



· 论著 ·

心房颤动患者疾病接受度的影响因素及其与生活质量的 关系研究

韩晴, 芦霜

【摘要】 背景 较高的疾病接受度对患者疾病康复及健康生活均有较大益处,但目前国内鲜有关于患者疾病接受度的研究报道。目的 探讨心房颤动患者疾病接受度的影响因素及其与生活质量的关系。方法 连续选取2017年6月—2018年6月在辽宁中医药大学附属医院住院的心房颤动患者160例,采用调查问卷方式收集其一般资料,记录其疾病接受度量表(AIS)评分、世界卫生组织生活质量测定量表简表(WHOQoL-BREF)评分、欧洲心律学会(ERHA)分级;心房颤动患者疾病接受度的影响因素分析采用多因素Logistic回归分析。结果 (1)共发放160份问卷,有效收回150份,有效回收率为95.0%。(2)疾病接受度:低接受度53例(34.9%)、中接受度83例(54.6%)、高接受度16例(10.5%)。(3)不同性别、居住地、合并症及有无职业、吸烟、饮酒的心房颤动患者疾病接受度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);不同年龄、婚姻状况、受教育程度、患病时间、治疗药物种类、ERHA分级及是否独居的心房颤动患者疾病接受度比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(4)多因素Logistic回归分析结果显示,受教育程度、独居、患病时间、治疗药物种类、ERHA分级是心房颤动患者疾病接受度的影响因素($P<0.05$)。(5)不同疾病接受度患者的社会关系领域总分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);不同疾病接受度患者的生活领域、心理领域、环境领域总分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 受教育程度、独居、患病时间、治疗药物、ERHA分级是心房颤动患者疾病接受度的影响因素,且疾病接受度与患者生活质量有关。

【关键词】 心房颤动;疾病接受度;生活质量;影响因素

【中图分类号】 R 541.75 **【文献标识码】** A DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2019.10.007

韩晴, 芦霜. 心房颤动患者疾病接受度的影响因素及其与生活质量的关系研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2019, 27(10): 34-38, 49. [www.syxnf.net]

HAN Q, LU S. Influencing factors of acceptance of illness and its relation to quality of life in patients with atrial fibrillation[J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal and Vascular Disease, 2019, 27(10): 34-38, 49.

Influencing Factors of Acceptance of Illness and Its Relation to Quality of Life in Patients with Atrial Fibrillation HAN Qing, LU Shuang

The Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, China

Corresponding author: LU Shuang, E-mail: wangc987@163.com

【Abstract】 **Background** High acceptance of illness is beneficial to the disease rehabilitation and healthy living, but there is few domestic studies about acceptance of illness at present. **Objective** To analyze the influencing factors of acceptance of illness and its relation to quality of life in patients with atrial fibrillation. **Methods** A total of 160 patients with atrial fibrillation were selected in the Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine from June 2017 to June 2018, questionnaire was used to collect their general information, meanwhile Acceptance of Illness Scale (AIS) score, World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version (WHOQoL-BREF) score and European Heart Rhythm Society (ERHA) classification were recorded; multivariate Logistic regression analysis was used to analyze the influencing factors of acceptance of illness in patients with atrial fibrillation. **Results** (1) The effective recovery rate of questionnaires was 95.0% (150/160). (2) Of the 150 patients, 53 cases (accounting for 34.9%) performed as low acceptance, 83 cases (accounting for 54.6%) performed as moderate acceptance, 16 cases (accounting for 10.5%) performed as high acceptance. (3) No statistically significant difference of acceptance of illness was found in atrial fibrillation patients with different gender, places of residence or comorbidities, being on the job or not, smoking or not, drinking or not ($P>0.05$), while there was statistically significantly difference in acceptance of illness in atrial fibrillation patients with different age, marital status, education level, duration of suffering from illness, kinds of therapeutic and ERHA classification, living alone or not, respectively ($P<0.05$).

110032 辽宁省沈阳市, 辽宁中医药大学附属医院

通信作者: 芦霜, E-mail: wangc987@163.com

(4) Multivariate Logistic regression analysis results showed that, educational level, living alone, duration of suffering from illness, kinds of therapeutic and ERHA classification were influencing factors of acceptance of illness in patients with atrial fibrillation ($P<0.05$). (5) There was no statistically significant difference in total score of social relation domain in patients with different acceptance of illness ($P>0.05$), while there were statistically significantly difference in living domain score, psychological domain score and environmental domain score in patients with different acceptance of illness ($P<0.05$).

Conclusion Educational level, living alone, duration of suffering from illness, kinds of therapeutic and ERHA classification are influencing factors of acceptance of illness in patients with atrial fibrillation, moreover acceptance of illness is significantly related to the patients' quality of life.

【Key words】 Atrial fibrillation; Acceptance of illness; Quality of life; Influencing factors

心房颤动与心力衰竭、卒中、出血性疾病及血栓栓塞性疾病的发病率和病死率升高有关^[1]。研究表明,心房颤动发病率随年龄而变化,多数心房颤动患者年龄为65~85岁^[2-3];60~70岁患者受心房颤动影响达3.7%~4.2%,≥80岁患者受心房颤动影响达10%~17%^[4]。欧洲心脏病学会指出,心房颤动患者最常见的临床症状包括虚弱、心悸、呼吸短促、胸痛、睡眠困难和社会心理困扰^[5]。DUDINK等^[6]研究表明,与心血管疾病不伴有心房颤动患者相比,心血管疾病伴有心房颤动患者日常活动更受限,健康状况更差,因此临床医护人员更应该重视心房颤动患者的生活质量。CIPORA等^[7]研究表明,有较高疾病接受度患者更能保持积极的身心调适能力,并对自身疾病康复和促进健康生活具有较大益处。本研究旨在探讨心房颤动患者疾病接受度的影响因素及其与生活质量的关系,以提高患者对自身疾病的接受度,从而获得更高的健康生活质量。

1 对象与方法

1.1 研究对象 连续选取2017年6月—2018年6月在辽宁中医药大学附属医院住院的心房颤动患者160例,均经心电图检查确诊。纳入标准:(1)年龄50~85岁;(2)至少接受抗凝治疗3个月;(3)受教育程度为小学以上水平并具备基本的识字阅读能力。排除标准:(1)瓣膜性心房颤动;(2)急性冠脉综合征等其他严重心血管疾病或纽约心脏病协会(NYHA)分级>Ⅲ级;(3)调查问卷填写不正确或不完整;(4)痴呆、认知障碍或精神障碍。本研究经辽宁中医药大学附属医院医学伦理委员会审核批准,所有患者及其家属签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 一般资料 采用调查问卷方式收集所有患者一般资料,包括性别、年龄、婚姻状况、受教育程度、居住地、是否独居、职业、吸烟史(连续或累积吸烟6个月或以上者)、饮酒史〔饮酒量的判定标准:将1杯标准饮酒量定为12 ml酒精(乙醇),即360 ml(12盎司)啤酒或180 ml(6盎司)葡萄酒或酒精浓度为9的饮品45 ml(1.5盎司),其中中度饮酒:男性≤2杯/d,女性或男性65岁以上≤1杯/d;危险饮酒:男性>14杯

/周或1次性饮酒>4杯,女性>7杯/周或1次性饮酒>3杯,≥3次/周,连续4周中度饮酒以上即为有饮酒史〕、患病时间、合并症、治疗药物〔包括维生素K拮抗剂(vitamin K antagonist, VKA)、新型口服抗凝药(new oral anticoagulant, NOAC)〕及欧洲心律协会(European Heart Rhythm Association, ERHA)分级^[8],其中ERHA分级为主治医师根据患者症状严重程度及病史进行分级,Ⅰ级:无任何症状;Ⅱ级:症状轻微,日常活动不受影响;Ⅲ级:症状严重,日常活动受影响;Ⅳ级:致残性症状,无法从事日常活动。

1.2.2 中文版疾病接受度量表(Acceptance of Illness, AIS)^[9] 中文版AIS包括8个条目,主要描述疾病给患者带来的困难和限制,包括:(1)我很难适应疾病带来的限制;(2)因为健康问题,我不能去做自己最喜欢的事情;(3)疾病有时候让我感到自己很无用;(4)疾病使我比想象中更依赖他人;(5)疾病使我成了家人和朋友的负担;(6)我的健康状况让我感到自己信心不足;(7)我将不可能因足够自给而让自己开心了;(8)因为我的疾病,我想我周围的人会经常感到不舒服。量表每个条目采用Likert 5级计分,“完全同意=5”“部分同意=4”“同意与不同意相等(没有意见)=3”“部分不同意=2”“完全不同意=1”,总分8~40分,其中8~18分为低接受度,19~29分为中接受度,30~40分为高接受度。

1.2.3 世界卫生组织生活质量测定量表简表(World Health Organization Quality of Life-BREF, WHOQoL-BREF)^[10] WHOQoL-BREF共29个条目,其中包含2个独立分析的问题条目,旨在了解患者个体的主观感受;包含3个特有的条目,即家庭摩擦情况、食欲和自我评分;其余24个条目分为四个领域,即生理领域(7个)、心理领域(6个)、社会关系领域(3个)和环境领域(8个),各领域得分按正向记(即得分越高,生活质量越好)。WHOQoL-BREF得分根据公式转换成百分制,即转换后得分(百分制)=(原来得分-4)×(100/16),保留整数部分。

1.3 质量控制 调查问卷由研究人员在患者入院后3 d

内发放，向患者说明本研究的目的和意义，研究人员运用统一的指导语向患者说明问卷的填写方法与注意事项，由患者本人回答所有问题，如有疑问，在场发放问卷的研究人员会予以解释。调查问卷不记名，问卷完成后当场收回并检查，如发现错填或漏填及时向患者说明并更正。回收问卷后根据填写内容进行数据录入。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析。计数资料分析采用 χ^2 检验；心房颤动患者疾病接受度的影响因素分析采用多因素 Logistic 回归分析；不符合正态分布的计量资料以 $M(QR)$ 表示，组间比较采用 Kruskal Wallis H 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 共发放 160 份问卷，有效收回 152 份问卷，有效回收率为 95.0%。152 例患者中男 68 例，女 84 例；平均年龄 (68.7 ± 9.1) 岁；婚姻状况：未婚 12 例 (7.9%)、已婚 86 例 (56.6%)、离婚 21 例 (13.8%)、丧偶 33 例 (21.7%)；受教育程度：小学 45 例 (29.6%)、初中 61 例 (40.1%)、高中/中专 30 例 (19.8%)、大专及以上 16 例 (10.5%)；居住地：农村 50 例 (32.9%)、城市 102 例 (67.1%)；独居：是 33 例 (21.7%)、否 119 例 (78.3%)；职业：有 40 例 (26.3%)、无 112 例 (73.7%)；患病时间： < 3 年 73 例 (48.0%)、 ≥ 3 年 79 例 (52.0%)；合并症：无 16 例 (10.5%)、1~2 种 32 例 (21.1%)、3 种及以上 104 例 (68.4%)；治疗药物：VKA 治疗 21 例 (13.8%)、NOAC 治疗 131 例 (86.2%)；ERHA 分级：I 级 19 例 (12.5%)、II 级 48 例 (31.6%)、III 级 74 例 (48.7%)、IV 级 11 例 (7.2%)。

2.2 疾病接受度 152 例患者中低接受度 53 例 (34.9%)、中接受度 83 例 (54.6%)、高接受度 16 例 (10.5%)。

2.3 单因素分析 不同性别、居住地、合并症及有无职业、吸烟史、饮酒史的心房颤动患者疾病接受度比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；不同年龄、婚姻状况、受教育程度、患病时间、治疗药物、ERHA 分级及是否独居的心房颤动患者疾病接受度比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$ ，见表 1)。

2.4 多因素分析 以表 1 中有统计学差异的指标作为自变量，患者对疾病接受度作为因变量 (赋值变量见表 2) 进行多因素 Logistics 回归分析，结果显示，受教育程度、独居、患病时间、治疗药物、ERHA 分级是心房颤动患者疾病接受度的影响因素 ($P < 0.05$ ，见表 3)。

2.5 WHOQoL-BREF 评分 不同疾病接受度患者的社会关系领域总分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；不同疾病接受度患者的生活领域、心理领域、环境领域总分比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$ ，见表 4)。

表 1 心房颤动患者疾病接受度影响因素的单因素分析 [$n(\%)$]

Table 1 Univariate analysis on influencing factors of acceptance of illness in patients with atrial fibrillation

临床特征	例数	低接受度	中接受度	高接受度	χ^2 值	P 值
性别					0.196	0.907
女	84	28 (33.3)	47 (56.0)	9 (10.7)		
男	68	25 (36.8)	36 (52.9)	7 (10.3)		
年龄					7.823	0.020
<60 岁	53	26 (49.1)	24 (45.3)	3 (5.7)		
≥ 60 岁	99	27 (27.3)	59 (59.6)	13 (13.1)		
婚姻状况					13.454	0.036
未婚	12	3/12	5/12	4/12		
已婚	86	36 (41.9)	45 (52.3)	5 (5.8)		
离婚	21	6 (28.6)	11 (52.4)	4 (19.0)		
丧偶	33	8 (24.2)	22 (66.7)	3 (9.1)		
受教育程度					15.610	0.016
小学	45	21 (46.7)	19 (42.2)	5 (11.1)		
初中	61	25 (41.0)	28 (45.9)	8 (13.1)		
高中/中专	30	4 (13.3)	24 (80.0)	2 (6.7)		
大专及以上	16	3/16	12/16	1/16		
居住地					1.171	0.557
农村	50	18 (36.0)	25 (50.0)	7 (14.0)		
城市	102	35 (34.3)	58 (56.9)	9 (8.8)		
独居					7.699	0.021
否	119	36 (30.3)	72 (60.5)	11 (9.2)		
是	33	17 (51.5)	11 (33.3)	5 (15.2)		
职业					1.336	0.513
无	112	42 (37.5)	59 (52.7)	11 (9.8)		
有	40	11 (27.5)	24 (60.0)	5 (12.5)		
吸烟史					1.415	0.493
无	87	32 (36.8)	48 (55.2)	7 (8.0)		
有	65	21 (32.3)	35 (53.8)	9 (13.8)		
饮酒史					0.464	0.793
无	95	35 (36.8)	50 (52.6)	10 (10.5)		
有	57	18 (31.6)	33 (57.9)	6 (10.5)		
患病时间					10.893	0.004
<3 年	73	17 (23.3)	44 (60.3)	12 (16.4)		
≥ 3 年	79	36 (45.6)	39 (49.4)	4 (5.1)		
合并症					1.452	0.835
无	16	6/16	9/16	1/16		
1-2 种	32	11 (34.4)	19 (59.4)	2 (6.3)		
3 种及以上	104	36 (34.6)	55 (52.9)	13 (12.5)		
治疗药物					9.222	0.010
VKA	21	2 (9.5)	14 (66.7)	5 (23.8)		
NOAC	131	51 (38.9)	69 (52.7)	11 (8.4)		
ERHA 分级					46.252	<0.01
I 级	19	13 (68.4)	5 (26.3)	1 (5.3)		
II 级	48	15 (31.3)	31 (64.6)	2 (4.2)		
III 级	74	24 (32.4)	44 (59.5)	6 (8.1)		
IV 级	11	1/11	3/11	7/11		

注：VKA= 维生素 K 拮抗剂，NOAC= 新型口服抗凝药，ERHA= 欧洲心律协会评分

表2 变量赋值
Table 2 Variable assignment

变量	赋值
年龄	<60岁=0, ≥60岁=1
婚姻状况	未婚=0, 已婚=1, 离婚=2, 丧偶=3
受教育程度	小学=0, 初中=1, 高中/中专=2, 大专及以上=3
独居	否=0, 是=1
患病时间	<3年=0, ≥3年=1
治疗药物	VKA=0, NOAC=1
ERHA 分级	I级=0, II级=1, III级=2, IV级=3
疾病接受度	低接受度=0, 中接受度=1, 高接受度=2

表3 心房颤动患者疾病接受度影响因素的多因素 Logistic 回归分析
Table 3 Multivariate Logistic regression analysis in influencing factors of acceptance of illness in patients with atrial fibrillation

变量	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR (95%CI)
年龄	0.145	0.475	0.093	0.761	1.156 (0.455, 2.934)
婚姻状况 (以未婚为对照)					
已婚	-1.487	0.792	3.525	0.060	0.226 (0.048, 1.067)
离婚	-1.062	0.754	1.983	0.159	0.346 (0.079, 1.516)
丧偶	-0.703	0.525	1.789	0.181	0.495 (0.177, 1.387)
受教育程度 (以小学为对照)					
初中	0.957	0.408	5.496	0.019	2.603 (1.170, 5.793)
高中/中专	2.196	0.614	12.797	<0.01	8.986 (2.698, 29.923)
大专以上	1.581	0.725	4.753	0.029	4.859 (1.173, 20.126)
独居	-1.973	0.670	8.672	0.003	0.139 (0.037, 0.517)
患病时间	-1.508	0.432	12.182	<0.01	0.221 (0.095, 0.516)
治疗药物	-2.121	0.669	10.065	0.002	0.120 (0.032, 0.444)
ERHA 分级 (以 I 级为对照)					
II级	2.816	1.258	5.009	0.025	16.710 (1.418, 196.863)
III级	2.341	0.752	9.694	0.002	10.391 (2.380, 45.357)
IV级	3.636	0.974	13.932	<0.01	37.947 (5.623, 256.100)

表4 不同疾病接受度心房颤动患者 WHOQoL-BREF 评分比较
[M(QR), 分]

Table 4 Comparison of WHOQoL-BREF score in atrial fibrillation patients with different acceptance of illness

疾病接受度	例数	生活领域	心理领域	社会关系领域	环境领域
低	53	58 (18)	57 (15)	53 (26)	50 (13)
中	83	63 (19)	64 (14)	57 (26)	54 (17)
高	16	72 (18)	69 (12)	61 (25)	62 (15)
H 值		24.605	8.401	4.098	16.152
P 值		<0.01	0.015	0.393	0.003

3 讨论

患者接受疾病程度受疾病的症状强度、对治疗满意度、个人性格和治疗方式、家庭支持和社会经济状况影响。患者接受自身疾病会产生安全感并能够缓解相关负面情绪^[11]。慢性疾病的高接受度不仅可以降低患者心

理压力,也可促进患者积极参与治疗过程,进而提高患者治疗成功率^[12]。据统计,12%的心房颤动患者治疗无效,50%~60%心律失常的患者在恢复窦性心律1年内复发,严重者导致住院,影响患者日常活动和社会活动^[13]。

近年来,众多研究人员开始关注患者对自身疾病的认知程度,并且通过相关护理措施使患者更加了解自身疾病,进而改善患者生活质量^[14-15]。OBIEGLO^[16]等对100例患者进行诺丁汉健康状况问卷(NHP)和AIS的调查显示,疾病接受度是患者生活质量的独立预测指标,且患者受教育程度与疾病接受度呈正相关。但目前国内鲜有研究了解患者是否接纳自己的患病状态,因此本研究探讨心房颤动患者疾病接受度的影响因素,并进一步分析疾病接受度与患者生活质量的关系,从而可更科学的进行护理指导与宣传教育。

本研究结果显示,受教育程度、独居、患病时间、治疗药物、ERHA 分级是心房颤动患者疾病接受度的影响因素;分析其原因可能是:(1)受教育程度高者能够迅速和多元化地获取医疗知识和医疗途径,进而提高自身疾病的认识及疾病的接受度。(2)非独居患者拥有更紧密的社会人际关系,其能够从伴侣或子女身上得到依靠和归属感,并且良好的家庭氛围有助于缓解压力,因此非独居患者更易于接受自身疾病。(3)心房颤动患者在经过系统治疗出院后逐渐适应自身心房颤动节律,且症状不会对生活造成特别严重影响,而患者心绞痛或心力衰竭发作会伴心房颤动加重,但通过休息或口服急救药物而自行缓解,因此患病时间长的患者会越来越不重视心房颤动,导致疾病的接受度较低。但CYBULSKI等^[17]研究表明患病时长与患者疾病接受度无相关性,本研究结果与之不一致的原因可能与该研究纳入的研究对象年龄差异较大有关。(4)口服VKA对饮食要求较严格,且还需定期监测凝血功能,患者依从性和自律性均较好,因此其疾病接受度也较高。(5)有研究表明,ERHA 分级越高表明患者症状越严重,疾病接受度越高^[10],可能是ERHA IV级患者无法从事日常活动,需要专人看护,而ERHA I~II级患者日常活动均不受影响,因此症状越重患者的疾病接受度也越高。

世界卫生组织(WHO)对生活质量的定义为个人在生活文化和价值体系以及与个人目标、期望、标准和关注下对自身生活地位的感知^[18]。生活质量是评价慢性病患者健康状况的重要指标之一,可综合反映人的身体机能、心理功能和社会功能。生活质量的评估和对疾病的接受度能够识别心房颤动患者所产生的问题和需求,也能提供优化的以患者为中心的护理干预。本研究结果显示,不同疾病接受度患者的生活领域、心理领域、

环境领域总分间差异有统计学意义,且疾病接受度高患者生理领域、心理领域和环境领域中的总分较高,因此疾病接受度高的心房颤动患者具有更好的生活质量。美国心脏病学会基金会/美国心脏协会/心脏节律协会/美国心血管造影和介入学会的指南强调,在标准临床实践中心房颤动患者的生活质量能够作为评估治疗成功的终点^[19]。《2016年欧洲心脏病学会(ESC)心房颤动管理指南》^[20]中明确指出,规划心房颤动患者护理并向患者解释管理心房颤动的预期益处能防止不良预后和优化患者生活质量。护理干预会对患者的生活质量产生积极作用,在临床实践中,护理人员可向患者进行健康教育,只有患者了解疾病、接受疾病才会引起其对自身疾病重视,进而理解预防方法及自护方法,最终提高自身生活质量。

综上所述,受教育程度、独居、患病时间、治疗药物、ERHA分级是心房颤动患者疾病接受度的影响因素,且疾病接受度与患者生活质量有关。因此在临床实践中护理人员不仅要提高心房颤动患者对自身疾病认识,还要了解心房颤动患者疾病接受度,能够有针对性地对疾病接受度低患者进行更多护理干预,以提高患者疾病接受度,从而达到改善生活质量的目的。本研究纳入样本量较小,且为单中心,因此可能造成选择性偏倚;另外,目前对心房颤动症状的严重程度尚无明确评价标准,有国外文献表明,ERHA对评估心房颤动严重程度具有一定意义^[21],但国内尚无文献表明其对亚洲人同样适用,因此直接引用作为本研究心房颤动症状严重程度的评价标准也稍显不妥。

作者贡献:韩晴、芦霜进行试验设计与实施、资料收集整理、撰写论文并对文章负责;韩晴进行试验实施、评估、资料收集;芦霜进行质量控制及审校。

本文无利益冲突。

延伸阅读

疾病接受度于1956年由DEMBO等学者提出,其最初被描述为接纳失落感,旨在使患者了解认识疾病的积极意义,并通过整合疾病体验及生活方式而使患者重新获得控制感,是临床衡量患者疾病适应程度的重要心理学指标。大量临床研究表明,患者疾病接受度越高则其健康促进行为、治疗依从性及生活质量越好,主观幸福感、生活满意度越高。

参考文献

[1] MADHAVAN M, GRAFF-RADFORD J, PICCINI J P, et al. Cognitive dysfunction in atrial fibrillation [J]. *Nat Rev Cardiol*, 2018, 15 (12): 744-756. DOI: 10.1038/s41569-018-0075-z.

[2] LØFGREN B, PAREEK M, LARSEN J M. Uninterrupted dabigatran versus warfarin for ablation in atrial fibrillation [J]. *N Engl J Med*,

2017, 377 (5): 494-495. DOI: 10.1056/NEJMc1707247.

[3] 田艳燕, 肖海涛. 社区阵发性房颤患者的自我管理干预 [J]. *护理学杂志*, 2018, 33 (6): 95-98. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2018.06.095.

[4] ERATH J W, HOHNLOSER S H. Anticoagulation in atrial fibrillation [J]. *Herz*, 2018, 43 (1): 2-10. DOI: 10.1007/s00059-017-4648-0.

[5] TIMMIS A, TOWNSEND N, GALE C, et al. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017 [J]. *Eur Heart J*, 2018, 39 (7): 508-519. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx628.

[6] DUDINK E A M P, ERKÜNER Ö, BERG J, et al. The influence of progression of atrial fibrillation on quality of life: a report from the Euro Heart Survey [J]. *Europace*, 2018, 20 (6): 929-934. DOI: 10.1093/europace/eux217.

[7] CIPORA E, KONIECZNY M, SOBIESZCZANSKI J. Acceptance of illness by women with breast cancer [J]. *Ann Agric Environ Med*, 2018, 25 (1): 167-171. DOI: 10.26444/aaem/75876.

[8] WYNN G J, TODD D M, WEBBER M, et al. The European Heart Rhythm Association symptom classification for atrial fibrillation: validation and improvement through a simple modification [J]. *Europace*, 2014, 16 (7): 965-972. DOI: 10.1093/europace/eut395.

[9] 赵雯雯. 中文版疾病接受度量表的信效度评价 [J]. *中华现代护理杂志*, 2018, 24 (22): 2652-2655. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2018.22.012.

[10] SUÁREZ L, TAY B, ABDULLAH F. Psychometric properties of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life assessment in Singapore [J]. *Qual Life Res*, 2018, 27 (11): 2945-2952. DOI: 10.1007/s11136-018-1947-8.

[11] MROCZEK B, PARZUCHOWSKA K, JASINSKA-STARCZEWSKA M, et al. Relationships between quality of life in the psychological domain, acceptance of illness, and healthcare services in patients with asthma [J]. *Adv Exp Med Biol*, 2017, 968: 49-60. DOI: 10.1007/5584_2016_192.

[12] CZERW A I, RELIGIONI U, DEPTALA A, et al. Pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in prostate cancer patients [J]. *Arch Med Sci*, 2017, 13 (6): 1459-1466. DOI: 10.5114/aoms.2016.58458.

[13] ZONI-BERISSO M, LERCARI F, CARAZZA T, et al. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective [J]. *Clin Epidemiol*, 2014, 6: 213-220. DOI: 10.2147/CLEP.S47385.

[14] 刘王志, 杨太聪. 运动康复护理联合健康宣教在老年慢性心力衰竭患者中的应用效果 [J]. *实用心脑血管病杂志*, 2018, 26 (4): 157-159. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.04.044.

[15] DOODY O, NOONAN M. Nursing research ethics, guidance and application in practice [J]. *Br J Nurs*, 2016, 25 (14): 803-807. DOI: 10.12968/bjon.2016.25.14.803.

- 会. 儿童社区获得性肺炎管理指南(2013修订)(上)[J]. 中华儿科杂志, 2013, 51(10): 745-752. DOI: 10.3760/ema.j.issn.0578-1310.2013.10.006.
- [7] TORRES A, SIBILA O, FERRER M, et al. Effect of corticosteroids on treatment failure among hospitalized patients with severe community-acquired pneumonia and high inflammatory response: a randomized clinical trial [J]. JAMA, 2015, 313(7): 677-686. DOI: 10.1001/jama.2015.88.
- [8] VIASUS D, DEL RIO-PERTUZ G, SIMONETTI A F, et al. Biomarkers for predicting short-term mortality in community-acquired pneumonia: A systematic review and meta-analysis [J]. J Infect, 2016, 72(3): 273-282. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.002.
- [9] LIN Y, CHENG C, JIUJUN L I. Single-center prospective study of serum procalcitonin concentrations in children with infectious diseases [J]. International Journal of Pediatrics, 2015, 42(2): 218-221.
- [10] ZENG H R, LU J, YANG F, et al. The increasing epidemic of hand, foot, and mouth disease caused by coxsackievirus-A6, Guangdong, China, 2017 [J]. J Infect, 2018, 76(2): 220-223. DOI: 10.1016/j.jinf.2017.11.005.
- [11] 郭玮, 何煜婷, 邵琦, 等. 联合血降钙素原、脑钠肽、D-二聚体及 PCIS 评分对评估儿童重症肺炎预后的价值 [J]. 临床儿科杂志, 2017, 35(8): 575-579. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3606.2017.08.004.
- [12] 李冀, 黄奕江, 吴海洪, 等. 可溶性髓样细胞触发受体 1 和降钙素原联合检测在重症社区获得性肺炎中的应用价值 [J]. 海南医学, 2017, 28(11): 1782-1785. DOI: 10.3969/j.issn.1003-6350.2017.11.021.
- [13] 范春红, 李时悦, 范惠群, 等. 重症肺炎患者血浆可溶性髓样细胞触发受体 1 与可溶性血红蛋白清道夫受体的水平变化 [J]. 重庆医学, 2015, 44(34): 4780-4783. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8348.2015.34.010.
- [14] 李瑞萍, 宋伟. 血浆 sTREM-1、sFLT-1 及 APACHE II 评分对重症肺炎患者预后评估价值 [J]. 国际呼吸杂志, 2018, 38(13): 968-971. DOI: 10.3760/ema.j.issn.1673-436X.2018.13.002.
- [15] LIU Y, ZHAO Y, XU A. Clinical value of serum KL-6 for lung diseases in patients with polymyositis and dermatomyositis [J]. International Journal of Clinical and Experimental Pathology, 2017, 10(3): 3310-3314.
- [16] 柴玲彦, 赵红, 刘连凤, 等. 肺炎支原体肺炎患儿血清及支气管肺泡灌洗液中 SP-A、SP-D 和 KL-6 含量变化及意义 [J]. 陕西医学杂志, 2015, 44(7): 806-809. DOI: 10.3969/j.issn.1000-7377.2015.07.012.
- [17] 郭彩云, 张金凤, 魏楚洪, 等. 血清 KL-6 水平变化对儿童病毒性肺炎的临床意义 [J]. 中国当代医药, 2017, 24(34): 99-102. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4721.2017.34.033.
- (收稿日期: 2019-06-09; 修回日期: 2019-10-12)
(本文编辑: 李越娜)

(上接第 38 页)

- [16] OBIEGLO M, UCHMANOWICZ I, WLEKLIK M, et al. The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure [J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2016, 15(4): 241-247. DOI: 10.1177/1474515114564929.
- [17] CYBULSKI M, CYBULSKI L, KRAJEWSKA-KULAK E, et al. Illness acceptance, pain perception and expectations for physicians of the elderly in Poland [J]. BMC Geriatr, 2017, 17(1): 46. DOI: 10.1186/s12877-017-0441-4.
- [18] The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties [J]. Soc Sci Med, 1998, 46(12): 1569-1585. DOI: 10.1016/s0277-9536(98)00009-4.
- [19] HIRSHFELD J W Jr, BALTER S, BRINKER J A, et al. ACCF/AHA/HRS/SCAI clinical competence statement on physician knowledge to optimize patient safety and image quality in fluoroscopically guided invasive cardiovascular procedures: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/American College of Physicians Task Force on Clinical Competence and Training [J]. Circulation, 2005, 111(4): 511-532. DOI: 10.1161/01.CIR.0000157946.29224.5D.
- [20] KIRCHHOF P, BENUSSI S, KOTTECHA D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS [J]. Eur Heart J, 2016, 37(38): 2893-2962. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw210.
- [21] MLYNARSKA A, MLYNARSKI R, GOLBA K S. Older age and a higher EHRA score allow higher levels of frailty syndrome to be predicted in patients with atrial fibrillation [J]. Aging Male, 2017, 20(1): 1-5. DOI: 10.1080/13685538.2016.1241761.
- (收稿日期: 2019-06-27; 修回日期: 2019-10-08)
(本文编辑: 刘新蒙)