JA, Pearson DD, et al. 2020 ACC clinical competencies for nurse practitioners and physician assistants in adult cardiovascular medicine: a report of the ACC competency management committee[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2020, 75(19): 2483–2517. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.01.005.
- [30] Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale[J]. *J Nurs Meas*, 2006, 14(3): 163–80. DOI: 10.1891/jnm-v14i3a002.
- [31] Davidson PM, Cockburn J, Newton PJ. Unmet needs following hospitalization with heart failure: implications for clinical assessment and program planning[J]. *J Cardiovasc Nurs*, 2008, 23(6): 541–546. DOI: 10.1097/01.JCN.0000338927.43469.35.
- [32] 赵洁, 宋雅玲, 畅盼, 等. 慢性心力衰竭患者及其照顾者心理弹性在疾病不确定感与生活质量间的主客体互倚中介模型研究[J]. *护理学报*, 2024, 31(7): 17–21. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2024.07.017.
- [33] Wiggins BS, Rodgers JE, Didomenico RJ, et al. Discharge counseling for patients with heart failure or myocardial infarction: a best practices model developed by members of the American college of clinical pharmacy's cardiology practice and research network based on the Hospital to Home (H2H) initiative[J]. *Pharmacotherapy*, 2013, 33(5): 558–580. DOI: 10.1002/phar.1231.
- [34] NA. Case studies in geriatric health literacy[J]. *Orthopaedic Nursing*, 2011, 30(4): 281–285. DOI: 10.1097/NOR.0b013e318227e24d.
- [35] Bernard TL, Hetland B, Schmaderer M, et al. Nurse-led heart failure educational interventions for patient and informal caregiver dyads: an integrative review[J]. *Heart Lung*, 2023, 59: 44–51. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2023.01.014.
- [36] Hollenberg SM, Warner Stevenson L, Ahmad T, et al. 2019 ACC expert consensus decision pathway on risk assessment, management, and clinical trajectory of patients hospitalized with heart failure: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2019, 74(15): 1966–2011. DOI: 10.1016/j.jacc.2019.08.001.
- [37] Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: examining the effects of timing of primary care provider follow-up[J]. *J Hosp Med*, 2010, 5(7): 392–397. DOI: 10.1002/jhm.666.
- [38] Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis[J]. *Eur J Heart Fail*, 2017, 19(11): 1427–1443. DOI: 10.1002/ejhf.765.
- [39] Bashi N, Karunanithi M, Fatehi F, et al. Remote monitoring of patients with heart failure: an overview of systematic reviews[J]. *J Med Internet Res*, 2017, 19(1): e18. DOI: 10.2196/jmir.6571.

[本文编辑:吴艳妮]