

参考文献

[1] 张宝云,许玲. 中医药联合康复训练对肺癌术后患者生活质量改善的研究进展[J]. 中国肿瘤临床与康复,2019,26(5):639-640.

[2] ENRIQUE A,MANOLO M,ANTONIO P,et al. Effects of neuromuscular block reversal with sugammadex versus neostigmine on postoperative respiratory outcomes after major abdominal surgery: a randomized-controlled trial [J]. Can J Anaesth,2019,66(11):1328-1337.

[3] 陈松美,张慰慰,杨雪梅,等. 基于时机理论指导的呼吸康复训练对老年 COPD 患者的康复效果研究[J]. 海南医学,2020,31(10):1248-1251.

[4] 支修益,石远凯,于金明. 中国原发性肺癌诊疗规范(2015 年版)[J]. 中华肿瘤杂志,2015,37(1):67-78.

[5] 邓飞,何呈林. 围术期呼吸功能指导对胸腔镜下肺癌切除术患者肺功能的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复,2019,26(2):73-75.

[6] 陆柳雪,韦素雨,黄彩妹,等. 基于保护动机理论的延续性护理对肝硬化患者自我护理能力、生存质量及再住院的影响[J]. 广西医学,2020,42(19):126-129.

[7] HANSEN A R,ALA-LEPPILAMPI K,MCKILLOP C, et al. Development of the functional assessment of cancer therapy-immune checkpoint modulator (FACT-ICM): a scale to measure quality of life in cancer patients treated with ICMs[J]. Cancer,2020,126(7):1550-1558.

[8] 唐明尧,黄微,陈媛,等. 认知干预对接受射频治疗的肝细胞癌患者生活质量及负性情绪的影响[J]. 现代肿瘤医学,2020,28(23):100-104.

[9] 杨丽,李红,陈雪. 人性化快速康复护理对肺癌患者术后肺功能、Borg 评分及并发症的影响[J]. 现代医学,2020,48(4):110-115.

[10] 张丹,谷莹佳,王晨羽,等. 新型团队支持锻炼小组对肺癌患者术后心肺功能及康复情况的影响[J]. 中国医药导报,2019,16(29):162-166.

[11] 薛洪斌,常小艳,王月. 阻力呼吸训练对老年肺癌术后患者膈肌运动和肺功能的影响[J]. 癌症进展,2020,18(9):959-961.

[12] 夏芳. 呼吸指导联合健康教育对肺癌患者术后呼吸训练依从性及生活质量的影响[J]. 山西医药杂志,2020,49(20):159-161.

[13] 钟小华,宋金美. 延续性护理对肺癌术后出院患者生活质量及治疗依从性的影响[J]. 重庆医学,2020,49(5):64-67.

[14] 张行,唐雯,阮浪平. 术前综合呼吸训练联合快速康复外科理念护理对肺癌肺叶切除术患者预后的影响观察[J]. 中国药物与临床,2020,12(4):652-655.

[15] WANG Y Q,CAO H P,LIU X,et al. Effect of breathing exercises in patients with non-small cell lung cancer receiving surgical treatment: a randomized controlled trial [J]. Eur J Int Med,2020,38(17):101175-101179.

(收稿日期:2021-07-23 修回日期:2021-11-06)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.06.033

基于患者主观整体评估的多学科团队管理在肺癌患者术后营养管理中的应用

洪洁

江西省九江市第一人民医院总院肿瘤三科,江西九江 332000

摘要:目的 探究基于患者主观整体评估(PG-SGA)的多学科团队管理在肺癌患者术后营养管理中的应用效果。**方法** 选取该院 2019 年 2 月至 2021 年 2 月收治的 106 例肺癌患者作为研究对象,将 2019 年 2 至 2020 年 2 月实施常规护理的 53 例患者作为对照组,将 2020 年 3 月至 2021 年 2 月实施 PG-SGA 的多学科团队管理的 53 例患者作为研究组,探讨实施不同护理对护理效果的影响。**结果** 两组患者管理前营养状况各项指标水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);研究组患者管理后转铁蛋白(TF)、血红蛋白、清蛋白(ALB)及前清蛋白(PA)水平均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组患者管理前生活质量(QOL)评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);研究组患者管理后 QOL 评分,以及其对医务人员业务能力、服务态度及心理疏导的满意评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);研究组患者不良反应发生率为 37.74%,低于对照组的 77.36%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于 PG-SGA 的多学科团队管理可以明显提升肺癌患者术后营养状况,还可有效减少化疗相关不良反应发生率,促使其生活质量提高,有助于患者满意度提升,值得临床推广应用。

关键词:肺癌; 多学科团队管理; 营养管理; 患者主观整体评估; 生活质量

中图分类号:R734.2 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2022)06-0837-04

近年来,随着我国吸烟人数增加,加之环境污染加重,使肺癌发病率呈逐年上升趋势,我国已将肺癌

归纳为威胁人类健康的常见病症之一^[1]。现阶段,临床通常选择手术切除为肺癌的首选治疗方案,并配合化疗、放疗提高患者生存质量。但临床研究发现,由于手术伴有不同程度的创伤,肺癌患者常伴有不同程度的营养不良,加之化疗、放疗的干扰,所引发的消化道不良反应则加重营养不良,甚至出现恶病质,严重影响患者的治疗效果和预后,进一步加剧患者营养流失,降低其机体免疫功能^[2]。因此,为肺癌患者提供针对性、有效性护理方案,全面强化其营养指标,优化免疫功能,提高其生存质量已成为临床医生最终的目标^[3-4]。多学科协作模式主要是院内多个学科与部门之间相互合作,促使患者获得科学、有效的护理措施,以此为其提供更全面、更优质的护理措施^[5-6]。本研

究采用基于患者主观整体评估(PG-SGA)的多学科团队管理,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经过本院伦理委员会批准,选取本院 2019 年 2 月至 2021 年 2 月收治的 106 例肺癌患者作为研究对象,将 2019 年 2 至 2020 年 2 月实施常规护理的 53 例患者作为对照组,将 2020 年 3 月至 2021 年 2 月实施 PG-SGA 的多学科团队管理的 53 例患者作为研究组,所有患者均知情同意并签署知情同意书。两组患者男女比例、年龄、体质量指数等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较(n/n 或 $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	男/女	年龄(岁)	鳞癌/腺癌	TNM 分期(Ⅱ期/Ⅲ期)	体质量指数(kg/m ²)
对照组	53	31/22	68.36±6.43	39/14	33/20	23.84±1.76
研究组	53	30/23	68.28±6.51	41/12	29/24	23.75±1.69
χ^2/t		0.039	0.064	0.204	0.622	0.269
<i>P</i>		0.844	0.949	0.652	0.430	0.789

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)患者神志清楚,无意识障碍;(2)自愿作为受试者对象,承诺完成全部研究;(3)所有患者均经过组织病理学检查确诊;(4)符合化疗要求,接受化疗患者生存期超过半年。

1.2.2 排除标准 (1)伴有不同程度认知障碍者;(2)近期急性、慢性感染者;(3)存在精神障碍,无法正常进行言语交流者。

1.3 方法 对照组实施常规护理,由责任护士积极与患者沟通,全面阐述肺癌的发病机制、治疗方案及围术期注意事项,并介绍术后成功案例,使患者能够淡化一定的紧张、焦虑情绪;同时,术后给予对症镇痛措施,以确保患者不受疼痛干扰而危及呼吸运动,根据患者具体情况补充营养以维持正常所需,对患者治疗期间的饮食加以监督管理等。研究组给予基于 PG-SGA 的多学科团队管理,具体如下:(1)成立营养目标管理小组。成员包括肿瘤科医生、高级营养师各 1 名,2 名责任护士与 1 名患者家属。由营养科医生对团队其他成员进行培训,内容主要为 PG-SGA 量表介绍和评估方法。(2)制订管理流程。护士在患者化疗正式开始前 3 d 采用 PG-SGA 量表^[7]合理评估患者机体营养状况,得分 ≥ 9 分为重度营养不良,4~8 分为中度营养不良,0~3 分为营养良好。营养师依据 PG-SGA 量表评定结果并结合患者实际病情及喜好制订个体化营养干预方案,责任护士对上述干预方案予以落实,患者家属定时督促。(3)制订个体化目标。方案正式开展前,组员与患者及其家属再次沟通,对

日常饮食习惯与常用的营养支持方案进行补充;同时根据当前营养状况设立相应的目标值。(4)目标营养方案的开展。①建立营养档案。患者入住肿瘤科后,责任护士在讲解入院须知过程中发放《日常膳食调查问卷》以掌握患者当前膳食结构及日常饮食习惯等,利用 PG-SGA 量表评价患者机体营养状况,为其制订针对性营养处方;组员对肿瘤患者进行每日评估并建立全面的营养档案,营养师结合患者实际进食情况及病情对营养处方做出合理调整,准确计算患者每日所需总热量。②实施营养方案。在医生下达医嘱后,由责任护士向患者强调补充营养的重要性,并与患者家属协同执行营养方案;化疗第 5 天评价患者营养状况并反馈给营养师,及时对目标营养方案做出调整。早期实施营养干预,第 1 步由专业护士对其营养状况实施全面判断,随后快速对患者实施肠内、肠外营养丢失养分补充。针对胃肠功能较佳者,可选择肠内营养混悬液(纽迪希亚制药有限公司,国药准字 H20030012,规格:500 mL)进行干预。同时,术后需确保营养成分维持 30 kcal/(kg·d),输出量维持 1 500~2 000 mL/d,1 次/天,持续 2 周。针对无法实施肠内营养干预患者,可选择营养混合液,通过静脉导管进行静脉输注,1 次/天,持续 2 周,需维持摄入浓度 0.10~0.25 g/(kg·d)。在早期营养干预期间,需全面排除留置导管禁忌证患者,积极规避意外损伤风险。营养指导:根据患者年龄、身高、体质量制订个体化饮食方案,控制每日摄取热量,多食低磷高钙食物,纠正患者不良生活习惯。③向患者及家属宣传饮

食营养方案相关内容。在病房内醒目部位张贴饮食营养宣传图报,宣传图报内容包括常见食物内所含的营养成分、饮食能量摄入的计算方式及饮食禁忌证等相关内容;在明确营养不良后,遵医嘱对患者及家属进行针对性饮食营养宣传,嘱患者严格遵照医嘱规划日常饮食,其次与患者积极沟通,以提升其治疗与护理依从性。④日常监督患者进食情况。对于进食不当或摄入营养成分不足的患者加以指导,并与患者家属积极沟通交流,指导家属纠正患者错误的饮食方式,以确保患者能摄入充足营养,维持正常营养所需。

1.4 观察指标 (1)营养状况相关指标:包括转铁蛋白(TF)、血红蛋白(Hb)、清蛋白(ALB)及前清蛋白(PA)。(2)生活质量及满意度:采用肿瘤患者生活质量(QOL)评分评价肿瘤患者生活质量,共 12 个项目,总分 60 分,分值越高表明患者生活质量越佳^[8];自制满意度调查表,包括对医务人员业务能力、服务态度及心理疏导等项目,评分越高表明患者越满意。(3)

化疗相关不良反应。
1.5 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者营养状况相关指标水平比较 两组患者管理前营养状况各项指标水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);研究组患者管理后 TF、ALB、Hb 及 PA 水平均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组患者 QOL 及满意度评分比较 两组患者管理前 QOL 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);研究组患者管理后 QOL 评分,以及其对医务人员业务能力、服务态度及心理疏导满意度评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组患者营养状况相关指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TF(ng/L)		ALB(ng/L)		Hb(g/L)		PA(mg/L)	
		管理前	管理后	管理前	管理后	管理前	管理后	管理前	管理后
对照组	53	45.64±3.16	52.74±4.25	23.68±3.17	27.02±2.78	89.92±4.21	105.42±10.35	186.92±16.13	235.14±24.35
研究组	53	45.67±3.18	63.89±4.82	23.67±3.14	31.85±2.63	90.73±4.23	113.43±10.09	187.03±16.25	294.30±25.27
t		0.049	12.632	0.016	9.188	0.988	4.034	0.035	12.273
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 3 两组患者生活质量及满意度评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	QOL 评分		满意度		
		管理前	管理后	业务能力	服务态度	心理疏导
对照组	53	60.05±4.27	67.12±4.21	86.34±3.28	82.65±4.31	84.25±4.52
研究组	53	60.18±4.38	73.92±5.36	93.49±4.56	94.23±3.78	95.08±3.17
t		0.155	7.263	9.267	14.706	14.281
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者化疗相关不良反应比较 研究组患者不良反应发生率为 37.74%,低于对照组的 77.36%,差异有统计学意义($\chi^2 = 17.030, P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组患者化疗相关不良反应比较[n(%)]

组别	n	胃肠道反应	血液系统	骨髓抑制	肝损伤	合计
对照组	53	23(43.40)	4(7.55)	6(11.32)	8(15.09)	41(77.36)
研究组	53	12(22.64)	1(1.89)	3(5.66)	4(7.55)	20(37.74)

3 讨 论

肺癌患者常会因病情严重而影响食欲而难以进食,容易出现营养不良。由于化疗有较多不良反应,患者多会引起肠胃不适、营养代谢紊乱及恶心呕吐等现象,情节严重者甚至会发生厌食症,对患者生活质量造成严重影响,致使肿瘤患者预后较差^[9]。

一般而言,肿瘤的发生、发展均会对患者的免疫

状态造成影响。因为现有的化疗药物不具备较强的特异性,因此不仅会将肿瘤细胞杀死,而且会抑制患者的自身免疫系统。再加上肿瘤患者通常会在较长一段时间内营养不良,因此会使患者免疫功能处于紊乱状态,将在很大程度上减弱患者的治疗耐受力。REECE 等^[10]研究表明,临床上很多患者特别是经化疗后的患者均会存在营养不良的现象,因肿瘤属于一种慢性消耗性疾病,很多患者在接受治疗时已存在营养不良现象,接受化疗以后,会进一步恶化营养状况,致使患者不能耐受化疗从而停止治疗,营养状况关系到治疗的好坏。既往常规营养干预模式中,医务人员因缺乏相关评估工具,无法准确及时地判定肿瘤患者是否存在营养不良,从而影响整体管理效果^[11],因此,积极探索更为科学合理的管理模式显得十分必要。多学科协作模式主要是指各学科成员依据各科室职

责,在临床治疗、护理环节中,相互依赖与独立,围绕以促进患者疾病恢复为目的进行医护与各学科专科人员搭配,以此提高各学科之间互动,促使患者获得更规范、优质、系统的护理服务^[12-13]。本研究结果显示,两组患者管理前营养状况各项指标比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);研究组患者管理后 TF、ALB、Hb 及 PA 水平均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),分析原因可能是因为个体化目标营养管理模式中通过小组分工的方式严格管控肿瘤化疗患者的日常饮食,组内成员明确自身职责,根据患者饮食差异调节合理的营养方案,能够有效刺激食欲增长,在一定程度上能够预防营养不良发生,促使肿瘤患者化疗依从性提高^[14-15]。此外,通过加强对肿瘤患者关于营养摄入方面的知识宣教,并强调营养补给的重要性及营养不良对化疗预后的不良影响,能够明显提高患者自我管理意识,促使其转变生活方式,逐渐向健康状态发展^[16-17]。本研究发现,两组患者管理前 QOL 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);研究组患者管理后 QOL 评分,以及其对医务人员业务能力、服务态度及心理疏导的满意度评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。研究组患者不良反应发生率为 37.74%,低于对照组的 77.36%,差异有统计学意义($P<0.05$)。充分说明与常规管理比较,基于 PG-SGA 的多学科团队管理模式对肿瘤患者机体营养的摄入更优,能够明显提高其免疫力,减轻化疗药物引起的不良反应,并且使患者机体对化疗的灵敏度提高,全面提升化疗效果^[18-19]。本文应用基于 PG-SGA 的多学科团队管理主要以患者为中心建立营养档案,根据 PG-SGA 评分对患者进行评估,动态监测患者病情变化与营养状况,并随时调整饮食营养方案,确保患者摄入充足营养;其次将饮食宣传图报张贴在病房显眼处,有利于患者加强营养饮食观念,促使患者培养良好的饮食习惯,进而有效改善患者营养不良状况,促进患者早日恢复健康^[20]。

综上所述,基于 PG-SGA 的多学科团队管理可以明显提升肺癌患者术后营养状况,还可有效减少化疗相关不良反应发生率,促使其生活质量提高,有助于患者满意度提升,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 张文珺,陈霞,周丽娟,等.营养状态对非小细胞肺癌患者手术后病情进展的预测价值[J].内科急危重症杂志,2021,27(2):125-128.
- [2] 蔡雷鸣,杨文林,段玉萍,等.上海地区晚期肺癌住院患者营养支持调查[J].公共卫生与预防医学,2021,32(3):142-144.
- [3] 卢小丽,李卡,黄明君,等.基于跨理论模型的营养教育在肺癌术后患者中的应用研究:以四川大学华西医院为例[J].现代预防医学,2020,47(1):44-48.
- [4] 陈维,杨达宇,孙景存,等.肠外营养个体化治疗在具有营养风险的晚期肺癌病人中的临床意义[J].肠外与肠内营养,2020,27(6):355-357.
- [5] 李黎,卢幻真,丁利萍,等.握力在晚期肺癌病人营养状况评估中的应用研究[J].护理研究,2020,34(12):2105-2109.
- [6] 丁岚,叶志弘.强化营养和运动干预对肺癌根治术后早期拔除胸腔闭式引流管患者的影响[J].护理与康复,2020,19(11):54-57.
- [7] 甘彩芳,蒋蝶璐,张倩.预见性护理联合营养干预对肺癌化疗患者预后及不良反应的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(23):127-129.
- [8] 宫平,吴妮,支晨,等.营养干预联合情绪管理在晚期肺癌化疗过程中的应用研究[J].癌症进展,2020,18(3):311-313.
- [9] 沙夕林,阮振华,孙启超,等.术前术后营养指数对肺癌术后并发症风险的预测价值[J].现代肿瘤医学,2020,28(5):759-762.
- [10] REECE L, DRAGICEVICH H, LEWIS C, et al. Preoperative nutrition status and postoperative outcomes in patients undergoing cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy[J]. Ann Surg Oncol, 2019, 26(8):2622-2630.
- [11] 周培华,张菊凤.肠外营养支持对肺癌化疗患者免疫功能及肺功能的影响[J].河北医药,2020,42(17):2598-2601.
- [12] 邢影,董量,付浩宇,等.晚期非小细胞肺癌患者营养状况及其影响因素调查[J].临床肺科杂志,2020,25(7):1013-1016.
- [13] 张丽,薛静.新辅助化疗联合营养治疗在原发性肺癌患者中的应用效果[J/CD].肿瘤代谢与营养电子杂志,2020,7(4):479-483.
- [14] 陈薇,丁芹,陈健,等.肺癌手术患者营养风险调查及对临床结局的影响[J/CD].肿瘤代谢与营养电子杂志,2020,7(2):214-219.
- [15] 程兰,李李,李毅,等.预后营养指数对肺癌术后病人生活质量影响的预测研究[J].护理研究,2019,33(15):2696-2699.
- [16] 谢琰,熊汉鹏,饶菊芳,等.老年肺癌化疗患者营养状态及与癌因性疲乏的相关性[J].护理学杂志,2019,34(16):15-18.
- [17] 孙淑贞.肺癌患者术后早期营养支持对患者机体免疫功能及 caspase-3 表达的影响[J].医药论坛杂志,2019,40(8):111-113.
- [18] 饶海英,郑彬彬,刘勇,等.肠内营养对肺癌术后患者切口愈合及免疫功能的影响[J].浙江医学,2019,41(6):591-593.
- [19] 孟娜,李倩,李宜敏,等.肺癌患者营养风险调查及影响因素分析[J].临床肺科杂志,2018,23(2):216-220.
- [20] 随意,邢凤梅,朱亮,等.中晚期肺癌化疗患者营养状况及影响因素研究[J].护理管理杂志,2018,18(11):799-803.