

集束化管理对胃癌患者围术期中营养支持的影响

梁丽娴[#], 冯允[#], 熊伟昕^{*}, 张楠, 刘小玲, 赵琼云

中山大学附属第一医院 胃肠外科中心 胃肠三科, 广东 广州 510080

【摘要】 目的 探讨集束化管理对胃癌患者围术期中营养支持的影响。**方法** 选取2019年1月至2020年1月就诊于中山大学附属第一医院胃肠外科中心的66例胃癌患者作为研究对象,按照随机数字法分为对照组($n=33$)和试验组($n=33$),通过比较两组患者的体质量指数、术后第7天的营养评分、白蛋白及前白蛋白等营养指标,以及术后首次排气排便时间、术后并发症、住院时间长短。**结果** 试验组患者体质量指数、术后第7天营养评分、白蛋白及前蛋白等指标均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。试验组患者的术后首次排气排便时间早于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。试验组患者术后并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。试验组患者住院时间短于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对围术期的胃癌患者进行集束化管理可显著的改善胃癌患者的营养状况,加速患者的术后康复,减少并发症,缩短住院时间。

【关键词】 集束化管理; 胃癌; 围术期; 营养支持

Effect of cluster management on perioperative nutritional support for patients with gastric cancer

Liang Lixian[#], Feng Yun[#], Xiong Weixin^{*}, Zhang Nan, Liu Xiaoling, Zhao Qiongyun

Department of Gastrointestinal Surgery, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou, 510080, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To explore the effect of cluster management on perioperative nutritional support for patients with gastric cancer. **Methods** From January 2019 to January 2020, 66 patients with gastric cancer who went to the Gastrointestinal Surgery Center of the First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University were selected as the research objects and randomly divided into control group ($n=33$) and experimental group ($n=33$). The body mass index, nutritional score on the seventh day after operation, albumin and pre-albumin and other nutritional indicators of the two groups were compared, as well as the first postoperative defecation time, postoperative complications and hospitalization. **Results** The indexes of body mass index, nutrition score on the seventh day after operation, albumin and preprotein in the experimental group were higher than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The first defecation time of the experimental group was earlier than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The incidence of postoperative complications in the experimental group was significantly lower than that in the control group ($P<0.05$). The hospital stay of the experimental group was shorter than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Cluster management of perioperative gastric cancer patients can significantly improve the nutritional status of gastric cancer patients, accelerate postoperative rehabilitation, reduce complications and shorten hospital stay, which is worthy of clinical application.

【Key words】 Cluster management; Gastric cancer; Perioperative period; Nutritional support

胃癌是起源于胃黏膜上皮的恶性肿瘤,是我国常见的消化道肿瘤之一,也是世界范围内病死

率最高的三大肿瘤之一,目前手术治疗是胃癌治疗的主要手段^[1-2]。临床中大多数胃癌患者由于上腹部不适、饱胀感、暖气等消化道症状影响进食而变得瘦弱不堪,在一定程度上会阻碍胃癌术后的康复。有关研究表明,在围术期对患者进行系统的

作者简介:梁丽娴, 护理师, E-mail: 756600942@qq.com

[#] 为共同第一作者

^{*} 通信作者:熊伟昕, 主管护理师, E-mail: xiongweixin1224@163.com

营养状况评估并且实施干预,对于胃癌患者术后加速康复有积极的作用^[3]。集束化管理是由美国健康促进研究所提出的,是指集合一系列有循证基础的治疗及护理措施,来处理某种难治的临床疾病,目的在于帮助医护人员为患者提供尽可能优化的护理服务和护理结局,从而加速患者的康复^[4]。本研究运用集束化管理的方法对胃癌患者围术期的营养状况进行指导,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 选取资料 采用随机数字法将中山大学附属第一医院2019年1月至2020年1月胃肠外科中心的66例胃癌患者作为研究对象,入组的所有患者及家属均表示知情同意并签署相关的知情同意书。纳入标准:①确诊为胃癌患者;②年龄为18~75岁;③手术前未行化疗放疗或其他治疗患者。排除标准:①患有精神疾病或药物成瘾的患者;②合并其他器官严重功能障碍;③合并严重的消化道疾病(如肠梗阻、消化道出血等)。两组患者在年龄、性别、手术时长等一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组患者一般资料比较

一般资料	对照组(n=33)	试验组(n=33)	t/χ^2	P
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	65.12±7.18	67.2±6.81	1.101	0.21
性别(例)			0.21	0.33
男	15	17		
女	18	16		
手术时长($\bar{x}\pm s$,min)	66.93±7.11	65.11±7.45	0.98	0.64

1.2 方法

1.2.1 对照组采用传统方法进行胃癌围术期的护理:①对入院的患者进行营养评估(NRS2002营养评估表),对于有营养风险的患者进行营养宣教,术前正常饮食。②手术后肛门排气的患者从清流开始逐渐过渡饮食。③术后出现并发症的患者进行对症处理。

1.2.2 试验组 科室组建集束化管理小组,由护士长和护理骨干组成,通过查阅文献,参与医生的查房,加强与医生的沟通,实现医护一体化的服务模式,随时关注患者的病情变化,全面评估患者的情况,循证解决问题。试验组患者的集束化管理策略在传统方法的基础上增加以下项目:

1.2.2.1 手术前的护理

(1)准确评估患者的营养状况,使用NRS2002

营养评分表,对于评分 ≥ 3 分时,需对患者进行营养干预,指导患者口服肠内营养液[热量按照30 kcal/(kg·d)],同时,报告医生,由医生结合检验报告决定是否需要肠外营养支持^[5]。

(2)通过各种方式加强对术前患者的营养宣教,包括播放相关的视频资料,派发纸质版的资料,增加患者对各种饮食结构的认识,使患者了解营养支持的重要性。

1.2.2.2 手术当天的护理 缩短术前禁食时间,术前6h禁食,2h禁水,麻醉前2h口服糖水250 ml^[6]。

1.2.2.3 手术后的护理

(1)术中未放置肠内营养管患者,在患者麻醉清醒后4h可口服清流,并根据患者肠道功能恢复情况逐渐过渡。

(2)术中放置鼻肠管或空肠营养管患者,术后24h可滴注500 ml葡萄糖氯化钠溶液,初始速度为20 ml/h,滴注过程需使用加温器控制营养液的温度在38℃^[7]。若患者并未出现明显不适,可在次日滴注500 ml肠内营养液。

(3)肠内营养管的维护:①妥善固定,避免脱落、扭曲、移位;②为防止营养管堵塞,在每次滴注前、后及连续肠内营养支持过程中定时冲洗,即每4~6h用温开水或生理盐水20 ml冲洗营养管。

(4)肠内营养并发症的观察与护理:①患者出现腹泻、腹胀时,可调整肠内营养液的滴注速度,浓度由低到高,严格控制肠内营养液的温度在38℃。营养液的配制需现配现用,配制过程严格无菌操作^[7]。必要时更换肠内营养液。②患者出现恶心、呕吐时,可将床头摇高30°~45°,在一定程度上可防止肠内营养液的反流^[8]。③若患者出现误吸,应立即停止滴注,头偏一侧,清理呼吸道,保持呼吸道的通畅,抽出消化道内残留的营养液。

(5)严密观察生化指标:在进行肠内营养的过程中,要严密观察患者的血糖、血压、血气分析、电解质和肝肾功能的指标,及时调整营养液中成分的比例,合理利用胰岛素等降糖药物,有效地防止电解质紊乱的发生。

(6)鼓励患者早期下床活动,指导患者使用抗血栓袜。若病情不允许早期下床活动,可指导患者床上进行踝泵运动和足踝关节旋转运动,加强翻身更换体位。病情允许的情况下,术后24h可尝试下床活动,并根据患者的耐受情况逐渐增加活动量^[9]。

1.3 观察指标 研究中所有的患者都运用NRS2002评分表进行评估患者的营养状况,NRS2002评分 ≥ 3 分,表明有营养风险存在。

分别在入院时和手术后第7天进行静脉血的检验,检测患者的血红蛋白(hemoglobin,Hb)、白蛋白(albumin,ALB)和前白蛋白(prealbumin,PA)。

统计两组患者的手术后首次肛门排气的时间,术后并发症(出血、腹腔感染、吻合口瘘、肺部感染、切口感染等)以及住院时间长短。

1.4 统计方法 采用SPSS23.0软件进行分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较用 t 检验,计数资料以率或百分比表示,组间采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 营养状况 按照NRS2002营养风险筛查,手术前,对照组NRS2002评分 ≥ 3 分患者有29例,试验组NRS2002评分 ≥ 3 分患者有31例,两者差异无统计学意义($\chi^2=0.791, P>0.61$)。术后第7天,对照组NRS2002评分 ≥ 3 分患者有28例,试验组NRS2002评分 ≥ 3 分患者有15例,两者差异有统计学意义($\chi^2=0.719, P<0.045$)。

对比两组患者手术前的Hb、ALB、PA等静脉血指标,差异无统计学意义($P>0.05$),详见表2;手术后第7天比较的两组患者的上述静脉血指标,差异有统计学意义,详见表3。

表2 术前两组患者静脉血Hb、ALB和PA指标比较($\bar{x}\pm s, g/L$)

静脉血指标	对照组(n=33)	试验组(n=33)	t	P
Hb	110.6 \pm 15.1	109.2 \pm 10.2	1.211	0.128
ALB	36.7 \pm 4.1	36.9 \pm 5.0	0.421	0.543
PA	162.8 \pm 39.5	176.2 \pm 30.1	1.721	0.120

表3 术后第7天两组患者Hb、ALB和PA指标比较($\bar{x}\pm s, g/L$)

静脉血指标	对照组(n=33)	试验组(n=33)	t	P
Hb	102.2 \pm 12.1	107.3 \pm 13.5	1.311	0.003
ALB	32.7 \pm 4.2	39.7 \pm 4.9	3.912	0.002
PA	72.1 \pm 31.2	106.7 \pm 32.7	7.131	0.001

2.2 两组患者术后并发症情况 试验组患者术后出血、腹腔感染、吻合口瘘、肺部感染、切口感染发生例数均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),详见表4。

2.3 两组患者手术情况对比 两组患者手术后

恢复情况 试验组患者首次肛门排气时间、住院时间均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),详见表5。

表4 两组患者术后并发症情况比较(例)

并发症	对照组(n=33)	试验组(n=33)	χ^2	P
出血	2	0	0.781	0.032
腹腔感染	3	1	2.101	0.012
吻合口瘘	1	0	0.531	0.049
肺部感染	5	2	0.231	0.022
切口感染	2	1	1.121	0.031

表5 两组患者术后恢复情况比较($\bar{x}\pm s, d$)

术后恢复情况	对照组(n=33)	试验组(n=33)	t	P
术后首次肛门排气时间	3.5 \pm 0.8	2.1 \pm 0.2	2.131	0.031
住院时间长短	14.2 \pm 2.1	12.3 \pm 1.9	2.732	0.004

3 讨论

胃癌是常见的消化道肿瘤之一,往往发现时已经出现了一系列的与进食有关的症状,如:食欲差、恶心呕吐、上腹部疼痛、出血、穿孔等,进而影响患者的营养状况。而胃癌术后的患者由于消化道的改建,加上肿瘤本身的高消耗、手术本身的机体消耗都需要更大的营养支持^[10]。大多数患者的传统观念认为当身体不适或者手术后消化功能暂未恢复应该喝粥,摄入的减少更加加重营养不良,而围术期患者营养支持不足会提高并发症的发生率,增加死亡率,延长患者的住院时间,增加经济负担等。

临床中由于人力不足、手术量大等原因导致患者健康宣教的不完善、患者未能完全理解营养支持的重要性、配合度差,肠内营养支持过程中出现的胃肠道症状导致依从性差以及引起的厌烦心理都是阻碍患者增加围术期营养状况的绊脚石,进而影响患者的加速康复。因此需要系统、完善的一系列措施,成立专门的小组,医护结合成一体,全面评估患者的营养状况,给予患者更全面的营养干预以及可能出现问题的解决方案,形成规范化,省时、省力、高效的程序,促使患者营养状况得以改善,减少并发症的发生,缩短住院,减少住院费用。

集束化管理集合一系列有循证基础的治疗及护理措施,尽可能优化护理服务和护理结局,从而加速患者的康复。相关研究表明,集束化管理能显

著改善胃肠道患者术后的营养指标,促进肠道功能恢复,减少术后并发症^[11,12]。将集束化护理管理用于改善胃癌患者围术期的营养支持,本研究表明效果显示,无论在患者的营养评估、患者的静脉血营养指标还是手术后患者本身的恢复情况,运用集束化管理的患者均优于对照组患者,表明集束化管理围术期胃癌患者能够明显改善患者的营养状况,而营养状况的改善明显加快患者的康复。胃癌患者围术期的营养支持涉及医护的各个方面,单一、片面的方式都可能导致患者的营养不良,阻碍患者的恢复。

简而言之,集束化管理对胃癌围术期患者的营养支持有积极促进作用,促进了患者的早期康复,值得在临床中推广使用。

参考文献

- [1] FERLAY J, SOERJOMATARAM I, DIKSHIT R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 [J]. Int J Cancer, 2015, 136(5): E359-386.
- [2] 胡祥, 张驰, 胡婕, 曹亮, 梁品. 早期胃癌手术治疗策略[J]. 中国实用外科杂志, 2019, 39(05): 48-51.
- [3] 付恩锋, 和芳, 李彩云, 何瑞仙, 王成锋. 加强饮食干预对快速康复胃癌术后患者营养状况的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(1): 98-102.
- [4] RESAR R, GRIFFIN FA, HARADEN C, et al. Using care bundle to improve health care quality [J]. Institute for Healthcare Improvement, 2012, 26: 1-14.
- [5] 张春谊, 刘蕊, 赵凡, 等. 围手术期肠内营养支持对舌癌患者营养状况及生存质量的影响[J]. 现代肿瘤医学, 2019, 27(05): 59-63.
- [6] 马黎黎. 胃癌围手术期快速康复护理研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(28): 123-124.
- [7] 王佩菊, 江明珠. 肠内营养并发症及预防护理研究进展[J]. 现代医药卫生, 2019, 035(003): 396-400.
- [8] 刘丽霞. 研究全程护理干预对胃癌术后早期肠内营养并发症的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(14): 26-27.
- [9] 和芳, 何瑞仙, 牛丽霞. 加速康复外科理念在胃癌患者围术期护理中的应用[J]. 中国医刊, 2019, 54(2): 89-92.
- [10] 刘海燕, 柯巍, 李艳娇, 张永凯. 胃癌胃切除围手术期营养支持研究进展[J]. 医药导报, 2019, 38(02): 98-101.
- [11] 徐红燕. 集束化护理干预对胃肠道肿瘤患者术后胃肠功能的影响探讨[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(A1): 183-185.
- [12] 彭琴, 龚维, 徐燕. 集束化护理在胃肠道肿瘤术后肠内营养中的应用[J]. 山西医药杂志, 2018, 47(19): 124-126.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊对视频投稿的要求

为了促进同行之间进行技术交流,以及强化继续教育,本刊特开辟的视频之窗栏目,为此提供一个极佳的交流平台。本刊视频发表要求如下:可采用 AVI、MPEG 和 RAM 等常用格式。视频文件的压缩格式需计算机常用操作系统支持。视频文件的音频和视频图像要同步。窗口尺寸要能够清晰显示图像细节,不低于 352×288 像素。字幕工整、清晰、易于辨认。字幕出现时间应与配音或者内容相协调一致。视频时长 20 min 左右为宜。需要有对该手术进行文字说明和简要的步骤说明,此外需附上个人照片和简介,包括目前任职情况、主攻方向、已经发表的文章情况,以及主持的科研项目等。来稿请发送至本刊编辑部邮箱:digestiveoncology@163.com 或通过我刊网上投稿系统投稿。此栏目不收取任何费用,欢迎各位作者踊跃投稿。