

- (10) 罗鹏飞, 李宁, 谢兴文, 等. 基于“筋骨平衡”理论探讨旋转手法治疗颈椎病的生物力学机制研究进展 (J). 中医正骨, 2020, 32(9): 46-49.
- (11) 修忠标, 刘晶, 刘洪, 等. 基于“松紧结合”思路针刀治疗颈型颈椎病疗效观察 (J). 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(12): 19-22.
- (12) 黎万友, 杨立群, 何本祥, 等. 颈椎病的运动疗法 (J). 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(2): 71-75.
- (13) 轩玉宏, 刘有为, 刘彤, 等. 微信健康教育对稳定性冠心病患者自我管理能力和生活质量影响 (J). 中国健康教育, 2019, 35(4): 367-370.
- (14) 周琴. 循证护理对神经根型颈椎病患者疾病知识知晓度及护理满意度的影响 (J). 国际护理学杂志, 2017, 36(10): 1391-1393.
- (15) Rebecca S, Jaideep M, Rajeev JG, et al. Potential for the use of mHealth in the management of cardiovascular disease in Kerala: a qualitative study. BMJ Open, 2015, 5(11): e009367.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)04-0134-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.04.042

## 健康教育路径结合饮食干预对营养不良 患儿营养指标及依从性的影响

蔡 珊 陈淑榆 钟小兰

(佛山市禅城区人民医院, 广东 佛山 528000)

〔摘要〕 **目的:** 分析在营养不良患儿中采用健康教育路径联合饮食干预的应用价值。**方法:** 选取2017年1月至2017年12月佛山市禅城区人民医院收治的84例营养不良患儿进行研究, 随机分为对照组与观察组, 各42例。对照组为饮食干预, 观察组采取饮食干预结合健康教育路径, 比较两组患儿干预前后的营养指标、不良饮食纠正率、治疗依从性及并发症发生状况。**结果:** 干预14 d后, 两组患儿的各项营养指标均高于干预前, 且观察组患儿的白蛋白、前白蛋白及血红蛋白均较对照组更高, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患儿的不良饮食纠正率高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 干预7 d后, 观察组患儿的总依从率较对照组更高, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 干预期间, 观察组患儿的并发症总发生率较对照组低, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 健康教育路径联合饮食干预有助于改善营养不良患儿的营养指标, 纠正其不良饮食情况, 提高患儿配合治疗的依从性, 且并发症发生率较低。

〔关键词〕 营养不良; 健康教育路径; 饮食干预; 儿童

〔中图分类号〕 R 473.5      〔文献标识码〕 B

儿童在生长发育过程中, 若伴有较长时间的营养不良, 则会对其自身的智力与体格发育产生严重制约, 甚至会对儿童自身的免疫力产生不利影响, 以致引发多种疾病情况出现<sup>[1]</sup>。近年来, 受多种因素的影响, 营养不良患儿的发生率呈递增趋势, 需引起家长及临床工作者的高度重视。当儿童出现营养不良后, 需依据其自身状况给予针对性治疗, 目前, 主要是以饮食干预为主, 通过对儿童进行膳食营养方面的调节, 对其营养不良的状况进行改善<sup>[2-3]</sup>。但相关临床研究显示, 部分患儿受自身依从性及家长认知度较低等的影响, 导致其饮食干预的总体效果并不理想<sup>[4]</sup>。而健康教育路径的实施, 则可针

对家长及儿童该方面缺乏的情况进行针对性调整, 从而提高其配合治疗的依从性<sup>[5]</sup>。因此, 本研究通过对营养不良患儿采用健康教育路径联合饮食干预, 以探讨其临床价值, 详情如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

选取2017年1月至2017年12月佛山市禅城区人民医院收治的84例营养不良患儿进行研究, 随机分为对照组与观察组。对照组42例, 男24例, 女18例, 年龄0.5~6.0岁, 平均(3.21±1.45)岁。观察组42例, 男23例,

〔收稿日期〕 2021-12-11

〔作者简介〕 蔡珊, 女, 主治医师, 主要从事妇儿保健工作。

女 19 例，年龄 0.5 ~ 5.5 岁，平均 (3.45 ± 1.47) 岁。两组患儿性别、年龄等一般资料比较，差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合小儿营养不良的临床诊断<sup>[6]</sup>；(2) 有皮肤苍白、消瘦以及精神涣散等不适症状；(3) 患儿家长陪同患儿就诊、治疗、复查；(4) 患儿家长对研究知情。

1.1.2 排除标准 (1) 合并恶性肿瘤疾病；(2) 合并先天性疾病；(3) 合并智力障碍。

## 1.2 方法

1.2.1 对照组 执行饮食干预，具体包含：(1) 患儿饮食结构调整，确保患儿能够摄入较为充足的营养量，叮嘱患儿及其家长需以高蛋白、高热量类的食物为主，并依据患儿的个人喜好，为其制定具备针对性的饮食方案，以达到提高患儿食欲的效果。对于 1 岁以下者，则应以母乳喂养为主，而人工喂养或混合喂养的患儿，则需依据其消化功能的发育情况及食欲进行摄入量的调整。对于断奶后的儿童，则需以维生素、蛋白质及热量的补充为主，同时还需注意对水分及微量元素的摄入。

(2) 营养液的合理补充，根据医嘱为患儿进行胰酶、蛋白酶等消化酶的补充，加速机体消化，对于存在水电解质紊乱的患儿，则应依据患儿自身状况采取氨基酸营养液、葡萄糖注射等方法进行针对性调整。

1.2.2 观察组 在对照组基础上联合健康教育路径，具体为：(1) 确立实施目标，首先护理人员对患儿的临床症状进行仔细观察，并对其家长进行病史询问，协助患儿完成各项常规检查，之后对造成患儿营养不良的原因进行归纳，结合健康教育工作的开展情况，为患儿制定针对性、个性化的健康教育方案，加强与患儿家长间的沟通与联系。(2) 成立健康教育小组，该小组由 7 名成员组成，其中儿科护士长担任该小组组长，其他成员均具备较为丰富的儿科经验，由专业人士对组内成员进行培训，进一步提高其健康知识的掌握水平，使其能够对各种健康教育技巧均可做到准确掌握，为健康教育路径的准确实施奠定坚实基础。(3) 健康教育路径实施，是导致患儿营养不良的原因作为实施依据，制定针对性的健康教育方案，并对患儿进行喂养方式的合理化调整，确保其能够获得较为充足的营养物质与蛋白质，并叮嘱患儿家长严格进行脂肪摄取量的控制；患儿喂养期间需保持足够的耐心，防止因喂食不当而出现食物反流，甚至引发患儿窒息。对于存在不良饮食习惯的患儿，如边走边吃、食盐较多、边吃边玩、不规则进食、咀嚼不充分以及边吃边笑者，护理人员应通过加强与患儿间的沟通与交流，使其明白不合理饮食的危害，告知其新鲜的蔬菜、水果等在健康成长中的重要性，以此引起患儿的

高度重视。患儿家长应注重自身烹饪技术方面的提升，以此提高患儿食欲，并依据患儿健康状况制定合理化的运动方案，鼓励患儿多参加户外活动。

两组患儿均干预 14 d 后观察其营养改善情况。

## 1.3 观察指标

(1) 营养指标，分别在患儿干预前及干预 14 d 后抽取其 3 mL 空腹静脉血，借助全自动生化分析仪检测其白蛋白、前白蛋白及血红蛋白指标。(2) 记录两组患儿不良饮食纠正情况，“已纠正”的判定标准为：患儿的不良饮食习惯得到明显纠正，如饮食搭配合理、不挑食、咀嚼充分、不再边吃边玩、不再喜好脂肪过高或肉类食物等。

(3) 比较两组患儿在干预 7 d 后的依从性，若患儿能够严格按医嘱接受饮食及干预治疗则为完全依从，接受饮食干预期间偶尔存在不依从情况则为部分依从，均未按照医嘱接受饮食干预为不依从。总依从率 = (完全依从 + 部分依从) / 总例数 × 100 %。(4) 记录比较两组干预 14 d 后并发症发生状况，包含口角炎、侏儒状态及感染。

## 1.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用  $t$  检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患儿干预前后的营养指标比较

干预前，两组患儿的各项营养指标比较，差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；干预 14 d 后，两组患儿的各项营养指标均高于干预前，且观察组患儿的白蛋白、前白蛋白及血红蛋白均较对照组更高，差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患儿干预前后的营养指标比较 ( $n = 42$ ,  $\bar{x} \pm s$ ,  $g \cdot L^{-1}$ )

组别	时间	白蛋白	前白蛋白	血红蛋白
对照组	干预前	35.4 ± 3.0	196.3 ± 10.8	95.9 ± 5.1
	干预 14 d 后	38.0 ± 0.9 <sup>a</sup>	211.2 ± 7.0 <sup>a</sup>	107.2 ± 7.0 <sup>a</sup>
观察组	干预前	36.1 ± 2.9	197.0 ± 10.9	95.4 ± 4.3
	干预 14 d 后	44.4 ± 1.3 <sup>ab</sup>	257.0 ± 5.1 <sup>ab</sup>	118.1 ± 7.9 <sup>ab</sup>

注：与同组干预前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ ；与对照组干预 14 d 后比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患儿不良饮食纠正情况比较

干预 14 d 后，观察组患儿的不良饮食纠正率为 92.9 % (36/42)，对照组为 76.2 % (32/42)，观察组患儿的不良饮食纠正率高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

### 2.3 两组患儿的治疗依从性比较

干预 7 d 后，观察组患儿的治疗总依从率较对照组更高，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表2 两组患儿的治疗依从性比较 (n=42, n(%))

组别	完全依从	部分依从	不依从	总依从
对照组	16(38.1)	14(33.3)	12(28.6)	30(71.4)
观察组	21(50.0)	20(47.6)	1(2.4)	41(97.6) <sup>c</sup>

注:与对照组比较, <sup>c</sup>P < 0.05。

#### 2.4 两组患儿的并发症发生状况比较

干预期间,观察组患儿的并发症总发生率较对照组低,差异具有统计学意义 (P < 0.05),见表3。

表3 两组患儿的并发症发生状况比较 (n=42, n(%))

组别	口角炎	侏儒状态	感染	总发生
对照组	4(9.5)	2(4.8)	4(9.5)	10(23.8)
观察组	2(4.8)	0(0.0)	1(2.4)	3(7.1) <sup>d</sup>

注:与对照组比较, <sup>d</sup>P < 0.05。

### 3 讨论

小儿营养不良包括原发性营养不良和继发性营养不良两种类型,前者由膳食中营养素不足所致,后者涉及原因较多,主要包括营养摄入、消化、吸收异常、营养需求增加、分解过快,排泄量增加等<sup>[7]</sup>。其中摄取与吸收的异常,特别是患儿身体发育时对营养物质需求量的增加是小儿营养不良产生的重要原因,严重影响患儿健康成长发育<sup>[8]</sup>。因此,对营养不良患儿采取及时的治疗与干预措施,对患儿病情康复及健康成长均具有关键性作用。

临床中,营养不良患儿在接受治疗期间,临床工作者应首先明确其疾病发生的原因,如:喂养不合理,部分家长因未掌握正确的喂养方法,加之母乳喂养期间的乳汁分泌不足,从而增加了母乳喂养的困难,导致患儿自身的营养需求无法得到满足;因肠胃疾病的发生导致患儿食欲较差,进而对营养物质的摄入情况产生了不利影响;小儿并未养成良好的饮食习惯,挑食、偏食等情况普遍存在等<sup>[9]</sup>。为了达到较好的饮食干预效果,临床应结合上述情况,制定具备较强针对性的饮食干预方案,对母乳喂养者给予正确指导,并指导患儿家长进行正确的辅食添加,依据患儿病情及自身的营养习惯制定针对性、合理性的饮食干预方案,纠正其不良的饮食习惯,避免不合理饮食情况的出现<sup>[10-11]</sup>。但笔者实践证明,部分患儿在接受饮食干预期间,因自身饮食习惯等因素的影响,导致其依从性较低,无法严格按医嘱配合治疗,进而导致总体的临床干预效果并不理想。

健康教育路径是一种新型的护理干预方案,该方案有助于满足患儿及其家长对健康教育的护理需求,提高其配合治疗的依从性<sup>[12]</sup>。依据相关标准制定健康教育的实施计划与方案,并针对存在的某种疾病或某类患儿制定科学化、针对性的健康教育路线、表格等,使护理干

预服务具备整体性<sup>[13]</sup>。本研究结果显示:观察组干预后白蛋白、前白蛋白及血红蛋白指标均较对照组高,观察组不良饮食纠正率及治疗依从性均高于对照组,差异具有统计学意义 (P < 0.05),说明对饮食不良患儿采取健康教育路径联合饮食干预,有助于改善患儿的营养指标,并有助于纠正其不良饮食状况,提高患儿的治疗依从性。原因为:健康教育路径的实施,能够结合患儿具体情况给予科学化的饮食干预。另外,干预期间,观察组患儿的并发症总发生率较对照组低,差异具有统计学意义 (P < 0.05),原因为:健康教育路径方案在实施期间,医护人员通过加强与患儿间的沟通与了解,能够准确把握其心理状况,明确其不良情绪发生的原因,并给予针对性缓解,利于护理工作的顺利开展及实施,患者配合治疗的依从性也可同步提高<sup>[14]</sup>。在营养不良患儿中,通过采取饮食干预与健康教育路径相结合的方案,能够明确其营养不良发生的具体原因,进而制定相应的护理方案,营养不良症状得到明显缓解<sup>[15]</sup>。

综上所述,在营养不良患儿中采取健康教育路径联合饮食干预的方法,有助于改善营养不良患儿的营养指标,纠正其不良饮食情况,提高患儿配合治疗的依从性,且并发症发生率较低。

#### 〔参考文献〕

- (1) 王慧慧,魏菊荣,周文静,等.住院营养不良儿童出院后营养恢复状况分析(J).中国当代儿科杂志,2020,22(8):882-886.
- (2) Vega MW, Beer S, Juarez M, et al. Malnutrition Risk in Hospitalized Children: A Descriptive Study of Malnutrition-Related Characteristics and Development of a Pilot Pediatric Risk-Assessment Tool (J). Nutrition in Clinical Practice, 2019, 34(3): 406-413.
- (3) 冯蓓,梁亚红,贺婷婷,等.2种营养不良风险筛查工具对儿科住院患儿营养不良风险预测作用的比较(J).护理学报,2020,27(10):65-68.
- (4) Rishi C, Thomas GN, Kengne AP, et al. The double burden of malnutrition among adolescents: analysis of data from the Global School-Based Student Health and Health Behavior in School-Aged Children surveys in 57 low-and middle-income countries (J). American Journal of Clinical Nutrition, 2018, 108(2): 414-424.
- (5) 冯丽娜.小儿营养不良的健康教育与保健指导分析(J).世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(14):162,165.
- (6) 许静涵,蒋朱明.2015年ESPEN营养不良(不足)诊断共识、营养风险及误区(J).中华临床营养杂志,2016,24(5):261-265.



图1 术前患者下肢全长 X 光片

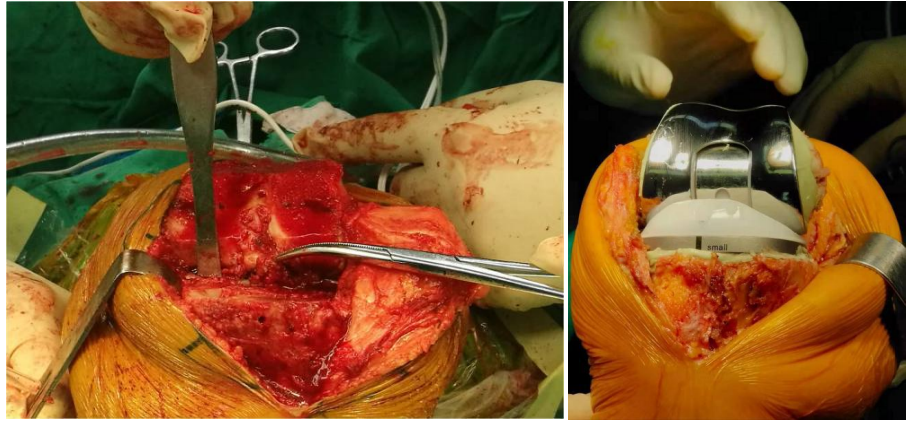
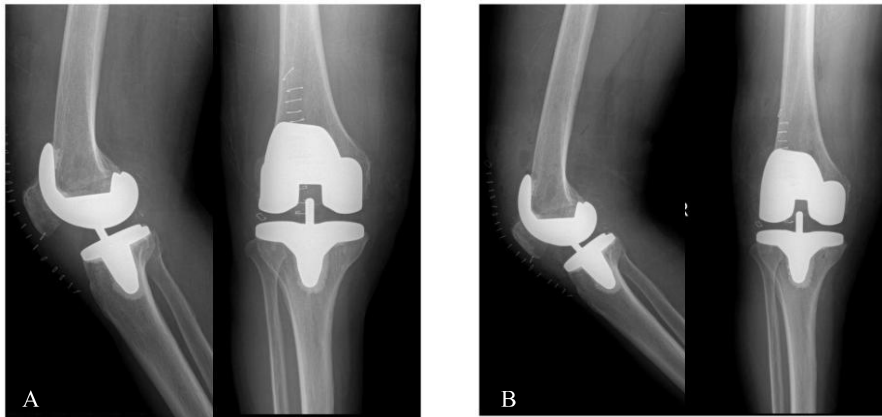


图2 患者术中截骨及安装假体 X 光片



注：A. 患者患侧膝关节术后 1 周 X 光片；B. 患者患侧膝关节术后 2 月 X 光片。

图3 3D 打印组典型女性患者术后下肢全长 X 光片

(正文见第 18 页)

上接第 136 页

(7) Lara-Pompa NE, Hill S, Williams J, et al. Use of standardized body composition measurements and malnutrition screening tools to detect malnutrition risk and predict clinical outcomes in children with chronic conditions (J). *American Journal of Clinical Nutrition*, 2020, 112(6): 1456-1467.

(8) 安萍. 探讨小儿营养不良的预防保健措施 (J). *世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊)*, 2018, 18(95): 97.

(9) 林娟. 小儿心血管疾病伴营养不良的保健方法与保健指导效果 (J). *中国保健营养*, 2021, 31(10): 209-210.

(10) 唐秀丽, 丁艳芬. 教育, 饮食及运动干预对社区单纯性肥胖儿童健康行为及体重控制的影响 (J). *实用预防医学*, 2020, 27(3): 366-368.

(11) 周燕, 赵丽. 游戏式健康教育对学龄期慢性腹泻患儿健康行为依从性及治疗效果的影响 (J). *医学临床研究*, 2021, 38(1): 139-142.

(12) 李文灏, 冯向先, 林艺, 等. 儿童饮食运动行为干预中手机 APP 使用的依从性及影响因素 (J). *中国学校卫生*, 2021, 42(9): 1336-1339.

(13) 石鑫淼, 王琳. 益生菌治疗儿童营养不良研究进展 (J). *中国儿童保健杂志*, 2020, 28(10): 1118-1121, 1150.

(14) 王欢, 张华, 周方, 等. 综合医院儿科住院患儿的营养风险评估 (J). *北京医学*, 2020, 42(11): 1097-1100.

(15) 李婷婷, 魏丽琼, 朱瑛. 小儿营养不良实施保健与临床指导的效果分析 (J). *基层医学论坛*, 2020, 24(25): 3621-3622.