

循证护理模式在老年胃癌患者围手术期营养支持中的运用分析

郝利利 王娟 梁雯

西安市人民医院 西安市第四医院(航天院区) 陕西 西安 710004

摘要: **目的:** 探讨老年胃癌患者围手术期护理模式, 研究临床应用循证护理模式在营养支持方面的效果。 **方法:** 在本院行手术治疗的老年胃癌患者中, 选取2023.12-2024.12期间的72例病患用以调查, 根据随机数字表法将患者分成两组展开围手术期护理, 对照组36例, 予以常规护理模式, 观察组36例, 实施循证护理模式, 对两组护理效果及营养指标分析比较。 **结果:** 护理前两组患者的心理评估, SAS评分及SDS评分相比差异均无统计意义, ($p > 0.05$), 护理后患者的心理评分明显下降, 说明负面情绪得以改善, 观察组心理评分更显著优于对照组, ($p < 0.05$); 观察组术后首次排气时间、下床活动时间及住院时间, 与对照组患者相较均明显更短, ($p < 0.05$); 两组患者的营养指标测量显示, 观察组TP、ALB、PA水平均远远更比对照组较优, ($p < 0.05$); 统计患者的并发症, 观察组发生率显著更低于对照组发生率, ($p < 0.05$); 对两组患者调查显示观察组更满意临床护理, 满意度相比下观察组显著更高, ($p < 0.05$)。 **结论:** 在老年胃癌围手术期营养支持中, 应用循证护理模式的效果最佳, 有效提高患者营养水平, 减少术后并发症, 促进患者术后早日康复, 值得推广。

关键词: 循证护理模式; 老年; 胃癌; 围手术期; 营养支持

胃癌属于临床常见的一种恶性肿瘤病变, 对患者的正常工作、生活品质等方面造成严重的影响, 尤其进展末期还会威胁患者生命。通常临床采取根治术进行治疗, 来挽救患者的生命, 但若患者为老年群体, 其机体功能的衰退, 以及存在一定的心理负担及手术恐惧, 故而手术风险较大, 所以有必要做好对患者的围手术期护理干预, 以便确保手术疗效, 同时加快患者术后的病情康复^[1]。

目前, 循证护理模式作为一项实证性及科学性较强的护理模式, 相比常规护理模式而言更易于满足患者的实际需求, 解决患者当下可能存在或现有的问题, 同时还能对患者展开个体化的营养支持, 有效提高其预后质量^[2-3]。为此, 本文主要针对近年本院收治的72例老年胃癌患者进行围手术期护理的研究, 旨在探讨应用循证护理模式的效果, 临床报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023.12-2024.12期间, 在本院行手术治疗的72例老年胃癌患者用作研究对象, 按照随机数字表法对其均分两组, 每组患者各占36例, 对照组患者中男性、女性比例为20例: 16例, 年龄范围分布65岁-82岁, 平均(70.09±5.49)岁; 观察组男患者19例、女患者17例, 年龄处于66岁-81岁区间, 平均(70.11±5.46)岁。两组患

者在年龄及性别方面的基线资料分析差异, 均无统计意义, 具备研究可比性, ($p > 0.05$)。医院伦理委员会针对研究项目通过审核与批准。

纳入标准: 入选患者在影像学检查、病理学检查下均符合胃癌的诊断标准; 年龄超过60岁; 具备手术指征; 患者及家属自愿下签署《知情同意书》。

排除标准: 合并其他重大心脑血管病变; 其他恶性肿瘤; 严重精神异常; 沟通障碍、认知障碍; 糖尿病等代谢性疾病; 近期接受放疗; 临床资料不完整等。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者接受常规护理模式: 术前对患者进行健康宣教, 针对患者及家属提出的问题作出详细解答, 手术过程中对患者生命体征进行密切监测, 术后第1d进行胃肠外营养支持, 如静脉输注葡萄糖、脂肪乳及氨基酸等。

1.2.2 观察组患者应用循证护理模式, 具体措施如下: ①成立循证护理小组, 根据患者的具体情况, 查阅相关期刊文献、资料等, 制定对患者的营养支持方案, 在术前10d展开肠内营养支持, 先从小剂量开始逐渐增加全量, 持续5d以上, 并在术前予以肠内营养热卡量为每天125.4kJ/kg, 以口服或鼻肠管方式。在手术过程中, 旋转鼻空肠管, 或者行空肠造口, 以及术后24h进行营养支持, 持续泵入肠内营养液, 成分配比: 含有每800ml的

60g蛋白质、7.1g精氨酸、11.4g谷氨酰胺、33.4g的脂肪、116g的碳水化合物、7.2g的膳食纤维及39.4g维生素，从术后24h开始，先给全量的1/4，术后第3d给全量的1/2，第4d-8d给全量，以此维持患者的胃肠功能及能量^[4-6]。②术前护理人员要加强病房的巡视，及时上报给医生患者的异常情况，并对患者及家属进行手术机制、效果及疾病等知识的讲解，做好答疑解惑工作，消除患者的顾虑及恐惧。③手术过程中，护理人员要配合好手术医生操作，根据手术需求适当调整患者体位，并选择与其身材适配的固定装置，确保手术视野清晰，同时控制好术中出血量，合理控制液体量的出入及滴速，以及密切监测患者体征及呼吸状态，始终处于呼吸畅通。④在手术完成后要通知患者手术顺利结果，并叮嘱患者保持积极乐观心态，有利于病情恢复，同时护理人员做好对患者的并发症防治，循证小组成员结合既往临床经验、搜索疾病常见的并发症等拟定预警措施，如吻合口瘘情况，可能因术后缝合不当或外力刺激引起，针对这种并发症应保持胃管的通畅，降低吻合口的张力并改善血液供应，以及加强营养支持达到预防目的^[7-8]。⑤护理人员要尽早拔出患者胃管，并予以持续低流量吸氧，指导患者做深呼吸运动、正确咳嗽及咳痰，并协助其拍背排痰，同时严密监测患者生命体征，详细记录引流液量、颜色及性状，一旦发现出血倾向要立刻报告医生进行处理。另外护理人员要及时对患者的呼吸道内分泌物进行清理，以及鼓励患者尽早运动锻炼，促进血液循环及胃肠功能的恢复。

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态：在护理前及护理后，参考SAS量表（焦虑自评量表，临界值50分）、SDS量表（抑郁自评量表，临界值53分），评估两组患者心理状态，总分100分，超出临界值即存在焦虑或抑郁情绪，得分越高，心理状态越差。

1.3.2 术后恢复时间：准确记录两组患者在术后的首次排气时间、下床活动时间及住院时间。

1.3.3 营养指标：检测两组患者的营养指标，包括TP（血清总蛋白）、ALB（白蛋白）、PA（前白蛋白）三项水平。

1.3.4 术后并发症：密切监测并计算两组患者术后并发症发生率，包括吻合口瘘、胃排空延迟及胃出血。

1.3.5 护理满意度：以本院自拟的护理满意度问卷，设定100分，对两组患者进行调查，评分 ≥ 90 分即非常满意；60-89分即一般满意；0-59分即不满意。满意度即非常满意率+一般满意率。

1.4 统计学分析

统计软件以SPSS23.0对研究数据作分析对比，检验心理状态、术后恢复时间及营养指标均行 t ，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 描述，检验并发症发生率、护理满意度均行 χ^2 ，计数资料以 $(n, \%)$ 描述，统计学意义差异为 $p < 0.05$ 。

2 结果

2.1 比较两组心理状态

评估患者心理可见表1数据，两组患者SAS评分、SDS评分在护理前的差异性不大， $(p > 0.05)$ ，在护理后相较护理前的各项评分有所下降，观察组患者心理评分更低于对照组， $(p < 0.05)$ 。

表1 两组心理评分对比 $(\bar{x} \pm s)$ ，分

组别	例数 (n)	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n)	36	54.71±3.42	36.29±2.32	58.05±4.32	35.79±3.57
对照组 (n)	36	54.92±3.45	44.54±2.56	58.22±4.49	48.45±3.68
t值	-	0.366	15.125	0.147	17.446
p值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 比较两组术后恢复时间

两组患者术后首次排气时间、下床活动时间、住院

时间相比下，如表2所示，观察组各项时间均显著更短于对照组， $(p < 0.05)$ 。

表2 两组术后恢复时间对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数 (n)	首次排气时间 (h)	下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
观察组 (n)	36	29.64±7.19	5.32±1.29	9.77±1.54
对照组 (n)	36	43.55±15.72	7.54±1.55	12.45±2.68
t值	-	5.094	6.932	6.469
p值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 比较两组营养指标

在围手术期营养支持下, 详见表3结果, 观察组患者

各项营养指标水平与对照组患者相比均显著更优, 两组数据差异具有统计意义, ($p < 0.05$)。

表3 两组营养指标水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	TP (g/L)	ALB (g/L)	PA (g/L)
观察组 (n)	36	61.08±1.52	37.69±1.39	0.28±0.05
对照组 (n)	36	55.81±1.44	30.05±0.82	0.17±0.02
t值	-	12.637	10.008	9.986
p值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.4 比较两组并发症发生率

术后统计可见表4数据, 观察组并发症发生率

(5.56%), 与对照组并发症发生率(25.00%)相较差异显著, 观察组远远更低, ($p < 0.05$)。

表4 两组并发症发生率对比[n (%)]

组别	例数 (n)	吻合口瘘	胃排空延迟	胃出血	发生率
观察组 (n)	36	0	1 (2.78)	1 (2.78)	2 (5.56)
对照组 (n)	36	2 (5.56)	3 (8.33)	4 (11.11)	9 (25.00)
χ^2 值	-	-	-	-	4.502
p值	-	-	-	-	< 0.05

2.5 比较两组护理满意度

两组患者调查显示, 表5所示, 观察组患者的护理

满意度显著更比对照组高, 组间数据存在差异, ($p < 0.05$)。

表5 两组护理满意度对比[n (%)]

组别	例数 (n)	非常满意	一般满意	不满意	满意度
观察组 (n)	36	22 (61.11)	13 (36.11)	1 (2.78)	35 (97.22)
对照组 (n)	36	19 (52.78)	10 (27.78)	7 (19.44)	29 (80.56)
χ^2 值	-	-	-	-	5.001
p值	-	-	-	-	< 0.05

3 讨论

老年胃癌患者的围手术期营养支持, 不仅在于维持患者的机体指标平衡, 关键是保护患者的脏器及组织, 维护免疫功能, 以此加快器官组织的修复, 为患者良好的预后提供保障。因此应用循证护理模式, 通过搜索相关文献, 结合既往经验获取理论支持, 为患者制定循证护理计划, 针对性解决循证问题, 并贯穿到围手术期各个阶段, 对术后并发症具有积极预防作用, 同时还能改善患者的营养状态, 促进患者术后尽早康复^[9-10]。本文研究显示, 观察组应用循证护理模式, 对照组实施常规护理模式, 相比两组护理后的心理评分、术后恢复时间、营养指标、并发症发生率及护理满意度, 观察组均远远较对照组更优, ($p < 0.05$), 由此说明, 循证护理模式属于一种理论与实践结合的护理模式, 可结合患者需求及科研依据, 注重对患者的心身多方面干预, 有效提高护

理操作的科学性与系统性, 进而达到理想的预后效果。

综上所述, 老年胃癌患者围手术期护理, 应用循证护理模式对营养支持具有促进作用, 有效降低患者术后并发症风险, 改善其营养状态, 利于患者术后尽快恢复, 值得临床上推广。

参考文献

- [1] 戚熠, 谭艳, 李旭英, 李华, 刘佳惠. 胃癌患者围手术期肠内营养的最佳证据总结[J]. 中国临床护理, 2025, 17(01): 1-7.
- [2] 姚宁. 循证护理在肿瘤患者癌性疼痛护理中的应用[J]. 河南医学研究, 2023, 32(19): 3609-3612.
- [3] 吴宜佳, 程松英, 林三. 基于循证的加速康复外科护理对胃癌术后患者胃肠道功能及营养状况的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2023, 9(06): 190-192.
- [4] 费超男, 段培蓓, 杨玲, 杜世正, 夏超, 杨丽萍, 乔悦. 胃癌患者围手术期营养管理的最佳证据总结[J]. 中华护理杂

志,2022,57(19):2345-2352.

[5]蔡小芳,林华燕.循证护理模式改善胃癌患者术后睡眠质量的效果观察[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(07):1370-1371.

[6]张晶,蒋妙,曹露,赵梦琦.循证护理对早期胃癌根治术患者的影响[J].心理月刊,2022,17(07):72-74.

[7]耿玉双.对行腹腔镜胃癌根治术的患者实施围手术期循证护理的效果[J].中国医药指南,2021,19(32):163-164.

[8]陈海燕,蔡家丽,郭丽华,徐雪英,关国清,王金桂.以循

证为基础的加速康复外科护理对行胃癌根治术患者的术后康复效果[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(10):166-168.

[9]吴育萍.循证护理对胃癌患者焦虑抑郁情绪及睡眠质量的影响观察[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(09):1628-1629.

[10]孙锋烽.循证护理在临床胃癌患者护理中的应用——评《实用肿瘤护理》[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(20):30.