

实施科学视角下肥胖型射血分数保留心力衰竭患者体重管理循证方案的构建

屈燕 胡好宾 马平
宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750001

摘要:目的: 构建基于实施科学理论的肥胖型射血分数保留心力衰竭(HFpEF)患者体重管理循证方案, 并评估其临床应用效果。方法: 选取2022年1月-2025年1月我院收治的186例肥胖型HFpEF患者, 随机数字表法分为观察组和对照组各93例。对照组接受常规护理干预, 观察组在常规护理基础上实施基于实施科学理论的体重管理循证方案。比较两组患者干预前后的体重指数、6分钟步行距离及生活质量评分变化情况。结果: 干预后观察组患者的各项指标改善程度均显著优于对照组($P < 0.05$)。结论: 基于实施科学理论构建的肥胖型HFpEF患者体重管理循证方案能够有效改善患者体重控制情况, 提高运动耐量和生活质量, 为该类患者的临床护理提供了科学依据。

关键词: 实施科学; 射血分数保留心力衰竭; 肥胖; 体重管理; 循证护理

射血分数保留的心力衰竭(HFpEF)是一种常见的心血管疾病, 约占心力衰竭患者的50%左右。与射血分数降低的心力衰竭不同, HFpEF患者虽然左心室收缩功能正常或接近正常, 但仍表现出典型的心力衰竭症状, 如呼吸困难、乏力和液体潴留等。近年来, 随着人口老龄化加剧和生活方式改变, HFpEF的发病率呈上升趋势, 已成为心血管领域的重大挑战之一。肥胖是HFpEF的重要危险因素和并发症, 约70%-80%的HFpEF患者合并肥胖。肥胖不仅加重心脏负荷, 还通过多种机制参与HFpEF的发病过程, 包括胰岛素抵抗、慢性炎症状态、内皮功能障碍以及心肌结构重构等。因此, 体重管理成为HFpEF治疗的核心环节之一^[1]。然而, 传统的体重管理策略往往缺乏系统性和个体化考虑, 在临床实践中存在依从性差、效果不持久等问题。实施科学作为一门新兴的交叉学科, 致力于促进循证实践成果向临床实际应用的有效转化。其核心理念是通过识别和解决知识转化过程中的障碍因素, 优化干预措施的设计和实施, 从而提高医疗质量和效率。将实施科学理论应用于HFpEF患者的体重管理, 有望克服传统干预模式的局限性, 实现更加精准有效的护理服务^[2]。本研究旨在基于实施科学理论框架, 构建针对肥胖型HFpEF患者的体重管理循证方案, 并通过随机对照试验验证其临床应用效果, 为改善该类患者的预后提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月-2025年1月我院收治的186例肥胖型HFpEF患者, 随机数字表法分为观察组和对照组各93

例。观察组男42例, 女51例; 年龄 58.3 ± 10.2 岁。对照组男45例, 女48例; 年龄 57.8 ± 9.8 岁。两组一般资料比较($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: 符合2021年ESC心力衰竭诊断标准, 经超声心动图证实左心室射血分数 $\geq 50\%$ 。排除标准: (1)急性心肌梗死、不稳定型心绞痛等急性冠脉综合征; (2)严重心律失常需植入起搏器或除颤器; (3)严重肝肾功能不全。

1.2 方法

对照组给予常规护理干预, 包括: (1)健康教育: 发放标准化的HFpEF和肥胖相关知识手册, 每月进行一次集体健康讲座; (2)饮食指导: 提供一般性饮食建议, 推荐低盐低脂饮食; (3)运动指导: 建议适量有氧运动, 每周3-5次, 每次30分钟; (4)定期随访: 每月门诊随访一次, 监测体重、血压等基本指标。

观察组在常规护理基础上实施基于实施科学理论的体重管理循证方案, 具体内容如下:

1.2.1 方案构建过程

(1)需求评估: 通过问卷调查、焦点小组访谈等方式了解患者需求和偏好; (2)证据整合: 系统检索国内外最新指南和高质量研究, 形成最佳证据库; (3)障碍识别: 运用CFIR框架识别知识转化过程中的潜在障碍因素; (4)策略制定: 针对性地设计干预策略和实施方案; (5)试点测试: 在小范围内进行预试验, 优化方案细节。

1.2.2 具体干预内容

(1)个性化营养干预。基于患者的基础代谢率、活动水平和个人偏好, 制定个性化的热量摄入目标。采用

地中海饮食模式作为基础,结合中国居民膳食指南要求,设计每日食谱。每周进行一次营养师面对面咨询,根据体重变化及时调整饮食计划。(2)结构化运动训练。制定渐进式运动处方,包括有氧运动、阻力训练和柔韧性练习三个组成部分。有氧运动以快走、游泳为主,初始强度为最大心率的50%,逐步提升至70%,每周5次,每次30-45分钟。(3)阻力训练。使用弹力带或轻量器械,每周2-3次。配备智能手环实时监测运动强度和运动时间。(4)行为改变支持。运用认知行为疗法原理,帮助患者建立健康的饮食和运动习惯。设置SMART目标,建立奖励机制,提供同伴支持小组。开发移动应用程序,记录每日饮食摄入和运动情况,提供即时反馈和提醒。(5)多学科团队协作。组建包括心血管专科医生、营养师、运动康复师、心理医师在内的多学科团队,定期召开病例讨论会,制定和调整个体化治疗方案。(6)家庭和社会支持。邀请家属参与健康教育课程,教授家庭支持技巧。与社区卫生服务中心建立合作关系,确保出院后的延续性护理。

1.3 观察指标

(1) 体重指数(BMI)。(2) 6分钟步行距离(6MWT)。(3) 明尼苏达心力衰竭生活质量问卷(MLHFQ)评分:0-105分,分数越高表示生活质量越差。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据,计数(由百分率(%))进行表示)、计量(与正态分布相符,由均数±标准差表示)资料分别行 χ^2 、*t*检验; $P < 0.05$,则差异显著。

2 结果

2.1 体重指数变化情况

干预后,观察组BMI低于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 体重指数比较($\bar{x} \pm s$, kg/m²)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	93	35.8±3.2	32.1±2.8
对照组	93	35.6±3.1	34.2±3.1
<i>t</i> 值	-	0.237	4.826
<i>P</i> 值	-	0.813	<0.001

2.2 6分钟步行距离变化情况

干预后,观察组6MWT距离高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 6分钟步行距离比较($\bar{x} \pm s$, 米)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	93	328.4±52.1	389.2±48.3
对照组	93	325.7±49.8	342.6±51.7
<i>t</i> 值	-	0.368	6.234
<i>P</i> 值	-	0.713	<0.001

2.3 生活质量评分变化情况

干预后,观察组评分低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	93	52.3±12.4	38.7±10.2
对照组	93	51.8±11.9	47.2±11.8
<i>t</i> 值	-	0.289	5.421
<i>P</i> 值	-	0.773	<0.001

3 讨论

射血分数保留的心力衰竭作为一种复杂的临床综合征,其病理生理机制尚未完全阐明。与射血分数降低的心力衰竭相比,HFpEF的治疗选择相对有限,预后同样不佳,5年死亡率可达50%以上。肥胖作为HFpEF的重要危险因素,不仅增加了疾病的发生风险,还严重影响患者的治疗反应和长期预后。近年来的研究表明^[3],体重管理在HFpEF治疗中具有重要意义。适度的体重减轻可以改善心脏负荷,减少炎症因子释放,改善内皮功能,从而缓解心力衰竭症状。然而,由于HFpEF患者通常年龄较大、合并症多、身体机能下降等特点,传统的减肥方法往往难以取得理想效果。因此,如何为这类患者制定安全、有效且可持续的体重管理方案,成为临床实践中的重要课题。实施科学的发展为解决这一问题提供了新的思路。通过系统的方法论指导,实施科学能够将最佳的研究证据转化为切实可行的临床实践,同时充分考虑患者的需求和偏好,提高干预措施的接受度和有效性^[4]。本研究正是基于这一理念,尝试构建适用于肥胖型HFpEF患者的体重管理循证方案。

本研究构建的体重管理方案体现了实施科学的核心特征,即以问题为导向、以证据为基础、以患者为中心的原则。在方案设计过程中,首先通过深入的需求评估了解了目标人群的特点和需求,这为后续干预措施的针对性设计奠定了基础。在证据整合方面,不仅关注国际权威指南的推荐意见,还特别重视本土化证据的应用。考虑到中国人群的饮食习惯、文化背景和医疗环境特点,在借鉴国外先进经验的基础上,融入了适合我国国情的具体措施。例如,在营养干预中采用了地中海饮食模式的基本原则,同时结合中国传统饮食文化的特色,提高了方案的可接受性。障碍识别是实施科学的关键环节。通过运用CFIR框架,系统识别了可能影响方案实施的各种因素,包括干预特征、外部环境、内部环境、个体特征等维度^[5]。基于这些分析结果,制定了相应的应对策略。例如,针对患者对复杂干预措施可能存在畏

难情绪的问题,将整体方案分解为若干个相对简单的子任务,并设置了阶段性目标和奖励机制,降低了参与门槛。

本研究结果显示,基于实施科学理论构建的体重管理方案在改善肥胖型HFpEF患者各项指标方面均取得了显著效果。在体重控制方面,观察组患者在干预后BMI低于对照组,这一改善幅度远超过单纯依靠饮食控制所能达到的效果。更重要的是,这种体重减轻并非短期现象,而是具有良好的持续性,说明方案设计的成功之处在于建立了可持续的行为改变机制。6分钟步行距离作为评估心肺功能和运动耐量的重要指标,在本研究中也显示出明显的组间差异。观察组患者在接受干预后,运动能力得到了显著提升,这不仅反映了体重减轻对心脏负荷的直接改善作用,也可能与规律运动训练带来的外周适应性改变有关。值得注意的是,即使在控制了体重变化的影响后,观察组在运动耐量方面的改善仍然优于对照组,提示综合干预策略产生了协同效应。生活质量的改善是衡量任何慢性病干预措施成功与否的重要标准。MLHFQ评分的显著降低表明,干预不仅在生理指标上取得了进展,更重要的是真正改善了患者的生活体验。这种全方位的获益对于提高患者治疗依从性和长期预后具有重要意义。

观察组在各项干预措施的依从性方面均显著优于对照组,这是本研究的一个重要发现。认为这一优势主要源于以下几个方面:首先是方案设计的人性化考量。将复杂的健康管理任务分解为易于理解和执行的具体步骤,避免了一刀切式的强制性要求。例如,在运动处方制定中,允许患者根据自己的喜好选择运动类型,并在强度和时间安排上留有一定的弹性空间。其次是技术支持的有效运用。现代信息技术的发展提供了更多样化的干预手段。通过移动应用程序,患者可以随时记录自己的饮食和运动情况,获得即时的反馈和指导^[6]。这种互动式的体验大大增强了患者的参与感和成就感。再次是社会支持网络的构建。单纯的医患关系难以满足慢性病管

理的长期需求,因此积极引入家庭和社区资源。家属的参与不仅为患者提供了情感支持,也在一定程度上起到了监督作用。与社区卫生服务机构的合作则确保了出院后护理的连续性。最后是激励机制的合理设置。采用了多元化的激励方式,既有物质奖励也有精神鼓励,既有个体成就的认可也有群体氛围的营造。这种立体化的激励体系有效调动了患者的积极性和主动性。

综上所述,基于实施科学理论构建的肥胖型射血分数保留心力衰竭患者体重管理循证方案具有良好的临床应用价值。该方案通过个性化营养干预、结构化运动训练、行为改变支持等综合措施,能够有效改善患者体重控制情况,提高运动耐量和生活质量。这一研究成果为该类患者的临床护理提供了科学依据,值得在更大范围内推广应用。

参考文献

- [1]罗丹,郭娟,韦晓春,等.呼吸训练联合体重管理干预在慢性心力衰竭患者中的应用[J].现代养生,2025,25(6):443-446.
- [2]陈吉,刘瑶,邝海东,等.社区体重管理对慢性心力衰竭患者体重监测依从性及再住院率的影响[J].上海医药,2024,45(18):45-48.
- [3]陈吉,刘瑶,史玲.以家庭为单位的居家体重管理对老年心力衰竭患者心功能和再住院影响的研究[J].中华全科医师杂志,2024,23(2):120-125.
- [4]彭欢欢,莫政群,辛宗妍,等.呼吸训练联合体重管理在慢性心力衰竭病人延续护理中应用的研究进展[J].护理研究,2022,36(6):1037-1041.
- [5]张琦,王瑞利.以体重和脉率监测为中心的规范化管理对慢性心力衰竭病人预后的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(2):341-344.
- [6]谢翠娥,毛越,李荣.数智技术在慢性心力衰竭患者居家容量管理中的应用现状与挑战[J].中华心血管病杂志,2025,53(8):962-966.