

品管圈活动对恶性肿瘤进食困难患者营养状况及吞咽功能的影响

李敏¹, 贺春英¹, 安媛²

1. 延安大学附属医院肿瘤科, 陕西 延安 716000; 2. 延安大学附属医院眼科, 陕西 延安 716000

摘要: **目的** 研究品管圈活动对恶性肿瘤进食困难患者营养状况及吞咽功能的影响。**方法** 选取 2013 年 3 月至 2016 年 3 月 80 例恶性肿瘤进食困难患者为研究对象, 根据品管圈活动实施前后分为观察组与对照组, 两组均 40 例, 对照组纳入时间 2013 年 3 月至 2014 年 9 月, 观察组纳入时间为 2014 年 10 月至 2016 年 3 月。比较两组营养相关实验室指标、营养状况、吞咽功能分级及生活质量变化。**结果** 观察组护理后白蛋白(Alb)、总蛋白(TP)、前白蛋白(PA)、血红蛋白(Hb)水平均高于对照组, 差异有统计学意义(P 均 < 0.05), 两组球蛋白(g)水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 观察组微型营养评价法(MNA-SF)评分显著优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 护理后两组洼田吞咽能力分级均呈上升趋势, 较护理前比较级别分布差异有统计学意义(P 均 < 0.01), 组间护理后比较观察组吞咽功能试验结果显著优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 两组护理后较护理前比较功能尺度、自评项目显著升高, 症状尺度、单项测量项目显著降低, 差异有统计学意义(P 均 < 0.05), 组间护理后比较观察组功能尺度、自评项目显著高于对照组, 症状尺度、单项测量项目显著低于对照组, 差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。**结论** 品管圈活动可改善恶性肿瘤患者术后营养状况, 降低营养不良风险, 并可使患者生活质量的改善获益, 考虑与品管圈活动中实施系统的吞咽训练提高患者吞咽功能有关。

关键词: 品管圈; 恶性肿瘤; 进食困难; 营养状况; 吞咽功能

中图分类号: R 73 R 473.73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)03-0420-04

恶性肿瘤因无法彻底治愈, 因此改善生活质量成为临床研究的重点。食道癌、喉癌为临床常见恶性肿瘤, 手术仍是其主要治疗方式, 但由于手术导致消化系统生理、解剖结构的变化, 患者术后多有进食困难发生。另有研究认为恶性肿瘤患者术前即伴有不同程度的营养不良, 主要受肿瘤、疾病、精神等多方面因素的影响, 而进食困难则会进一步导致营养状态的恶化, 不利于患者生活质量的改善^[1-2]。品管圈活动是新型护理管理模式, 通过组圈、小组讨论、持续质量改进等环节提高护理质量, 并使护理人员实现自身价值, 但目前临床尚缺少品管圈活动用于恶性肿瘤进食困难者的相关研究。本研究选取我院 80 例恶性肿瘤术后伴有进食困难患者为研究对象, 分析实施品管圈活动的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2013 年 3 月至 2016 年 3 月 80 例恶性肿瘤伴进食困难者为研究对象, 其中男 51 例, 女 29 例; 年龄 51 ~ 74 (65.6 ± 5.8) 岁; 文化程度:

小学/中学 28 例, 高中及以上 52 例; 居住地: 城市 55 例, 农村 25 例; 疾病分期: I 期 15 例, II 期 32 例, III 期 24 例, IV 期 9 例; 疾病类型: 食管癌 29 例, 喉癌 51 例。根据品管圈活动实施前后分为观察组(2014 年 10 月至 2016 年 3 月)与对照组(2013 年 3 月至 2014 年 9 月), 两组均为 40 例, 临床资料均衡性良好(P 均 > 0.05), 具有可比性。见表 1。纳入标准: (1) 经洼田吞咽能力评分^[3]确诊有吞咽障碍; (2) 均经相应根治手术治疗 > 10 d, 可经口进食; (3) 患者及其家属对本次试验知情同意并签署临床试验知情同意书。排除标准: (1) 有其他严重内科疾病者或伴有咽峡部损伤、梗阻者; (2) 需留置胃管鼻饲, 无法经口进食者; (3) 有精神疾病、认知功能障碍者; (4) 出院后失访而无法进行相关指标观察者。

1.2 护理方法 对照组实施常规饮食护理, 根据医嘱口头或在床头张贴说明等方式对患者及其家属进行饮食指导。观察组实施品管圈活动, 首先组圈, 由我院肿瘤科护理部 6 名护理人员组成, 圈内人员统一接受进食困难患者饮食护理的相关培训, 小组成员根据组织、计划、实施能力推举圈长, 另选一名圈员为副圈长, 主要负责活动实施质量评价, 另选 1 名圈员整理资料, 每周开展 1 次会议对本周护理工作情况进行总结。主题设定为“改善恶性肿瘤进食困难者营养状

表 1 两组基线资料比较 (例)

指标	观察组	对照组	χ^2/t 值	<i>P</i> 值
性别(男/女)	28/12	23/17	1.352	0.245
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	65.4 ± 5.1	65.3 ± 5.8	0.082	0.935
文化程度				
小学/中学	15	13	0.220	0.639
高中及以上	25	27		
居住地				
城市	30	25	1.455	0.228
农村	10	15		
疾病类型				
喉癌	25	26	0.054	0.816
食管癌	15	14		
疾病分期				
I 期	9	6	1.003	0.801
II 期	15	17		
III 期	11	13		
IV 期	5	4		

况”,组内开展“头脑风暴法”对影响进食质量的原因进行分析,制定对应的护理措施,并评价护理方案的可行性,目的为改善恶性肿瘤进食困难者吞咽功能及营养状况。开展系统的吞咽功能训练,指导患者进行吞咽训练,每次 5 min,间隔 3 h 一次,可指导患者将少量唾液下咽,进食前使患者放松,心态平复后取端坐位,低头约 30°并内收下颌,首次进食者采取少食多餐原则,同时避免饮水或流质食物进食引发的呛咳,充分咀嚼食物,进食需将食物嚼成团状缓慢下咽,并重复多次吞咽动作使食物完全通过咽部,完成后清理口腔,并指导患者咳嗽将残留食物残渣从咽部咳出。品管圈活动实施期间详细记录实际工作中存在的问题,记录后于每周会议提出讨论,及时修正后改善护理措施,实现护理质量的持续改进。

1.3 观察指标 (1)于护理前、护理后检测两组白蛋白(Alb)、总蛋白(TP)、前白蛋白(PA)、球蛋白(g)、血红蛋白(Hb)水平;(2)采用微型营养评价法(MNA-SF)^[4]对两组营养状态进行评价,分值 0~14 分,分值越高则营养不良风险越高,>12 分:营养良好;8~11 分存在营养不良风险;<8 分为营养不良;(3)两组于护理前、护理后进行洼田吞咽能力测试,将“食物种类”、“帮助的人”、“进食方法及时间”作为条件,I 级:无法吞咽;II 级:满足 3 个条件则误吸

风险降低;III 级:满足 2 个条件则误吸风险降低;IV 级:食物种类合适则基本无误吸;V 级:进食时间、方法正确则基本无误吸;VI 级:吞咽功能正常;(4)采用生活质量量表(QLQ-C30)^[5]评价两组护理前、护理后生活质量,量表含有 30 个条目,主要包括功能尺度、症状尺度、单项测量项目、自评项目,其中功能尺度、自评项目评分与生活质量正相关,症状尺度、单项测量项目与生活质量负相关。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 19.0 处理数据,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料计算构成比(%),行 χ^2 检验,等级资料对比采用 Mann-Whitney 秩和检验,以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组营养相关实验室指标比较 两组护理前各实验室指标比较差异无统计学意义(*P* 均 > 0.05),观察组护理后 Alb、TP、PA、Hb 均高于对照组,差异有统计学意义(*P* 均 < 0.05),两组 g 水平比较差异无统计学意义(*P* > 0.05)。见表 2。

2.2 两组生活质量比较 两组护理前生活质量各维度比较差异无统计学意义(*P* 均 > 0.05),护理后 3 月较护理前比较功能尺度、自评项目显著升高,症状尺度、单项测量项目显著降低,差异有统计学意义(*P* 均 < 0.05),且护理后观察组功能尺度、自评项目显著高于对照组,症状尺度、单项测量项目显著低于对照组,差异有统计学意义(*P* 均 < 0.01)。见表 3。

2.3 两组 MNA-SF 评分比较 观察组 MNA-SF 评分显著优于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.01)。见表 4。

2.4 两组吞咽功能评分比较评价 两组护理前洼田吞咽能力分级比较差异无统计学意义(*P* > 0.05),护理后两组分级均呈上升趋势,与护理前比较差异有统计学意义(*P* 均 < 0.01),且护理后观察组吞咽功能试验结果显著优于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.01)。见表 5。

表 2 两组营养相关实验室指标比较 (*n* = 40, $\bar{x} \pm s$)

组别	时点	Alb(g/L)	TP(g/L)	PA(mg/L)	g(g/L)	Hb(g/L)
观察组	护理前	35.1 ± 3.8	61.5 ± 7.5	164.6 ± 38.5	24.3 ± 5.6	115.6 ± 16.5
	护理后	44.6 ± 4.2*	69.4 ± 6.3*	223.6 ± 51.8*	26.3 ± 6.8	132.4 ± 19.6*
对照组	护理前	34.9 ± 4.1	62.3 ± 7.4	161.5 ± 39.5	23.4 ± 6.3	116.4 ± 17.5
	护理后	36.9 ± 3.9#	63.4 ± 5.8#	177.6 ± 42.4#	26.2 ± 7.3	128.6 ± 18.5#

注:与本组护理前比较,**P* < 0.05;与观察组护理后比较,#*P* < 0.05。

表 3 两组生活质量比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	功能尺度		症状尺度		单项测量项目		自评项目	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	218.5 ± 21.5	384.6 ± 50.6 *	72.3 ± 15.8	38.6 ± 8.2 *	134.5 ± 38.6	94.5 ± 28.6 *	67.6 ± 11.5	85.6 ± 14.9 *
对照组	219.6 ± 29.1	315.6 ± 43.8 *	73.4 ± 16.1	44.3 ± 9.4 *	132.5 ± 41.8	121.5 ± 32.6 *	68.1 ± 12.4	73.5 ± 13.2 *
<i>t</i> 值	0.192	6.521	0.308	2.890	0.223	3.938	0.187	3.844
<i>P</i> 值	0.848	0.000	0.759	0.005	0.825	0.000	0.852	0.000

注:与本组护理前比较,* $P < 0.05$ 。

表 4 两组 MNA-SF 评分比较 [例(%), $n = 40$]

组别	营养良好	营养不良风险	营养不良
观察组	19(47.5)	15(37.5)	6(15.0)
对照组	12(30.0)	16(40.0)	12(30.0)
<i>Z</i> 值		4.369	
<i>P</i> 值		0.000	

表 5 两组吞咽功能评分比较评价 [例(%), $n = 40$]

组别	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级	VI 级
观察组						
护理前	0	12(30.0)	14(35.0)	10(25.0)	2(5.0)	0
护理后	0	3(7.5)	5(12.5)	13(32.5)	13(32.5)	6(15.0)
对照组						
护理前	0	15(37.5)	12(30.0)	9(22.5)	3(7.5)	0
护理后	0	10(25.0)	15(37.5)	8(20.0)	6(15.0)	1(2.5)

注:两组护理前比较, $Z = 0.416, P = 0.519$;两组护理后比较, $Z = 3.946, P = 0.004$;观察组护理前后比较, $Z = 5.664, P = 0.000$;对照组护理前后比较, $Z = 4.215, P = 0.000$ 。

3 讨论

进食不仅是患者维持生命正常需要的重要途径之一,还是摄取外源性营养成分的重点,并直接影响机体免疫力及修复能力,最终对疾病康复及生活质量发挥影响^[6]。众多研究显示恶性肿瘤患者术前均存在不同程度的营养缺陷^[7],而术后因手术创伤,机体对营养成分的需求更高,如无法保证充足的营养摄取,则可能导致继发性疾病或术后抗肿瘤作用下降等不良事件,因此对恶性肿瘤进食困难患者实施有效的护理管理措施具有重要的临床价值。

品管圈是指相同工作区域的人员自发性组成质量管理小组,设置圈长、副圈长等,采取责任制管理,明确小组内组员的职责^[8]。品管圈活动可通过“头脑风暴”完全调动护理人员的创造性思维及积极性,从而提高护理质量。品管圈理念自提出以来在各行各业均得到应用,我国最早于台湾开展品管圈活动,并已经证实其在健康教育、临床护理、仪器管理等众多领域均有良好的应用价值^[9-10]。本次研究通过开展品管圈活动,发挥护理人员的积极性,加深其对进食困难患者护理的重视度,最终取得满意效果。

本研究结果显示观察组营养相关实验室指标较品管圈活动实施前均有显著改善,且营养状态显著改

善。有研究认为患者吞咽障碍程度每增加 1 级则患者营养风险增加 1.67 倍^[11],主要因为吞咽困难患者对营养食物的摄取量少,且每次进食均有较高的误吸风险,严重可导致吸入性肺炎发生,恶性肿瘤患者术后由于病情及手术因素的影响,患者多无法正常进食,又或者因为选择便于咀嚼的食物导致营养不均衡,最终导致营养不良^[12-13]。本研究显示实施品管圈活动后观察组吞咽功能分级明显改善,有 6 例患者已可正常进食,考虑与品管圈活动中吞咽训练的実施有关。生活质量方面可见观察组护理后功能尺度及自评项目评分明显上升,而症状、单项测量评分降低,表示实施品管圈活动可提高患者整体生活质量,减少术后一系列不良影响,而其改善患者营养状态可能是生活质量提高的主要因素之一^[14]。有研究显示癌症患者营养状态的改善可增强体力,最终提高生存质量^[15-19]。

综上,品管圈活动可改善恶性肿瘤进食困难患者营养状态及吞咽功能,临床应用有较高价值。

参考文献

- [1] 周玉玲,王学梅,吴金防,等.优化经口进食路径对提高食管癌术后舒适度的探讨[J].护士进修杂志,2014,29(24):2271-2274.
- [2] 魏秀峰,李印,孙海波,等.快速康复外科模式对食管癌术后患者近期生活质量的影响[J].中华胸心血管外科杂志,2014,30(12):705-710.
- [3] Uchihashi T, Tanaka S, Furusawa K. Postoperative functional evaluation for the mastication and swallowing in oral cancer patients[J]. Journal of the Matsumoto Dental University Society, 2006, 32(3): 205-211.
- [4] Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, et al. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF)[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001, 56(6): M366-M372.
- [5] Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology[J]. J Natl Cancer Inst, 1993, 85(5): 365-376.
- [6] 赵霖,莫伟民,吴琼.食管癌术后维生素 D 联合肠内免疫营养对患者免疫功能调节的影响[J].海南医学,2016,27(8):1239-1242.

- [7] 王健. 营养支持疗法对结直肠癌患者营养指标的影响[J]. 海南医学院学报, 2014, 20(9): 1270 - 1272.
- [8] 卢保恋, 陈伯香, 吴祥和. 品管圈活动在提高黎族住院病人健康教育知晓率中的应用[J]. 海南医学, 2011, 22(9): 147 - 149.
- [9] 刘赞, 邢南联, 王桂琴, 等. 品管圈活动对糖尿病患者自我注射胰岛素掌握率的影响[J]. 海南医学, 2013, 24(1): 105 - 107.
- [10] 钱湘云, 谢幸尔, 沈娟, 等. 品管圈在临床护理中应用的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(13): 1605 - 1608.
- [11] 赵宁珍. 急性脑梗死伴吞咽障碍患者营养风险评估及早期干预[J]. 护理与康复, 2014, 13(12): 1165 - 1166.
- [12] 杨平, 陈博, 伍晓汀. 胃癌住院患者营养风险及临床营养支持现状调查[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2011, 18(6): 620 - 624.
- [13] 刘瑾, 路潜, 马玲, 等. 食管癌手术患者住院期间营养筛查及评定[J]. 护理管理杂志, 2014, 14(11): 804 - 806.
- [14] 夏照华, 谢雯霓, 邓国防, 等. 深圳结核病住院患者营养风险筛查及其对临床结局和生活质量的评估[J]. 实用医学杂志, 2015, 31(6): 1003 - 1006.
- [15] 陆莉, 顾敏静. 营养风险对喉癌患者生活质量及术后并发症的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(24): 7142 - 7144.
- [16] 韩维嘉, 孙建琴, 谢华, 等. 老年吞咽障碍者营养与生活质量的现状[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(12): 3438 - 3440.
- [17] 周琳, 杨益. 晚期癌症患者应用临终关怀护理模式改善生活质量和心理状况的效果研究[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(9): 1601 - 1604.
- [18] 孙彩霞, 杨徐静, 张长怡. 喉癌术后患者营养风险与并发症的关系及营养支持情况分析[J]. 中华全科医学, 2015, 13(2): 304 - 305, 308.
- [19] 何晓琴, 陈志明, 程鹏, 等. 食管癌术后肠内营养支持的临床效果及其耐受性观察[J]. 中华全科医学, 2016, 14(6): 959 - 961.

收稿日期: 2016 - 11 - 19 编辑: 王国品

· 护 理 ·

加强软素质培养提高护生综合素质

徐翠¹, 朱晓莲¹, 徐云², 苏美华², 刘颖¹

1. 南通大学附属南京江北人民医院人事教育处, 江苏 南京 210048;

2. 南通大学附属南京江北人民医院护理部, 江苏 南京 210048

关键词: 软素质; 护生; 临床实习; 教学模式

中图分类号: R 47 G-64 文献标识码: B 文章编号: 1674 - 8182(2017)03 - 0423 - 03

方定志等^[1]认为医学教学方法是医学教育的核心内容之一,也是医学教育研究的重要领域。而教学方法受教育思想观念和教学模式的影响,在不同的教育思想观念指导下,在不同的医学教育模式中,就会产生不同的教学方法。

民营医院是改革开放的产物,是我国医疗卫生事业的必要补充,呈星星之火可以燎原之势,成为我国医疗卫生事业的重要组成部分,发挥着越来越重要的作用。随着人类社会的不断进步和发展,医学逐渐转化为集社会因素、心理因素、生物因素和技术因素的医学模式。面对这一崭新的医学模式,医学教育方法和教学内容也必须不断发展和更新,才能符合时代的要求。我们尝试着改变传统的带教模式,通过加强对护生一系列软素质的培养,把护生培养成临床技能强、综合素质高的护理专业人才,使她们在今后的护理工作岗位上能够更好地践行南丁格尔誓言。

医院是集治疗、预防、科研和教学于一体的综合

性医务单位。临床实习带教工作是医院的一项日常工作。我院每年接收护理专业实习生近 200 名,她们是护理队伍的一员,其言行举止代表着医院的形象,为防止“木桶效应”的发生,我们通过一系列软素质培养来提高护生的综合素质,以提高医院整体护理水平,促进护患关系的和谐发展。

1 顺应时代发展,转变带教理念

医学是一门实践性很强的应用学科,不可能通过一次理论学习就能完全掌握和应用,需要经过长时间的反复实践和不断训练。这就要求临床带教老师必须提高自身素质,进行规范化的临床带教,使护生在已经掌握了基础理论和基本知识的前提下,能更好地将其与临床实践紧密结合起来^[2-3]。

医学已逐渐转化为集社会因素、心理因素、生物因素和技术因素的医学模式,强调关心病人,关注社会,注重技术与服务的共同提高。新的医学模式向我们提出了一个新的课题——如何更好地完成临床教学工作。随着教育思想、教育观念不断更新以及医学