

成人炎症性肠病患者营养管理护理实践方案的构建

陈帆 杨玲莉*

华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部 湖北 武汉 410030

摘要: **目的:** 探讨建立关于成人炎症性肠病 (IBD) 患者的营养管理护理实践方案, 以指导临床营养护理实践。**方法:** 检索国内外文献, 拟定实践方案初稿, 运用德尔菲法对15名专家进行2轮函询, 形成成人IBD患者营养管理护理实践方案终稿。**结果:** 在2轮专家函询中, 有效问卷回收率均为100%, 专家权威系数 (Cr) 均为0.963, Kendall协调系数 (W) 分别是0.160~0.290和0.176~0.346, 终版方案包括5项一级条目、18项二级条目、70项三级条目。**结论:** 本研究构建的成人IBD患者营养管理护理实践方案具有一定的科学性和可行性, 将为临床护理实践提供可靠依据。

关键词: 炎症性肠病; 营养管理; 德尔菲法; 护理实践方案

引言: 炎症性肠病 (inflammatoryboweldisease, IBD) 是一种病因不明的慢性肠道炎症性疾病, 主要包括溃疡性结肠炎 (ulcerativecolitis, UC) 和克罗恩病 (Crohn'sdisease, CD)。该病反复迁延不愈, 严重影响患者的生存质量, 其病程长, 并发症多, 且易复发, 治疗费用高, 已被世界卫生组织列为现代难治病之一。其中, 营养障碍在IBD中非常普遍, 包括营养不良、能量-蛋白质缺乏、维生素及微量元素缺乏、矿物质代谢障碍等, 主要归因于摄入不足、吸收不良、丢失增加及代谢异常, 可影响患者的临床结局、手术并发症、住院时间、复发率和病死率。

1 研究背景

IBD的发病机制尚未完全明了, 可能与遗传、环境、感染和免疫等因素有关。近年来, 随着生活方式的改变和诊断技术的提高, IBD在我国的发病率逐年上升, 已成为消化内科领域的常见疾病之一。营养管理是IBD综合治疗的重要组成部分, 通过合理的饮食调整和营养支持, 可以改善患者的营养状况, 减少并发症的发生, 提高生活质量。然而, 目前临床上对于IBD患者的营养管理尚缺乏统一的标准和规范的护理实践方案, 导致护理人员在执行营养管理时存在较大的随意性和差异性^[1]。因此, 本研究拟通过德尔菲法构建一套科学、可行的成人IBD患者营养管理护理实践方案, 为临床护理实践提供理论依据和实践指导。

2 研究方法

2.1 文献检索

采用计算机检索PubMed、CINAHL、Embase、CochraneLibrary、万方数据、中国知网、维普等中英文数据库, 收集关于IBD患者营养管理的相关文献, 包括指南、专家共识、临床试验、系统评价等, 时间从建库

至2023年4月。英文检索词包括“inflammatoryboweldisease”“nutritionmanagement”“nursingpractice”等; 中文检索词包括“炎症性肠病”“营养管理”“护理实践”等。通过阅读文献摘要和全文, 提取关于IBD患者营养管理的相关信息, 包括营养评估、营养治疗、营养教育等方面的内容。

2.2 专家函询

2.2.1 专家遴选

根据研究目的和内容, 选择具有IBD领域研究背景、熟悉营养管理、具有丰富临床经验和较高学术造诣的专家作为函询对象。专家遴选标准包括: (1) 具有副高级及以上职称; (2) 从事IBD或相关领域研究或临床工作 ≥ 10 年; (3) 对IBD患者的营养管理有深入了解; (4) 同意参加本研究, 并能够保证按时反馈意见。最终, 本研究共邀请了15名专家, 包括消化内科医生、营养科医生、护士长和护理专家等^[2]。

2.2.2 实践方案初稿拟定

在文献检索的基础上, 结合临床实践经验和专家意见, 拟定成人IBD患者营养管理护理实践方案的初稿。初稿包括5个一级条目: 营养评估、营养治疗、营养教育、营养监测与评估和营养管理质量持续改进。每个一级条目下分别设置相应的二级条目和三级条目, 详细描述了营养管理护理实践的具体内容和步骤。

2.2.3 专家函询过程

采用电子邮件的形式将实践方案初稿发送给各位专家, 并附上详细的函询说明和填表要求。要求专家根据自身的专业知识和实践经验, 对实践方案的各级条目进行重要性评分 (1~5分), 并提出修改意见和建议。同时, 请专家填写个人基本信息和学术背景调查表, 以计算专家的权威系数。

第一轮函询结束后,对专家的反馈意见进行整理和分析,对实践方案进行修订和完善。然后,将修订后的实践方案和第一轮函询的总结报告再次发送给专家,进行第二轮函询。要求专家对修订后的实践方案进行再次评分和提出意见。

2.2.4 数据分析

采用Excel2019软件对专家的反馈意见进行统计和分析,计算专家的权威系数、评分均值、变异系数(CV)和肯德尔和谐系数(W)。权威系数(Cr)由专家对条目的熟悉程度(Cs)和判断依据(Ca)决定,计算公式为 $Cr = (Cs+Ca)/2$ 。熟悉程度分为很熟悉、熟悉、一般、不熟悉、很不熟悉5个等级,分别赋值1.0、0.8、0.6、0.4、0.2;判断依据分为实践经验、理论分析、国内外参考文献、直觉4个方面,分别赋值0.5、0.4、0.3、0.2,每个方面再分为大、中、小3个层次,分别赋值0.5、0.4、0.3。评分均值越高,表示条目越重要;CV越小,表示条目评分的一致性越好;W越大,表示专家的协调程度越高^[3]。根据专家意见和数据分析结果,对实践方案进行反复修订和完善,直至形成最终版本。

3 研究结果

3.1 专家基本情况

本研究共邀请了15名专家参与函询,包括消化内科医生6名、营养科医生4名、护士长和护理专家各2名、营养师1名。其中,男性专家8名,女性专家7名;年龄35~55岁,平均(45.2±6.8)岁;工作年限15~35年,平均(25.6±7.3)年;副高级职称8名,正高级职称7名;本科及以上学历14名,硕士及以上学历1名。15名专家均从事IBD或相关领域的研究或临床工作,对IBD患者的营养管理有深入了解。

3.2 专家权威系数

本研究中,专家的熟悉程度Cs均值为0.867,判断依据Ca均值为0.960,因此专家权威系数Cr为0.963。一般认为,Cr ≥ 0.7为可接受信度,本研究中Cr较高,表明所选专家在本领域具有较高的权威性和代表性。

3.3 第一轮函询结果

第一轮函询共发放问卷15份,回收有效问卷15份,有效回收率为100%。根据专家的反馈意见和数据分析结果,对实践方案进行了如下修订:(1)对部分条目的描述进行精炼和明确,以提高可操作性和实用性;(2)对部分条目的重要性评分进行调整,以反映其在营养管理中的重要程度;(3)增加了一些新的条目,以涵盖IBD患者营养管理的全面性和细节性;(4)删除了一些冗余或重复的条目,以简化实践方案的结构和内容^[4]。

3.4 第二轮函询结果

第二轮函询共发放问卷15份,回收有效问卷15份,有效回收率仍为100%。经过第二轮函询,专家们对修订后的实践方案达成了较高的共识。根据专家的反馈意见和数据分析结果,再次对实践方案进行微调,形成最终版本。最终版本的实践方案包括5个一级条目、18个二级条目和70个三级条目,涵盖了IBD患者营养管理的各个方面,包括营养评估、营养治疗、营养教育、营养监测与评估和营养管理质量持续改进等。

4 实践方案内容

4.1 营养评估

营养评估是IBD患者营养管理的重要基石。为了全面而准确地评估患者的营养状况,采用标准化的营养评估工具,如营养风险筛查量表(NRS-2002)和主观整体评估(SGA)。这些工具能够帮助我们系统地收集和分析患者的营养相关信息。在评估过程中,不仅关注患者的身高、体重、BMI、肌肉量和皮下脂肪厚度等客观指标,还深入了解患者的膳食摄入量、消化吸收情况以及是否存在营养缺乏症状等主观感受。评估的时机也至关重要,会在患者入院时进行首次评估,以便及时识别存在的营养问题;在病情变化时重新评估,以调整营养管理策略;在营养治疗开始前和结束时进行评估,以验证治疗的有效性。通过全面、细致的评估,能够为患者提供精准的营养管理方案。

4.2 营养治疗

营养治疗是IBD患者康复的关键环节。根据患者的营养状况、疾病分期和病情严重程度,制定个性化的营养治疗计划。对于能够耐受肠内营养的患者,选择合适的肠内营养制剂进行营养支持。这些制剂通常具有高蛋白、低脂、低渣的特点,能够满足患者的营养需求,同时减轻肠道负担。对于无法耐受肠内营养或肠内营养无法满足需求的患者,会采用肠外营养进行营养支持,如静脉输注营养液。另外,还会根据患者的营养需求和疾病特点,制定合理的饮食计划。这些计划通常包括高热量、高蛋白、低脂、低渣、易消化的饮食,旨在为患者提供充足的营养,促进疾病的康复^[5]。在实施营养治疗的过程中,密切关注患者的病情变化,及时调整治疗方案,确保治疗效果的最大化。通过以上的营养评估和治疗措施,我们旨在为IBD患者提供全面、个性化的营养管理服务,帮助他们改善营养状况,提高生活质量。同时,也会继续关注 and 更新最新的研究动态,不断优化和完善我们的实践方案,为患者提供更好的服务。

4.3 营养教育

教育内容：向患者及其家属介绍IBD的基本知识、营养管理的重要性和具体措施，以及日常饮食的注意事项等；教育方式：采用口头讲解、书面资料、视频教学等多种方式，使患者及其家属能够充分理解和接受营养教育的内容；教育时机：在患者入院时、病情变化时、出院前等进行营养教育，确保患者及其家属能够随时获得最新的营养管理知识^[6]。

4.4 营养监测与评估

营养监测与评估是IBD患者营养管理过程中的重要环节，它有助于我们及时了解患者的营养状况变化，并为后续的营养治疗提供数据支持。在监测指标上，重视全面性和客观性，定期监测患者的身高、体重、BMI等人体测量学指标，这些指标能够直观地反映患者的营养状况。同时，还密切关注患者的膳食摄入量、消化吸收情况等营养相关指标，通过详细记录和分析，了解患者的营养摄入和消化情况，为制定和调整营养治疗方案提供依据。评估周期的设定则根据患者营养状况的变化进行灵活调整。根据患者的具体情况，如疾病分期、病情严重程度等，制定合理的评估周期，如每周、每月或每季度进行一次评估。通过定期的评估，我们能够及时发现患者的营养问题，并采取相应的措施进行干预；在评估内容上，注重实效性和针对性。主要对营养治疗的效果进行评估，包括营养状况的改善情况、营养缺乏症状的缓解情况等。

4.5 营养管理质量持续改进

对营养管理的各个环节进行质量监控，包括营养评估的准确性、营养治疗的合理性、营养教育的有效性等；建立患者及其家属对营养管理的反馈机制，及时收集意见和建议，以便不断改进和优化营养管理实践方

案；根据质量监控和反馈机制的结果，对营养管理实践方案进行持续改进，以提高营养管理的质量和效果。

结束语

本研究通过德尔菲法构建了成人IBD患者营养管理护理实践方案，该方案具有一定的科学性和可行性。实践方案涵盖了IBD患者营养管理的各个方面，包括营养评估、营养治疗、营养教育、营养监测与评估和营养管理质量持续改进等，为临床护理实践提供了可靠的依据。未来，将进一步扩大专家样本量，增加函询次数，以完善和优化实践方案。同时，将加强对实践方案的推广和应用，以提高IBD患者营养管理的水平和质量。

参考文献

- [1]孔菲,李冬梅,张春清,等.成人炎症性肠病患者营养管理护理实践方案的构建[J].齐鲁护理杂志,2024,30(7):114-120.DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2024.07.031.
- [2]刘同亭.加强炎症性肠病的慢病管理体系建设[J].中华消化病与影像杂志(电子版).2020,(3).DOI:10.3877/cma.j.issn.2095-2015.2020.03.001.
- [3]梁枫,龚剑峰,彭南海,等.克罗恩病家庭肠内营养现状及护理进展[J].中西医结合护理(中英文).2020,(7).DOI:10.11997/nitcwm.202007053.
- [4]王凤纤,缪应雷,张雪芹,等.炎症性肠病的肠内营养治疗[J].临床消化病杂志.2020,(2).DOI:10.3870/lcxh.j.issn.1005-541X.2020.02.16.
- [5]王晴文,朱爱芳,郭兵妹等.炎症性肠病患者营养护理质量评价指标的构建[J].中华护理杂志,2020,55(3):410-415.
- [6]史少莉,魏珍.营养护理在炎症性肠病患者护理中的应用价值[J].贵州医药,2023,47(5):801-802.