

基于 Orem 自理理论的过渡期营养管理路径在胰腺术后患者中的应用效果

付金婷 曹鑫彦 (通讯作者)

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430000

【摘要】目的：探讨基于 Orem 自理理论的过渡期营养管理路径在胰腺术后患者中的应用效果。方法：选取 2024 年 1 月—2024 年 12 月接受胰腺手术的 45 例患者，随机数字表法分为观察组（应用基于 Orem 自理理论的过渡期营养管理路径干预，23 例）与对照组（应用常规干预模式，22 例）。结果：观察组患者营养状况恢复效果优于对照组，自理能力评分高于对照组，且消化系统并发症发生率低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：将 Orem 自理理论融入胰腺术后过渡期营养管理，可有效改善患者营养状况、提升自理能力，降低并发症发生率。

【关键词】 Orem 自理理论；过渡期营养管理路径；胰腺术后；应用效果

DOI:10.12417/2811-051X.26.05.002

胰腺癌是消化系统高发恶性肿瘤，外科手术治疗创伤显著，术后胰瘘、感染等并发症发生率居高不下。营养水平为影响患者术后康复进程与长期预后的核心要素，术后消化酶分泌不足、胃肠功能紊乱易诱发营养不良，且出院后居家过渡期营养管理的缺失，常导致康复进程受阻。Orem 自理理论强调“以患者为中心”，通过评估自理需求、提供分级护理支持，帮助患者逐步恢复自理能力。基于此，本研究旨在探讨基于 Orem 自理理论的过渡期营养管理路径在胰腺术后患者中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 1 月—2024 年 12 月在本院肝胆胰外科接受胰腺手术的 45 例患者，随机数字表法分为观察组与对照组。观察组 23 例，男 13 例、女 10 例，年龄 42-73 岁，平均（ 58.6 ± 6.2 ）岁；对照组 22 例，男 12 例、女 10 例，年龄 40-75 岁，平均（ 59.2 ± 6.5 ）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入患者经病理活检确诊为胰腺癌，首次接受胰腺手术。排除存在精神疾病、认知障碍或沟通障碍者。

1.2 方法

对照组实施胰腺术后常规营养管理模式：

（1）术后禁食期间，给予肠外营养支持，根据患者体重+代谢情况计算营养需求量。

（2）胃肠功能恢复后，逐步过渡至肠内营养，从少量温凉流质饮食（如米汤、菜汤）开始，逐渐增加摄入量、饮食种类，过渡至半流质饮食（如稀粥、烂面条）、普通饮食。

（3）出院时给予常规营养指导，包括饮食禁忌、少食多餐原则，告知患者定期复诊。

观察组应用基于 Orem 自理理论的过渡期营养管理路径，如下所示：

1.2.1 住院期

全补偿阶段：患者胃肠功能未恢复，无法自主进食，护理人员全权负责营养供给，采用“肠外营养+肠内营养准备”模式。每日评估患者生命体征、胃肠功能恢复情况，根据“NRS200 营养风险筛查量表”评估营养风险，联合营养师制定个性化肠外营养方案，确保热量摄入 $25-30\text{kcal}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 、蛋白质 $1.2-1.5\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。同时，依据术后饮食进度分阶段实施肠内营养准备：术后 1 天， $5-10\text{ml}/\text{h}$ ，总量 $100-200\text{ml}$ ，术后 2-3 天经鼻肠管给予全流质饮食（如米汤、稀藕粉，每次 100ml ，每日 5-6 次，温度控制在 $38-40^\circ\text{C}$ ）。

部分补偿阶段：患者胃肠功能逐渐恢复，护理人员协助患者完成营养相关自理活动，逐步过渡至肠内营养。术后 4-7 天过渡为清流质饮食（如去油鸡汤、过滤鲜榨蔬菜汁，每次 100ml ，每日 5-6 次）。根据患者自理能力评估结果，给予分级支持：

（1）对于自理能力较差的患者，护理人员协助进行饮食温度调节、进食后体位护理（抬高床头 $30^\circ-45^\circ$ ，预防反流）；（2）对于自理能力较好的患者，指导其逐步过渡至低脂肪流质饮食（如去脂温牛奶、嫩蛋羹，每次 100ml 搭配 1 个蛋羹/小份豆腐脑，每日 5-6 次），护理人员在旁协助把控进食量与温度，纠正过快进食、过量进食等习惯。同时，结合实物（如对应饮食的成品样例）演示该阶段饮食要点：如避免高脂、辛辣食物，遵循“少量多餐、细嚼慢咽”原则（每餐量不超过 200ml ）；同步讲解出院后居家饮食的过渡方向（如术后 2-3 周可转为半流质），以及饮食后不适症状（如腹泻）的初步处理方式。

1.2.2 出院居家期

辅助教育阶段：重点提升患者自我营养管理能力。

（1）出院前 1 天，构建一对一随访档案，记录患者基本信息、术后恢复情况、营养状况指标、自理能力评分，明确随访计划，告知患者及家属随访方式、紧急情况联系电话。

(2) 定期随访干预：术后 15 天进行首次微信视频随访，评估患者居家饮食执行情况、有无不适症状（如腹泻、腹胀、恶心），查看患者饮食记录（指导患者每日记录饮食种类、摄入量），根据患者恢复情况调整饮食方案，如将流质饮食过渡至半流质饮食，增加优质蛋白质、膳食纤维摄入（如瘦肉末、蔬菜泥）；术后 1 个月进行电话、门诊随访，复查营养相关指标，评估自理能力变化，针对患者存在的问题给予个性化指导。

(3) 辅助教育强化：建立观察组患者微信群，每日推送胰腺术后营养管理小知识，每周开展 1 次线上答疑，由护理人员、营养师共同解答患者及家属的疑问。

1.3 观察指标

均在术后 1 个月评估：

(1) 营养状况指标：采用血清白蛋白（ALB）、前白蛋白（PA），通过全自动生化分析仪检测。

(2) 自理能力指标：采用 Barthel 指数评定量表评估，总分 100 分，得分越高自理能力越强。

(3) 消化系统并发症指标：记录患者术后 1 个月内腹胀、腹泻、腹痛的发生情况。

1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）资料分别行 X^2 、t 检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组术后营养状况指标比较

观察组 ALB、PA 水平平均高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 术后营养状况指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	观察组	对照组	t	P
n	23	22		
血清白蛋白(g/L)	35.26±2.15	32.18±2.34	4.256	0.000
前白蛋白(mg/L)	225.38±18.65	201.56±17.89	5.891	0.000

2.2 两组术后 Barthel 指数比较

观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 术后 Barthel 指数比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	观察组	对照组	t	P
n	23	22		
Barthel 指数	68.52±8.65	56.31±9.23	6.324	0.000

2.3 两组术后消化系统并发症发生率比较

观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 并发症发生率比较【n(%)】

组别	观察组	对照组	X^2	P
n	23	22	-	-
腹胀	1	3	-	-
腹泻	0	2	-	-
腹痛	0	2	-	-
总发生率	4.35	31.82	6.872	0.009

3 讨论

胰腺癌作为恶性程度高、诊疗难度大的消化系统肿瘤，发病率近年持续攀升，手术切除仍是当前临床治疗的核心手段。胰腺兼具消化与内分泌双重功能，手术不可避免会损伤胰腺组织，引发胰酶分泌不足、胃肠动力紊乱等问题，进而诱发各类营养相关并发症。此类营养不良不仅直接延缓伤口愈合、削弱机体免疫力，还会升高胰瘘、感染等术后不良事件风险，显著影响患者远期预后^[1]。当前临床营养管理存在明显的住院-居家过渡期断层：住院期间患者可获得规范营养支持，但出院后因患者及家属缺乏专业营养知识、自我管理能力薄弱，且随访指导机制不完善，导致营养干预措施难以持续落地^[2]。传统单一的住院期营养管理模式已难以适配患者术后恢复需求，亟需构建连续性、个性化且以患者自理能力为核心的过渡期营养管理路径^[3]。Orem 自理理论核心在于通过全补偿、部分补偿及辅助教育三级护理系统，依据患者自理能力提供分级支持，最终助力患者恢复自理能力、提升生活质量。将该理论融入胰腺术后过渡期营养管理，可在患者自理能力薄弱阶段提供全面营养保障，在能力恢复阶段通过健康教育与实操指导强化其自我管理营养能力，有效衔接住院与居家营养管理，填补过渡期营养干预空白^[4]。

本研究结果显示，术后 1 个月，观察组 ALB、PA 水平平均高于对照组（ $P < 0.05$ ），上述结果提示，基于 Orem 自理理论构建的过渡期营养管理路径，可有效改善胰腺术后患者的营养状态。从具体干预实施来看，观察组住院期间采用‘全补偿-部分补偿’分级递进式营养支持方案：术后 1-3 天（全补偿阶段），护理人员结合患者术前营养风险与术后体征，联合营养师制定肠外营养方案的同时，经鼻肠管给予适配的全流质饮食；术后 4-7 天过渡为清流质饮食，精准匹配肠道黏膜修复的需求；术后 8-14 天（部分补偿阶段），依据排气、腹胀缓解等胃肠功能恢复信号，引导患者过渡至低脂肪流质饮食，护理人员按需协助操作或指导自主进食。该分阶段、匹配肠道耐受度的饮食方案，避免了传统统一化饮食模式中‘进度不符肠道状态’引发的营养供给偏差或肠道刺激等问题^[5]。出院居家康复阶段，观察组通过辅助教育干预体系强化患者自我管理效

能：为患者建立一对一专属随访档案，通过定期电话随访结合微信视频连线的方式开展随访工作，实时掌握患者饮食方案执行情况，针对饮食依从性差、营养搭配不合理等问题给予针对性指导^[6]。

术后1个月随访结果显示，观察组 Barthel 指数评分高于对照组 ($P<0.05$)，提示基于 Orem 自理理论构建的过渡期营养管理方案，可有效改善胰腺术后患者的自理能力水平。观察组住院期间采用“全补偿-部分补偿”阶梯式护理系统，结合患者实时自理能力分级提供针对性支持：术后0-7天，患者受手术创伤影响自理能力严重不足，护理人员全程主导营养供给及相关护理操作，同时通过一对一讲解、图文手册宣讲等方式，向患者及家属科普营养支持对术后愈合的核心作用，帮助其建立认知关联；术后8-14天，随着患者病情好转，自理能力逐步恢复，护理人员转为协助指导模式，引导患者参与进食、饮食调节等实操活动，例如指导患者借助喂养泵刻度自主调节鼻肠管喂养速度，同步观察自身耐受情况，或协助其准备少量米汤、菜汤等流质饮食，通过实操示范与实时指导相结合的模式，帮助患者逐步掌握营养管理相关的自理技能^[7]。出院进入居家康复阶段后，观察组通过 Orem 理论中的辅助教育系统持续强化患者自理能力：护理团队定期通过电话或入户随访，评估患者

居家饮食自理的实际执行情况，针对不同问题开展个性化指导^[8]。与此同时，护理团队通过微信群推送的营养管理科普内容，除饮食相关要点外，还涵盖穿衣、洗漱等日常生活自理技能的实操方法，助力患者全面提升整体自理能力。

本研究进一步发现，观察组消化系统并发症发生率显著低于对照组 ($P<0.05$)，这一结果直观印证了基于 Orem 自理理论的过渡期营养管理路径的临床应用价值。在全补偿阶段，护理人员逐项评估患者胃肠功能恢复进度，循序渐进推进肠内营养准备工作，规避过早或不当营养供给对肠道造成的刺激；在部分补偿阶段，护理人员结合患者自理能力分级开展饮食指导，通过实物演示教会患者及家属把控饮食温度与摄入量，帮助其识别肠道不耐受信号并及时调整饮食方案；在辅助教育阶段，护理人员通过定期随访监测患者居家饮食执行情况，对早期肠道不适症状及时干预，同时借助微信群推送肠道养护知识，强化患者的并发症预防意识。这种规范连续的营养干预，既保障了营养供给，又精准呵护肠道功能，有效降低术后腹胀、腹泻、腹痛的发生风险，为患者术后康复筑牢身体基础。

综上所述，基于 Orem 自理理论的过渡期营养管理路径在胰腺术后患者中的应用效果显著，能有效改善患者营养状况、提升自理能力，同时降低消化系统并发症发生率。

参考文献：

- [1] 李小娟,吴丽君,陈冬梅,等.Orem 自理理论指导下的护理干预对胰腺癌术后患者疼痛程度、营养不良发生风险的影响[J].医学食疗与健康,2022,20(32):197-198.
- [2] 韩莹,刘丽娜.基于 Orem 自理理论的护理模式对胰腺癌术后患者生活质量及预后的影响[J].北华大学学报(自然科学版),2024,25(1):92-95.
- [3] 朱红,朱肖蕾,祁克蓉.胰腺癌患者术前口服营养补充中的目标管理护理干预效果分析[J].中外医学研究,2025,23(32):104-107.
- [4] 许静怡,李静,赵会玲,等.全胰腺切除后糖尿病的营养管理研究进展[J].肝胆胰外科杂志,2025,37(9):639-642,648.
- [5] 谢煜,赵海艳,张俊娟,等.1 例多灶性混合型胰腺导管内乳头状黏液性肿瘤行扩大全胰切除术病人的营养管理[J].全科护理,2024,22(23):4549-4554.
- [6] 袁丽,张海玲,乔晓斐,等.胰腺癌患者围手术期营养管理的最佳证据总结[J].中华现代护理杂志,2024,30(3):351-357.
- [7] 张频,李丽慧,张晓菊,等.胰腺恶性肿瘤患者围手术期全程化营养管理方案应用效果评价[J].上海护理,2024,24(11):51-57.
- [8] 丁玲,张晓娇,王飞通,等.目标管理护理干预模式在胰腺癌患者术前口服营养补充剂中的应用[J].肝胆胰外科杂志,2024,36(3):168-171.