

饮食护理在老年消化性溃疡患者中的效果研究

陆燕

(甘肃省榆中县中医院消化内科 甘肃榆中 730100)

摘要:目的: 探析饮食护理在老年消化性溃疡患者中的应用效果。方法: 选择 2020 年 4 月至 2022 年 3 月在本院收治的 93 例老年消化性溃疡患者为研究对象, 依据诊疗先后顺序将其分为观察组(47 例)和对照组(46 例)。对照组采用常规护理, 观察组在对照组基础上采用饮食护理。探索两组患者临床症状评分、营养水平、氧化应激水平及生活质量。结果: 观察组营养水平与生活质量高于对照组, 临床症状评分与氧化应激水平低于对照组($P < 0.05$)。结论: 饮食护理可改善老年消化性溃疡患者氧化应激反应及临床症状, 并提升其营养水平及生活质量。

关键词: 饮食护理; 老年消化性溃疡; 临床症状; 营养水平; 氧化应激水平

消化性溃疡属于临床常见病及多发病, 主要指胃、十二指肠、食管下端及小肠等部位发生溃疡, 临床以季节性、周期性、反复性及发作性上腹部疼痛不适为主要症状, 并伴随反酸、呕吐及恶心等症状, 较易加大患者应激心理, 影响其正常生活与工作^[1]。老年群体机体功能减退、黏膜屏障功能减弱, 较易发生消化性溃疡等不良症状, 且病程长, 会影响其营养水平及生活质量, 故临床工作者需关注其营养水平, 饮食护理属于新型护理模式, 以患者为主体, 以疾病现状为基础, 通过与患者建立和谐护患关系, 有助于提升其饮食依从性, 从而实现改善机体营养状况等目标, 降低并发症发生风险, 进而改善预后效果^[2]。基于此, 本研究将探析与研究饮食护理对老年消化性溃疡患者临床症状评分、营养水平、氧化应激水平及生活质量的影响, 研究内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 4 月至 2022 年 3 月在本院收治的 93 例老年消化性溃疡患者为研究对象, 依据诊疗先后顺序将其分为观察组(47 例)和对照组(46 例)。对照组男性 27 例, 女性 19 例, 年龄 62-81(73.95 ± 11.34)岁, 病程 0.5-14(5.78 ± 1.78)年; 研究组男性 25 例, 女性 22 例, 年龄 62-81(73.89 ± 11.08)岁, 病程 0.5-14(5.12 ± 1.45)年。患者个人资料比较无明显差异, 具有可比性($P > 0.05$)。纳入标准: ①符合消化性溃疡相关诊断标准^[3], 并经内镜检查确诊; ②年龄 > 60 岁; ③患者知情同意; ④能独立完成量表填写。排除标准: ①无法正确表述自身症状; ②合并肝肾功能异常; ③消化系统其他疾病; ④血液系统疾病。

1.2 方法

对照组采用常规护理, 具体措施: ①健康宣教: 护理人员应根据患者受教育水平对其实施疾病相关知识宣教, 包含疾病发病机制、治疗方式、护理措施及注意事项等内容; ②心理支持: 护理人员应积极与患者进行有效沟通, 了解其内心真实感受, 并实施个性化心理疏导, 有助于减轻其负性情绪, 同时, 护理人员应向患者介绍疾病治疗成功案例, 帮助其树立战胜疾病信心, 有助于提升护理依从性; ③舒适护理: 护理人员需为患者提供便捷、舒适诊疗环境, 在执行各项护理措施过程中应重视患者感受, 确保动作轻、准、稳, 并予以其必要解释, 确保其在放松状态下接受护理管理, 避免其产生焦虑或疼痛等不适感; ④功能锻炼: 护理人员应充分考虑患者兴趣爱好, 建议其选取适当功能锻炼, 如散步、太极及健身操等, 强度以适量为宜, 有助于减轻其心理压力, 放松心情, 从而促进溃疡康复; ⑤后期随访: 护理人员需运用微信对患者实施随访, 前 2 个月为每 2 周 1 次, 后期改为每月 1 次, 充分了解其用药、运动及饮食等具体状况, 并及时纠正其错误认知。

观察组在对照组基础上采用饮食护理, 具体措施: ①禁食期: 护理

人员应要求患者不可摄入食物, 并帮助其补充适量电解质与水, 维持机体水电解质稳定性; ② I 号饮食: 护理人员应叮嘱患者选取藕粉、豆浆及米汤等易消化与吸收流质食物, 有助于降低胃肠蠕动; ③ II 号饮食: 护理人员应叮嘱患者在 I 号饮食基础上适当增加蛋糕与面粉等易消化及软烂米粉制品等食物, 严格执行少食多餐原则; ④ III 号饮食: 护理人员应叮嘱患者以少渣、无刺激及半流质食物为主, 可适当增加鱼类、米粥及豆腐等食物, 时间控制在 15d; ⑤ 半流质饮食: 护理人员应叮嘱患者以易消化半流质食物为主, 可适当增加肉丸、鱼类、碎菜、米粥及面食等食物, 确保营养均衡, 并执行少食多餐原则, 时间在 15d; ⑥ 正常饮食: 护理人员应叮嘱患者以无刺激、柔软、营养丰富及易消化等食物为主, 确保三餐适量, 避免过饱。

1.3 观察指标

①临床症状评分: 护理前后依次使用临床症状评估量表评分, 包含腹痛、暖气及反酸 3 个层面, 总分为 5 分, 数值高代表临床症状严重; ②营养水平: 护理前后分别采集患者空腹静脉血 6mL, 运用 3000r/min 离心机处理 10min, 将上清液分为 2 份, 取 1 份上清液运用全自动生化分析仪测定白蛋白(ALB)、前白蛋白(PA)及总蛋白(TP)水平; ③氧化应激水平: 取另 1 份上清液运用全自动化学发光免疫分析仪测定超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)及晚期氧化蛋白产物(AOPP)水平; ④生活质量: 护理前后依次使用生活质量量表评分, 包含机体活力、生理功能及睡眠质量 3 个层面, 总分为 100 分, 数值高代表生活质量好。

1.4 统计学分析

运用 SPSS24.0 统计软件, 计数资料用 χ^2 检验, 计量资料用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床症状评分

干预前, 两组临床症状评分比较($P > 0.05$)。干预后, 观察组临床症状评分低于对照组($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 临床症状评分($\bar{x} \pm SD$, 分)

| 组别 | 例数 | 腹痛 | | 暖气 | | 反酸 | |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 观察组 | 47 | 2.74 ± 0.830 | 0.88 ± 0.112 | 0.68 ± 0.710 | 0.91 ± 0.132 | 0.85 ± 0.850 | 0.89 ± 0.14 |
| 对照组 | 46 | 2.77 ± 0.791 | 0.78 ± 0.412 | 0.61 ± 0.671 | 0.83 ± 0.512 | 0.81 ± 0.781 | 0.81 ± 0.47 |
| t | | 0.178 | 14.526 | 0.489 | 11.977 | 0.236 | 12.851 |
| P | | 0.859 | 0.000 | 0.626 | 0.000 | 0.814 | 0.000 |

2.2 营养水平

干预前, 两组营养水平比较($P > 0.05$)。干预后, 观察组营养水平高于对照组($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 营养水平($\bar{x} \pm SD$)

| 组别 | 例数 | ALB(g/L) | | PA(mg/L) | | TP(g/L) | |
|-----|----|--------------|--------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 观察组 | 47 | 28.71 ± 3.25 | 42.69 ± 4.51 | 220.59 ± 19.96 | 320.44 ± 30.16 | 54.72 ± 3.99 | 68.74 ± 6.34 |
| 对照组 | 46 | 28.64 ± 3.16 | 36.64 ± 3.99 | 220.44 ± 19.83 | 275.64 ± 28.67 | 54.64 ± 3.89 | 61.06 ± 4.57 |
| t | | 0.105 | 6.846 | 0.036 | 7.339 | 0.098 | 6.689 |
| P | | 0.917 | 0.000 | 0.971 | 0.000 | 0.922 | 0.000 |

2.3 氧化应激水平

激水平低于对照组(P<0.05), 见表 3。

干预前, 两组氧化应激水平比较(P>0.05)。干预后, 观察组氧化应

表 3 氧化应激水平($\bar{x} \pm SD$)

| 组别 | 例数 | SOD(μg/mL) | | MDA(U/L) | | AOPP(μmol/L) | |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 观察组 | 47 | 12.56 ± 2.78 | 23.45 ± 3.56 | 35.78 ± 3.23 | 17.12 ± 3.45 | 75.34 ± 6.45 | 28.67 ± 6.23 |
| 对照组 | 46 | 12.79 ± 2.56 | 26.56 ± 4.23 | 35.67 ± 2.45 | 26.12 ± 3.45 | 74.91 ± 6.23 | 53.61 ± 6.34 |
| t | | 0.415 | 3.839 | 0.185 | 12.578 | 0.327 | 19.134 |
| P | | 0.679 | 0.000 | 0.854 | 0.000 | 0.744 | 0.000 |

2.4 生活质量

于对照组(P<0.05), 见表 4。

干预前, 两组生活质量比较(P>0.05)。干预后, 观察组生活质量高

表 4 生活质量($\bar{x} \pm SD$, 分)

| 组别 | 例数 | 机体活力 | | 生理功能 | | 睡眠质量 | |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 观察组 | 47 | 60.02 ± 3.19 | 89.16 ± 2.46 | 50.29 ± 3.37 | 81.28 ± 2.24 | 64.78 ± 3.29 | 86.08 ± 2.46 |
| 对照组 | 46 | 59.86 ± 3.43 | 79.73 ± 2.82 | 51.21 ± 3.42 | 75.55 ± 2.91 | 64.27 ± 3.21 | 79.73 ± 2.82 |
| t | | 0.233 | 17.195 | 1.307 | 10.654 | 0.756 | 11.579 |
| P | | 0.816 | 0.000 | 0.194 | 0.000 | 0.452 | 0.000 |

3 讨论

消化性溃疡属于消化系统常见疾病, 幽门螺杆菌感染为主要发病机制, 该疾病发生发展与患者心理状态及健康行为存在密切相关性, 该疾病是一个慢性过程, 危害严重, 以周期性腹痛为主要症状, 并伴有消化道出血、穿孔及梗阻等并发症, 目前, 临床以药物治疗为主, 不良饮食可诱发胃酸分泌异常, 且饮食不规律会刺激胃黏膜, 改变胃黏膜环境, 损伤黏膜保护屏障, 从而造成诸多致病因子侵入, 加重消化性溃疡病情^[4]。因此, 治疗过程中应注重改善患者饮食结构, 预防病情复发, 有助于快速恢复机体胃肠功能。

常规护理更为注重对疾病症状管理及执行医嘱, 护理内容较为被动, 目标性不足, 不仅影响护理人员主观能动性, 同时还会降低护理依从性, 导致临床护理效果并不理想, 影响患者预后质量。而饮食护理属于动态饮食干预措施, 不仅能纠正患者错误饮食意识与习惯, 同时还可以减轻机体胃肠负担, 有助于减轻消化道刺激性, 促进溃疡创面愈合及组织修复, 对改善临床症状具有一定帮助; 同时, 饮食护理能通过为患者制定合理饮食方案, 遵循“以人为本”护理理念, 为其提供多样化食物, 有助于增强其食欲, 从而提升机体免疫功能; 此外, 饮食护理能确保患者饮食合理性, 养成健康饮食习惯, 保护胃肠黏膜屏障, 有助于提升临床治疗效果^[5]。本次研究结果显示, 观察组实施饮食护理后患者营养水平与生活质量高于对照组, 临床症状评分与氧化应激水平低于对照组(P<0.05), 充分证实实施饮食护理对提高老年消化性溃疡患者预后质量具有显著效果。分析原因为实施饮食护理, 通过参考患者疾病改变具体情况, 为其制定个性化、针对性及专属饮食方案, 从禁食、I号饮食、II号饮食、III号饮食、半流质饮食及正常饮食等方面与患者病情变化相结合, 有助于加快机体康复进程, 减少疾病复发率, 并提升治疗成功率, 从而提升机体营养水平, 降低机体氧化应激反应, 改善临床症状, 进而提高患者生活质量。苏少锋等^[6]研究显示: 采用反馈性健康教育联合饮食干预后, 可显著提升消化性溃疡患者疾病相关知识认知水平, 降

低其住院时间及复发率, 并提高其治疗依从性及有效率, 从而提升其生活质量。汪春燕等^[7]研究显示: 采用于“互联网+”的医院-社区-家庭三元联动健康管理模式后, 可显著强化消化性溃疡患者自我能效管理, 减轻临床症状, 从而提升其生活质量及护理满意度。以上结果均与本次研究结果相似。

综上所述, 饮食护理可改善老年消化性溃疡患者氧化应激反应及临床症状, 并提升其营养水平及生活质量。

参考文献:

- [1]程大伟, 赵太云. 加减黄芪建中汤联合奥美拉唑对消化性溃疡患者消化道激素及炎症因子的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2022,17(5):1005-1008,1012.
- [2]白银霞, 孙宏. 饮食护理对胃癌根治术后患者胃肠道功能恢复及并发症的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2020, 27(5):611-614.
- [3]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018,26(2):112-120.
- [4]艾小琴, 杨孟孟, 王凯丹, 等. 分期饮食护理联合系统护理对消化性溃疡合并出血患者临床症状的改善研究[J]. 结直肠肛门外科, 2021,27(S2):185-186.
- [5]崔莉, 王敏延, 殷红倩. 基础护理结合呼吸功能锻炼及饮食护理干预对慢性阻塞性肺疾病患者睡眠质量和生活质量影响分析[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(19):2836-2838.
- [6]苏少锋, 符岸秋, 郭泽霞, 等. 反馈性健康教育联合饮食干预对消化性溃疡患者的影响[J]. 中国医药导报, 2020,17(22):167-170.
- [7]汪春燕, 尹梅, 张静, 等. 基于“互联网+”的医院-社区-家庭三元联动健康管理模式在消化性溃疡患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2020, 35(15):96-98,106.