

规范化的营养管理在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用效果

王一芳

常州市金坛第一人民医院 江苏 常州 213200

摘要:目的:分析在慢性阻塞性肺疾病患者中应用规范化的营养管理的效果。方法:在我院2023年4月至2025年3月选择80例慢性阻塞性肺疾病患者进行数据分析,抽签分组,每组40例患者,研究组应用规范化的营养管理,对照组应用常规饮食指导,对比组间数据。结果:对比对照组,研究组干预后6min步行试验结果明显更远,干预后前白蛋白、血红蛋白、白蛋白指标均明显更高,干预后肺功能指标明显更高;对比两组干预前6min步行试验结果、前白蛋白指标、血红蛋白指标、白蛋白指标、肺功能指标, $P > 0.05$ 。结论:在慢性阻塞性肺疾病患者中应用规范化的营养管理的效果理想。

关键词:规范化;营养管理;慢性阻塞性肺疾病;应用效果

进行性呼吸系统疾病慢性阻塞性肺疾病(COPD)在临床上有较高发生率,特征是持续性气流受限,患者容易发生残疾和死亡。分析得出^[1],疾病进展会导致COPD患者出现营养不良,分析原因,与长期缺氧、能量消耗增加、消化吸收功能紊乱及药物副作用等因素有关,营养不良的发生会导致患者呼吸肌功能减退加剧,患者降低免疫功能,急性加重风险增加^[2],生活质量和预后受到严重程度影响。目前临床在治疗COPD患者病情中使用药物控制感染,对患者通气改善,但是为患者实施常规饮食指导,不能对患者疾病状态下营养需求进行有效满足,基于此,临床要探讨科学有效营养管理模式^[3],对患者营养状况改善,提升患者肺功能及生活质量。本文选择80例患者进行数据分析,分析在慢性阻塞性肺疾病患者中应用规范化的营养管理的效果。

1 资料和方法

1.1 资料

在我院2023年4月至2025年3月选择80例慢性阻塞性肺疾病患者进行数据分析,抽签分组,每组40例患者,研究组男女21/19,年龄51-79(66.36 ± 5.26)岁,对照组男女20/20,年龄52-78(66.31 ± 5.24)岁。对比两组数据得出 $P > 0.05$ 。

纳入标准:与疾病诊断标准相符合;意识清晰,可以对研究配合;知情同意。

排除标准:有严重心、肝、肾等重要脏器功能不全;有糖尿病、恶性肿瘤、甲状腺功能亢进等;有精神疾病,有吞咽功能障碍;拒绝参与研究。

1.2 方法

对照组应用常规饮食指导,护士要根据患者情况提出饮食指导,叮嘱患者多吃高蛋白、高维生素、易消化食物,强调戒烟戒酒、少食多餐等操作的意义,在患者咨询时,护士要积极给予患者针对性解答。

研究组应用规范化的营养管理,护士负责主导,必要时可以联合营养师,具体措施如下:(1)制定护理评估与护理方案:护士在患者入院24h内开展全面营养评估,对患者营养状况分级明确,与患者病情严重程度、消化吸收功能、饮食喜好、经济状况及居家护理条件相结合,与营养师联合,为患者制定营养管理方案,具有个性化特点,在方案中,要对能量供给标准、营养素配比、饮食方式及护理干预要点进行明确,详细为患者及其家属讲解,提升配合度。(2)实施规范化护理:①营养供给护理:护士要结合患者营养方案进行每天指导,将能量与营养素供给落实,计算每天所需能量时使用 $30-35\text{kcal}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 公式,蛋白质占比15%-20%,例如鱼、肉、蛋、奶、豆制品等,碳水化合物占比50%-60%,主要是杂粮、薯类等复合碳水化合物,脂肪占比20%-30%,优先选择不饱和脂肪酸,例如橄榄油、深海鱼油等。护士要对患者摄入维生素、矿物质情况进行监督,进食不足,则及时沟通医生、营养师,对方案调整,或者为患者提供营养素补充剂,保证营养供给达到标准。②进食护理指导:护士可以结合患者呼吸功能分级制定进食护理方案,做好个性化调整工作,患者有轻微呼吸困难,提供正常进食指导,患者有严重呼吸困

难, 则协助进食患者摆放坐位或者半卧位, 少食多餐, 每天 5-6 餐, 每餐控制 200-300ml, 进食后, 协助患者保持 30-60min 半卧位或者坐位, 对巡视加强, 对患者有无食物反流、呛咳等情况进行细致观察, 对患者发生肺部感染或者窒息情况进行有效预防。③健康宣教与心理护理: 护士可以组织患者及其家属积极参与营养健康讲座, 在讲解 COPD 与营养关系、合理饮食重要性、饮食注意事项过程中注意结合护理案例, 将图文并茂的营养饮食手册发放给患者, 将适宜的食物和禁忌的食物标注, 针对患者中老年群体进行示范和一对一讲解, 因为患者理解能力差, 要强化患者健康宣教。护士应关注患者饮食配合度, 若患者因为担忧病情、食欲差等情况出现不愿意进食, 则要积极疏导患者情绪, 鼓励患者对饮食护理积极配合。(3) 动态监测与延续护理: 每周由护士复查患者营养状况 1 次, 对患者病情改变、进食情况等详细记录, 为患者开展营养护理方案及时调整。在患者出院时, 为患者及其家属制定居家营养护理计划, 对居家进食注意事项、营养监测方法、紧急情况处理方式进行明确。构建延续护理档案, 每周为患者开展 1 次电话随访, 每月为患者开展 1 次社区复诊, 做好进食护理指导、健康宣教, 对护理疑问详细解答, 对营养方案及时调整。

1.3 观察指标

(1) 对比两组 6min 步行试验结果。使用 6 分钟步行试验 (6MWT) 测试。

(2) 对比两组前白蛋白、血红蛋白、白蛋白指标。

(3) 对比两组肺功能指标。

1.4 统计学分析

数据分析时使用 SPSS 28.0 软件, 计数和计量资料的表现形式为率 (%)、 $[\bar{x} \pm s]$ 描述, 分别开展 χ^2 、t 检验, $P < 0.05$, 有统计学意义。

2 结果

对比对照组, 研究组干预后 6min 步行试验结果明显更远, 干预后前白蛋白、血红蛋白、白蛋白指标均明显更高, 干预后肺功能指标明显更高, $P < 0.05$; 对比两组干预前 6min 步行试验结果、前白蛋白指标、血红蛋白指标、白蛋白指标、肺功能指标, $P > 0.05$ 。

表 1 对比两组 6min 步行试验结果 (m)

组别	干预前	干预后
研究组 (n=40)	305.38±43.22	412.52±56.44
对照组 (n=40)	305.62±43.22	346.38±50.12
t	0.0248	5.5418
P	> 0.05	< 0.05

表 2 对比两组前白蛋白、血红蛋白、白蛋白指标

组别	前白蛋白 (mg/L)		血红蛋白 (g/L)		白蛋白 (g/L)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组 (n=40)	261.28±47.33	291.16±21.99	102.14±6.72	113.28±8.48	38.26±2.47	42.36±2.92
对照组 (n=40)	260.35±45.72	275.34±2.35	102.22±6.77	108.44±7.71	38.42±2.27	40.48±2.15
t	0.0894	4.5242	0.0530	2.6709	0.3016	3.2790
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

表 3 对比两组肺功能指标

组别	FEV1 (L)		FVC (L)		FEV1/FVC (%)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组 (n=40)	1.51±0.33	1.95±0.24	2.41±0.51	2.85±0.62	66.72±4.38	75.57±6.82
对照组 (n=40)	1.53±0.33	1.77±0.37	2.37±0.51	5.58±0.55	66.75±4.42	72.36±5.47
t	0.2710	2.5813	0.3508	20.8327	0.0305	2.3222
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

慢性阻塞性肺患者有关营养状况,发生营养不良的患者占比30-50%,尤其是处于急性加重期的患者,有更为突出的营养不良情况,患者预后受到严重影响。目前临床在为患者开展常规饮食指导中,没有系统性与个性化^[4],应用后,不能对患者特殊营养需求有效满足,基于此,本文研究规范化营养管理的内容和效果。

本文研究结果显示,干预后,研究组6min步行试验结果、营养指标(前白蛋白、血红蛋白、白蛋白)、肺功能指标(FEV1、FVC、FEV1/FVC)均显著优于对照组($P < 0.05$),结果可以证实为患者实施规范化营养管理有较高的临床有效性,具体分析结果可以获知:

(1)运动耐力方面,研究组干预后6min步行距离达(412.52 ± 56.44)m高于对照组(346.38 ± 50.12)m,分析原因,是因为患者应用规范化营养管理,可以将精准能量供给与营养素配比提供,依据 $1.2-1.5\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 为患者供给优质蛋白质^[5],患者呼吸肌功能明显改善,为患者提供复合碳水化合物与不饱和脂肪酸,可以将稳定能量提供,患者疲劳感明显减少。(2)营养状况改

善上,研究组干预后前白蛋白、血红蛋白、白蛋白水平显著高于对照组,其产生原因具体如下:在患者入院24h内,全面对患者营养状况评估,与患者饮食喜好和病情结合,每天为患者开展饮食指导和监督摄入情况,及时进行护理方案调整^[6],做好补充,每周为患者进行1次复查,促使患者干预有效性高。(3)肺功能指标方面,研究组干预后FEV1、FVC及FEV1/FVC均显著高于对照组,FVC提升尤为明显,分析结果产生原因:在患者实施规范化营养管理后,可以正向促进营养改善,利用优质蛋白质摄入,可以有效修复患者呼吸肌^[7],利用维生素摄入,可以对患者气道黏膜防御功能强化,感染和气道阻塞得以明显减少,患者康复依从性和运动耐力提升,可以间接促进患者恢复肺功能。

综上,在慢性阻塞性肺疾病患者中应用规范化的营养管理的效果理想,干预后6min步行试验结果明显更远,干预前后白蛋白、血红蛋白、白蛋白指标均明显更高,干预后肺功能指标明显更高,值得临床推广和使用。

参考文献:

[1] 邹晶晶,蔡宾,施吉霞,等.慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者营养管理的最佳证据总结[J].结核与肺部疾病杂志,2025,6(03):261-268.

[2] 刘香田,高淑红,庞慧.老年慢性阻塞性肺疾病患者出院后营养管理研究进展[J].中国卫生标准管理,2025,16(11):194-198.

[3] 林丽,宋姣,董碧蓉.慢性阻塞性肺疾病营养管理的研究进展[J].现代临床医学,2025,51(02):157-160.

[4] 董晓燕,祁娜.慢性阻塞性肺疾病患者的营养评价及营养支持治疗研究进展[J].实用临床医药杂志,2025,

29(03):123-127+132.

[5] 董晓燕.有氧-抗阻运动联合营养管理在慢性阻塞性肺疾病稳定期患者肺康复中的应用[J].医学理论与实践,2025,38(01):166-168.

[6] 车丽萍,唐琦,蒋燕红,等.基于归因理论的综合营养护理干预方案对老年慢性阻塞性肺疾病患者营养状况的影响[J].中华全科医学,2024,22(09):1614-1618.

[7] 刘凌卉,苏婷.基于循证理念的营养管理在老年慢性阻塞性肺疾病急性加重期住院患者的应用分析[J].老年医学与保健,2024,30(04):994-997+1053.