

# 心力衰竭患者营养不良感知的质性研究

洪勇<sup>1</sup>,汪小华<sup>1</sup>,鞠阳<sup>2</sup>,黄东琴<sup>4</sup>,顾兰<sup>3</sup>

Perceptions of malnutrition in patients with heart failure Hong Yong, Wang Xiaohua, Ju Yang, Huang Dongqin, Gu Lan

**摘要:**目的 深入了解心力衰竭患者对自身营养不良的感知现状,为针对性干预提供参考。方法 对 16 例能量、蛋白质摄入不足营养不良心力衰竭患者进行一对一深度访谈,采用内容分析法分析资料,提炼主题。结果 提炼出忽视营养不良感知,病理生理因素局限进食,合理营养与心力衰竭关系认知不足,生活习惯改变及治疗影响进食,不知道如何改善营养,家庭支持不足 6 个主题。结论 心力衰竭患者对自身营养状况感知不良,存在较多误区,医护人员应引起高度重视,加强针对性干预,以改善营养不良状况,从而改善心力衰竭预后。

**关键词:**心力衰竭; 住院患者; 营养不良; 感知; 能量; 蛋白质; 质性研究

**中图分类号:**R473.5;R151.4<sup>+</sup>2 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.03.087

心力衰竭(下称心衰)是各种心脏病的严重阶段,主要表现为下肢水肿、呼吸困难、疲乏等症状<sup>[1]</sup>,即使经过优化治疗,其再住院率、病死率仍较高。营养不良是心衰患者不良临床结局的独立预测因子<sup>[2]</sup>,临床心衰患者营养不良发生率高达 50%~60%<sup>[3]</sup>。蛋白-热量营养不良可使心衰病情恶化加速,增加病死率<sup>[4]</sup>。其主要原因包括摄入不足、消化吸收不良、代谢消耗增加、药物作用等<sup>[5]</sup>。心衰患者能量、蛋白质需求高于非心衰人群,但患者日常膳食中的能量、蛋白质、碳水化合物等摄入不足<sup>[6]</sup>,日常膳食摄入量未达需求的心衰患者达 64%~72%<sup>[7]</sup>,32.2%的心衰患者日常膳食蛋白质摄入低于 0.8 g/(kg·d)<sup>[8]</sup>。有学者认为,排除年龄因素外,膳食摄入不足的可能原因与体循环不良导致食欲不振和吸收不佳、知识缺乏及饮食限制等有关<sup>[9]</sup>。心衰患者关注自身营养状况,感知和识别营养不良,是促进其改善自身营养的前提。但目前尚未见针对心衰患者营养不良感知的相关研究报道。鉴此,本研究从膳食摄入角度对心衰患者进行深度访谈,探索其对营养不良的感知,为实施针对性护理干预提供参考。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 采取目的抽样法,抽取 2019 年 3~7 月在苏州大学附属第一人民医院心血管内科住院的心衰患者为研究对象。纳入标准:年龄>18 岁,确诊为心衰;营养不良,血清白蛋白 $\leq 35$  g/L<sup>[10]</sup>;通过 3 d 饮食回顾,经营养计算器算得每天能量及蛋白质摄入量均低于居民膳食推荐摄入量(能量 9 405 kJ/d,蛋白质 65 g/d)<sup>[11]</sup>;有良好的理解及语言表达能力;对本研究知情同意,愿意表达自身营养不良的感知及原因。本研究通过苏州大学伦理委员会审查,访谈过程遵循知

情同意的原则,承诺谈话内容保密,以数字代替受访者称谓。样本量以信息饱和、不再出现新的主题为准,共访谈患者 16 例。男 10 例,女 6 例;年龄 48~86 岁,平均 71.2 岁;原发病:高血压性心脏病 6 例,扩张性心肌病 3 例,缺血性心肌病 6 例,肥厚型心肌病 1 例;心功能(纽约心功能分级):II 级 2 例,III 级 9 例,IV 级 5 例;相关生活习惯:抽烟 1 例,喝酒 2 例;民族:回族 2 例,汉族 14 例;受教育程度:文盲 6 例,小学 2 例,初中 2 例,高中 2 例,大专及本科 4 例;婚姻及居住:在婚 12 例,离婚 1 例,丧偶 3 例;独居 4 例,与子女同住 2 例,与配偶同住 10 例。营养相关指标:血清白蛋白 23.6~34.0 g/L,平均 31.1 g/L;能量摄入:4 125.7~8 531.4 kJ/d,平均 5 911.8 kJ/d;蛋白质摄入量 30.8~62.3 g/d,平均 46.4 g/d。

## 1.2 方法

**1.2.1 资料收集方法** 采用面对面的半结构式访谈收集资料。根据研究目的及查阅文献拟定访谈提纲:您知道您有营养不良么?您认为您的日常膳食合理吗?若不合理,具体表现在哪些方面?根据您提供的饮食信息,我们计算了您日常摄入的能量、蛋白质,结果发现总量不足,您知道这个结果对您的疾病有什么影响吗?您认为什么原因导致您出现了能量、蛋白质的摄入不足?如果我们给您比较详细的建议来改善营养,您执行起来有困难么?具体存在哪些困难呢?访谈开始都以“您觉得您营养状况如何,是否有营养不良?”开始。

访谈前 1 d 与患者约定访谈时间,在病房进行访谈,访谈时保证环境安静、不受打扰;向患者解释研究目的及意义;征求患者同意记录访谈内容;访谈过程中认真倾听、如实记录。访谈时间控制在 30~40 min。每例患者访谈结束整理资料。当资料达到饱和,不再出现新主题时截止。

**1.2.2 资料分析方法** 采用内容分析法分析资料。完成访谈后整理出初步主题框架,然后逐句寻找、提炼、编码与本研究有关的表述,与主题框架比较与归

作者单位:苏州大学附属第一人民医院 1. 心内科 2. 静脉治疗门诊 3. 全科医学科(江苏 苏州,231500);4. 江苏省中医院溧阳分院

洪勇:女,硕士在读,学生

通信作者:顾兰,gulan@suda.edu.cn

收稿:2019-09-10;修回:2019-10-17

类,根据实际情况修改完善主题。

## 2 结果

**2.1 忽视对自身营养状况感知** 16例心衰患者中12例对自身营养不良没有感知,他们表示平常主要是关注心衰状况,能控制症状就感觉较好了,没考虑到自身营养问题;其中2例认为自身营养状况比同年龄人更好。N4:“不觉得有营养不良,没什么感觉,我比正常人营养要好,主要就是心脏不行了(皱眉)。”N3:“我没有营养不良,我营养好得很,比一般人都好。”

### 2.2 病理生理原因局限进食

**2.2.1 心衰导致食欲不振等症状局限进食** 大部分患者认为心衰疾病本身及所引起的乏力、水肿导致食欲下降,日常膳食摄入减少。心衰患者常常存在体循环淤血,腹内压增加,肠道蠕动减慢,吸收障碍,以及肺循环淤血,导致腹胀、胸闷、呼吸困难等,这些症状可使患者食欲不振、摄入减少<sup>[12]</sup>。N2:“不想吃东西,肚子胀的,不是家里人要求的话想不起来吃东西,吃饭也就是吃一点就够了,看到肉不想吃。”N6:“以前吃的一般,出院刚回家前一段时间吃的下,渐渐地吃的越来越少,完全吃不下就来住院了。”心衰患者常见的疲乏、虚弱亦影响进食。N4:“医生说我的心脏只有1/3有用了,所以老是没有力气,需要躺着,吃饭不多。”N12:“生病之后就没什么力气,一般躺着,吃点稀饭馄饨,没有办法(手抖、喘息)。”

**2.2.2 并存疾病影响患者进食** 并存痛风或糖尿病的心衰患者认为并存疾病需要限制部分饮食导致摄入能量及蛋白质不足。N7:“我不是不想吃肉,是被痛风折磨的没有办法,经常去门诊看痛风,没有什么效果,只能天天蔬菜和米饭,昨天嘴馋吃了肉,今天又不舒服。”N9:“补充蛋白质摄入本来是可以做到的,但是我有痛风,很多东西不敢吃,牛奶我从来也不喝。”心衰伴糖尿病的患者需要控制饮食总量的摄入。N11:“我有糖尿病不敢多吃,想吃也不能吃,长期下来习惯吃的少。”另有2例伴乳糖不耐受的患者主诉不能喝牛奶,一喝就拉肚子。N4:“我从来喝牛奶都不行,一喝就拉肚子。”

**2.2.3 牙齿缺如影响进食** 本研究中4例患者主诉因为牙齿缺如不方便进食。N1:“我装了假牙咬起来费力,渐渐地就不想吃了,肉、虾什么的更是不能吃了。”N5:“年纪大了,牙口不好了,吃不动了,只能吃一些面啊,稀饭什么的,菜就吃烧的很烂的蔬菜和一点点鱼,没有办法(摇头摆手)。”

**2.3 对合理营养与心衰预后关系认知不足** 营养素摄入不足与心衰患者认知正确与否息息相关。本研究中所有患者日常饮食供能均不足,11例表示他们不知道其相关关系。患者对合理营养及与心衰预后关系认知明显不足,甚至固执地坚持自己的看法。N3:“我们干体力活的需要多吃肥肉和米饭,干活

有力气,想吃什么就是缺什么;这些吃的东西应该没什么关系。”N15:“大夫说大鱼大肉不好,所以平时就吃蔬菜,喝蔬菜汁、吃三七粉养生;后来大家说我瘦了,我觉得应该是营养不良,就炒菜多放油,还特地买了猪油吃,鱼虾什么的都油炸着吃。”N9:“我觉得荤菜对心脏不好,生病了之后就一直没吃。”N4:“医生说我之前冠心病加上心梗,建议我吃的清淡一点,所以回家后就不吃荤菜,蛋白低什么的我们也不懂,医生是让我们吃安素(一种蛋白粉)。”N4:“不知道这个(合理营养与预后)有什么关联。”

**2.4 不知道如何改善营养** 本研究中4例患者表示对于如何改善营养表示疑惑。虽然美国和欧洲发布了心衰的膳食营养素推荐量,但我国暂时还没有明确其对中国人是否适应,故国内没有明确的营养素摄入量推荐。N7:“我也知道要加强营养,不知道该吃一些什么,肉也不吃,家常菜就那些。”N9:“我知道我营养不良啊,不知道怎么办啊,照以前一样吃还是体重下降啊。”N6(家属):“他就是不吃啊,一直就这样,不知道做啥给他吃。”

### 2.5 生活习惯改变及治疗因素影响进食

**2.5.1 生活习惯改变** 本研究中2例患者表示戒酒后进食减少。N11:“现在戒酒半年了,吃的就少了,吃一两米饭,一点蔬菜,有时候一块肉就好了;之前喝酒,边喝边吃,吃很久吃得多。”N15:“不喝酒了,吃不香。”1例患者认为患了心衰不敢坚持之前的锻炼,影响进食。N13:“之前我是跑短跑的,年纪大了就走路,每天至少1万步;现在心脏不好了就不敢多走路,在家歇的多,所以吃不了多少,肉吃了更消化不了,就吃点蔬菜。”

**2.5.2 药物及其他因素** 药物治疗是影响心衰患者进食的因素之一,血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)类、利尿剂、倍他乐克及地高辛会使部分患者产生厌食、口干症状<sup>[13]</sup>。本研究中2例患者认为服用治疗心衰的药物影响进食。N16:“我有房颤,需要吃华法林,医生叮嘱一些绿叶蔬菜不能吃,但我吃蔬菜习惯了,不吃蔬菜的话,米饭啊荤菜什么的吃不进。”N14:“有一种药我吃了倒胃口,所以吃的不好。”1例患者透露限制摄入量是因为医生的建议。N7:“医生让我减重,所以戒荤腥;医生让我限制饮水,所以我就少吃东西,吃得多了喝水就多了。”

**2.6 家庭支持不足** 家庭经济困难限制了营养素的摄入。N14:“家里5代同堂,我们没有工作,做过几次手术了,没有钱买菜,就吃家里种的蔬菜。”N13:“以前家里人口多,习惯素食,吃荤菜不行。”N15:“爱人去世的早,自己一个人住,吃饭就是应付,基本都是炒一个蔬菜中午和晚上吃。”此外,疾病造成的不适及对家庭造成的负担,使患者出现焦虑抑郁心理,后者常常影响进食,甚至拒绝进食。N10:“家里都被我拖垮了,想去死,吃什么饭啊(摇头、叹息)。”

### 3 讨论

**3.1 患者对合理膳食认知不足** 心衰患者忽视自身营养状况,对日常饮食问题认知不足,导致热量及蛋白质摄入不足,出现营养不良,导致预后不良<sup>[4]</sup>。本研究发现,绝大多数心衰患者并未意识到自己已经出现营养不良,对日常饮食摄入不足未引起重视,也不知晓营养不良会影响疾病的预后。因此,需要让患者在接受心衰治疗的同时重视自身营养状况,及时进行营养不良筛查,发现营养问题,从日常饮食方面着手积极应对以改善其预后。

**3.2 病理生理改变是影响患者食欲的重要原因** 心衰患者心脏功能不全,导致肠道水肿,吸收能力降低,同时活动减少,即使未进食也有饱胀感,甚至恶心厌食;日常膳食能量及蛋白质摄入不足进一步导致营养不良<sup>[14]</sup>,包括骨骼肌萎缩、骨质疏松等,而极度疲乏,进一步影响患者活动,形成恶性循环。因此,首先要让患者了解营养不良对机体产生的负面影响,知晓食欲变差的原因;其次,应指导患者通过相应办法改善食欲,如制作食物,在限盐基础上改用相应的调味品如中草药、醋及葱等,以促进食欲<sup>[15]</sup>;必要时使用胃动力药促进胃排空,增加饥饿感<sup>[16]</sup>;第三,鼓励患者适当运动,有研究证实,适当的运动有利于心衰患者改善心功能和生活质量<sup>[17]</sup>;相关指南建议心衰患者在心衰治疗的同时联合运动和营养<sup>[18]</sup>,适当的运动可促进通过循序渐进的日常运动来增加肌力、挽救心脏功能、延缓骨质疏松,改善疲乏和虚弱。

心衰是心脏疾病的严重阶段,患者常并存各种疾病,包括痛风、糖尿病、肾功能不全等,也是重要影响因素。如痛风要限制富含嘌呤的食物;糖尿病要限制高热量食物;肾功能不全是高血压、心衰的并发疾病,要限制蛋白质的摄入。这些都影响了患者的营养供给。对此,应指导患者根据疾病及代谢特点调整食谱,实行个体化营养支持,或添加营养素,或采用中药膳食<sup>[19]</sup>,以改善营养,减轻脏器负担。对于老年牙齿缺如导致咀嚼障碍的患者,可建议其咨询口腔科,亦可改变烹饪方式,如切碎煮透,方便进食,保证充分的营养摄入。

**3.3 加强饮食相关知识教育** 认知是信念和行为的基础,只有患者清楚地了解营养对疾病转归的重要性,以及掌握正确摄取食物的方法,医护人员的告知及社会呈现出的有益知识,患者才会接受,改变不当行为。本次访谈对象大多为老年人,文化程度偏低,饮食受习惯习俗影响深,使饮食认识出现各种误区,如认为营养不良就需要补充油脂,吃肉就会导致冠心病,心衰了只吃蔬菜,干体力活就要多吃肥肉和米饭,戒酒影响食欲等。对此,医护人员首先要对心衰患者进行饮食问题评估,根据评估结果给予科学的建议和切实指导,使患者知其然也知其所以然,积极主动地投入到健康饮食摄入活动中。

另外,治疗心衰的药物如 ACEI 类、利尿剂、倍他乐克及地高辛等可导致厌食、口渴症状。可建议患者及时报告医生,协商换药;服用华法林的患者,需少食绿叶蔬菜,这也一定程度影响了患者食欲及进食量,指导患者选用其他种类纤维素和补充维生素,做菜除遵循少放盐外,多清蒸少红烧的方式来减少餐外饮水量。

### 4 小结

本研究通过对 16 例营养不良心衰患者深度访谈,提炼出忽视营养不良感知,病理生理因素影响进食,合理营养与心衰的关系认知不足,生活习惯改变及治疗因素影响进食,不知道如何改善营养,家庭支持不足 6 个主题。医护人员需评估患者营养不良程度,了解其影响因素,实施针对性教育和指导,纠正患者的认知误区;共病患者可联合其他专科及营养师制定饮食计划;同时调动家属帮助患者改善食欲,改善营养不良状况,延缓心衰进展。

### 参考文献:

- [1] 中华医学会心血管病学分会心衰学组,中国医师协会心衰专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心衰诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10):760-769.
- [2] Tevik K, Thürmer H, Husby M I, et al. Nutritional risk is associated with long-term mortality in hospitalized patients with chronic heart failure[J]. Clin Nutr, 2016, 34(2):257-264.
- [3] 徐境苹,陈丁源. 营养风险筛查和个体化营养支持应用于老年慢性心衰患者对心功能的影响[J]. 中国食物与营养, 2019, 25(1):84-86.
- [4] Zhou H, Qian H. Relationship between enteral nutrition and serum levels of inflammatory factors and cardiac function in elderly patients with heart failure[J]. Clin Interv Aging, 2018, 13:397-401.
- [5] Rahman A, Jafry S, Jeejeebhoy K, et al. Malnutrition and cachexia in heart failure[J]. J Parenter Enteral Nutr, 2016, 40(4):475-486.
- [6] 王建,达四平,朱文艺,等. 慢性心衰患者膳食调查及分析[J]. 中国食物与营养, 2012, 18(1):79-82.
- [7] Lourenço B H, Vieira L P, Macedo A, et al. Nutritional status and adequacy of energy and nutrient intakes among heart failure patients[J]. Arq Bras Cardiol, 2009, 93(5):501-507.
- [8] Colin-Ramirez E, Arcand J, Ezekowitz J A. Dietary self-management in heart failure: high tech or high touch [J]. Curr Treat Options Cardiovasc Med, 2017, 19(3):19.
- [9] Price R J, Witham M D, McMurdo M E. Defining the nutritional status and dietary intake of older heart failure patients[J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2007, 6(3):178-183.
- [10] 陈惠成,龙春梅,陈淑玲. 老年慢性心衰重症患者营养状况评估与护理干预[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(8):1201-1202.