

医养结合服务理念下老年人家庭肠内营养管理实践

凌慧芬,孙丽凯

Home enteral nutrition management for the elderly under the medical and elderly care combination service mode Ling Huifen, Sun Likai

摘要:**目的** 探讨医养结合服务理念下老年家庭肠内营养管理的实践效果。**方法** 将需要长期进行肠内营养的出院患者按出院时间分为对照组 69 例,观察组 65 例。对照组出院后给予常规的出院随访。观察组成立多学科营养管理团队,通过制定个性化的营养方案,实施营养教育,指导照顾者进行规范家庭肠内营养,团队成员按规范进行监测及随访等医养结合服务理念下的管理流程。观察 6 个月后两组患者的营养指标变化。**结果** 干预后,观察组患者血红蛋白、白蛋白、上臂肌围显著优于对照组(均 $P<0.01$)。**结论** 在医养结合服务理念下,多学科营养管理团队为老年人群提供全程营养管理服务,能有效改善老年患者营养状况。

关键词: 老年人; 医养结合; 家庭肠内营养; 营养管理; 社区护理

中图分类号:R473.2 文献标识码:B DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2020.24.087

家庭营养是指患者在医院外接受肠内或肠外营养治疗的方法,其中家庭肠内营养作为一种安全、有效、简便的技术,已被越来越多的患者接受。医养结合是我国基于实践提出的创新性服务理念,提倡医院围绕老年患者医疗后的中、长期照料需要提供更有效率和效果的服务内容,是护理职能的进一步拓展^[1]。为了满足老年患者家庭肠内营养的护理需求,改善其营养状况,我科在医养结合服务理念下对 65 例患者实施家庭肠内营养管理,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入标准:①年龄≥60 岁;②经微

型营养评估工具(Mini-Nutritional Assessment, MNA)^[2]测定为中、重度营养不良或长期胃肠功能障碍导致自然饮食无法满足机体需要;③原发疾病病情稳定,生命体征正常;④预计家庭肠内营养时间≥6 个月;⑤患者及照顾者对本研究知情,能够配合随访。排除标准:①并存严重心、肝、肾功能不全者;②生命体征不稳定者;③预定生存期<6 个月的终末期患者;④因病情变化、家庭原因等因素,中途退出研究者。将 2017 年 7~12 月的出院患者作为对照组,2018 年 1~6 月出院患者作为观察组,最终纳入对照组 69 例,观察组 65 例,两组一般资料比较,见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	MNA 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)	营养支持途径(例)			营养液种类(例)		
		男	女			鼻胃管	鼻肠管	胃/空肠造口	要素膳	整蛋白制剂	匀浆膳
对照组	69	53	16	82.69±6.35	13.85±2.49	46	21	2	11	40	18
观察组	65	55	10	80.26±7.14	14.33±2.27	43	17	5	3	46	16
统计量		$\chi^2=1.303$		$t=0.211$	$t=0.519$	$\chi^2=1.732$			$\chi^2=4.993$		
P		0.254		0.419	0.320	0.421			0.082		

1.2 方法

1.2.1 实施方法

两组患者在出院时均进行家庭营养管理评估,内容包括:营养状况、营养治疗持续时间、患者认知、依从性及患者的社会支持等方面,建立家庭营养管理档案。对照组出院当天,由医生开具营养支持医嘱,护士行常规的出院宣教和营养相关健康教育,出院后 3 d、1 个月、3 个月给予电话随访,了解患者的疾病状况,营养支持状况,根据问题给予相应指导。观察组在医养结合服务理念下予以家庭肠内营养管理干预。具体如下。

1.2.1.1 建立多学科家庭营养管理团队 由 1 名老

年专科医生、1 名营养师、1 名康复治疗师、1 名护理管理者、2 名老年专科护士和社区卫生服务中心人员组成。老年专科医生负责患者疾病状况和胃肠道功能的评估,营养途径的选择和建立;营养师负责营养状况的评估、营养咨询和营养方案的制定;康复治疗师负责对吞咽障碍患者进行吞咽能力的评定并指导护士对患者进行相关康复训练;护理管理者负责家庭营养的组织 and 协调工作;老年专科护士负责营养风险筛查、患者和家属营养教育、护理指导及定期随访,及时向团队反馈随访结果,由团队讨论决定是否继续、变更及终止营养支持。社区人员协助团队完成随访工作。

1.2.1.2 制定家庭肠内营养方案 在疾病评估、营养状态评估和胃肠道功能评估的基础上,制定个体化营养目标及方案,包括能量目标、支持途径、营养种类等。①营养支持途径选择:综合考虑患者的胃排空能力、误吸风险、意愿、营养支持时间等多种因素,确定

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院综合医疗科(湖北 武汉,430030)
凌慧芬:女,本科,副主任护师,护士长
通信作者:孙丽凯,805726094@qq.com
收稿:2020-07-13;修回:2020-09-15

营养支持途径。对于胃排空能力差,误吸风险高者推荐使用十二指肠或空肠喂养;对于短期进行营养支持的患者,推荐使用经鼻留置胃管;对于需要较长时间甚至终生营养支持的患者,推荐经皮内镜下放置胃/空肠造瘘管。②营养制剂的选择和用量:根据营养状态、疾病状况、胃肠功能、肾功能及输注途径、经济情况等,选择合适的营养制剂。根据患者的基础代谢率、活动量、年龄等决定所需能量和蛋白质及其他营养素的量,并通过定期监测进行调整。③喂养方式:根据照顾者能力、活动情况、费用及并发症的预防来选择。对能活动、胃肠功能正常的患者采用定时推注,有误吸风险和胃肠功能障碍患者采用重力滴注。

1.2.1.3 实施家庭肠内营养教育 ①教育内容:普适性内容包括强化营养治疗态度、营养制剂的选择、储存及消毒、并发症的预防处理等;个体化内容是指针对不同病情、不同营养支持途径和喂养方式进行个体化的指导,如对留置鼻胃(肠)管患者,讲解防误吸的技巧、教会预防管路滑脱的方法、胃潴留的监测方法、不同输注技术操作等;对留置 PEG/PEJ 的患者,教会造口周围皮肤和导管的维护方法等。②教育方式:为保证营养教育的效果,为每例患者制定详尽的营养教育路径,包括时间、频次、内容等,实现有计划、重复和渐进的营养教育。如针对营养制剂的储存,在出院准备阶段进行口头宣教,出院 1 周后进行家庭随访,现场查看家庭环境中的执行情况,之后每次随访都会重复询问和查看,起到督促提醒作用。针对留置鼻胃(肠)管患者,采用渐进的营养教育方式,从简单的管路固定、营养液准备、给药方式到喂养技巧、管路护理流程,再到各种并发症的预防及处理等逐渐过渡。

1.2.1.4 家庭肠内营养的随访与监测 为了提高随访的时效性,建立家庭肠内营养管理微信群,邀请患者及照顾者加入,出院前与所属社区人员联系,沟通合作方式,协助完成随访工作,团队根据患者疾病及家庭肠内营养支持方案等制定营养随访及监测计划,教会患者及其照顾者每日记录营养日记。团队通过

定期网络随访、门诊复诊或家庭访视、社区人员定期督导等途径进行监测。内容包括各营养参数、能量供给目标量是否达标、人体成分变化、血液学营养指标等。通过询问和查看营养日记的方法,了解患者腹胀、腹泻、管路堵塞、非计划性拔管、误吸等并发症的发生情况。团队根据监测结果,及时调整营养治疗方案。初次置管患者第 1 次家庭随访在出院 3 d 进行,主要解决技术操作不熟练、导管维护及患者与其照顾者顾虑等问题,让患者迅速适应家庭肠内营养支持。第 2 次电话或网络随访在出院 2 周进行,主要询问疾病情况、肠内营养执行情况、并发症等。第 3 次电话或网络随访在出院后 1 个月进行,主要询问营养摄入情况、体质量变化等,了解营养支持的效果。第 4 次随访在出院后 3 个月,患者来院复诊,根据营养状态评估的结果以及原有基础疾病病情的变化对患者进行阶段性评估,以决定下一阶段营养支持的继续、变更或终止。第 5 次随访在出院后 6 个月,患者再次来院复诊,对患者肠内营养支持效果进行评价。患者在整个随访周期内均可通过微信方式与团队保持联系,出现任何异常可随时求助,保障营养支持的安全。鼓励成员将护理体会进行分享,大家共同学习,以提升照顾者的护理技能,社区人员可以来院见习,学习肠内营养的护理和监测重点,更好地为患者提供服务。针对多次置管患者,随访频次和随访重点会进行调整,重点是营养方案调整、不良反应的监测和营养效果的评估。

1.2.2 评价方法 监测两组干预前(出院前)及干预后(出院后 6 个月)的各项营养指标,包括血红蛋白、白蛋白、肱三头肌皮褶厚度、上臂肌围。干预后数据患者回院复查时收集。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件进行 *t* 检验及 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

两组干预前后各项营养指标比较,见表 2。

表 2 两组干预前后各项营养指标比较 $\bar{x} \pm s$

时间	组别	例数	血红蛋白(g/L)	白蛋白(g/L)	肱三头肌皮褶厚度(mm)	上臂肌围(cm)
干预前	对照组	69	101.23±8.32	34.40±2.95	8.93±3.43	19.24±3.51
	观察组	65	102.33±8.47	33.61±2.09	9.70±2.83	20.09±3.12
	<i>t</i>		0.758	1.779	1.413	1.478
	<i>P</i>		0.450	0.078	0.160	0.142
干预后	对照组	69	115.78±9.42	36.45±2.07	9.63±3.18	20.23±1.81
	观察组	65	121.26±12.57	40.80±3.19	12.70±3.24	24.11±1.45
	<i>t</i>		2.842	2.887	1.929	3.115
	<i>P</i>		0.005	0.005	0.056	0.002

3 讨论

2015 年《中国老年人群营养与健康报告》指出:因营养不良导致的费用占老年医疗总费用的 10.6%^[3],给社会和家庭带来了沉重的负担。解决老年患者营养

问题需要极强的专业支撑和较长的管理周期,在医疗资源有限、追求床位周转率的情况下,要在住院期间完全改善老年患者的营养问题不现实。病情平稳的患者多需要回家继续接受家庭营养支持,才能最终改善临床结

局。家庭营养管理的开展不仅可改善患者生理功能、满足其心理需求,还可促进医疗资源的优化配置^[4],未来我国对家庭营养管理有极大的需求。

传统出院后营养管理模式,存在多种弊端,如目前多采用由护士主导的延续护理,虽然护士会为患者讲解营养相关知识,但因为护士专业能力的差异,无法保证延续护理的同质化;患者及照顾者最初对护士所讲解的内容和护理技术,大多都处于理性认识阶段,未真正用到实践中,随着出院时间延长,会遗忘原本掌握不够牢固的知识及技能^[5]。护士人力资源有限,受到时空的限制,医护人员无法及时对患者做到家庭访视^[6],而定期的电话随访又不能真正解决患者的实际问题,导致较多并发症的发生。家庭肠内营养作为医院营养治疗的重要延伸,在欧美国家已得到广泛开展,但在我国尚处于初级阶段^[7],缺乏相应的组织和专业人员,来保证家庭营养治疗的顺利实施^[8]。张鑫等^[9]研究发现,没有专业团队的管理和指导,患者的并发症及营养摄入不足的发生率都较高,因此家庭肠内营养患者的护理和管理,对营养支持的成败至关重要^[10]。医养结合提倡将老年人健康服务需求放在首位^[11],本研究在调动社区医疗资源的基础上,开展医养结合理念下的家庭营养管理。

患者教育是家庭营养管理的重要组成部分,受年龄、文化程度和地域等因素影响,我国老年人群营养知识、态度及行为情况普遍不理想^[12]。研究表明,老年人群可受益于健康促进和营养教育^[13]。另有研究显示,老年人群接受多学科家庭营养管理能获得诸多益处,如降低再入院次数、缩短住院时间等^[14]。我科成立了家庭营养管理团队,进行了人员分工,细化了工作内容。团队通过评估患者病情和照护者能力,按需制订了出院计划及专业而详尽的营养教育内容,制订了系统和动态的营养教育方案,内容遵循普适性与个体性相结合的原则,对患者及其照顾者开展丰富多样的家庭营养教育,帮助其有效而科学地掌握家庭营养的相关知识。通过教育改变了患者对待营养治疗的态度,明确了营养治疗对于临床结局的好处,提高了患者对家庭肠内营养的依从性,采用有计划的、重复的和渐进的营养教育方式,让照顾者可以有效掌握家庭肠内营养的知识和技能。营养管理是一项整体性和连续性的工作,家庭营养支持应用不当会引发较多的并发症。为了提高家庭营养支持的效果及安全性,给予形式多样、及时有效的访视意义重大。访视不仅能在真实家庭环境中给予照护者技术指导,还对其身心健康予以高度关注,缓解了因长期照顾患者所引发的负性情绪,从而改善了照护质量及治疗效果。互联网是当今社会获取信息、交流沟通的重要媒介,网络访视能克服传统方式的缺点,在团队远程指导下操作,保证技术的正确性,提高了患者的安全感,实现

医护、医患、护患之间的双向沟通,大大提高了工作效率^[15]。我科通过微信平台建立微信群,团队成员根据监测结果及营养支持的执行情况给予远程指导。如 1 例患者发生堵管后,在微信群求助,指导其适当挤压管道,磨碎管内的食物残渣或未碾碎的药片,再用温水冲洗通畅,避免了重新置管。

综上所述,在医养结合服务理念下,多学科营养管理团队将院内护理、出院后护理以及社区医疗机构护理进行联合,对老年患者实施全面、专业、全程、有针对性的营养管理,满足了患者家庭肠内营养支持的护理需求。但本研究只是在医养结合理念下的初步尝试,由于医疗资源有限,对目标人群进行了严格的限定,使受益人群有限;且我国的营养管理未形成统一模式,呈现分散化,社区在营养管理中的地位未充分体现。今后在配合医联体建设的进程中,可以积极发挥社区在家庭营养管理中的作用,使得更多患者受益。

参考文献:

- [1] 谢红. 医养结合相关概念及政策分析[J]. 中国护理管理, 2018,18(5):577-581.
- [2] Poulia K A, Klek S, Doundoulakis I, et al. The two most popular malnutrition screening tools in the light of the new ESPEN consensus definition of the diagnostic criteria for malnutrition[J]. Clin Nutr, 2017, 36(4): 1130-1135.
- [3] 柴培培,张毓辉,万泉,等. 我国老年营养不良的疾病经济负担研究[J]. 中国卫生经济, 2016,35(3):13-16.
- [4] 中国老年医学学会营养与食品安全分会. 老年患者家庭营养管理中国专家共识(2017 版)[J]. 中国循证医学杂志, 2017,17(11):1251-1259.
- [5] 郝海燕,胡心仪,王子恒,等. 膀胱癌术后双侧腹壁造口患者的延续护理[J]. 护理学杂志, 2019,34(4):93-96.
- [6] 覃桂荣. 出院患者延续护理的现状与发展趋势[J]. 护理学杂志, 2012,27(3):89-91.
- [7] 李培培,张丽,于子养,等. 家庭肠内营养的国内外研究进展[J]. 护理学杂志, 2017,32(11):105-109.
- [8] 吴丽红,张晓琴. 专科护士主导的营养管理团队在家庭肠内营养治疗中的实践[J]. 护理学杂志, 2017,32(22):97-99.
- [9] 张鑫,赵婷,庄媛媛,等. 家庭肠内营养支持患者状况分析[J]. 肠外与肠内营养, 2014,21(2):106-107.
- [10] 周志燕,黄迎春. 肿瘤患者家庭肠内营养的延续护理应用现状[J]. 临床护理杂志, 2015,14(5):58-60.
- [11] 梁裕桦,陈沛军,冯常森. 我国医养结合研究热点及趋势[J]. 医学与社会, 2019,32(6):92-95.
- [12] 王学屏,陈瑞鹏,邢朝云,等. 农村老年人日常饮食营养调查[J]. 中国老年学杂志, 2016,36(16):4077-4078.
- [13] Sahyoun N R, Pratt C A, Anderson A. Evaluation of nutrition education interventions for older adults: a proposed framework[J]. J Am Diet Assoc, 2004,104(1):58-69.
- [14] Klek S, Hermanowicz A, Dziwiszek G, et al. Home enteral nutrition reduces complications, length of stay, and health care costs: results from a multicenter study[J]. Am J Clin Nutr, 2014,100(2):609-615.
- [15] 肖玉叶,邓暑芳,黄红玉. 2 型糖尿病患者网络访视及效果评价[J]. 护理学杂志, 2011,26(4):77-79.

(本文编辑 钱媛)