

tional Multidisciplinary Guidelines[J]. J Laryngol Otol, 2016,130(2):32-40.

[22] Higashiguchi T, Ikegaki J, Sobue K, et al. Guidelines for parenteral fluid management for terminal cancer patients[J]. Jpn J Clin Oncol, 2016,46(11):1-7.

[23] 崔久嵬,卓文磊,黄岚,等. 肿瘤免疫营养治疗指南[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2016,3(4):224-228.

[24] 中国抗癌协会,中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗专业委员会,中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会. 口服营养补充指南[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2015,2(4):33-34.

[25] 石汉平. 化疗患者营养治疗指南[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2016,3(3):158-163.

[26] 石汉平. 结直肠癌营养治疗指南[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2016,3(3):164-165.

[27] 中国抗癌协会,中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗专业委员会,中国抗癌协会肿瘤康复与姑息治疗专业委员会. 肺癌营养指南[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2016,3(1):34-36.

[28] 石汉平,李苏宜,王昆华,等. 胃癌患者营养治疗指南[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2015,2(2):37-40.

[29] 中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗专业委员会. 肌肉减少症营养治疗指南[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2015,2(3):32-36.

[30] 中国抗癌协会. 肿瘤恶液质营养治疗指南[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2015,2(3):27-31.

[31] 周文华,李峥,史冬雷,等. 2004~2014年预防中心静脉导管相关血行感染的指南评价[J]. 护理学杂志, 2017,32(2):98-103.

[32] 颜美琼,李全磊,陆箴琦,等. PICC置管前评估的临床实践指南构建及 AGREE 评价[J]. 护理学杂志, 2013,28(14):1-5.

[33] van den Berg T, Engelhardt E G, Haanstra T M, et al. Methodology of clinical nutrition guidelines for adult cancer patients: how good are they according to AGREE criteria? [J]. J Parenter Enteral Nutr, 2012,36(3):316-322.

[34] 林夏,杨克虎,陈耀龙,等. 中国临床实践指南的现状与思考[J]. 中国循证医学杂志, 2017,17(5):497-500.

[35] 石汉平. 肿瘤营养学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:3-4.

(本文编辑 丁迎春)

医院社区家庭全程营养在日间病房消化道恶性肿瘤患者的应用

张海燕¹,徐芸¹,张帆^{1,2},王芳³,王天霞¹,张伟¹

摘要:目的 探讨医院、社区、家庭全程营养管理在日间病房消化道恶性肿瘤患者的应用效果。方法 将 80 例日间病房治疗的消化道恶性肿瘤患者随机分成对照组和干预组各 40 例,分别实施常规肿瘤营养管理和医院、社区、家庭全程营养管理。结果 干预后,出院时、出院 3 个月两组 PG-SGA 评分比较,差异有统计学意义(均 $P < 0.01$);干预组住院时间和营养干预依从性显著短于和优于对照组(均 $P < 0.01$)。结论 日间病房消化道恶性肿瘤患者实施医院、社区、家庭全程营养管理,能有效改善患者的营养状态,提高营养治疗的效果。

关键词:营养不良; 医院、社区、家庭; 营养管理; 消化道恶性肿瘤; 日间病房

中图分类号:R473.2 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.07.092

Application of hospital-community-home nutritional management model to patients with gastrointestinal malignant tumor receiving therapy in a day ward Zhang Haiyan, Xu Yun, Zhang Fan, Wang Fang, Wang Tianxia, Zhang Wei. Day Ward, The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, China

Abstract: Objective To evaluate the effect of hospital-community-home(HCH) nutritional management model in patients with gastrointestinal malignant tumor receiving therapy in a day ward. **Methods** A total of 80 patients diagnosed with gastrointestinal cancer and receiving treatment in a day care ward were evenly randomized into 2 groups. The control group received routine nutritional care, while the intervention group was subjected to an HCH nutritional management model. **Results** The intervention lasted 3 months. Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) scores at discharge, and 3 months after discharge had significant differences between the 2 groups ($P < 0.01$ for both). The total length of stay in the day care ward was shorter, and adherence to nutrition intervention was higher, in the intervention group, than in the control group ($P < 0.01$ for both). **Conclusion** Application of HCH nutritional management model to patients with gastrointestinal cancer receiving treatment day care wards can significantly improve the nutritional status of patients, and the effect of nutritional therapy.

Key words: malnutrition; hospital-community-home; nutritional management; gastrointestinal cancer; day ward

作者单位:安徽医科大学第一附属医院 1. 日间病房 2. 肿瘤放疗科 3. 肿瘤内科(安徽 合肥,230022)

张海燕,女,硕士在读,主管护师,护士长

通信作者:徐芸,244363817@qq.com

科研项目:国家自然科学基金青年科学基金项目(81602115)

收稿:2018-11-07;修回:2019-01-05

恶性肿瘤作为高消耗性疾病,患者营养不良发生率较高,并且会随着疾病进展而加重。调查显示,消化道恶性肿瘤患者营养不良发生率高达 54%^[1]。营养不良可削弱患者多器官系统功能,降低抗肿瘤治疗的耐受性,从而延长患者治疗后的康复时间,提高并发症发生率和病死率^[2]。因此,对癌症患者进行营养

筛查,并实施早期营养干预尤为重要。日间病房患者白天在院接受治疗,治疗结束便居家休养,患者的饮食管理和健康教育存在一定难度,难以达到理想效果。为此,我科对日间病房消化道恶性肿瘤患者实施医院、社区、家庭(Hospital、Community、Home、HCH)^[3]全程营养管理,取得较好的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 5~12 月我院日间病

表 1 两组患者的一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	疾病(例)				肿瘤分期(例)			
		男	女		食管癌	胃癌	肠癌	咽癌	I 期	II 期	III 期	IV 期
对照组	40	29	11	59.43±10.35	15	13	12	0	4	8	10	18
干预组	40	28	12	56.63±11.32	13	14	11	2	5	7	11	17
统计量		$\chi^2=0.061$		$t=1.155$	$\chi^2=2.223$				$Z=0.204$			
<i>P</i>		0.805		0.252	0.527				0.838			

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组实施消化道肿瘤患者常规营养干预。主要包括:对患者及家属进行口头和使用饮食教育手册一对一宣教,帮助患者建立良好的饮食习惯,遵医嘱给予肠内营养制剂。干预组采用 HCH 全程营养管理模式,具体如下。

1.2.1.1 建立营养支持小组和人员培训 组长为病区护士长,主要负责人员培训和质量控制。小组成员包括肿瘤放疗科医生 2 人,主要负责疾病评估、饮食治疗方案确定、风险管理等;营养师 1 人,主要负责营养管理和对护理人员及患者和家属的教育培训;日间病房责任护士 10 人,主要负责患者饮食评估、饮食指导和管理等;药剂师 1 人,主要负责患者肠外营养液的配制和管理;社区护士 1 人,主要负责患者营养档案建立、家庭营养管理和教育等。由营养师、护士长和医生一起对全体人员进行主观整体评估(Patient-Generated Subjective Global Assessment, PG-SGA)^[4-5]、HCH 营养管理模式以及营养不良五阶梯治疗模式^[6]等相关知识的培训。

1.2.1.2 实施 HCH 营养管理

1.2.1.2.1 医院 ①营养评估。责任护士运用 PG-SGA 量表在 24 h 内对新入院患者进行首次营养评估。该量表为肿瘤患者特异性营养状况评估工具,被我国肿瘤营养治疗专家委员会推荐为首选方法^[7-8]。依据体质量、实验室指标、营养摄入等指标评分将 PG-SGA 分为 3 级^[5]:A 级,0~1 分,为营养状态良好;B 级,2~8 分,为可疑或中度营养不良;C 级,≥9 分,为重度营养不良。责任护士将评估后的 PG-SGA 量表置于病历夹中,评分≥2 分,需及时报告管床医生并在评估表首页粘贴红色条码。②营养护理干预。按照营养不良五阶梯治疗模式实施干预:无营养不良患者,应用书面、口头、微信公众号等多种方式进行饮

房诊治的 80 例消化道恶性肿瘤患者为研究对象。纳入标准:①病理学证实为消化道恶性肿瘤;②年龄>18 岁;③预计住院时间>3 d;④明确自身病情,患者和家属自愿参加本研究。排除标准:①有胸水、腹水、凹陷性水肿的患者;②无法接受随访的患者;③言语表述障碍或精神疾病。将患者随机分为干预组和对照组各 40 例,两组一般资料比较,见表 1。

食与营养的健康指导;有营养不良风险的患者,请营养科会诊,小组成员集体对患者进行全面评估(全面营养评估、代谢状态评估、胃肠功能评估),并制定相应的营养方案,如膳食治疗处方、肠内营养处方、肠外营养处方等,并依据 PG-SGA 评分由轻到重分别按饮食+营养教育、饮食+口服营养素、全肠内营养、部分肠内营养+部分肠外营养、全肠外营养五阶梯进行营养干预。由责任护士和营养师负责营养治疗的落实,每隔 3 d 集体评估 1 次,参照欧洲肠外肠内营养学会(ESPEN)指南建议,在下一阶梯无法达到 60% 目标能量需求 3~5 d 时,营养干预需要提高一个阶梯^[9-10]。

1.2.1.2.2 社区 建立社区患者营养管理档案。患者出院前,由管床医生、责任护士、营养师共同评估患者的营养状况,制定出院后的个体化营养计划,病区责任护士做好患者及家属的出院饮食宣教并负责联系社区护士,交接患者的一般信息、营养状况、营养干预方案等,指导社区医护人员定期上门进行营养筛查与评估,以及发生营养风险时应采取的干预措施。

1.2.1.2.3 家庭 患者住院期间,责任护士对患者及家属进行饮食与营养健康教育,发放患者版居家营养监测备忘录,教会患者及家属计算并知晓自身能量需要量,每周记录体质量及每日记录生命体征、摄食量、大小便,不适症状和营养治疗不良反应等。告知患者及家属若出现体质量丢失、持续食欲下降、摄食量减少或饮食治疗的相关问题,需及时到社区卫生部门咨询。重度营养不良患者出院后均应定期(至少每 3 个月 1 次)到医院接受营养专家的营养筛查评估及饮食咨询和营养指导。

1.2.2 评价方法 比较两组患者入院时、出院时及出院后 3 个月的 PG-SGA 评分,住院时间及营养治疗相关的依从性。营养治疗依从性采用自制问卷调查,内容包含营养干预相关的知识、态度和行为 3 个方面

共 10 个问题,每题 10 分,满分为 100 分,总分 < 60 分为不依从,60~80 分为一般,>80 分为依从。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件进行数据的统计分析,计量资料采用 *t* 检验和秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验;非正态分布资料采用非参数检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后 PG-SGA 评分比较 见表 2。

表 2 两组干预前后 PG-SGA 评分比较
分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	入院时	出院时	出院 3 个月
对照组	40	4.03±3.78	4.58±4.16	4.40±4.04
干预组	40	4.23±2.88	2.58±3.50	1.78±1.64
Z		0.900	3.196	4.219
P		0.368	0.001	0.000

2.2 两组住院时间和营养干预依从性比较 见表 3。

表 3 两组住院时间和营养干预依从性比较

组别	例数	住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	营养干预依从性(例)		
			不依从	一般	依从
对照组	40	7.18±2.15	3	16	21
干预组	40	5.03±1.37	0	2	38
t/Z		5.341		4.306	
P		0.003		0.000	

3 讨论

恶性肿瘤组织生长迅速,可消耗大量能量,使机体处于生理应激状态,并出现能量代谢异常,如糖代谢、糖异生和乳酸循环的加速,胰岛素抵抗,蛋白合成减少^[11]。因此,恶性肿瘤患者常伴有不同程度的营养不良,尤以消化道肿瘤更多见。本研究应用 HCH 营养管理,根据营养评估结果针对患者不同营养状态实施针对性的营养支持干预,可改善患者营养状态,降低营养不良发生率。表 2 结果显示,两组出院时及出院后 3 个月 PG-SGA 评分比较,差异有统计学意义(均 $P<0.01$)。说明 HCH 营养管理可有效改善消化道恶性肿瘤患者营养不良状况,提高患者抗肿瘤治疗的耐受性和生活质量。

恶性肿瘤患者并发症更多、生活质量低、临床预后差,对临床医疗护理服务有较高的期望和要求。肿瘤患者受疾病症状、放化疗、经费及知识缺乏和心理等因素的影响,普遍存在营养不良,对营养知识的需求较高,但接受营养治疗的依从性普遍较低。有调查显示,消化系统肿瘤患者学习营养知识依从性较好,但营养知识水平及行为能力有待提高^[12]。本科室是安徽省首家日间病房,由于日间病房工作特殊性,护理工作的连贯性受到一定影响。HCH 营养管理强调

患者入院到出院居家的全程营养管理,肿瘤患者入院后由责任护士在 24 h 内完成首次 PG-SGA 营养评估,患者出院居家则由社区护理人员定期上门营养评估,针对评估结果选择合理的营养干预。表 3 结果显示,干预组住院时间显著短于对照组,营养干预依从性显著优于对照组(均 $P<0.01$)。提示 HCH 营养管理医院、社区、家庭三方共同参与,整合医院的医疗资源对患者营养不良和代谢紊乱做到早发现、早诊断和早治疗;同时,利用社区和家庭对患者实施个体化、持续化营养支持,有效提高患者营养治疗的依从性,提高了治疗效果。

综上所述,对消化道恶性肿瘤患者采用 HCH 全程营养管理,通过及时营养风险筛查和评估,准确分析患者的营养状况和预后,实施针对性、连续性护理干预,有利于提高患者营养治疗依从性,进而有效改善了患者的营养状况。

参考文献:

- [1] 周婉,许勤,言克莉,等.改良版患者自评主观整体营养评估量表在消化道肿瘤化疗患者的适用性评价[J].护理学杂志,2015,30(1):20-22.
- [2] 李苏宜.肿瘤患者营养不良的临床管理[J].中国临床保健杂志,2016,19(2):113-116.
- [3] 石汉平,李增宁,王昆华,等.营养管理新模式——HCH[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2015,2(3):23-26.
- [4] 薛聪龙,石汉平.肿瘤营养支持基础与临床的转化应用[J].临床外科杂志,2013,21(1):1-2.
- [5] 李静,毛志音,李怡霖.患者自评——主观全面评定量表及营养干预在胃肠道肿瘤患者中的应用效果[J].中国全科医学,2017,20(7):144-146.
- [6] 石汉平,许红霞,李苏宜,等.营养不良的五阶梯治疗[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2015,2(1):29-33.
- [7] Ottery F D. Rethinking nutritional support of the cancer patient: the new field of nutritional oncology[J]. Semin Oncol,1994,21(6):770-778.
- [8] 中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗委员会.中国肿瘤营养治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2015:46-47.
- [9] Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non-surgical oncology[J]. Clin Nutr,2009,28(4):445-454.
- [10] Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: non-surgical oncology[J]. Clin Nutr,2006,25(2):245-259.
- [11] Barber M D, Ross J A, Fearon K C. Disordered metabolic response with cancer and its management [J]. World J Surg,2000,24(6):681-689.
- [12] 李成,王维利,章新琼,等.消化系统肿瘤患者对营养知识认知的质性研究[J].护理学杂志,2013,28(12):84-86.

(本文编辑 丁迎春)