

“医院-社区-家庭”三元联动管理模式在慢性心力衰竭患者营养管理中的应用效果

黄骏婷

南京医科大学附属逸夫医院 江苏 南京 210000

【摘要】目的：探究“医院-社区-家庭”三元联动管理模式在慢性心力衰竭患者营养管理中的应用效果。方法：在本院2024年7月~2025年9月收治的慢性心力衰竭患者中选取符合研究条件的114例，采用随机对照方法将患者分为研究组（n=57）和对照组（n=57）。对照组采用常规营养教育和出院指导，研究组在对照组基础上实施“医院-社区-家庭”三元联动管理模式，对比临床效果。结果：两组患者开展营养管理钱新功能指标无明显差异，经过营养关于后，研究组6min步行距离比对照组更长，氨基末端脑钠肽前体水平比对照组更低，左室射血分数比对照组更高， $P<0.05$ 。两组患者在营养管理前生活质量不存在明显差异，经过营养管理干预后3个月、6个月，研究组患者的心力衰竭生活质量评分都明显低于对照组，并且随着时间的推移差距也在逐渐拉大，证明研究组患者生活质量改善更加明显， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。结论：在对慢性心力衰竭患者实施营养管理的过程中，通过应用“医院-社区-家庭”三元联动管理模式，可以充分考虑到慢性心力衰竭患者的实际营养需求和在不同环境下能够提供的具体条件，保证能够从实际出发开展更加科学的营养管理，有利于改善慢性心力衰竭患者的身心状态。

【关键词】三元联动；管理模式；营养管理；慢性心力衰竭

DOI:10.12417/2705-098X.26.18.025

引言

慢性心力衰竭的疾病发病率高、致死率高并且很容易出现再入院情况。中老年人是慢性心力衰竭的主要患病人群，我国人口老龄化进程加快，慢性心力衰竭患病率呈现上升趋势。在对慢性心力衰竭患者的实际生活状况进行调查分析的过程中发现，营养不良问题的发生率较高，为有效改善患者身心状态有必要针对此类患者开展更具针对性的营养管理。基于此，本文就“医院-社区-家庭”三元联动管理模式在慢性心力衰竭患者营养管理中的应用效果进行研究，具体内容报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

在本院收治的慢性心力衰竭患者中选取114例，分为对照组（n=57）和研究组（n=57）。研究组男29例，女28例，平均（67.52±10.16）岁；对照组男26例，女31例，平均（65.98±11.54）岁，所有患者年龄均在47~78岁范围内，患者均无其他重大历史疾病。研究开始前，安排专人向患者及家属讲解不同营养管理模式的具体优劣势差异，待到患者及家属充分了解研究内容且给出肯定答复，再将患者纳入研究中。

纳入标准：（1）符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南2024》中慢性心力衰竭的诊断标准。（2）年龄≥40岁。（3）签订知情同意书。（4）患者意识清楚，在各项治疗、护理措施实施过程中能够主动做好配合，确保营养管理措施实施顺利，患者及时反馈自身的具体感受。

排除标准：（1）患者主动拒绝参与研究。（2）合并恶性肿瘤、严重肝肾功能不全等重大疾病和重要器官功能不全的患

者。（3）存在精神类疾病，或精神状态不稳定。（4）无法经口进食，营养管理方案难以顺利推进。（5）无法接受长期性的营养管理，或未来半年内有其他计划等。

1.2 方法

对照组行常规营养管理和护理措施。护理人员在患者住院期间做好对患者的营养知识宣教，通过发放健康手册的形式让患者对慢性心力衰竭的相关知识有一定的了解，并借此向患者科普日常饮食建议严格控制盐分摄入并合理补水，优先选择补充优质蛋白等健康知识。让患者能够对自身病情和日常营养管理需求有更加全面的认识。在患者出院时，护理人员给予常规出院指导，提醒患者日常饮食注意事项，建议患者选择合适的时间进行检查、复诊。患者出院1个月以后，护理人员对患者进行电话随访，了解患者饮食管理情况和日常食谱，针对患者饮食喜好和饮食习惯，并结合慢性心力衰竭患者需求进行饮食指导，保证饮食方案营养全面且符合患者病情控制需求。

研究组行“医院-社区-家庭”三元联动管理模式，护理内容如下：

（1）建立三元联动营养管理团队。为保证营养管理模式的顺利实施，应当优先建立三元联动团队，分别从医院、社区、家庭三个层面进行人员筛选，保证所有团队成员都能对营养管理方案和患者身体健康状况有充分的认识。三元联动健康管理团队主要由医院层面的1名心内科医师、1名营养师、2名心血管专科护士，社区层面则包括患者居住区域附近的3个社区卫生服务中心，一个服务中心需要有1名全科医师和1名社区护士参与，家庭层面则由患者的主要照护者参与。医院层面成员共同负责评估患者住院期间营养情况，制定指导性营养管理

方案；社区层面成员需要积极开展社区随访，做好对患者的日常管理；家庭层面成员则需要严格按照饮食方案进行落实，并详细记录患者营养摄入和身体反应。团队采用微信群聊进行信息共享和沟通交流，保证营养管理方案始终符合患者身体状况，如果发现存在异常也能及时进行调整^[1]。

(2) 住院期管理：①营养评估。由团队营养师对患者进行全面的营养风险筛查，通过检测患者身体营养相关指标，明确当前患者的身体营养状态，后续方案制定也需要参考营养评估结果。②制定方案。根据评估结果，营养师与心内科医师为患者制定营养管理方案，主要包括每日能量摄入目标、蛋白质摄入量、盐分和水分摄入限制等详细信息，建议患者遵循少食多餐的原则进行营养管理，进一步强化饮食管理方案的个体化特征，强化饮食方案的指导作用。③营养教育。护理人员做好对患者的指导和营养知识培训，让患者能够意识到加强营养管理的作用，学会在生活中主动限制盐分、水分的摄入，在饮食方案中优先选择鱼、禽蛋、瘦肉和豆制品等优质蛋白食物，掌握早期识别营养不良的方法。④出院指导。在患者出院前，专科护士与社区护士做好交接，同步好当前状态下患者的具体信息，比如营养管理方案、饮食爱好、管理重点等。同时，护理人员指导患者及家庭照护者学会使用“医院-社区-家庭”三元联动管理手册，记录患者体重、饮食变化。

(3) 社区期管理：①出院后1周内。由社区卫生服务中心护理人员对患者进行家庭访视，了解患者营养管理方案的实际执行情况，并分析在实际执行过程中存在的问题，配合对应营养管理方案做好现场指导。②每2周随访一次。社区护理人员积极做好对患者定期随访，采用门诊随访或家庭访视的方式，检查患者体重、血压等身体基础数据，评估患者近两周的饮食是否符合营养管理要求，与患者及家属沟通营养管理方案中存在的难点并给出对应指导^[2]。③社区与医院的联动管理。社区卫生服务中心每月将患者的营养管理实际执行情况进行汇总，并动态更新患者基础资料，保证医院核心团队始终了解患者营养状况，如果发现异常也能及时做好干预处理。

(4) 家庭期管理：①家庭日常监测记录。患者及照护者共同完成营养管理日记，记录患者每日饮食情况和盐分、水分摄入情况，详细记录患者可能存在的身体不适。②远程指导支持。患者和照护者及时将日常饮食以照片的形式上传到团队群聊中，专科护士根据患者营养管理方案实际实施情况做好指导，确保患者的饮食健康。③每2周进行家庭访视。家庭照护者在社区护理人员家庭访视过程中，真实展示烹饪过程，主动询问护理人员如何调整饮食制作过程，确保营养管理方案能够顺利落地^[2]。

1.3 观察指标

(1) 心功能指标：包括护理干预前后的6min步行距离、氨基末端脑钠肽前体水平、左室射血分数三项指标。

(2) 心力衰竭生活质量：包括干预前、干预3个月、干预6个月共3个关键时间节点，采用明尼苏达心力衰竭生活质量问卷(MLHFQ)评估患者生活质量，总分0~105分，分数越高生活质量越差。

1.4 统计学方法

SPSS22.0软件处理，t、X²值检验，P<0.05差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比患者心功能指标

据表1可知，两组患者开展营养管理钱新功能指标无明显差异，经过营养管理后，研究组6min步行距离比对照组更长，氨基末端脑钠肽前体水平比对照组更低，左室射血分数比对照组更高，P<0.05。

表1 两组患者心功能指标对比表[$\bar{x} \pm s$]

心功能指标	对照组(n=57)	研究组(n=57)	t值	P值
6min步行距离(m)	干预前	336.18±31.74	0.032	0.972
	干预后	335.62±31.54		
氨基末端脑钠肽前体水平(ng/L)	干预前	351.84±30.27	0.962	0.003
	干预后	369.82±33.54		
左室射血分数(%)	干预前	6470.23±338.76	0.032	0.976
	干预后	6471.18±329.75		
	干预前	3169.82±223.75	18.256	<0.001
	干预后	2435.16±212.67		
	干预前	35.52±3.37	0.124	0.879
	干预后	35.74±3.62		
	干预前	43.92±40.8	2.663	0.008
	干预后	45.83±4.15		

2.2 对比患者心力衰竭生活质量评分

据表2可知，两组患者在营养管理前生活质量不存在明显差异，经过营养管理干预后3个月、6个月，研究组患者的心力衰竭生活质量评分都明显低于对照组，并且随着时间的推移差距也在逐渐拉大，证明研究组患者生活质量改善更加明显，P<0.05。

表2 两组患者心力衰竭生活质量评分对比表[n(%)]

分组	对照组	研究组	t	P
例数	57	57	--	--
干预前	58.44±12.51	56.83±13.15	0.624	0.537
干预3个月	49.32±10.55	39.44±9.86	5.268	<0.001
干预6个月	42.71±9.32	31.25±8.57	6.965	<0.001

3 讨论

“医院-社区-家庭”三元联动管理模式强调多个主体共同开展对患者的日常营养管理,基于医院核心团队成员的权威性、社区卫生服务中心成员家庭随访的便利性和家庭照护者对患者的了解,保证营养管理方案能够顺利落实^[4]。在家庭照护者深度参与的过程中,能够避免部分慢性心力衰竭患者年龄过大难以理解部分方案内容的情况,也能让患者更加直观地体会到高质量且严格、规范的饮食管理对自身症状控制效果的积极

影响^[5]。

综上所述,在对慢性心力衰竭患者实施营养管理的过程中,通过应用“医院-社区-家庭”三元联动管理模式,可以根据患者在不同环境下的具体条件和身体所需的营养元素做好考虑,帮助患者更好地补充身体所需营养,有利于改善患者的心功能,并在一定程度上提高患者的生活质量,值得在临床上进行推广。

参考文献:

- [1] 席如月,杜昕.慢性心力衰竭患者营养管理研究进展[J].心肺血管病杂志,2025,44(11):1186-1189.
- [2] 欧东波,冯光琴,李维,等.精细化膳食营养管理联合增强型体外反搏治疗老年慢性心力衰竭的效果评价[J].中国医学创新,2025,22(24):116-120.
- [3] 冯光琴,欧东波,黄晓莲.膳食营养管理改善老年慢性心力衰竭患者心功能的研究进展[J].吉林医学,2025,46(6):1450-1454.
- [4] 李雯,林莉.PRECEDE-PROCEED 模式下精细化健康支持管理在老年慢性心力衰竭伴营养不良患者中的应用[J].心血管病防治知识,2025,15(9):138-141.
- [5] 王雨琪,邹莺,吕磊,等.基于健康行为改变整合理论的老年慢性心力衰竭患者居家营养管理体验的质性研究[J].医学研究与战创伤救治,2025,38(4):416-419.