

研究胃肠道肿瘤患者的不同营养评估法对患者护理的应用

谌瑶瑶¹ 谌辉² 熊鹏³ 史鑫鑫^{4*}

1. 江西省肿瘤医院 江西 南昌 330029

2. 南京市溧水区人民医院 (东南大学附属中大医院溧水分院) 江苏 南京 211200

3. 南京市溧水区人民医院 (东南大学附属中大医院溧水分院) 江苏 南京 211200

4. 江西省肿瘤医院 江西 南昌 330029

【摘要】目的: 分析不同营养评估方法在胃肠道肿瘤患者护理中的作用。方法: 收集 2022 年 1 月-2023 年 1 月于我院收治的胃肠道肿瘤患者 (n = 80), 随机分对照组和观察组, 对照组运用简易营养评估法 (MNA) 对患者的营养状况进行评估, 观察组运用主观整体营养状况评量表 (PG-SGA) 对患者的营养状况进行评估, 结合评估结果, 对患者展开营养护理, 对比评估结果和并发症指标。**结果:** 对照组接受 MNA 评估后发现营养不良有 28 例, 当中有 21 例患者出现并发症。营养正常有 12 例, 当中有 1 例患者出现并发症, 总发生率 55%; 观察组接受 PG-SGA 评估后发现营养不良有 27 例, 当中有 20 例患者出现并发症。营养正常有 13 例, 当中有 1 例患者出现并发症, 总发生率 52.50%; 干预后两组患者并发症发生率比干预前有明显下降 (P < 0.05), 但是组间在干预后并发症发生率对比差异不显著 (P < 0.05)。**结论:** MNA、PG-SGA 在胃肠道肿瘤患者的营养评估中均具有一定的价值, 根据评估结果采取个体化的营养护理干预, 可以减少并发症的发生率。

【关键词】 胃肠道肿瘤; 不同营养评估法; MNA; PG-SGA; 并发症

Application of Different Nutritional Assessment Methods in Nursing of Patients with Gastrointestinal Tumors

Yaoyao Chen¹, Hui Chen², Juan Xiong², Xinxin Shi^{1*}

1. Jiangxi Provincial Cancer Hospital, Jiangxi Nanchang 330029

2. Lishui District People's Hospital (Lishui Branch of Affiliated Hospital of Southeast University), Jiangsu Nanjing 211200

Abstract: Objective: To analyze the role of different nutritional assessment methods in the care of patients with gastrointestinal tumors. Methods: 80 Patients with gastrointestinal tumors admitted to our hospital from January 2022 to January 2023 were randomly divided into a control group and an observation group to evaluate the nutritional status of the control group and subjective overall nutritional status scale (PG-SGA) to evaluate their nutritional status and provide nutritional care, comparing the evaluation results and complication indicators. Results: The control group had 28 cases of malnutrition, of which 21 patients had complications. There were 12 patients with normal nutrition, including 1 patient of 55%; 27 malnutrition were assessed by PG-SGA, of which 20 patients had complications. There were 13 normal nutritional patients, and 1 patient had complications, the overall incidence was 52.50%; After the intervention, the complication rate was significantly lower than before (P < 0.05), but the difference between groups was not significant (P < 0.05). Conclusion: MNA and PG-SGA have of value in the nutritional evaluation of patients with gastrointestinal tumors. Personalized nutritional nursing intervention can reduce the incidence of complications.

Keywords: Gastrointestinal tumors; Different nutritional assessment methods; MNA; PG-SGA; Complications

在临床上, 胃肠道肿瘤是最常见的一种肿瘤疾病, 因疾病原因会造成患者消化道受损, 导致患者在治疗期间出现营养不良的情况, 损害患者的免疫功能, 对临床疗效造成影响, 甚至会增加并发症的发生率, 延长患者的康复时间, 对患者预后极为不利^[1]。营养支持是一种循序渐进的方法, 应该针对患者的营养状况、临床情况、计划的治疗以及期望的治疗效果来实施^[2]。目的在于防治营养不良, 使患者可以顺利完成肿瘤的治疗, 降低并发症的发生风险, 提高患者的预后, 维持患者的机能与生存质量。因此, 为

了加快患者的康复速度, 需结合有效的护理干预措施, 满足患者的营养需求。在制定护理计划时, 对患者的营养状况评估尤为重要, 在患者病情判断中的重要作用与地位日益凸显, 可以快速判断患者是否存在有营养不良, 对患者进行早期干预, 改善患者的营养状态。本次研究主要对胃肠道肿瘤患者采用两种评估方法, 一种是简易营养评估法 (MNA), 另一种是主观整体营养状况评量表 (PG-SGA)^[3], 选择我院收治的胃肠道肿瘤患者 (n = 80) 患者作为本次研究的调研样本, 对患者的营养状况进行了了解, 并采取个

体化的护理干预措施, 进一步提高疗效, 预防并发症的发生, 促进患者早日康复, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

收集 2022 年 1 月 -2023 年 1 月于我院收治的胃肠道肿瘤患者 (n = 80), 随机分 2 组, 对照组男 23 例, 女 17 例, 年龄 50-75 岁, 平均年龄 (66.63±2.49) 岁, 病程在 1-5 年; 观察组男 22 例, 女 18 例, 年龄 51-75 岁, 平均年龄 (67.39±2.54) 岁, 病程在 1-5 年。对比两组一般资料 (P > 0.05)。

纳入标准: ①符合胃肠道肿瘤诊断标准; ②一般资料比较完整; ③均积极配合接受治疗。排除标准: ①严重的心脑血管疾病; ②患有肝脏、肾脏等重要脏器损害; ③患有代谢性疾病; ④精神疾病; ⑤中途退出研究者。

1.2 治疗方法

测量患者的体重、身高、三头肌皮褶厚度、小腿围, 计算体重指数、上臂肌围。为了确保测量结果的准确性, 告知患者在空腹状态下测量体重。用皮褶测量器测量肩峰和尺骨鹰嘴连线的上臂中点上 1cm 处的皮下脂肪厚度为三头肌皮褶厚度^[4]。使用皮尺对腓肠肌中点周长测量为小腿围。通过问卷调查形式了解患者的饮食结构、活动能力等指标。

对照组评估患者的营养状况选用 MNA, 评价指标包括精神状态、活动能力、近段时间的体重等指标。按照评估结果将患者分成营养正常、营养不良不同的小组。观察组评估患者的营养状况选用 SGA, 评价指标包括活动功能、胃肠道状态、饮食、体重、并发症发生率等。通过定性、定量两方面对患者的营养状况进行评估, 以评估结果为依据, 把患者分成营养正常、营养不良。

护理方法: 针对营养不良的患者, 及时报告给医生, 对营养不良患者制定个体化的营养干预方案。根据患者的具体情况, 对其进行营养补充, 为患者选用肠内营养支持、肠外营养支持。肠内营养所用营养液选择能全力, 以患者的实际状况为依据, 可以经口服营养液的患者通过膳食调查, 计算患者营养缺失量, 通过肠内营养剂补充患者的能量缺口。不可经口进食者, 可以选用管饲营养液, 合理调

节管饲滴速^[5]。当患者有不适反应时, 要马上减慢滴速或停止输注。询问患者有无恶心、呕吐、腹胀等症状, 患者的最初剂量为每天 1000 kCal, 之后逐步增加, 这取决于患者对机体能量的需要。正常情况下, 一天 2000 kCal 就可以满足身体对营养物质的需要, 而代谢高的人则需要 4000 kCal 来满足身体对能量的需求。以氮 0.19 g/(kg·d)、热量 105 kJ/(kg·d) 作为肠外营养支持的基本参考标准, 给予患者应用微量元素、葡萄糖、复方氨基酸、脂肪乳剂制成的营养液^[6]。在对营养液进行静脉滴注的过程中, 要对营养液的输注速率进行合理的控制, 每隔 2~3 d 进行 1 次电解质的测定, 定期对患者的肝肾功能进行检查。如果发现异常的情况, 应立即报告给医生或营养师, 及时进行处理。

1.3 评价标准

分析两组患者营养评估效果, 结合患者的活动能力、体重等指标运用 MNA 评估其营养状况, 营养正常: 分数 ≥24 分; 一般营养不良: 17 ~ 23.5 分之间; 严重营养不良: 分值 <17 分。结合患者的活动能力、体重等指标运用 PG-SGA 评估其营养状况, 营养正常: A 级; 中度或可疑营养不良: B 级; 严重营养不良: C 级; 另外, 对比两组患者干预前/后并发症发生率。

1.4 统计学方法

SPSS 23.0 处理数据, χ^2 作用是: 检验计数资料, 其表现形式是 [n (%)]。P < 0.05, 差异显著。

2 结果

2.1 两组患者营养评估效果

对照组接受 MNA 评估后发现营养不良有 28 例, 当中有 21 例患者出现并发症。营养正常有 12 例, 当中有 1 例患者出现并发症, 总发生率 55% (22/40); 观察组接受 PG-SGA 评估后发现营养不良有 27 例, 当中有 20 例患者出现并发症。营养正常有 13 例, 当中有 1 例患者出现并发症, 总发生率 52.50% (21/40)。

2.2 两组患者干预前/后并发症发生率对比

关于干预前/后并发症发生率, 干预后两组患者并发症发生率比干预前有明显下降 (P < 0.05), 但是组间在干预后并发症发生率对比差异不显著 (P > 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者干预前/后并发症发生率对比 [n(%)]

组别	例数	干预前	干预后
对照组	40	22(55.00)	7(17.50)
观察组	40	21(52.50)	6(15.00)
X ² 值		0.385	0.375
P 值		> 0.05	> 0.05

3 讨论

目前全世界新确诊的恶性肿瘤达到了 1930 万, 并且在中国的死亡人数中, 恶性肿瘤是第一位的^[7]。其中胃肠道肿瘤是一种严重危害人体健康和生命的疾病, 由于疾病的原因, 往往会造成患者消化道受损, 出现食欲不振, 患者会出现不同程度的营养不良, 肿瘤患者并发症的发生率明显增多, 并且营养不良可增加手术、化疗等治疗中的毒副作用, 降低抗肿瘤疗效, 提高死亡率, 同时延长患者的住院时间, 增加患者的治疗费用^[8]。近年来, 伴随着非药物和药物疗法的快速发展, 放化疗在胃肠道肿瘤患者疾病的

治疗中得到了广泛的应用, 虽然具有一定疗效, 延缓疾病的进程。但是化疗药物会损害患者的肠道黏膜, 导致患者出现呕吐、恶心等症状, 加重患者的营养不良程度, 增加了器官紊乱的风险, 提高并发症的发生率, 降低患者的生存质量^[9]。因此在治疗期间必须给予患者合理的营养支持, 为了确保患者的康复, 要根据患者的不同情况采取个体化的干预方案, 对患者营养状况的有效评估是实施有效护理的先决条件。通过对患者的营养状态的分析, 能够较好的判断患者是否有营养不良。

大多数的营养评价指标都需要专门的仪器来进行测定

和判断,并且还会受到其它因素的影响,不能精确地反映出人体的营养状态,所以在临床上的广泛应用受到限制。在这种情况下,寻求一种更简单,更可靠的评价方式,对早期发现营养不良的危险因素,并实施营养干预意义重大。PG-SGA具有多种优点,如成本低廉、快速检验等,被推荐是一种主观性营养评估方法,在国内外均有广泛应用。PG-SGA是评估患者营养状态的“金标准”,能够有效识别营养风险以及患者的后续监测,适合胃肠道肿瘤患者、癌症放疗患者的营养风险筛查^[10]。此外,在老年人的营养状况筛查评估中采用MNA,评估准确性较高,且操作简单方便,可以减少评估时间,通常在10分钟内能够完成评估,在住院、门诊、居家患者的营养状况评估中得到了广泛的应用。通过MNA和PG-SGA两种营养评估结果对患者的营养状况进行有效判断,并且可以简化评估程序,及时发现营养不良的风险,针对患者的情况采取预防措施,对患者展开个体化的营养支持干预。特别是对于重症营养不良的患者,应该加强关注和管理,加大营养支持力度,满足患者的营养需求,纠正营养不良,提高患者机体免疫力,减少感染等并发症的发生率,促进疾病恢复^[11]。

本次研究结果中,实施护理后两组患者并发症发生率有了显著性的降低。说明MNA和PG-SGA营养评估方法能够对患者的营养状况做出正确判断,并为患者制定个体化的护理干预措施,可以有效减少并发症的发生率。有相关研究表明对胃肠道肿瘤患者实施营养评估,区分患者的营养状态,以评估结果为依据,对患者展开营养支持和护理,常用的营养支持方式有肠内营养和肠外营养。肠内营养指的是通过胃肠道为人体提供代谢所需的营养物质和其他多种营养素的一种营养支持方式,是由时间的长短、患者的精神状态以及胃肠功能所决定的。肠内营养的方式分为两种,一种是口服,另一种是经导管输入。肠外营养支持是根据患者的代谢能力和营养需求合理配置最适合患者的全营养液,要确保氨基酸、葡萄糖、维生素、脂肪乳剂等营养成分全面,通过静脉输注方式对患者进行营养支持。在临床上,应该根据患者的实际情况合理选择营养支持方式。此外,在营养护理过程中,需要对患者及其家属普及相关知识,重点解释营养护理的重要性,从而引起患者的高度重视,提高患者的配合度,减轻不良反应。保持稳定的心态,积极乐观的态度看待疾病。要做好膳食的均衡营养,不可暴饮暴食,养成科学、健康的饮食结构,尽量减少食用高

脂食物,禁止食用过热、过冷的食物,以免给胃肠道增添负担。要多吃高蛋白、维生素的食物。如果患者出现恶心呕吐的症状,可以通过闻柠檬片来缓解,必要时,可以通过药物来治疗。

综上所述,MNA、PG-SGA在胃肠道肿瘤患者的营养评估中均具有一定的价值,结合评估结果采取个体化的营养护理干预,可以减少并发症的发生率,对病情有促进作用。

参考文献:

- [1] 彭辉. 营养护理干预模式对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果分析[J]. 护理实践与研究,2021,18(07):1059-1061.
- [2] 高建松. 营养护理干预对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果[J]. 中国城乡企业卫生,2020,35(11):135-136.
- [3] 肖琪,普彦淞,段宝军等. 胃肠道恶性肿瘤手术患者不同营养筛查与评估工具的研究现状[J]. 中华普通外科学文献(电子版),2021,15(02):157-160.
- [4] 于玲,赵佳佳,姜桂春等. 老年食管癌患者营养评估工具的选择和应用[J]. 国际老年医学杂志,2022,43(4):434-437.
- [5] 牛备战,张立阳,于健春,等. 术前肠内营养对有营养风险的消化道恶性肿瘤患者的临床研究[J]. 国际外科学杂志,2018,45(5):333-335.
- [6] 李惠云,李亚改,罗兴敏. 消化道肿瘤术后早期肠内营养支持的护理疗效[J]. 中国民间疗法,2018,26(8):107-108.
- [7] 于玲,赵佳佳,姜桂春等. 老年食管癌患者营养评估工具的选择和应用[J]. 国际老年医学杂志,2022,43(4):434-437.
- [8] 伍宏,罗爱静. 老年胃肠道肿瘤患者围手术期并发症及处理措施的研究[J]. 当代护士(中旬刊),2019(9):110-112.
- [9] 陈雪琴,潘志颖,许妙灵. 营养护理干预模式对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果分析[J]. 湖北科技学院学报(医学版),2019,33(05):427-429.
- [10] 赵红梅. 以PG-SGA为基础实施个体化营养护理对胃癌术后化疗患者免疫功能、营养状态及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40(18):3414-3417.
- [11] 陈雪琴,潘志颖,许妙灵. 营养护理干预模式对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果分析[J]. 湖北科技学院学报(医学版),2019,33(05):427-429.