

改良版患者自评主观整体营养评估量表在消化道肿瘤化疗患者运用效果观察

陈 颖

中南大学湘雅二医院消化一区 湖南长沙 410000

【摘要】目的 探讨改良版患者自评主观整体营养评估量表(abPG-SGA)在消化道肿瘤化疗患者运用,对患者营养状况影响。**方法** 采用便利取样法取符合标准的 64 例消化道肿瘤化疗患者作为研究对象,随机分组方法分为对照组和实验组两组,每组 32 例患者。对照组患者给予肿瘤化疗常规护理和饮食宣教,实验组患者采用常规护理基础上,运用 abPG-SGA 对患者营养状况评估和制定个性化干预措施并实施。实施干预后,观察两组患者主观综合营养评价量表(SGA)评价结果、血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(HB)、血清前白蛋白(PA)、体质量指数(BMI)变化情况。**结果** 实验组患者营养状况和各项营养指标都优于对照组患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 改良版患者自评主观整体营养评估量表(abPG-SGA)在消化道肿瘤化疗患者运用,具有简单、易行、灵敏好的特点,能有效改善患者营养状况,保障患者顺利完成治疗。

【关键词】 abPG-SGA; 消化道肿瘤; 化疗; 营养状况

【中图分类号】 R473.73

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561(2017)04-246-02

消化道肿瘤本身是一种消耗性疾病^[1],加上化疗过程中,化疗药物引起的恶心呕吐、食欲减退、腹泻等不良反应,导致消化道肿瘤化疗患者营养不良发生率较高^[2]。研究证实,营养不良与生活质量、并发症的发生、住院时间、住院费用等多种临床结局相关^[3]。由此可见,及时对消化道肿瘤患者营养状况进行评估,发现有营养不良的患者尽早进行干预,使患者维持良好的营养状态,对患者提高治疗的耐受性和生存质量都有非常重要的意义。而早期、及时地发现营养不良或有营养不良风险的患者,是营养支持的首要步骤^[3]。本研究采用便利取样法抽取 2016 年 1 月-2016 年 6 月我科收治符合标准的 64 例消化道肿瘤化疗患者作为研究对象,对其中的 32 例患者运用 abPG-SGA 对患者营养状况评估和制定个性化干预措施,取得一定成效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般临床资料

采用便利取样法抽取 2016 年 1 月-2016 年 6 月我科收治符合标准的 64 例消化道肿瘤化疗患者作为研究对象,病例纳入标准:1 经病理学确诊为消化道肿瘤者;2 自愿参与研究;3 处于化疗期,卡氏体能检测 > 50 分,能够配合研究。排除对象:病情危重,不能完成研究者。64 例研究对象中男 40 例,女性 24 例;年龄 34-76 岁,平均年龄 56.4 ± 5.4 岁;家庭人均收入状况: ≤ 1000 元/月 14 人,1001-3000 元/月 35 人, ≥ 3001 元/月 15 例;临床诊断类型:胃癌 28 例,胰腺癌 2 例,肠癌 32 例,肝癌 2 例。64 例患者随机数字分组法,奇数组为对照组,偶数组为实验组。两组患者在年龄、性别、临床诊断类型、病程等一般资料比较,无差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组患者给予肿瘤化疗常规护理和饮食宣教,实验组患者采用常规护理基础上,运用 abPG-SGA 对患者营养状况评估和制定个性化干预措施并实施,具体操作如下。①成立消化道肿瘤患者营养评估与干预小组成立以科室护士长为组长,主管护师 2 名、主治医师 1 名,营养治疗师 1 名为组员的消化道肿瘤患者营养评估与干预小组。小组成员熟练掌握 abPG-SGA 内容和评分标准,共同制定消化道肿瘤患者营养状况评估、管理、评价流程。②患者营养状况评估患者接受化疗前,护理人员跟患者进行访谈,通过访谈采用 abPG-SGA 对患者营养状况进行评估。③制定营养管理方案小组成员根据患者 abPG-SGA 评分结果,共同对每一位患者的营养状态进行分级,并建立消化道肿瘤患者营养管理电子档案,共同商议制定出有针对性的个性化的营养管理方案,将评估结果和制定方案录入电子档案。④提供健康指导和营养餐根据患者营养管理方案,护理人员及营养治疗师共同为患者提供饮食指导,对患者饮食习惯和食谱进行调整,和营养科商议为患者提供个性化营养餐。对于进食困难者,采用肠胃营养。⑤动态评价,随时调整营养管理方案,帮助患者建立社会-家庭支持系统,加强患者家庭成员营养知识宣教,营养治疗师每周进行一次营养学知识讲座,提高患者及家属对营养认知度。

1.3 效果评价

1.3.1 营养指标的评价:对两组患者分别于化疗前和化疗后测定血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(HB)、血清前白蛋白(PA)、体质量指数(BMI),营养学相关指标。

1.3.2 主观综合营养评价量表(SGA)评价:分别与化疗前、化疗后进行一次测定,该量表主要通过病人的体重改变、饮食摄入改变、消化道症状(持续 2 周以上)、活动能力、皮下脂肪减少、肌肉消耗、应激反应、踝水肿及腹水 9 项指标的改变来评价病人的营养状况。根据得分分 3 个等级:SGA-A 为营养良好;SGA-B 为轻、中度营养;SGA-C 为重度营养不良^[4]。SGA 具有操作简单、对病人无创的特点,而且其敏感性为 82%,特异性为 72%,都比较高^[5]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS13.0 分析软件进行统计分析,计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者化疗前后各项营养指标比较

化疗前,两组患者各项营养指标比较无差异($P > 0.05$),化疗后,实验组 ALB、HB、PA、BMI 水平都高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1. 两组患者化疗后各项营养指标比较

组别	ALB (g/L)	HB (g/L)	PA (mg/L)	BMI (kg/m ²)
对照组	33.27 $\pm$ 3.18	100.08 $\pm$ 23.62	259.30 $\pm$ 30.29	19.30 $\pm$ 3.41
实验组	37.30 $\pm$ 3.22*	108.29 $\pm$ 25.82*	240.30 $\pm$ 25.22*	22.80 $\pm$ 4.72*

注:* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

2.2 两组患者化疗前后 SGA 评分比较

化疗前,两组患者 SGA 评分分级比较无差异($P > 0.05$),化疗后,实验组患者营养状况分级明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2. 两组患者化疗前后 SGA 评分分级比较

组别	A 级	B 级	C 级
对照组	11	27	26
实验组	42**	20*	2**

注:* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

3 讨论

3.1 选择合适的营养风险评估工具对消化道肿瘤化疗患者重要性

消化道肿瘤化疗患者一方面,由于肿瘤解剖位置的特殊性,手术后导致正常的消化道结构、消化吸收面积改变,使得大量的营养素不能充分吸收和代谢;另一方面,因化疗药物的副作用使患者出现恶心、呕吐的消化道反应,严重影响患者进食;再者,消化道肿瘤是一种慢性消耗性疾病,已有大量的研究表明,恶性肿瘤病人营养不良的发生率高达 40%-80%,其中以食管癌、肝癌、胃癌及胰腺癌等消化道肿瘤病人的营养不良发生率最高^[6]。营养不良降低肿瘤治疗的有效性,增加化疗的不良反应,降低病人的生活质量,缩短肿瘤病人的生存时

间^[7]。因此,早期识别和确定病人的营养不良并尽可能减轻和避免营养不良及其带给病人的负面影响,已经越来越受到肿瘤领域学者关注,已经成为了更好地配合化疗及维护病人生存质量的重要措施^[8]。目前,国内大部分医院对肿瘤患者营养状况评估采用体重变化、BMI 等简单指标,缺乏针对患者的潜在营养风险进行针对性评估和护理,不能全面反映患者真正的营养状况。选择合适的营养风险评估工具能及时发现问题患者现存或潜在的营养风险,医、护、营养师协同配合制定出个性化营养管理方案,并给予专业的、全面的、有针对性的饮食干预与指导,以提高患者营养状况水平。

3.2 abPG-SGA 在消化道肿瘤化疗患者运用效果评价

PG-SGA 是美国肠外肠内营养学会推荐的肿瘤患者营养筛选首选工具,abPG-SGA 为 PG-SGA 删减版,经国内学者证实^[3]:在消化道肿瘤化疗患者的营养筛查中运用具有较好的灵敏度与特异度,甚至高于 NRS2002。本研究通过成立以医师、营养师、护士为组员的消化道肿瘤患者营养评估与干预小组,组员间协同配合,熟练掌握 PG-SGA 评分标准,化疗前开始对患者进行营养风险筛查,及时发现每一位化疗患者的营养风险,并建立消化道肿瘤患者营养管理电子档案,制定出个性化营养管理方案,为患者提供合理的营养支持护理。护理人员并运用营养管理电子档案动态评估患者营养风险和营养状况,并将评估结果录入电子档案,及时反馈给医生、营养师,随时调整患者营养管理方案。本研究中表 1 和表 2 可见,化疗前,两组患者各项营养指标比较无差异($P>0.05$),两组患者 SGA 评分分级比较无差异($P>0.05$),说明两组患者化疗前营养状况一致,具有可比性;化疗后,实验组 ALB、HB、PA、BMI 水平都高于对照组,差异有统计学意

义($P<0.05$),实验组患者营养状况分级明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明通过采用 abPG-SGA 对消化道肿瘤化疗患者营养风险筛查并制定出有针对性个性化营养管理,能明显改善患者营养状况。

【参考文献】

- [1] 邹多武,袁耀宗.急性非静脉曲张性消化道出血诊治与质子泵抑制剂合理应用研讨会纪要[J].中华消化杂志,2010,30(12):902-903.
- [2] Parmar M P,Swanson T ,Jagoe R T.Weight changes correlate with alterations in subjective physical function in advanced cancer patients referred to a specialized nutrition and rehabilitation team,J.Support Care Cancer,2013,21 (7):2049-2057.
- [3] 周婉,许勤,言克莉,等.改良版患者自评主观整体营养评估量表在消化道肿瘤化疗患者的适用性评价[J].护理学杂志,2015,30 (1):20-23.
- [4] Norman K, Pichard C, Lochs H, Et al.Prognostic impact of disease related malnutrition[J].Clin Nutr, 2008,27:5-15.
- [5] Detsky AS, Baker JP, Mendelson RA, Et al.Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients:Methodology and comparisons[J].Nutrition, 2005,20 (1):38-45.
- [6] 陈灼燕,吴艳云,吴美华,等.营养风险评估和个体化护理在消化道肿瘤病人中的应用研究[J].护理研究,2016,30 (4): 1248-1251.
- [7] 江志伟,黎介寿.肿瘤营养学的再认识[J].中国医刊,2010,45(11):379-380.
- [8] 骆海燕,姚红梅,郑亚华,等.综合营养干预对消化道肿瘤化疗病人营养状况及生存质量的影响[J].护理研究,2014,28(8):2961-2964.

(上接第 243 页)

机体温度调节系统可以自动调节体温,促使体温保持恒定,而老年病患在手术中出现的各种因素,促使病患机体体温下降,当病患体温下降后,会刺激神经系统将儿茶酚胺或者糖皮质激素的物质的快速分泌,进而出现多种并发症如:①心动过速;②呼吸抑制;③心律失常;④麻醉苏醒延长等,从而对手术治疗产生影响^[4]。如病患在术中发生低温,严重会发生代谢性酸中毒或者凝血功能异常,对病患的生命产生威胁,故对病患在术中实施保温护理,促使病患的生命各项保持正常化,不仅能确保手术的顺利进行,提升治疗疗效,且能保障病患的生命安全^[5]。故对病患实施低温干预护理的意义尤为重要,经过本次研究结果显示:对照组老年病患在术中 90min、术毕及术毕 60min 与入室时比较($P<0.05$);护理干预组自入室时至术毕 60min 比较($P>0.05$);护理干预组低温和寒颤发生率显著低于对照组,两组比较($P<0.05$)。该结果充分证明以上的阐述。

综上所述,对高龄泌尿科腔镜手术病患实施低温护理,不仅能显著减少低温和寒颤发生率,更为手术的顺利实施打下夯实的基础条件。

【参考文献】

- [1] 朱军,胡锦新,赵希敏,等.腹腔镜治疗复发性肾囊肿的疗效分析[J].浙江临床医学,2014,16(7):1101-1102.
- [2] 李晚,王晶晶.泌尿外科腔镜手术围术期低温的护理干预分析[J].国际护理学杂志,2014(1):93-94.
- [3] 彭复新.保温护理干预对泌尿外科腔镜手术患者低温和寒颤的影响[J].中国医药指南,2013,25:545-546.
- [4] 姜升立.围手术期意外低体温的监测及预防[J].中华医院感染学杂志,2013,23(21):5378-5379.
- [5] 张玉红.患者术中发生低体温的原因及护理对策[J].中国实用护理杂志,2014,30(z2).

(上接第 244 页)

患者护理满意度为 98.21%,明显高于采取常规护理的对照组护理满意度 71.43%,提示该护理方案除了提高临床护理质量,也能促进医患关系友好发展,有利于护患纠纷的减少与控制。(2)根据两组不良反应发生率分析,实验组 3.57% 较对照组 19.64% 低,说明术前术后护理对于无痛人流患者腹痛、宫颈管粘连、子宫粘连与阴道出血等不良反应的减少极有帮助。

由此表明,给予无痛人流患者应用术前术后护理可显著降低不良反应发生率,同时提高护理满意度,具有较高的临床推广价值。

【参考文献】

(上接第 245 页)

从而促进了患者恢复,提高了生活质量,其具有较高的临床应用价值,值得推广使用。

【参考文献】

- [1] 刘荣惠.综合护理干预在呼吸系统重症患者护理中的临床效果[J].临床合理用药杂志,2014,15(12):167-168.
- [2] 周文君.对呼吸系统重症患者进行综合护理的效果研究[J].当

- [1] 黄海燕.无痛人流术前及术后的护理措施[J].北方药学,2014,05(14):189-190.
- [2] 周殊莲.无痛人流术前术后观察护理[J].深圳中西医结合杂志,2015,08(33):138-139.
- [3] 刘莉.1200 例无痛人流术的临床效果与护理体会[J].内蒙古中医药,2015,06(04):162-163.
- [4] 高海红.无痛人流手术术前术后护理体会[J].包头医学院学报,2015,11(07):115-116.
- [5] 徐永琴.无痛人流围术期护理心得[J].临床医药文献电子杂志,2015,31(135):6500-6501.

代医药论坛,2014,8(16):69-70.

- [3] 刘荣惠.综合护理干预在呼吸系统重症患者护理中的临床效果探讨[J].临床合理用药杂志,2014,7(9):171-172.
- [4] 孙天新.对重症呼吸系统疾病患者进行综合护理的效果探讨[J].当代医药论坛,2016,14(17):183-184.
- [5] 郭素芹.对重症呼吸系统疾病患者进行综合护理的效果研究[J].当代医药论坛,2016,14(10):66-67.