

# 医院-社区-家庭营养管理联合早期康复对老年胃肠恶性肿瘤手术患者营养状况与预后的影响

王宏引 阙海峰 沈景晶

胃肠恶性肿瘤是临床常见疾病,种类繁多,在发病早期其临床症状不明显,因此多数患者确诊后已步入中晚期,手术是主要治疗方法,通过手术切除病灶组织,从而促进患者恢复<sup>[1]</sup>。传统术后护理管理模式多集中于医院住院期间,忽视了患者出院后的长期营养管理和康复指导,随着医疗模式的转变和延续护理理念的推广,越来越多的研究开始关注医院-社区-家庭(hospital-community-home, HCH)三位一体的综合管理模式<sup>[2]</sup>。营养管理在术后康复中的重要性不容忽视,良好的营养状况是术后康复的基础,术后早期阶段的适当运动和功能锻炼,可促进患者恢复体力,增强心肺功能,加速术后康复,老年患者在术后早期康复过程中往往面临诸多挑战,需要制定个性化的康复方案,以确保早期康复护理的有效实施<sup>[3]</sup>。基于此,本次研究旨在探究HCH营养管理联合早期康复在老年胃肠恶性肿瘤手术患者中的应用效果。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2021年4月至2023年4月丽水市中心医院胃肠外科就诊的106例老年胃肠恶性肿瘤患者。纳入标准包括:①经胃/肠镜、组织病理学检查确诊为胃肠恶性肿瘤;②年龄60岁以上;③均进行手术治疗。排除标准包括:①患有两种及以上恶性肿瘤;②神志不清,存在认知沟通障碍;③患有严重血液、免疫系统疾病;④躯体功能严重障碍。所有患者均知情同意,本次研究通过医院医

学伦理审核。按照随机数字表法分为观察组和对照组,各53例。两组患者的一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。

表1 两组一般资料比较

组别	n	性别 (男/女)	年龄/岁	肿瘤部位/例	
				胃癌	结肠癌
观察组	53	29/24	68.63±3.62	22	31
对照组	53	31/22	69.24±3.43	25	28

1.2 方法 对照组术后给予常规护理干预,包括营养支持(肠外营养)补充氨基酸、脂肪乳等,术后给予患者静脉补液、肠胃减压,患者排气排便后指导患者经口进食等。观察组给予HCH营养管理联合早期康复进行干预。HCH营养管理具体为:①建立管理小组:成立由1名胃肠外科主治医师、1名营养师以及6~8名病区和社区护理人员组成的管理小组,并对成员进行专业培训。②创建患者资料与营养档案:收集患者基本资料,形成详细的营养管理档案;入院即评估患者营养状况,依据其饮食习惯制定个体化管理计划,术后依据患者身体状况变化情况调整营养方案,确保营养均衡;入院即对患者与家属进行健康知识宣教,包括疾病知识、营养管理等,并将资料发送对应社区医护人员进行备案、学习,出院叮嘱社区护士管理饮食;在院期间每周评估患者营养状况,与营养师共享数据,以及时调整营养计划。③饮食记录与监控:护理人员指导患者家属记录患者每日食物摄入量、食物种类及排便情况等,患者食欲与排便异常时及时联系社区护理人员。④构建线上交流平台:出院前与患者建立线上联系渠道(如微信),每周推送营养管理相关短视频、公众号文章,提供患者家属咨询服务,解答相关问题。早期康复护理具体为:①制定康复方案:护

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.008.027

基金项目:浙江省卫生健康委医药卫生科技计划项目(2021KY1246)

作者单位:321400 浙江丽水,丽水市中心医院胃肠外科

通讯作者:阙海峰,邮箱:quehaifeng@126.com

理小组制定老年胃肠恶性肿瘤术后康复方案,并对小组成员进行有关肿瘤、手术、运动护理等知识的宣教。②术后1 d康复护理:手术结束麻醉清醒后,护士间隔1~2 h协助患者翻身一次,视情况给予扣背、排痰;术后平卧约10 h后调整为半卧位,指导进行腹式呼吸法,并增加床上缩肛运动,每次30 min,每日2次。③术后2 d康复护理:指导患者进行上肢运动(如握拳、肘关节屈伸、伸抬臂等)和下肢运动(如膝关节屈伸、髋关节外展、抬腿等);对于体质较好、恢复良好的患者,可以适当增加运动强度,例如指导患者双腿弯曲,双手按住床面,抬起臀部离开床面,坚持5 s后缓慢放下,但注意运动量不宜过大。④术后4 d康复护理:引导患者下床行走,并逐步过渡到自行活动;指导患者进行腹部按摩,确保按摩中不触碰切口,按摩需达到腹部有微热感。

1.3 观察指标 ①肠胃恢复时间:记录术后肠鸣音恢复、首次排气与排便、首次进食、下床活动时间和

住院时长。②营养状况:干预前、干预3个月后使用改良版患者主观整体评估(patient-generated subjective global assessment, PG-SGA)<sup>[4]</sup>,其中0~1分表示营养良好,2~8分表示患者营养不良,9分及以上表示严重营养不良。③血清学指标:干预前、干预3个月后,采集患者空腹状态下静脉血,检测血清蛋白(albumin, ALB)、血红蛋白(hemoglobin, Hb)、转铁蛋白(transferrin, TFN)和前清蛋白(prealbumin, PA)水平。④记录两组干预期间感染、腹胀等不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示。组间计量资料比较采用 $t$ 检验;计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验;等级资料比较采用秩和检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组术后肠胃恢复时间比较见表2

表2 两组术后肠胃恢复时间比较

组别	肠鸣音恢复/h	首次进食/h	首次排气/h	首次排便/h	下床活动时间/h	住院时长/d
观察组	20.64±1.72*	33.51±4.09*	46.18±8.30*	54.82±10.26*	58.19±10.58*	9.48±2.06*
对照组	22.33±1.85	42.60±5.76	52.56±9.27	64.33±10.37	70.63±12.54	12.34±2.49

注:\*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,术后观察组患者的肠鸣音恢复、首次进食、首次排气、首次排便时间、下床活动时间与住院时长均短于对照组( $t$ 分别=4.87、9.37、3.73、4.75、5.52、6.44, $P$ 均 $<0.05$ )。

### 2.2 两组干预前后营养状况PG-SGA分级比较见表3

由表3可见,干预前,两组PG-SGA分级比较,差异无统计学意义( $Z=0.04$ , $P>0.05$ );观察组干预3个月后PG-SGA分级优于对照组,差异有统计学

意义( $Z=5.18$ , $P<0.05$ )。

表3 两组营养状况PG-SGA分级比较/例(%)

组别		营养良好	营养不良	严重营养不良
观察组	干预前	9(16.98)	25(47.17)	19(35.85)
	干预后	35(66.04)	12(22.64)	6(11.32)
对照组	干预前	8(15.09)	28(52.83)	17(32.08)
	干预后	22(41.51)	23(43.40)	8(15.09)

### 2.3 两组干预前后血清学指标比较见表4

表4 两组干预前后血清学指标比较

组别		ALB/g/L	Hb/g/L	TFN/mg/L	PA/g/L
观察组	干预前	32.61±2.35	106.42±12.09	132.46± 8.37	207.30±20.52
	干预后	40.23±2.47*	127.39±17.39*	156.26±14.26*	274.39±28.16*
对照组	干预前	33.26±2.65	104.66±13.12	133.25± 9.12	209.22±21.58
	干预后	36.58±2.36	113.52±14.45	142.33±10.45	254.26±26.45

注:\*:与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表4可见,干预前,两组血清ALB、Hb、TFN、PA水平比较,差异均无统计学意义( $t$ 分别=1.36、0.72、0.46、0.47, $P$ 均 $>0.05$ );干预3个月后,观察组血

清ALB、Hb、TFN、PA水平均高于对照组,差异均有统计学意义( $t$ 分别=7.78、4.47、5.76、3.79, $P$ 均 $<0.05$ )。

### 2.4 两组不良反应发生情况比较见表5

表5 两组不良反应发生情况比较/例(%)

组别	n	肺部感染	切口感染	腹胀腹痛	尿路感染	发生率
观察组	53	0	1(1.89)	1(1.89)	1(1.89)	3( 5.67)*
对照组	53	1(1.89)	5(9.43)	4(7.55)	3(5.66)	13(24.53)

注: \*:与对照组比较,  $P < 0.05$ 。

由表5可见,观察组患者的总不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2=7.36, P < 0.05$ )。

### 3 讨论

胃肠恶性肿瘤属于慢性消耗性疾病,现代社会由于生活方式和饮食结构改变,胃肠道恶性肿瘤发病率在不断增加。临床对于胃肠恶性肿瘤多采取手术治疗,而老年患者器官功能减弱,机体代谢能力差,因此术后营养不良情况更加严重,从而术后感染风险增加,影响患者康复。

Wang等<sup>[5]</sup>研究指出,充分识别营养管理需求的影响因素,提出应对策略,有助于为构建符合食管癌患者需求的肿瘤营养管理方案提供理论支持和实践依据。本次研究结果显示,观察组患者干预后PG-SGA分级优于对照组,血清ALB、Hb、TFN、PA水平均高于对照组( $P$ 均 $< 0.05$ ),表明HCH营养管理联合早期康复可明显提高老年胃肠恶性肿瘤手术患者术后营养状况。HCH营养管理属于分级管理模式,注重患者家属与社区医护人员参与,在医院、社区与家庭之间建立双向沟通,这对提高肿瘤患者护理质量具有重要意义<sup>[6]</sup>。杨露思等<sup>[7]</sup>将HCH管理模式应用于高血压患者的病程管理中,提升了患者对营养状况的认知度,督促患者养成良好生活习惯,因而依从性较高,营养水平得到明显改善。HCH营养管理通过系统的营养评估和个性化的营养管理计划,建立以患者为中心全面医疗服务闭环,实时记录患者营养状态变化情况,密切关注术后不适症状,从而有助于术后各时间点的营养评估。线上交流平台有助于社区人员随访患者居家期间身体状况,日常中可提供患者家属咨询服务。因此,HCH营养管理可通过给予患者持续性营养支持,有效提高其营养水平。

本次研究结果显示,干预后观察组肠鸣恢复时间、进食时间、排气时间均短于对照组,不良反应发生率明显低于对照组( $P$ 均 $< 0.05$ ),表明HCH营养管理联合早期康复可有效促进老年胃肠恶性肿瘤手术患者术后恢复。术后运动锻炼是胃肠道肿瘤患者健康管理中一个关键环节,早期运动能促进患者肠道蠕动,加快胃肠道切口吻合。本次研究基于HCH营养

管理,早期制定合理运动康复方案,护理人员引导患者严格落实方案计划。此外在不同恢复阶段,依据患者身体恢复情况实施针对性体位训练、腹部按摩、行走等,一方面可促进胃肠道功能恢复,缓解不良症状,另一方面可促进腹腔血液循环,加快伤口愈合<sup>[8]</sup>。

综上所述,HCH营养管理联合早期康复可促进老年胃肠恶性肿瘤手术患者术后恢复,明显改善其营养状况,减少不良症状发生率。本次研究局限性在于样本数量小,所获结果或有偏倚,且缺乏长期随访数据,后续可扩增样本量进行前瞻性研究,并增加对患者的随访时长,以获得更为科学的数据。

### 参考文献

- 刘小平,姜萍,童辉群,等.以自我效能为核心的护理路径对胃肠肿瘤术后肠造口患者生活质量的影响[J].检验医学与临床,2022,19(24):3434-3437.
- 唐小丽,李涛,吕家华,等.肿瘤患者的医院-社区-家庭营养管理模式在县-乡-村的探索与实践[J].中国医学前沿杂志(电子版),2020,12(3):52-57.
- 徐庆娜,李芳.围术期早期快速康复外科护理对原发性肝癌患者胃肠道功能恢复及生活质量的影响[J].浙江医学,2023,45(8):877-880.
- 沈冬,马成龙,茅卫东.改良版患者主观整体评估量表在肿瘤科化疗患者营养评估中的临床应用[J].中国医刊,2021,56(6):648-651.
- Wang P, Zheng X, Luo Z, et al. Perceptions and experiences of nutritional management needs for patients with esophageal cancer during the peri-radiotherapy period: A qualitative study[J]. Asia Pac J Oncol Nurs, 2022, 9(4):202-209.
- 韦文颖,徐文珠,陈婷婷.医院-社区-家庭跟进式一体化护理管理模式对维持性血液透析患者生存质量及营养状况的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(2):360-364.
- 杨露思,刘婷,周彩虹,等.高血压“医院-社区-家庭”一体化全病程管理模式的构建与实证研究[J].湖南师范大学学报医学版,2022,19(2):252-254.
- 高洪莲,王春美,王晓敏,等.非药物干预促进胃肠道恶性肿瘤患者术后功能恢复的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2022,57(2):215-222.

(收稿日期 2023-11-27)

(本文编辑 高金莲)