

造血干细胞移植患者膳食教育的循证护理实践

方云,刘敏杰,谢辰,潘娟,杨海丽

摘要:目的 应用基于最佳证据的造血干细胞移植患者膳食教育方案,并评价其循证实践效果。方法 以血液病房 45 名护理人员、80 例造血干细胞移植患者(基线审查组与循证实践组各 40 例)为研究对象。基线审查组采用常规护理。循证实践组实施循证为基础的膳食教育:基于证据制订审查指标,基于指标进行基线审查,并分析促进和障碍因素,实施循证护理实践。结果 证据应用后,护理人员的造血干细胞移植膳食教育知识得分由(75.24±9.25)分提升至(92.64±4.41)分,应用前后比较,差异有统计学意义($P<0.05$);膳食教育行为质量控制得分高于应用前。循证实践组患者的膳食管理知识得分为(83.40±9.38)分,基线审查组(66.15±8.75)分,应用前后比较,差异有统计学意义($P<0.05$);8 项膳食管理行为指标中的 3 项显著高于基线审查组(均 $P<0.05$)。结论 造血干细胞移植膳食教育的循证护理实践能够优化护理人员膳食教育相关知识结构,规范其健康教育指导行为,进一步提高造血干细胞移植患者膳食管理的科学性。

关键词:血液肿瘤; 造血干细胞移植; 膳食教育; 膳食管理; 循证护理实践; 营养护理

中图分类号: R47; R151.4+1 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.17.115

Evidence-based nursing practice of dietary education for patients receiving hematopoietic stem cell transplantation

Fang Yun, Liu Minjie, Xie Chen, Pan Juan, Yang Haili. Department of Hematology, Union Hospital Affiliated to Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To construct and apply a clinical dietary education program developed based on the best evidence for patients receiving hematopoietic stem cell transplantation, and to evaluate its application effects. **Methods** From February to March 2023, a total of 80 patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation [40 in the baseline review group and 40 in the evidence-based practice (EBP) group] and 45 nurses in the hematology department were selected. The baseline review group received routine nursing care. The EBP group was subjected to an evidence-based dietary education program; review indicators were grounded in current evidence, baseline assessments were conducted according to these indicators, facilitating factors and barriers were analyzed, and evidence-based nursing interventions were implemented. **Results** After the application of the evidence-based practice, the dietary knowledge scores of nurses increased from (75.24±9.25) to (92.64±4.41) with significant difference ($P<0.05$); the dietary management quality scores of nurses increased. The dietary knowledge scores of patient in the EBP group averaged (83.40±9.38), significantly higher than that in the baseline review group (66.15±8.75); and three out of eight dietary management behaviors were significantly higher than those in the baseline review group (all $P<0.05$). **Conclusion** Evidence-based nursing practice can improve nurses' dietary knowledge and standardize their implementation of dietary education for patients with hematopoietic stem cell transplantation, which is beneficial for scientific dietary management for hematopoietic stem cell transplantation patients.

Keywords: hematologic malignancies; hematopoietic stem cell transplantation; dietary education; dietary management; evidence-based nursing practice; nutritional care

造血干细胞移植(Hematopoietic Stem Cell Transplantation, HSCT)是治疗血液系统恶性肿瘤、造血功能异常、免疫功能缺陷疾病的重要方法^[1-2]。因移植前原发疾病,大剂量放、化疗预处理,移植后初期造血与免疫系统的重建、移植相关并发症以及长期使用抗排异药物等因素,使机体营养需要量增加而摄入不足、吸收不良且丢失过多,如不采取有效干预措施,患

者很容易进展为营养不良^[3-5]。营养不良降低机体抵抗能力,影响 HSCT 患者造血和免疫功能的重建。因此,加强 HSCT 患者营养管理尤为重要。营养不良的规范治疗应当遵循五阶梯治疗原则,其中饮食与营养教育是营养治疗的第一步,也是可经口进食患者的首选干预方法^[6-7]。移植前至移植后长期生存期间,HSCT 患者及家属均存在“吃什么、吃多少、怎么吃、吃了是否安全”等饮食问题的困扰。有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症状的患者,甚至还存在进食恐惧、厌食等问题。因此,做好患者饮食与营养教育,指导患者科学、安全地制备和摄入膳食,满足其营养需求是护理人员的重要工作内容之一。尽管国内外的证据及指南均强调了 HSCT 患者膳食教育的重要性,但均未针对这一问题建立统一的标准和规范。临床

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院血液科(湖北 武汉,430022)

通信作者:刘敏杰,yoorow1989@163.com

方云:女,硕士,主任护师,护士长,fangyun01@163.com

科研项目:华中科技大学同济医学院护理学院自主创新研究(ZZXC2022016)

收稿:2025-04-03;修回:2025-06-05

各医疗机构多使用自行制订的膳食教育操作流程,内容多源于医护人员的个人临床经验,可能存在科学性不足、信息滞后、甚至错误等问题。因此,本研究在前期研究基础上^[8-10],开展临床循证护理实践,并评价其循证实践效果,以期为改善临床 HSCT 患者膳食教育质量提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 本研究采取类实验设计。以我院主院区血液病房 45 名护理人员(自身前后对照)、80 例 HSCT 患者及照顾者(基线审查组与循证实践组各 40 例)为研究对象。护理人员纳入标准:血液科移植相关工作经历≥2 年。排除标准:实习、支援、进修、休假的人员。患者纳入标准:诊断为血液恶性疾病,首次进行 HSCT;年龄≥18 岁;预计生存周期>6 个月;能够经口摄入膳食。排除标准:存在认知障碍而无法配合调查;并存其他肿瘤或重症疾病;并存重度口腔黏膜炎。剔除标准:移植失败;移植后并发重度肠道移植植物抗宿主病。研究对象均知情同意,自愿参与本研究。依据公式^[11]: $n_1 = n_2 = 2(u_\alpha + u_\beta)^2 \times \sigma^2 / \delta^2$ 。通过预试验 10 例患者膳食知识水平得分进行估算, $n_1 = n_2 = 36$ 例,考虑 10% 的脱失率,每组所需患者的样本量为 40 例。

1.2 研究方法 于 2023 年 2—7 月,采用 JBI 循证卫生保健中心的临床证据实践应用系统(Practical

Application of Clinical Evidence System, PACES)指导项目实施,包含证据应用前基线审查(基线审查组)、证据临床实践应用(循证实践组)和证据应用后再审查 3 个阶段。基线审查组采用常规护理,患者入院 24 h 内,采用营养风险筛查量表(Nutritional Risk Screening Scale 2002, NRS2002)进行营养评估,实施常规营养健康教育。循证实践组实施循证为基础的膳食教育。每例患者自进入层流病房日起开始干预,持续时间为 6 周,涵盖移植期和移植后 30 d。

1.2.1 基线审查

1.2.1.1 组建研究小组 研究小组成员包括血液科主任医师、营养学医师和血液科科护士长各 1 名,负责方案指导;1 名病房护士长为方案负责人,主导证据总结、指标制订、循证护理实践方案制订、实施及质量控制;2 名接受过循证培训的护理研究生负责文献检索和证据质量评价;2 名临床医生和 4 名护理骨干负责方案实施和资料收集。

1.2.1.2 证据来源及审查指标转化 本研究团队前期通过循证,先后汇总了 HSCT 患者营养管理、HSCT 患者饮食与营养教育相关证据^[8-9],在此基础上,课题小组咨询 2 名血液科主任医师、2 名营养医师(副主任技师)和 2 名血液科护士长(副主任护师)的意见,最终制订了 25 条临床审查指标及对应内容,确定了审查方法,见表 1。

表 1 造血干细胞移植膳食教育审查指标及收集方法

审查指标	具体内容	审查方法
1 营养评定方法知晓率	护士/患者或家属知晓患者主观综合评估量表(Patient-Generated Subjective Global Assessment, PG-SGA) ^[12] 的使用方法	现场提问/问卷调查/实地观察
2 膳食摄入量计算方法知晓率	护士/患者或家属知晓膳食摄入量计算方法	现场提问/问卷调查
3 食物种类选择的知晓率	护士/患者或家属知晓如何根据个体情况选择食物种类	现场提问/问卷调查
4 食物配比方法知晓率	护士/患者或家属知晓食物配比方法	现场提问/问卷调查
5 食物选购方法知晓率	护士/患者或家属知晓如何科学选购食物	现场提问/问卷调查
6 食物清洁方法知晓率	护士/患者或家属知晓食物清洁方法	现场提问/问卷调查
7 食物制备方法知晓率	护士/患者或家属知晓食物制备方法	现场提问/问卷调查
8 食物储存方法知晓率	护士/患者或家属知晓食物储存方法	现场提问/问卷调查
9 高风险食物知晓率	护士/患者或家属知晓高风险食物类别	现场提问/问卷调查
10 手卫生方法知晓率	护士/患者或家属知晓手卫生方法和洗手时机	现场提问/问卷调查
11 食欲不振护理知识知晓率	护士/患者或家属知晓发生食欲不振时的处理方法	现场提问/问卷调查
12 味觉改变护理知识知晓率	护士/患者或家属知晓发生味觉改变时的处理方法	现场提问/问卷调查
13 恶心呕吐护理知识知晓率	护士/患者或家属知晓发生恶心/呕吐时的处理方法	现场提问/问卷调查
14 口腔黏膜炎护理知识知晓率	护士/患者或家属知晓发生口腔黏膜炎的处理方法	现场提问/问卷调查
15 便秘护理知识知晓率	护士/患者或家属知晓发生便秘时的处理方法	现场提问/问卷调查
16 腹痛护理知识知晓率	护士/患者或家属知晓发生腹痛时的处理方法	现场提问/问卷调查
17 腹泻护理知识知晓率	护士/患者或家属知晓发生腹泻时的处理方法	现场提问/问卷调查
18 营养评定行为依从率	护士/患者或家属每周使用 PG-SGA 对患者进行综合营养评估	访谈法/实地观察
19 营养评定行为合格率	护士/患者或家属使用 PG-SGA 对患者进行综合营养评估方法正确	访谈法/实地观察
20 平衡膳食行为依从率	护士/患者或家属定期制订和实践膳食计划	访谈法/实地观察
21 平衡膳食行为合格率	护士/患者或家属平衡膳食行为正确 ^[13]	访谈法/实地观察
22 食品安全处理行为依从率	患者/家属严格遵守食品安全处理原则	访谈法/实地观察
23 食品安全处理行为合格率	患者/家属食品安全处理方法正确	访谈法/实地观察
24 消化道症状管理行为依从率	当发生消化道症状时,护士/患者或家属能及时评估,并采取缓解症状的策略	访谈法/实地观察
25 消化道症状管理行为合格率	患者消化道症状缓解	访谈法/实地观察

1.2.1.3 基线审查 2023 年 2—3 月,选取我院主

院区血液病房作为为基线审查场所,将 40 例 HSCT

患者以及 45 名护理人员作为审查对象,收集审查指标相关数据。①HSCT 膳食管理知识:研究小组根据证据条目第 1~17 条审查指标内容,编制造血干细胞移植膳食知识测评问卷(护士版)、造血干细胞移植患者合理膳食知识自测表。满分均为 100 分。对护士发放问卷星进行测评。患者完成移植,拟出院前 2 d 内完成纸质问卷测评。②HSCT 膳食管理行为:研究小组根据证据条目第 18~25 条审查指标及本院“健康教育质量评价标准”,构建造血干细胞移植膳食教育质量评价标准,包括教育内容(4 个条目)、健康管理(8 个条目)、患者/家属知晓(8 个条目)3 个维度。前 2 个维度为护士膳食管理行为,每个条目分为“落实(合格)、未落实(不合格)、不涉及”3 个选项。由质控组长对 45 名护理人员所在的护理单元进行审查,满分为 100 分,条目审查结果为“落实(合格)、不涉及”者,不扣分;“未落实(不合格)”扣除 1~2 分。患者膳食管理行为通过患者/家属知晓维度中的 8 个条目(对应指标 18~25)分别对 40 例患者进行测评,患者完成移植,拟出院前 2 d 完成测评。每例患者的合格率为 95%以上,则视为该患者膳食自我管理行为达标。③记录患者进入层流病房 24 h 内、回输日及回输后 30 d 的身体质量指数(Body Mass Index, BMI)。

1.2.2 证据应用

基于基线审查结果,对 4 名医生、1 名营养师、5 名护理人员、10 例 HSCT 患者和 10 例患者家属分别进行了访谈,逐条分析对审查指标的实践情况,并从组织层面、实践者层面和患者层面对证据应用过程中的障碍因素及促进因素进行系统分析。由循证小组根据障碍和促进因素,从上述 3 个层面制订实践变革策略。选取 2023 年 4—5 月行 HSCT 的患者作为循证护理实践组,根据变革策略,实施证据为基础的 HSCT 患者膳食教育活动。

1.2.2.1 组织层面 组建包括血液科医生、临床营养师、药师、护理管理者、临床护理骨干在内的多学科团队,共同制订 HSCT 患者营养管理流程、HSCT 患者膳食教育培训课件和 HSCT 患者膳食科普材料。

1.2.2.2 实践者层面 ①提升护理人员认知和态度。全科业务学习培训设置 HSCT 膳食管理培训专题,由研究小组成员中的方案负责人根据 25 条审查指标的具体内容,介绍 HSCT 营养评估、合理膳食、食品安全处理及消化道症状管理知识与技能,强调特殊疾病人群营养规范管理的重要性。②强化临床 HSCT 患者膳食教育行为。a. 营养评估:拟行 HSCT 治疗的患者,入院 24 h 内采用 NRS2002 量表进行营养状况评估,判断患者是否存在营养不良风险;若 NRS2002 评分 ≥ 3 分,则判定为营养不良高风险,采用 PG-SGA 进行营养评定。b. 平衡膳食行动:拟行移植的患者,发放《HSCT 患者营养指导手册》,根据患者性别、年龄和身体活动情况,确定个体的能量需

要量,并将结果记录在护理记录单中。询问个人膳食习惯,与患者和家属一起制订每日膳食计划,并记录在手册中。c. 实施膳食教育实践:移植前 1~2 周的准备阶段,患者可经口进食,胃肠道功能正常,指导其积极加强膳食营养补充,给予高热量、高蛋白、高维生素、低脂饮食。移植期间,因大剂量放、化疗的不良反应,患者机体免疫和造血功能低下,容易发生胃肠道并发症,感染风险高,这一阶段责任护士每日床边查看患者进餐情况,评估口腔及胃肠道功能状况以及进食是否满足目标膳食量(经口摄入量能满足目标能量需要量 60%,持续 3~5 d),鼓励患者每日饮水量 $\geq 2\ 000$ mL;每周开展 HSCT 膳食教育活动,指导家属根据患者个体化情况进行配餐。d. 消化道症状管理:食欲不振者,指导家属调整食物的色香味、质地以增强食欲;味觉改变者,指导家属注意变换食物菜色的搭配及烹调方法,强化食物味道;恶心、呕吐、腹泻者,注意增加食物中的水分,少食多餐,多进食肉汤、菜汤;腹泻者避免富含膳食纤维的食物,便秘者增加膳食纤维食物的摄入;重视和积极处理患者的疼痛主诉。移植后初期(30 d 内),患者进入普通病房,责任护士采用 PG-SGA 量表复评患者营养状况,更新膳食计划,重点关注患者存在的饮食与营养问题并及时给予处理;根据平衡膳食原则合理选择食物的量、种类和配比,积极补充营养物质;若患者感觉食欲增加,可鼓励其适当加餐。若患者发生肠道移植体抗宿主病,每日评估腹泻的严重程度,若腹泻量 < 500 mL/d,多学科小组共同查房,制订营养计划,指导家属根据目标膳食进行配餐,将食物性状制备成温凉流质,患者少量多餐;若腹泻量 ≥ 500 mL/d 或有消化道出血征象,则需禁食水,根据患者个体化情况选择管饲/肠外营养。患者拟出院时,与营养师一同为患者制订饮食计划,强化平衡膳食知识和技能。e. 食品安全处理:每次膳食健康教育活动重点讲解饮食安全知识。

1.2.2.3 患者层面 发放 HSCT 患者膳食科普材料。患者移植期间,家属每周参加病区组织的患教会,接受营养评定、制作平衡膳食、食品安全处理以及消化道症状管理知识与技能的培训。患者移植结束顺利出仓后,责任护士邀请患者及家属一同制订和调整膳食计划,强化营养管理行为。

1.2.3 证据应用后的再审查 2023 年 6—7 月,采用与基线审查相同的方法对收治的 40 例 HSCT 患者及其照顾者(循证实践组)及 45 名血液科护理人员进行证据应用后的再次审查。

1.3 统计学方法 采用 Excel2007 软件录入数据,SPSS21.0 软件进行统计分析。服从正态分布的计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用频数、百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法;等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 一般资料 45 名护理人员中,女 42 名,男 3 名;年龄 23~44(32.67±5.80)岁;护龄 3~23(10.18±

5.64)年;本科 44 名,硕士 1 名;护士 13 名,护师 18 名,主管护师 14 名。基线审查组与循证实践组患者一般资料比较,见表 2。

表 2 基线审查组与循证实践组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	体质量 (kg, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			婚姻状况(例)			医保类型(例)	
		男	女			初中及以下	高中或中专	大专及以上	未婚	已婚	离异	无医保	有医保
基线审查组	40	25	15	41.15±15.21	62.43±10.42	14	10	16	9	29	2	8	32
循证实践组	40	24	16	37.80±14.54	62.93±12.52	9	14	17	11	29	0	8	32
统计量		$\chi^2=0.053$		$t=1.007$	$t=-0.195$	$Z=-0.749$						$\chi^2=0.000$	
P		0.818		0.317	0.846	0.454			0.492*			1.000	

组别	例数	疾病诊断(例)					移植类型(例)		合并症(例)		
		急性白血病	淋巴瘤	多发性骨髓瘤	再生障碍性贫血	骨髓增生异常综合征	自体	异基因	0种	1种	≥2种
基线审查组	40	15	11	4	6	4	14	26	36	4	0
循证实践组	40	21	6	7	3	3	13	27	37	2	1
统计量							$\chi^2=0.056$				
P		0.369*					0.813		0.675*		

注: * 为 Fisher 精准检验。

2.2 系统层面改变 通过循证护理实践,规范了 HSCT 患者膳食教育管理制度与流程,建立了专科层面的《血液系统疾病膳食指导指南》;总结了 HSCT 患者膳食教育培训流程,开展了医护营养培训活动 2 场,并将膳食管理内容嵌入到专科业务学习目录中;制作了多元化的 HSCT 患者膳食教育课件与科普材料,提升了健康教育内容的科学性与规范性。

2.3 实践者层面改变 护理人员 HSCT 膳食知识知晓程度:证据应用后 45 名护士的 HSCT 患者膳食知识得分为(92.64±4.41)分,显著高于证据应用前的(75.24±9.25)分($t=-13.995, P<0.001$)。

表 3 两组患者合理膳食知识评分及行为达标率比较

组别	例数	合理膳食知识 (分, $\bar{x} \pm s$)	合理膳食行为达标[例(%)]							
			指标 18	指标 19	指标 20	指标 21	指标 22	指标 23	指标 24	指标 25
基线审查组	40	66.15±8.75	20(50.0)	23(57.5)	10(25.0)	12(30.0)	24(60.0)	25(62.5)	10(25.0)	19(47.5)
循证实践组	40	83.40±9.38	22(55.0)	21(52.5)	27(67.5)	25(62.5)	19(47.5)	32(80.0)	28(70.0)	13(32.5)
t/ χ^2		8.519	0.201	0.202	14.532	8.498	1.257	2.990	16.241	1.875
P		<0.001	0.654	0.653	<0.001	0.004	0.262	0.084	<0.001	0.171

表 4 两组患者不同时间 BMI 比较 kg/m², $\bar{x} \pm s$

组别	例数	进入层流病房 24 h 内	回输日	回输后 30 d
基线审查组	40	21.91±3.47	21.10±3.83	19.47±3.35
循证护理组	40	22.07±3.98	21.38±4.06	20.12±3.91
t		0.195	0.314	0.799
P		0.846	0.754	0.427

3 讨论

3.1 HSCT 膳食教育循证护理实践提高了护理人员的膳食知识及膳食教育行为 移植期间,患者的膳食质量受多个层面的影响。在加强患者及家属健康教育的同时,还应健全临床营养管理机制,重视在临床医护人员中开展营养知识培训,提高其营养知识水平^[14]。本研究结果显示,实施 HSCT 膳食教育循证护理实践后,护理人员的合理膳食教育知识水平显著提升($P<0.05$)。基线审查结果显示,护理人员均会采用 NRS2002 评估患者是否存在营养不良风险,根

据得分情况给予营养教育、肠内肠外营养,但是不知晓如何判断患者适合哪种营养支持方式,营养教育内容单一,且缺乏循证依据。本研究在实施 HSCT 膳食教育循证护理实践过程中,既考虑了普适性膳食管理的一般准则,又兼顾了 HSCT 患者特殊情况,结合临床实际情境和证据内容,制订健康教育规范、营养管理流程、膳食指导手册,提供了规范的健康教育知识素材。通过标准化膳食指导手册的培训和考核,护士不仅知晓评估患者营养不良风险和患者目标能量需要量的方法,并且会积极关注患者消化道症状对进食造成的影响;根据目标需要量和指南规定的食物内容和配比,进行规范指导,并根据患者移植前、移植期间、移植后的生理状态,动态调整教育内容,将食品安全指导原则贯穿移植整个阶段。

2.4 患者层面 两组患者合理膳食知识评分及行为达标率比较,见表 3。两组患者不同时间 BMI 比较,见表 4。

通过膳食指导行为质量督导,促进护士按照标准化流程开展膳食指导工作,避免信息的误差和遗漏,

提升了护理人员膳食教育行为的同质性和准确性。诸多研究证实了循证护理实践能够提供可利用的最适宜的护理实践依据,提升护理人员的个人技能^[15-16]。本研究实施 HSCT 膳食教育循证护理实践,通过组织层面制订规范、优化流程、编写健康教育手册,实践者层面加强培训和行为质量控制,极大地提升了护理人员的膳食教育行为质量。通过系统培训,护理人员能够将膳食教育贯穿到日常临床护理实践中,实施基于证据的科学膳食指导,行为依从性有了极大提高。

3.2 HSCT 膳食教育循证护理实践提升了患者膳食管理的科学性 循证护理实践的一个重要特点是依据最新的、经过验证的科学证据,结合临床实际情境及患者意愿设计护理干预方案,实施护理实践活动。合理膳食则是在平衡膳食的基础上,考虑到健康状况、地域资源和生活习惯、信仰等情况而调整的膳食^[13]。本研究针对 HSCT 患者的膳食教育内容是在参考个体膳食营养素参考摄入量基础上设计食物种类和比例,同时充分考虑 HSCT 患者不同移植阶段的生理状况、个体膳食习惯,以及食品安全指导原则,涵盖了膳食教育的各个要素,满足了患者对膳食教育的基本需求。本研究结果显示,实施 HSCT 膳食教育循证护理实践后,患者的合理膳食知识水平显著提升($P < 0.05$)。提示基于规范化健康教育工具开展的膳食指导活动,能够优化患者的合理膳食知识结构,帮助患者更好地进行营养自我管理。

HSCT 患者在饮食与营养问题上表现为消化症状的发生率高,严重影响患者进食质量;免疫缺陷时间较长,对食品安全管理要求更高,需要护理人员个体化指导。通过责任护士每日膳食指导,强化患者合理膳食行为;每周五开展的膳食健康教育活动,促进患者之间开展交流,就患者家属的进食疑惑和可能存在的问题进行规范指导,提升了患者及家属的膳食知识结构,保障了其膳食自我管理行为的科学性。随访期间,患者及家属均表示教育内容具有实用性和指导意义。本研究的患者膳食自我管理行为相关 8 项审查指标中,仅 3 项显著改善(均 $P < 0.05$),其余 5 项改善不显著,提示膳食教育质量改进是一项持续工作^[17]。未来需要明确工作重点,维持项目成效长期性的同时,有针对性地开展膳食指导活动。回输时及移植后 30 d,患者体质量改变略优于基线组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。分析可能的原因在于体质量改变水平较慢,观察时间较短,这也提示需要对移植后患者进行长期营养随访。

4 结论

本研究基于证据构建了 HSCT 膳食教育评价指标,并在评价指标的指引下开展提升 HSCT 患者膳食教育质量的循证护理实践,结果护理人员及患者/家属膳食知识显著提升。但是,患者部分行为改善不

显著,需要延长随访时间进一步研究。

参考文献:

- [1] 殷磊,刘明.中华护理词典[M].北京:人民卫生出版社,2011:416.
- [2] 中国医药生物技术协会团体标准.自体造血干细胞移植规范[J].中国医药生物技术,2022,17(1):75-93.
- [3] McMillen K K, Coghlin-Dickson T, Adintori P A. Optimization of nutrition support practices early after hematopoietic cell transplantation[J]. Bone Marrow Transplant,2021,56(2):314-326.
- [4] Passwater C, Itano J. Care coordination:overcoming barriers to improve outcomes for patients with hematologic malignancies in rural settings[J]. Clin J Oncol Nurs,2018,22(5):549-554.
- [5] Baumgartner A, Hoskin K, Schuetz P. Optimization of nutrition during allogeneic hematologic stem cell transplantation[J]. Curr Opin Clin Nutr Metab Care,2018,21(3):152-158.
- [6] Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients[J]. Clin Nutr,2017,36(1):11-48.
- [7] 中华医学会肠外肠内营养学分会.肿瘤患者营养支持指南[J].中华外科杂志,2017,55(11):801-829.
- [8] 方云,刘敏杰,吴耀辉,等.提升成人造血干细胞移植患者营养管理质量的证据总结[J].中华护理杂志,2019,54(10):1488-1494.
- [9] 谢辰,方云,刘敏杰,等.造血干细胞移植患者饮食与营养教育的证据总结[J].护理学杂志,2021,36(10):102-106.
- [10] 谢辰,方云,刘敏杰,等.成人造血干细胞移植患者饮食与营养教育效果评价指标的构建[J].护理学杂志,2022,37(15):92-94.
- [11] 陆守曾,陈峰.医学统计学[M].北京:中国统计出版社,2016:162.
- [12] Gabrielson D K, Scaffidi D, Leung E, et al. Use of an abridged scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (abPG-SGA) as a nutritional screening tool for cancer patients in an outpatient setting[J]. Nutr Cancer,2013,65(2):234-239.
- [13] 中国营养学会.中国居民膳食指南 2022[M].北京:人民卫生出版社,2022:299.
- [14] 郝素娟.异基因造血干细胞移植期间患者营养状态及营养综合干预效果的研究[D].苏州:苏州大学,2014.
- [15] 石珂,张海玲,钱荣,等.肾移植患者住院期间体力活动的循证护理实践[J].中华护理杂志,2023,58(4):389-397.
- [16] 郭员志,张红梅,赵培,等.乳腺癌术后淋巴水肿预防与护理的循证实践[J].中华护理杂志,2023,58(7):773-781.
- [17] 王珂心,冯英璞,王昊,等.临床循证实践项目长期成功工具的汉化及信效度检验[J].护理学杂志,2025,40(4):97-100.