

规范化营养管理在消化道肿瘤手术患者围手术期的应用研究

郑莉 朱鑫鑫 吴英 丁晔

苏州高新区人民医院普外科 江苏苏州 215129

摘要：目的：探讨规范化营养管理在消化道肿瘤手术患者围手术期的应用研究。方法：选取 2020 年 1 月至 2021 年 8 月我院收治的消化道肿瘤手术围手术期患者 56 例作为实验组（研究组），对照组选取 2018 年 1 月至 2019 年 12 月 60 例消化道肿瘤手术围手术期患者，实验组进行规范化营养管理，对照组进行常规营养医嘱管理，比较两组消化道肿瘤手术患者围手术期临床护理效果，包括住院时间、入院体重、手术一周后体重，前蛋白、白蛋白、血红蛋白数值、满意度等。结果：研究组住院时长低于对照组 ($X^2=5.29, P < 0.05$)；研究组患者入院体重、手术一周后体重增长率明显高于对照组 ($X^2=8.09, P < 0.05$)；BMI（同体重）上升率高于对照组 ($X^2=2.74, P < 0.05$)；患者前蛋白恢复正常率高于对照组 ($X^2=2.36, P < 0.05$)；患者白蛋白恢复正常率高于对照组 ($X^2=9.65, P < 0.05$)；患者血红蛋白数值恢复正常率于对照组 ($X^2=6.59, P < 0.05$)；满意度高于对照组 ($X^2=7.36, P < 0.05$)。结论：规范化营养管理在消化道肿瘤手术患者围手术期的应用效果显著，对于患者围手术期的身体营养支持和改善患者康复时间有重要意义。

关键词：规范化；营养管理；消化道肿瘤；围手术期；应用研究

前言

消化道肿瘤是当前我国乃至全球居民健康相关生活质量的常见恶性疾病之一，^[1]国外相关研究显示^[2]，2019 年全球有 2000 万新确诊癌症患者和 960 万癌症患者死亡，其中约 36.4% 的患者死于消化道肿瘤，其中中国在消化道肿瘤新发病例数和死亡病例数均位列第一。我国癌症中心于 2020 年 3 月发布的全国癌症统计数据显示，我国胃癌、食管癌、结直肠癌和肝癌等高发，国内研究显示^[3]，我国消化系统肿瘤发病人数约占全部恶性肿瘤发病的 50%。而外科手术是治疗消化道肿瘤的最主要手段^[4]，但由于消化道肿瘤直接影响了我们的胃肠道消化与吸收营养和身体各系统供应能量等生理机能，发生营养不良风险高，发病后导致全身性健康水平急剧下降，器官功能衰退及合并多种疾病，治疗使术前的机体功能状态不佳，围手术期及术后发生并发症的风险较高^[5]。特别是围手术期常合并营养不良及免疫功能低下会增加消化道肿瘤患者术后感染和肿瘤复发的风险。影响病人抗肿瘤治疗；近年来，围手术期营养和代谢治疗在肿瘤患者临床治疗中越来越受到重视。本研究旨在评估消化道肿瘤患者围手术期开展规范化营养管理综合治疗的临床价值，最大限度地改善病人的生活质量，保障病人抗肿瘤手术治疗的顺利实施。探讨围手术期规范化营养管理对消化道肿瘤患者术后营养状态和生理指标的恢复程度；从而为指导临床决策提供参考，现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经医院伦理委员会批准、患者及其家属许可后，选取 2020 年 1 月至 2021 年 8 月我院收治的消化道肿瘤手术患者 56 例作为实验组，对照组选取 2018 年 1 月至 2019 年 12 月 60 例消化道肿瘤手术患者，实验组进行规范化营养管理，对照组进行常规营养医嘱管理。纳入标准：①年龄 29~79 岁；②依据全球肿瘤防治协作组 2005 年修订的肿瘤诊断标准诊断为消化道肿瘤，且因消化道肿瘤入院^[6]；③患者认知清晰，可配合临床及管理；④对实验内容、目的做到知晓，签定知情同意书。排除标准：①患者有心、肝、肾脏等的其他疾病；②患有除消化道外的其他肿瘤；③入组时有消化道其他疾病；④有药物禁忌症的；⑤为除消化道疾病外的其他疾病急性发作。经言语无法有效沟通者；中途退出的研究者。本次纳入

实验组消化道肿瘤住院的患者共计 56 例，年龄 61~78，平均 (68±6.59) 岁；体质量 53~69kg，平均 (58.39±3.57) kg；急性发作期临床评分 3~14 分，平均 (6.2±1.5) 分。本次纳入对照组因消化道肿瘤住院的患者共计 60 例，年龄 60~77 岁，平均 (68±7.15) 岁；体质量 54~68kg，平均 (58.32±4.48) kg；急性发作期临床评分 3~14 分，平均 (6.3±1.7) 分。两组患者在年龄、性别、病程、吸烟状况及入院时临床评分等方面差异没有统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 研究方法

对照组患者入院后采用常规营养医嘱，包括入院相关健康教育、呼吸道与口腔护理、进食方式和食物类型等。研究组采用规范化的营养管理，规范化营养管理：包括组建团队：主任医师 1 名兼职营养医生、副主任护师 1 名、主管护师 2 名，护师 1 名，针对不同患者给予个体化、规范化营养指导和营养评估，具体管理内容及方法如下：

1.2.1 开展术前营养和健康筛查

①采用 NRS2002 (nutrition risk screening) 对本次住院患者的营养风险进行评估与筛查。欧洲肠外肠内营养学会在 2002 年推出了具有循证医学证据的 NRS2002 作为住院患者营养风险筛查的主要工具，我国于 2005 年开始推荐使用 NRS2002 进行营养风险进行评估与筛查。NRS2002 共包含营养状况、疾病状态、年龄评分等三个方面的内容，前两部分赋分为 0 到 3 分，年龄部分赋分为 0 到 1 分，将三部分的评分相加即可得出患者的最终评分结果。得分大于或等于 3 分表示患者存在营养风险，得分小于 3 分时表示患者无营养风险^[7]。②询问近半年的综合健康状况包括：生命体征；消化道症状、活动能力变化、代谢需求、皮下脂肪变化、肌肉消耗情况及全身水肿程度。③心理：心理情绪状态，评价家庭护理与社会支持情况。

1.2.2 术前营养状态评估

根据入院营养筛查结果，结合临床监测指标进行评估，大于等于 3 分报告医生给予营养支持治疗、加强饮食宣教、发放饮食宣教单；高危患者营养师开具营养处方。

1.2.3 术前健康教育

术前做好营养相关知识宣教、对患者进行个性化营养治疗方案、开展护患营养专项宣传会。

1.2.4 术前术后营养管理

制定营养支持和饮食计划, 进行住院期间专项个体化、规范化管理, 详细说明营养支持与膳食计划, 指导照护者进行烹饪, 指导患者用餐。评估进食情况告知饮食控制及生活行为习惯改善对症状控制的意义, 告知院内及院外饮食的注意事项。

1.3 观察指标

1.3.1 住院时长

入院到出院的实际住院治疗时间, 进行营养管理总体治疗效果评价, 分为 5-7 天和大于 8 天 2 个等级。

1.3.2 两组患者入院、术后一周的体重、BMI

记录两组患者在入院到出院时的体重和 BMI 变化情况, 分析两组患者的营养供给和身体代谢功能。包括明显上升或增加、无明显变化 2 个维度。

1.3.3 术前术后生理生化指标

对比入院及术后前蛋白、白蛋白及血红蛋白的恢复情况。评估患者营养情况。

1.3.4 规范化营养管理方案满意度

采用自制的营养管理满意度评价量表进行评价, 满意度分为满意、比较满意、不满意 3 个等级。

1.4 统计学方法

所有数据均采用 SPSS22.0 统计软件进行均数、频数、率、构成比等统计描述, 两组或多组率的比较采用完全随机设计资料的 χ^2 检验, 不符合参数检验的两样本组间比较采用非参数检验 Mann-Whitney U 检验; 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2. 结果

2.1 两组消化道肿瘤手术患者住院时间情况(表 1)。

表 1 两组患者住院时间长短比较 ($\bar{X} \pm S$)

指标	研究组	对照组	统计量	p 值
住院时间 (天)				
5~7	43 (76.79)	32 (53.33)	5.29	0.0015
>8	13 (23.21)	28 (46.67)		

2.2 两组患者入院、术后一周体重、BMI 变化情况(表 2)

表 2 两组患者入院、术后一周体重、BMI 变化统计表

指标	研究组	对照组	统计量	p 值
BMI (同体重)				
上升	41 (73.21)	33 (55.00)	2.74	0.0015
变化不大	15 (26.79)	27 (45.00)		
体重				
增加	51 (91.07)	38 (63.33)	8.09	0.0001
变化不大	5 (8.93)	22 (36.67)		

2.3 两组患者入院、术后一周血常规变化情况(表 3)

表 3 两组患者入院、术后一周血常规变化统计表

指标	研究组	对照组	统计量	p 值
前蛋白				
恢复正常	39 (69.64)	26 (43.33)	2.36	0.0015
变化不大	17 (30.36)	34 (56.67)		
白蛋白				
恢复正常	43 (76.79)	31 (55.00)	9.65	0.00014
变化不大	13 (23.21)	29 (45.00)		
血红蛋白				
恢复正常	41 (73.21)	33 (55.00)	6.59	0.0001
变化不大	15 (26.79)	27 (45.00)		

2.4 两组患者对规范化营养管理的满意度情况(表 4)

表 4 两组患者对规范化营养管理的满意度比较

指标	研究组	对照组	统计量	p 值
患者满意度				
满意	52 (92.86)	36 (60.00)	7.36	0.00001
比较满意	3 (5.36)	18 (30.00)		
不满意	1 (1.79)	6 (10.00)		

3 讨论

肿瘤是导致营养不良风险产生的一个独立因素, 对于消化系统肿瘤的患者营养不良的发生是普遍存在的, 而营养不良也是诱发肠道功能虚弱, 术后切口恢复慢以及术后恢复慢的重要原因。给予营养支持是改善预后的重要的措施。早在 2005 年, 国际上已开始运用饮食管理的方式改善消化道肿瘤围手术期的营养状况, 减轻患者术后并发症发生率、缩短住院时长、改善患者就医舒适性及对治疗的满意度。

本研究结果证明, 采用规范化营养管理在消化道肿瘤围手术期的应用效果显著, 恢复效果远远高于对照组, 住院时长短于对照组, 入院体重、术后一周体重增长率、BMI 上升率明显高于对照组; 及生理生化指标(前蛋白、白蛋白、血红蛋白数值)恢复情况高于对照组; 患者对规范化营养管理的满意度强于对照组, 以上结果显示了综合护理在治疗老年入支气管哮喘急性发作时的效果和作用。综上所述, 规范化营养管理在消化道肿瘤围手术期的应用效果明显, 能有效的消化道围手术期患者在身体恢复、心理感受两方面进行全方位的兼顾, 加快营养的改善步伐, 提高疾病的恢复速度。可以推广应用。

本次研究显示规范化营养管理在消化道肿瘤围手术期的应用效果显著。初步分析研究了规范化营养管理对患者身体状况恢复情况, 基本实现了最初的研究目的。本次课题研究虽然对消化道肿瘤患者具有深远的意义, 但是在设计上未考虑因果关系研究导致目前研究的局限性, 后期将优化研究设计方案, 扩大样本量, 进一步深入开展研究分析, 提供更多科学的、客观的参考依据。

参考文献

[1]2018 年全国最新癌症报告: 每分钟有 7 人被确诊为癌症 [J]. 新民周刊 2018 14(1):53
 [2]王超. 姚银春. 加速康复外科护理在消化道肿瘤围术期护理中的应用 [j]. 护理实践与研究 2016 13(19):37-38
 [3]黄明君. 韦诗友. 李智等. 结直肠癌病人术前合理营养支持与术后生存质量关系的研究进展 [J]. 肠外与肠内营养 2013 20(3):177-180.
 [4]刘峰. 张洪军. 郭洪春. 术前营养风险筛查对结直肠癌患者影响的观察 [J]. 中国现代普通外科进展 2015 18(6):495-496.
 [5]高玉兰, 耿黎霞, 张倩. 快速康复外科理念在颅内肿瘤患者围手术期护理中的应用效果 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(5):617-620.
 [6]刘晓旭. ¹⁸F-FDG PET/CT 在消化道肿瘤诊断及术后评估中的应用价值 [D]. 延边大学, 2019.
 [7]斯彩娟, 王卫光, 洪秀芳, 胡世云, 廖丹, 郑培奋. NRS2002、SGA 在恶性肿瘤住院患者营养筛查与评估中的应用 [J]. 浙江医学, 2021, 43(11):1192-1195.