·社区护理·

慢性心力衰竭患者居家体重管理阻碍因素质性研究的 Meta 整合

史红梅[1]，张美玲[1]，苏珊[1]，童嘉毅[1]，徐翠荣[2]，陈管洁[3]

摘要：目的 系统整合慢性心力衰竭患者居家体重管理的阻碍因素，为制订针对性体重管理策略提供依据。**方法** 计算机检索 PubMed、Embase、CINAHL、Web of Science、Cochrane Library、万方数据知识服务平台、中国生物医学文献数据库、中国知网与维普网中关于慢性心力衰竭患者居家体重管理体验与阻碍因素的质性研究。检索时限为建库至 2025 年 12 月 31 日。采用 JBI 质性研究真实性评价标准评估文献质量，资料整合运用汇集性整合法。**结果** 最终纳入 15 篇文献，共提取 79 个相关研究结果，归纳为 9 个类别，形成 3 个整合结果，即知－信－行全链条转化障碍、躯体－心理－社会多重因素制约、家庭－医院－基层多方支持不足。**结论** 心力衰竭患者居家体重管理受多维度因素共同影响。临床需构建多层次、一体化管理体系，聚焦关键环节制订针对性干预策略，以提升心力衰竭患者长期体重管理依从性。

关键词：心力衰竭； 体重管理； 自我护理； 阻碍因素； 质性研究； Meta 整合
中图分类号：R473.2；R473.5 **DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.20.103

Barriers to home-based weight management in patients with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis

Shi Hongmei, Zhang Meiling, Su Shan, Tong Jiayi, Xu Cuirong, Chen Guanjie. Heart Center, Zhongda Hospital(Jiangbei), Southeast University, Nanjing 210044, China

Abstract: Objective To systematically synthesize barriers to home-based weight management among patients with chronic heart failure (CHF), and to provide a reference for developing targeted weight management strategies. **Methods** PubMed, Embase, CINAHL, Web of Science, the Cochrane Library, Wanfang Data, SinoMed, CNKI, and VIP Database were systematically searched from inception to December 31, 2025, for qualitative studies exploring experiences and barriers related to home-based weight management among patients with CHF. The Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research was used to assess the methodological quality of the included studies, and meta-aggregation was applied to synthesize the findings. **Results** A total of 15 studies were included, and 79 relevant findings were extracted and grouped into 9 categories and further aggregated into 3 synthesized findings: barriers across the knowledge-attitude-practice (KAP) continuum, multidimensional constraints involving physical, psychological, and social factors, insufficient support from families, hospitals, and primary healthcare institutions. **Conclusion** Home-based weight management among patients with CHF is influenced by multiple factors. In clinical practice, a multilevel, integrated management system should be established, and targeted intervention strategies should focus on key aspects of weight management to improve patients' long-term adherence.

Keywords: heart failure; weight management; self-care; barriers; qualitative research; meta-synthesis

慢性心力衰竭(Chronic Heart Failure，CHF)是心血管疾病的晚期阶段，具有高患病率、高再住院率、高病死率等特征，已成为全球严重的健康负担[1-2]。液体潴留是诱发心力衰竭急性加重、导致反复住院的核心危险因素[3-4]，而短期体重快速升高是反映液体潴留最直观、敏感且易获取的预警指标[5]。规范居家体重管理可早期识别病情波动，显著降低再住院率和全因病死率，改善 CHF 患者心功能状况[6-7]。当前针对 CHF 患者体重管理的干预研究效果不佳，依从性普遍偏低[8-9]，提示既往研究可能忽视了患者在真实居家场景中的深层主观体验与社会心理诉求。近年来，聚焦心力衰竭患者体重管理体验的质性研究较多，但相关研究结果较为零散，尚缺乏体重管理阻碍因素的系统整合。因此，本研究通过 Meta 整合明确 CHF 患者体重管理的阻碍因素，为制订系统、针对性干预策略提供参考。本研究已在 PROSPERO 注册(CRD420261352153)。

1 资料与方法

1.1 文献纳入及排除标准 纳入标准：研究对象(Population，P)为 CHF 确诊患者；感兴趣的研究现象(Interest of phenomenon，I)是 CHF 患者在体重管理过程中的体验、感受、经历和阻碍等；研究情境(Context，Co)为 CHF 患者自身进行体重管理的全过程；研究类型(Study design，S)为质性研究或混合方法研究中的质性研究部分，包括描述性质性研究、现象学研究、扎根理论等。排除标准：重复发表、数据不全或无法获取全文；非中英文文献；文献质量评价为 C 级。

1.2 文献检索策略 采用主题词和自由词相结合的方式，检索 PubMed、Embase、CINAHL、Web of Science、Cochrane Library、万方数据知识服务平台、

作者单位：1. 东南大学附属中大医院江北院区(原南京市大厂医院)心脏中心(江苏 南京，210044)；东南大学附属中大医院 2. 护理部 3. 重症医学科
通信作者：张美玲，njzml666@163.com
史红梅：女，本科，副主任护师，护士长，1979970776@qq.com
科研项目：江苏省卫健委医学科研立项重点项目(ZD2022057)；东南大学附属中大医院护理科研项目(KJZC-HL-202414)
收稿：2026－05－05；修回：2026－07－03

中国生物医学文献数据库、中国知网与维普网中关于CHF患者居家体重管理的质性研究，同时追溯相关文献的参考文献。检索时限为建库至2025年12月31日。中文检索词：心衰，心力衰竭，心脏衰竭，心功能不全；体重管理，体重监测，体重，体质量；质性研究，定性研究，扎根理论，现象学研究，描述性质性研究；体验，感受，经历，需求，困难。英文检索词：heart failure, cardiac failure, cardiac insufficiency; body weight, weight management, weight monitoring, body mass; qualitative research, qualitative study, grounded theory, phenomenology, describe qualitative research; feeling, perception, experience, need, demand, barriers, difficult *。以PubMed数据库为例，英文检索策略见附件1。

1.3　文献筛选与资料提取　所有文献导入Zotero软件去重，由2名经过培训的研究者独立筛选文献并提取资料，最后交叉核对。如有分歧，先由两者协商解决；协商不成则与第3名研究者讨论解决。资料提取内容包括第一作者、国家、发表年份、研究方法、研究对象、感兴趣的现象以及主要研究结果。

1.4　文献质量评价　根据JBI质性研究真实性评价标准[10]，由2名研究者独立对纳入文献进行质量评价。如遇分歧，先经两人讨论解决，仍有分歧时由第3名研究者协商裁定。评价内容包含10个条目，每个条目均进行“是、否、不清楚、不适用”的评价。文献质量分为3个等级：评价标准全部满足为A级，部分满足为B级，完全不满足为C级。

1.5　资料整合方法　采用JBI汇集性整合法[10]对结果进行整合。研究者反复阅读并分析纳入文献，提取相关研究结果，将相似结果归类形成新的类别，再将不同类别归纳形成整合结果。

2　结果

2.1　文献筛选结果　初步检索获得1 273篇文献，经过去重、初筛、复筛和质量评价后，最终纳入15篇文献[11-25]。文献筛选流程见附件2。

2.2　纳入文献基本特征及质量评价结果　共纳入15篇文献，包括10篇中文，5篇英文。15篇文献均未从文化背景、价值观角度说明研究者自身状况，均未阐述研究者与研究之间的相互影响，评价为“否”；4篇文献[13-14, 17, 19]在“是否符合伦理规范”条目评价为“不清楚”；其余条目均评价为“是”。纳入文献的基本特征见表1。纳入文献的方法学质量评价均为B，予全部纳入。

2.3　Meta整合结果

共提取出79个相关研究结果，将相似结果归纳为9个类别，最终形成3个整合结果。

2.3.1　整合结果1：知－信－行全链条转化障碍

2.3.1.1　类别1：认知不足与偏差　患者对体重监测的意义认识不足，不理解体重变化与容量超负荷的关联（“不知道称体重和心脏病之间有什么关系”[13]）。过于依赖医生护士，缺乏主动学习意识，仅被动遵从医嘱（“医生、护士告诉我说要每天监测体重，但我不清楚，称体重和这个病之间有什么关系”[16]）。多数患者未掌握体重异常的判断标准与处理流程，无法有效应对（“我知道称体重……但就算知道了体重的变化，也不知道怎么处理”[16]）。部分患者存在认知误区，认为症状稳定就无需监测（“我自从换了瓣之后，整个人身体和精神状态比以前好多了，根本就不需要称体重”[14]）。低估疾病进展风险，自觉身体状况良好（“出院以后，我觉得自己身体挺好的，没有你们说的那么严重，就没把它当回事儿”[14]）。缺乏明确管理目标，难以规范执行（“知道要称体重控制水。但不知道该多少算是合适”[23]）。

2.3.1.2　类别2：信念薄弱与动力缺失　患者因疾病不确定感、自我管理信心丧失，进而放弃疾病管理行为（“这个病的性质决定它是必然要发展的，我觉得吃那些药没什么用，而且现在情况比出院前还糟糕，我都没什么信心了，什么都不想做了现在”[13]）。未感知到长期监测的实际获益，认为体重管理行为未产生明显效果（“回家称了3个月体重，没什么变化，所以我就不想称了，觉得麻烦”[14]）。症状稳定时警惕性下降、心存侥幸，重视度降低（“这阵子感觉身体还不错，没啥明显症状，就没太在意饮水量和饮食，体重也懒得测了，心想应该不会有事”[24]）。体重管理达标后缺乏正向反馈，难以维持动力（“当一切都很好时，没有任何反馈说你现在做得很好……我认为这是错误的”[15]）。

2.3.1.3　类别3：执行障碍与持续困难　长期监测与记录体重给患者带来繁琐感与疲惫感，易出现遗忘（“长期服药和监测体重有点麻烦，有时候容易忘”[25]）。患者未建立固定监测习惯（“如果我早上第一件事不给自己称重，我就会忘记”[21]）。疾病管理流程复杂，涉及多项内容，进一步增加执行难度（“这康复计划执行起来可不简单，得时刻注意自己的体重、尿量，还有什么电解质是吧？”[25]）。患者出院后自控力下降，难以坚持限水、监测体重等行为要求（“医生说……不要大量喝水，控制体重。但是自己回家之后有时候管不住嘴，没有太控制”[20]）。同时，监测行为易受天气等外部因素影响，执行力与持续性差（“天不冷的时候每天早上起床拉完小便就去称体重，现在天气一凉，特别是冬天我就不想称了”[22]）。

2.3.2　整合结果2：躯体－心理－社会多重因素制约

2.3.2.1　类别4：躯体症状与功能限制　患者严格限水后常出现严重口渴、口唇干裂等不适，难以长期耐受（“我知道要少喝点水，但一天下来水喝少了，嘴巴就很干、很渴，有时候嘴巴都快破皮了，有时候漱口的时候实在忍不住了就不由自主地把水给吞下去了，

表 1 纳入文献的基本特征

责任者	国家	发表年份	研究方法	研究对象	感兴趣的现象	主要研究结果
Riegel 等[11]	美国	2002	描述性质性研究	26 例患者	患者自我护理现状、促进或阻碍因素	3 个主题：疾病带来的挑战；自我护理现状；自我护理适应策略
van der Wal 等[12]	荷兰	2010	描述性质性研究	15 例患者	患者治疗依从性的相关障碍因素	5 个主题：影响依从性的原因；治疗方案存在的问题；日常生活的管理建议；增加依从性的实用技巧；认知误区与知识缺乏
鞠阳等[13]	中国	2012	现象学研究	8 例患者	患者体重管理依从性的影响因素	5 个主题：知识缺乏；固有行为习惯；其他并发症；身体舒适度降低；疾病不确定感
鞠阳等[14]	中国	2013	现象学研究	18 例患者	患者体重管理长效依从性的影响因素	3 个主题：体重管理行为产生的促发因素（对疾病的正确感知、自我效能）；体重管理行为维持的正强化因素（早期获益、再入院、随访干预、家庭与社会支持）；体重管理行为维持的负强化因素（长期管理无获益感、身心障碍）
Lyngå 等[15]	瑞典	2013	现象学研究	20 例患者	患者对居家每日体重数据传输、远程监测的看法、体验与认知	5 个主题：习惯型患者；担忧型患者；技术型患者；安全型患者；自我护理型患者
贺捷[16]	中国	2016	现象学研究	14 例患者	患者出院后过渡期自我护理的真实体验	4 个主题：过渡期自我护理缺陷；期望得到家庭、社会的关怀与支持；出院后依从性降低；渴望实现自我价值
郭海燕等[17]	中国	2018	现象学研究	9 例患者	患者自我监测真实需求	5 个主题：自我监测的知识需求；选择合适监测工具的需求；自我监测的技能需求；自我监测的意愿需求；亲情及朋友支持的需求
Sterling 等[18]	美国	2018	扎根理论	30 例社区患者	患者对自我管理中数字概念的看法、理解与应用体验	5 个主题：医患数字信息沟通是复杂的多阶段过程；患者自我管理数字概念的知识与理解差异较大；社会与照护者支持是数字概念落地应用的关键；既往健康经历塑造了患者对数字概念与相关指导的态度；恐惧是涉及数字自我管理的阻碍与促进因素
何涛等[19]	中国	2019	现象学研究	10 例患者	患者体重管理行为的预测因子	5 个主题：疾病知识缺乏；行为结果的评价；自我信念；患者角色冲突；家庭和社会支持
阙静等[20]	中国	2020	现象学研究	20 例农村患者	患者自我管理的影响因素	4 个主题：自我管理认知模糊；不愿寻求家人帮助；体力下降所致的抑郁情绪；远程医护接触无效
Sedlar 等[21]	斯洛文尼亚	2021	混合方法研究	32 例患者	患者自我护理的促进与阻碍因素	4 个主题：心力衰竭知识、经历、价值观；个人特质；存在问题；环境因素
马梦琪等[22]	中国	2023	现象学研究	15 例患者	患者治疗负担的真实体验	5 个主题：经济压力大；医疗就诊环境有待改善；自我行为管理困难；服药依从性低；心理体验差
乔悦等[23]	中国	2023	现象学研究	12 例老年患者	患者居家容量管理的真实体验	4 个主题：容量管理认知欠佳；心态老化导致管理信念消极；缺乏容量调节知识与技能；多种社会支持需求
唐荣欣等[24]	中国	2025	描述性质性研究	12 例患者	患者容量管理的行为决定要素	8 个主题：疾病病理知识匮乏；认知能力欠缺；执行能力薄弱；饮食结构优化能力受限；医疗资源可及性受限；社会支持体系不完善；自动驱动动力不足；反思驱动动力缺乏
於茗等[25]	中国	2025	描述性质性研究	12 例患者	患者容量管理的多维需求	3 个阶段共 14 个主题：诊断与评估阶段（早期症状管理，配合检查并接受容量管理教育，焦虑和担忧，早诊早治的需求）；住院治疗阶段（急性症状管理挑战，学习并实践容量管理的技巧，对治疗结果的期待与担忧，治疗带来的不适感和不良反应，对长期管理感到疲惫与不耐烦）；长期自我管理阶段（适应家庭环境与监测症状，持续监测健康与定期沟通，担心家中自我管理，长期自我管理感到满意，容量管理困难）

控制不住自己”[13]）。有时甚至出现排尿困难、尿液浓稠，因难以忍受而被迫增加饮水量，导致依从性下降（“每当我喝水少的时候，小便就特别困难，而且尿液很浓，像有血一样，第 2 天我就会多喝点水，要不然小便很痛苦的”[13]）。老年患者视力、行动能力衰退，无人协助时无法完成监测操作（“我自己年纪大了，眼睛不好，耳朵也不行，动作变得迟钝，小孩又忙，无法完成相关操作”[17]）。此外，部分患者存在慢性疼痛，肢体功能下降导致无法站立称重[18]。多病共存使治疗要求相互矛盾，容量管理难以兼顾（“限盐限水对我来说蛮困难的，因为我病多，又是糖尿病，又是心脏病，又是肾脏不好，糖尿病要多喝点水，心脏病又要少喝点水，真是很矛盾啊”[13]）。

2.3.2.2 类别 5：负性情绪困扰 疾病限制与管理失

败易引发沮丧、焦虑、抑郁等负性情绪，严重消耗患者的自我管理精力（“我开始经常哭泣，因为我非常生气，为什么这么简单的事情，我却做不到”[11]）。患者担忧体重上升是因为体内液体潴留、病情恶化（“我有点害怕去称体重。如果我的体重增加了，它在体内就会变成液体，而且会迅速改变”[15]），甚至产生恐惧感，因而回避监测，直接导致管理中断（“去年我还坚持称了差不多1年，今年过完年后，体重飙升，都到了110 kg左右，以至于我站到称上都有一种惧怕心理，都不敢低头看读数，后来就索性不称了”[14]）。

2.3.2.3　类别6：社会角色与疾病冲突　患者受家庭经济负担与频繁外出工作影响，难以顾及体重管理（“坚持体重管理可能做不到，我们这个年纪首先要为生活而工作……我的工作蛮多时间都在旅途中，像火车、高铁、飞机上”[19]）。家庭矛盾、生活应激事件分散精力，降低疾病管理关注度（“我和老婆在闹离婚，从去年开始一直耗在这里……对我的生活影响很大，没那么多心思去关注自己身体状况了”[19]）。病情稳定时，患者常将工作与生活置于疾病管理之上，导致监测依从性下降（“医护人员告诉我不能多喝水，每天要称体重……但是因为要外出打工挣钱，生活不规律，做不到医生说的那些。没有不舒服的时候就觉得，只要吃着药，这些做不做都无所谓”[20]）。

2.3.3　整合结果3：家庭－医院－基层多方支持不足

2.3.3.1　类别7：家庭支持薄弱与客观资源匮乏　患者因病耻感与愧疚感不愿麻烦家人，主动弱化家庭支持（“生病之后觉得自己是累赘，经济上已经是家庭的拖累，生活上就不想麻烦他们”[20]）。患者家属支持力度不足，未能持续提醒（“让家人帮忙记着给我称体重，可他们经常忘，我自己又忙不过来，体重变化情况根本没法好好掌握”[24]）。患者经济能力低下（“经济上有困难，没钱买体重秤、血压计进行管理”[21]），家庭缺乏体重秤（“我知道称体重，但是家里没有体重秤，怎么测？”[16]），或设备放置不便（“家中没有固定的地方放置体重秤”[12]），以及读数困难等问题均构成客观阻碍（“体重秤数字太小，看也看不出”[17]）。

2.3.3.2　类别8：医护人员指导不足与延续性支持缺失　医护人员的健康教育浅表化，仅告知监测要求，未系统讲解原理、方法与异常处理（“我非常希望能学会这些技能，苦于没人能讲得清晰、明白”[17]）。健康指导缺乏个性化，与患者生活、心理状态不匹配，可操作性差（“医护人员说的容量管理知识，感觉没考虑我的心理压力，也没管我生活里到底能不能做到，有些方法根本不适合我，关键要点我还是没掌握”[24]）。医患沟通不足，患者因顾虑不敢主动咨询（“医生告诉我要称体重……虽然我很困惑，但我不想显得自己很傻，所以就没有让他解释”[18]）。出院后缺乏持续随访与便捷咨询渠道，患者难以获得及时指导（“出院的时候一般都留有联系方式，但大医院的医生都很忙，打电话也担心人家不耐烦，不好意思总打扰人家，实在不行了再给医护人员打电话”[20]）。

2.3.3.3　类别9：基层医疗能力薄弱与管理衔接断层　基层医务人员因风险规避不敢调整利尿药等关键治疗，农村患者受距离远、经济条件差等限制，即便具备一定疾病认知，仍倾向拖延就诊、自行忍耐（“病情加重的时候，我自己知道可能要加用利尿药，这些药也能买到，但基层的医生不敢用，他们怕担风险。还必须上大医院去看病，但因为家在农村，离城里有点远，自身经济条件并不是太好，能多扛一段时间就多扛一扛，实在不行再去医院”[20]）。社区医疗机构存在设施简陋、药品不全、人员能力不足等问题，无法开展心力衰竭容量管理相关服务，患者仍需转诊至上级医院就诊（“我去社区医院，人家医生说治不了，你得去大医院，社区的药和设备都不行，如果社区能跟上就好了”[23]）。基层医护普遍缺乏体重管理与容量管理的专业知识，无法为患者提供居家指导与应急处理，造成管理断层（“出院后体重突然增加，我想知道是不是容量管理出问题，可医院远，社区又没人懂，真不知道该问谁”[24]）。

3　讨论

3.1　知－信－行转化障碍是体重管理依从性低下的核心内在原因　知－信－行理论是健康行为改变领域经典且应用广泛的理论模型之一，核心逻辑为：知识是行为改变的基础，信念/态度是行为改变的动力，行为是最终目标。三者构成一个连续、递进且相互影响的健康行为转化链条。患者在掌握相关健康知识后，会逐步形成积极的态度和信念，进而主动采纳并维持健康行为[26]。CHF患者体重管理依从性低下，根源在于认知不足、信念消极、执行困难的知－信－行环节转化障碍。患者普遍缺乏对体重管理核心价值的理解，不明白短期体重变化与容量超负荷、病情恶化之间的关联，对异常判断标准与处理流程掌握不足，即便监测也难以发挥预警作用。同时，患者长期管理信心不足，缺乏正向反馈与获益感知，症状稳定后警惕性明显下降，主动管理意愿显著降低。另外，长期管理带来的繁琐感、疲惫感以及记忆力减退，使患者难以形成固定习惯，加之出院后自控力下降、过度依赖他人协助，进一步导致体重管理行为执行困难。提示临床医护人员需从知－信－行环节同步介入，采用通俗化、场景化、重复化的宣教方式强化认知，以正向反馈与成功案例增强管理信念，通过简化流程、固定时间、工具辅助降低执行难度，推动患者从“被动遵从”向“主动管理”转变。建议从体重管理知识、信念与行为等方面评估出院患者居家体重管理能力，以及时发现患者存在的缺陷，便于提供针对性指导。

3.2 躯体不适、负性情绪与社会角色冲突构成体重管理的多重现实阻碍 严格限水引发持续性口渴、排尿困难、尿液浓稠等症状负担，使患者难以耐受而违背医嘱；老年患者视力、行动能力下降也直接影响监测操作；多病共存导致治疗要求相互矛盾；疾病迁延不愈带来的焦虑、恐惧、绝望，显著降低管理动力。此外，患者常面临经济压力、工作繁忙与疾病管理的冲突，在工作与生活需求面前，体重管理易被搁置，外出奔波、生活不规律进一步破坏监测节律。综上，躯体不适、负性情绪、社会角色冲突三者相互叠加，形成强大的阻碍合力，影响患者长期体重管理依从性。临床医护人员需以患者为中心，全面评估患者的生理指标、心理状况以及社会因素等，并以患者需求为导向制订个体化的管理方案，降低管理负担与冲突，提高管理方案的可行性与可接受性。家属既是患者出现不适症状后的首要咨询对象，也是体重管理干预中的重要参与者，临床实践中应指导家属充分理解患者的负性情绪，主动关注其心理状况，给予持续陪伴与情感支持[27]，以便及时察觉并追踪患者容量状态的变化趋势。

3.3 三维社会支持系统不足是体重管理难以持续的关键外部因素 家庭、医院、基层社会支持不足是导致患者体重管理难以长期维持的关键外部因素。家庭层面，家属缺乏疾病知识、监督提醒不到位，部分家庭无体重秤、设备未适老化，加之患者因病耻感不愿求助，使家庭支持不足。医院层面，健康教育浅表化、个性化不足，出院后随访与咨询渠道缺失，患者出院即面临“无人指导”的困境。基层层面，医护人员能力不足、设施药品有限，无法提供同质化延续服务，形成管理断层。提示患者体重管理需多方协同，未来应构建连续、协同、可及的一体化支持体系，将家属纳入宣教，配备适老化工具，完善远程随访与快速咨询通道。研究证实，远程医疗可有效提升健康服务的可及性，对偏远地区居民及行动不便的老年人尤为有益[28]。但老年患者常受设备条件、网络环境及数字技能等限制，易出现操作繁琐、界面识别困难、视物不清等使用障碍[5]。未来需研发流程简化、界面简洁、大字体显示、语音辅助等适老化监测设备。目前已有部分医疗机构借助“互联网＋护理”服务平台，通过护理门诊为患者提供长期随访[29]，但整体应用场景与覆盖范围较为有限。后续可进一步拓宽“互联网＋护理”的服务范围，加强医务人员的远程服务培训，提高远程医疗的服务质量及运行效率。

4 小结

本研究对纳入的 15 篇文献进行 Meta 整合，分析 CHF 患者居家体重管理的阻碍因素。整合结果明确了三大阻碍因素：知－信－行全链条转化障碍，躯体－心理－社会多重因素制约，家庭－医院－基层多方支持不足。说明 CHF 患者居家体重管理受阻不是单一因素导致，而是“内在能力不足－现实压力叠加－外部支持缺位”三者共同作用的结果。提示临床应聚焦关键环节制订干预策略，同时重视患者身心需求，协同多方力量支持，构建多层次、一体化的居家体重管理体系。本研究仅纳入中英文文献、文献质量均为 B 级，可能影响整合结果的全面性和科学性。未来可开展高质量质性研究，探讨不同年龄群体的体重管理差异，为后续制订精准的体重管理策略提供依据。

附件 1 文献检索策略
附件 2 文献筛选流程
请用微信扫码查看

附件 1 文献检索策略

附件 2 文献筛选流程

参考文献：

[1] 中华医学会心血管病学分会，中国医师协会心血管内科医师分会，中国医师协会心力衰竭专业委员会，等. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024[J]. 中华心血管病杂志，2024，52(3)：235-275.

[2] 邹长虹，张健. 心力衰竭最新流行病学[J]. 中华心力衰竭和心肌病杂志，2024，8(4)：263-285.

[3] 王华，李莹莹. 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.

[4] Heidenreich P A，Bozkurt B，Aguilar D，et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure：A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines[J]. Circulation，2022，145(18)：e895-e1032.

[5] 苏雅静，蔡文清，张宝霖，等. 数智驱动下慢性心力衰竭患者院外体重管理的范围综述[J]. 护理管理杂志，2026，26(2)：93-98.

[6] Roubille F，Mercier G，Lancman G，et al. Weight telemonitoring of heart failure versus standard of care in a real-world setting：results on mortality and hospitalizations in a 6-month nationwide matched cohort study[J]. Eur J Heart Fail，2024，26(5)：1201-1214.

[7] 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.

[8] Zhao Q，Zhang Y，Dong X，et al. The effects of weight management on heart failure：a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Worldviews Evid Based Nurs，2024，21(3)：279-287.

[9] 杜苗，蒋颖，彭幼清. 慢性心力衰竭患者体重管理依从性的研究进展[J]. 现代临床护理，2018，17(3)：65-69.

[10] 胡雁. 如何开展质性研究的系统评价和 Meta 整合[J]. 上海护理，2020，20(7)：1-5.

[11] Riegel B，Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care[J]. Patient Educ Couns，2002，46(4)：287-295.

[12] van der Wal M H, Jaarsma T, Moser D K, et al. Qualitative examination of compliance in heart failure patients in the Netherlands[J]. Heart Lung, 2010, 39(2): 121-130.
[13] 鞠阳,汪小华,仇静波,等.慢性心力衰竭患者体重管理依从性影响因素的质性研究[J].中华现代护理杂志,2012,18(34):4110-4113.
[14] 鞠阳,王琪,仇静波,等.充血性心力衰竭患者体质量管理长效依从性影响因素的质性研究[J].中国实用护理杂志,2013,29(35):52-55.
[15] Lyngå P, Fridlund B, Langius-Eklöf A, et al. Perceptions of transmission of body weight and telemonitoring in patients with heart failure? [J]. Int J Qual Stud Health Well-being, 2013, 8: 21524.
[16] 贺捷.慢性心力衰竭患者出院后过渡期自我护理体验的质性研究[J].当代护士,2016(2):13-15.
[17] 郭海燕,金园园,朱艳,等.慢性心力衰竭患者自我监测需求的质性研究[J].中华现代护理杂志,2018,24(10):1155-1158.
[18] Sterling M R, Silva A F, Robbins L, et al. Let's talk numbers: a qualitative study of community-dwelling US adults to understand the role of numeracy in the management of heart failure [J]. BMJ Open, 2018, 8(9): e023073.
[19] 何涛,张国华,方艳春,等.慢性心力衰竭病人体重管理行为预测因子的质性研究[J].全科护理,2019,17(15):1885-1887.
[20] 阙静,郑彩云,赵娜,等.农村慢性心力衰竭患者自我管理经历的质性研究[J].中华现代护理杂志,2020,26(19):2578-2582.
[21] Sedlar N, Lainscak M, Farkas J. Self-care perception and behaviour in patients with heart failure: a qualitative and quantitative study[J]. ESC Heart Fail, 2021, 8(3): 2079-2088.
[22] 马梦琪,肖虹,吕毅,等.慢性心力衰竭患者治疗负担体验的质性研究[J].上海护理,2023,23(11):9-13.
[23] 乔悦,黄霞,贾培培,等.老年慢性心力衰竭患者居家容量管理体验的质性研究[J].护理学杂志,2023,38(4):108-111.
[24] 唐荣欣,刘新灿,李明,等.慢性心力衰竭病人容量管理行为决定要素的质性研究[J].护理研究,2025,39(20):3468-3473.
[25] 於茗,唐荣,纪晶,等.慢性心力衰竭患者容量管理旅程地图的研究[J].护理学杂志,2025,40(7):20-24.
[26] 陈丽华,王逸楠,邢钰蓉,等.慢性心力衰竭病人容量管理知信行量表的编制及信效度检验[J].循证护理,2025,11(22):4658-4663.
[27] 杨旭希,郑吉洋,陈秀梅,等.慢性心力衰竭患者容量管理护理专家共识[J].中华介入放射学电子杂志,2023,11(3):201-207.
[28] Batsis J A, Petersen C L, Clark M M, et al. Feasibility and acceptability of a technology-based, rural weight management intervention in older adults with obesity[J]. BMC Geriatr, 2021, 21(1): 44.
[29] 刘晓晨,王秀丽,马月珍.基于"互联网+医联体"的老年慢病患者延续护理实践[J].护理学杂志,2023,38(2):100-104.

(本文编辑　李春华)

(上接第 102 页)

[8] Shao W, Niu Y, Wang S, et al. Effects of virtual reality on the treatment of amblyopia in children: a systematic review and meta-analysis[J]. J Pediatr Nurs, 2023, 72: 106-112.
[9] Rajavi Z, Soltani A, Vakili A, et al. Virtual reality game playing in amblyopia therapy: a randomized clinical trial [J]. J Pediatr Ophthalmol Strabismus, 2021, 58(3): 154-160.
[10] 陈惠莲,董佩芳,乔丹妮,等.眼科患者"互联网+护理服务"平台问诊现况及影响因素分析[J].护理学杂志,2023,38(20):4-7.
[11] 胡丽娅,金丽红,陈圆圆,等.专科小组主导的"互联网+护理服务"实践及效果[J].护理学杂志,2023,38(24):60-64.
[12] Wygnanski-Jaffe T, Kushner B J, Moshkovitz A, et al. An eye-tracking-based dichoptic home treatment for amblyopia: a multicenter randomized clinical trial[J]. Ophthalmology, 2023, 130(3): 274-285.
[13] 林智,吴昌凡,陈晓,等.ETDRS 对数视力表在儿童视力检查中的可重复性研究[J].国际眼科杂志,2022,22(12):2038-2042.
[14] Xu J, Lu Q, Huang Y, et al. Development and evaluation of a patching treatment questionnaire for Chinese amblyopic children[J]. Chin Med J (Engl), 2014, 127(7): 1261-1265.
[15] Le T, Örge F. Treatment compliance in amblyopia: a mini-review and description of a novel online platform for compliance tracking[J]. Surv Ophthalmol, 2022, 67(6): 1685-1697.
[16] Wygnanski-Jaffe T, Kushner B J, Moshkovitz A, et al. High-adherence dichoptic treatment versus patching in anisometropic and small angle strabismus amblyopia: a randomized controlled trial[J]. Am J Ophthalmol, 2025, 269: 293-302.
[17] 韩立坡,王凤仙,张诚玥.精细训练联合虚拟现实视觉训练治疗弱视的疗效分析[J].国际眼科杂志,2020,20(9):1649-1652.
[18] Li L, Xue H, Lai T, et al. Comparison of compliance among patients with pediatric amblyopia undergoing virtual reality-based and traditional patching method training[J]. Front Public Health, 2022, 10: 1037412.
[19] Caponnetto P, Triscari S, Maglia M, et al. The simulation game-virtual reality therapy for the treatment of social anxiety disorder: a systematic review[J]. Int J Environ Res Public Health, 2021, 18(24): 13209.
[20] Piñero D P, Gil-Casas A, Hurtado-Ceña F J, et al. Visual performance of children with amblyopia after 6 weeks of home-based dichoptic visual training[J]. Children (Basel), 2024, 11(8): 1007.

(本文编辑　李春华)