

饮食日记表联合个性化饮食指导在胃癌患者术后饮食过渡的应用效果研究

赖淑蓉¹, 罗珊¹, 赖小令¹, 金芳¹, 蔡美兰^{2*}

1. 中山大学附属第一医院 胃肠外科中心, 广东 广州 510000

2. 内蒙古医科大学附属医院 专业外语教研室, 内蒙古 呼和浩特 010050

【摘要】 目的 探讨饮食日记表联合个性化饮食指导在胃癌患者术后饮食过渡的应用效果。方法 选取2021年1月至11月在中山大学附属第一医院胃肠外科中心一科行胃癌手术的90例患者作为研究对象,采用随机数字表法将90例患者分为试验组($n=45$)和对照组($n=45$)。对照组进行常规饮食指导,试验组采用饮食日记表联合个性化饮食指导,比较两组患者术后饮食依从性、首次排气时间、首次排便时间、短期内并发症发生率、胃肠道的不良反应发生率。结果 饮食日记表联合个性化饮食指导能够减少患者胃肠道不良反应,缩短首次排气排便时间,提高患者饮食依从性,两组差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 饮食日记表联合个性化饮食指导有助于胃癌患者术后饮食过渡,可改善患者饮食健康行为。

【关键词】 个性化饮食指导; 饮食日记表; 饮食过渡

Study on the effect of diet diary form combined with personalized diet guidance in postoperative diet transition of gastric cancer patients

Lai Shurong¹, Luo Shan¹, Lai Xiaoling¹, Jin Fang¹, Cai Meilan^{2*}

1. Center for Gastrointestinal Surgery, The First Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510000, Guangdong, China

2. Department of Professional Foreign Languages, Affiliated Hospital of Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010050, Inner Mongolia, China

*Corresponding author: Cai Meilan, E-mail: Comen4@163.com

【Abstract】 **Objective** To explore the effect of diet diary form combined with personalized diet guidance in postoperative diet transition of gastric cancer patients. **Method** Ninety patients who underwent gastric cancer surgery from January to November 2021 at Department I of the Center for Gastrointestinal Surgery, The First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University were selected as the study subjects, and 90 patients were divided into a test group ($n=45$) and a control group ($n=45$) using the random number table method. The control group was given conventional dietary guidance, while the trial group was given personalized dietary guidance using a dietary diary form. The two groups were compared in terms of postoperative dietary compliance, time to first gas, time to first bowel movement, the incidence of short-term complications, and incidence of adverse gastrointestinal reactions. **Result** The diet diary combined with personalized diet guidance could reduce the adverse gastrointestinal reactions, shorten the time to the first defecation, and improve the patients' dietary compliance, and the results were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The diet diary form combined with personalized dietary guidance can help gastric cancer patients' postoperative diet transition and improve patients' dietary health behavior.

【Key words】 Personalized dietary guidance; Dietary diary form; Dietary transition

胃癌是全球第五大常见恶性肿瘤,每年有720 000人死于胃癌,在中国,胃癌的发病率和死

亡率分别为42.6%和45.0%,远超世界平均水平^[1]。外科手术是目前胃癌的主要治疗方法。由于全胃或部分胃切除,进食量下降,再加上疾病、手术、麻醉、应激反应等因素,导致胃肠道的不良反应,如

* 通信作者:蔡美兰, E-mail: Comen4@163.com

腹胀、腹泻、恶心、呕吐等,这对患者饮食治疗的依从性是一个很大的挑战^[2-3]。已有研究显示,适当的营养干预能提高恶性肿瘤患者的生存率^[4]。在临床实践中,饮食指导往往是由责任护士根据医生的医嘱对患者进行口头指导,但在实践中仍存在很多问题:很多胃癌术后患者在进食时间、次数、数量、质量、种类等方面都随意选择,造成饮食种类单一,摄入不足或过量,营养不全面等问题,严重影响了术后患者的恢复^[5];在我国,目前的常规饮食指导流于形式,缺乏个性化的饮食指导,造成膳食结构的紊乱,影响患者的饮食顺利过渡,从而影响患者的营养状况。针对这些问题,我科自行设计了饮食日记表,对胃癌术后患者进行了细致个性化指导并密切观察记录,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究共收集了90例患者,2021年1月至11月在本院胃肠外科中心一科接受胃癌手术的患者作为研究对象,将90例患者利用随机数字表法分为观察组($n=45$)和对照组($n=45$)。纳入标准:①符合手术标准;②年龄30~80岁;③能够配合他人完成饮食日记记录;④既往无精神病史或心理健康问题。排除标准:①无法经口进食;②合并其他重大躯体疾病术后极易发生严重并发症;③不配合饮食调查、评估、干预患者。两组患者性别、年龄、胃切除范围(远端胃、近端胃、全胃、保留幽门远端胃切除术、其他)、手术方式等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组的一般资料比较

项目	试验组 ($n=45$)	对照组 ($n=45$)	t/χ^2 值	P 值
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	59.64±10.55	56.67±12.34	1.230	0.222
性别[n (%)]			0.053	0.818
男	31(68.9)	32(71.1)		
女	14(31.1)	13(28.9)		
BMI($\bar{x}\pm s$,kg/m ²)	22.84±3.64	22.67±3.16	0.247	0.805
胃切除方式[n (%)]			-*	0.073
远端胃切除术	29(64.4)	22(48.1)		
近端胃切除术	0	5(100)		
全胃切除术	15(33.3)	16(35.6)		
其他	1(2.2)	2(4.4)		
手术方式[n (%)]			3.045	0.081
腹腔镜	41(91.1)	35(77.8)		
开腹	4(8.9)	10(22.2)		

注:*为Fisher确切概率法。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组 采用胃癌术后常规饮食宣教。①医生根据患者体质量计算患者每日所需PN混合营养液(3L/袋),术后常规留置深静脉管道进行输注,根据饮食医嘱指导饮食,进食的原则是清流-流食-半流-软食,循序渐进,遵循少量多餐,由少到多,由稀到浓,以主观感受调整进食量,主要根据医嘱实行饮食种类的过渡。②发放各阶段的饮食种类对照表及相关术后饮食食谱、健康教育手册、视频、公众号、患教会进行宣教,通过饮食回顾方法了解患者进食情况。③出院时发放营养及饮食相关资料,营养专科护士及组长做好出院前营养及饮食方面的指导。

1.2.2 试验组 在常规饮食宣教的基础上实行个性化饮食指导联合饮食日记记录,具体方法如下。

1.2.2.1 成立了饮食管理小组 营养专科护士负责进行胃癌术后患者饮食和营养方面知识培训,通过考核的人员方可入组,饮食管理小组由6名成员组成,包括护士长1名、营养专科护士1名、责任护士4名,6名成员都参与到胃癌术后饮食管理。营养专科护士带领组员共同查阅相关资料,根据查阅资料编写成册,其中包括饮食对照表、胃癌饮食的科普文、饮食种类及膳食食谱举例参考、简易膳食对照卡、能量计算表等。除术后常规饮食宣教外,根据患者个体情况做好相应的指导并实行饮食日记表记录。

1.2.2.2 制定饮食日记表 查阅相关文献并分析胃癌术后饮食相关知识,制定饮食记录表,饮食日记表作为自我监测和控制的手段,责任护士指导患者详细记录进餐时间、进食量和食物类型、有无与饮食相关的症状,检查饮食是否与医生医嘱一致,并评估患者的依从性^[6]。饮食日记表的设计参照了相关文献^[7],遵循了美国营养学协会提出的“营养管理建议书的要求,即为每位患者制定一份清楚易懂、适当的日程安排和计划,包括食谱、运动、睡眠及营养支持措施。主要包括三个部分。一、患者基本信息包括床号、姓名、身高、体重;二、日记表记录的内容是进食日期、时间、三餐进食的食物和加餐的量(流质饮食,半流饮食)、水、进食后感受(腹胀、腹痛、恶心、呕吐、舒适、饥饿);三、运动的记录,包括每天运动量的记录(步数),保证饮食与运动结合。附加备注饮食种类的举例,清流、

流质、半流、普食进行详尽解释,并根据手术具体情况给予术后饮食过渡原则及饮食禁忌等方面的内容。

饮食日记表反面注明饮食备注,进行详细的饮食指引,内容如下。胃部术后饮食建议:肠道功能未恢复,根据医生医嘱禁食或口服温开水 10~20 ml/次,1次/2 h(以上建议均以医嘱为准),咀嚼口香糖、每日3次,每次15min。术后第1~2天,拔除胃管遵医嘱可饮水,10~20 ml/次,1次/2 h,观察有无不适,此期间以肠外营养为主,辅以清流。根据患者情况及医嘱逐步流质饮食,3~4次/d,除此之外口服医学营养补充剂,配置医学营养补充剂先从低浓度开始,50 ml/次,4次/d,进食不宜过快,如果没有任何不适,第2天可以服用到正常的剂量,逐步提高到70~100 ml/次。此期间根据患者进食情况为主,辅以肠外营养;流质饮食持续1~2 d后无不适根据医嘱及患者进食情况可逐步过渡至半流饮食^[5],采用3+3模式(早餐+口服营养补充、午餐+口服营养补充、晚餐+口服营养补充)根据患者饮食记录情况停止肠外营养,持续关注患者进食情况及胃肠道反应。肠道功能恢复根据胃肠道耐受情况逐渐增加、逐步过渡:由少到多、由稀到稠,逐步增加,全胃切除术后患者进食后应斜坡卧位休息半小时再起床活动。术后1个月内尽量少食多餐、定时定量、少渣且营养丰富食物的软烂食物,忌食生冷、煎炸、酸辣、浓茶等刺激性强的食物,勿食过热、过甜食物。术后积极进行床上及下床活动,有助于胃肠道功能恢复。

1.2.2.3 指导患者及家属学习胃癌术后饮食相关知识 包括进食原则、饮食营养价值、营养不良危害、饮食过渡流程、饮食相关症状与防治等。学习时间为入院即开展学习,手术前1 d责任护士评估掌握程度按需强化宣教,术后持续学习。途径为视频、公众号、患教会、健康教育手册、护士口头宣教等。

1.2.2.4 饮食日记表的应用 在拔掉鼻胃管后,如果没有饮水困难、不适症状,可以按照患者每天需要的热量、蛋白质等量制定饮食计划^[8]。责任护士分发饮食日记表,填写患者的基本信息,并将其悬挂在床尾,按照医生医嘱的要求,结合患者的具体情况,对患者进行详细的膳食指导,包括当天进食时间、进食的食物类型、加餐情况以及进食后相关症状、运动情况等,持续记录至出院,教会患者

正确记录(液体食物以 ml 计算,固体食物以 g 计算,使用统一带刻度的量杯);量化摄入量,根据患者进食后的胃肠道耐受情况进行适当的增减调整。

1.2.2.5 饮食计划的实施 每天2次医护共同查房。晨间查房:医生查看患者饮食日记表前1 d进食情况后更改饮食医嘱,营养专科护士根据医嘱指导饮食计划,并将每餐所摄入的全部营养物质按照不同年龄段、病情、病程等因素进行分析比较,以便制订科学合理的营养计划,帮助患者逐渐过渡到最佳饮食状态;下午查房:医护查看患者饮食计划进程,是否按计划进行,对比记录内容、以此作为评估患者是否停止肠外营养或进行下一阶段饮食的依据。如果出现不符合饮食情况,分析未严格实施饮食计划的原因并提出改进方案,做好解释工作并且及时纠正,其余时间按护理级别巡视,一旦发现有与饮食有关的不良反应,及时进行分析,找出原因,并进行治疗。

1.2.2.6 出院时由责任护士进行收集饮食日记表,装订在册。由营养专科护士及高年资护士查看患者在院期间饮食记录表记录的进食情况及胃肠道的反应情况讲解相关饮食知识、发放饮食健康宣教册、公众号相关居家饮食视频、教会患者及家属简单计算每日目标需要量,根据目标需要量进行饮食并做好自我健康监测。出院后半年内电话随访,了解患者目前进食状况。

1.3 观察指标

1.3.1 住院期间饮食依从性 查阅相关文献^[5]根据临床饮食依从性常见问题结合饮食日记表,比较两组患者在定时定量进餐、按计划饮食、与医嘱相符合、估量准确等方面的人数。

1.3.2 胃肠道不良反应 两组患者在术后住院期间饮食过渡阶段出现的腹痛、腹胀、恶心、呕吐等不良反应,患者胃肠道不良反应发生率为出现不良反应的患者人数与该组患者总人数的比值。

1.3.3 术后胃肠道功能恢复 两组患者在术后首次排气、首次排便时间及饮食过渡情况的对比。

1.3.4 术后并发症 两组患者在术后饮食过渡期间出现的吻合口瘘、十二指肠残端瘘、胰瘘、胆瘘、消化道出血、腹腔出血等并发症的对比。

1.4 统计学方法 所有数据录入经双人核对,使用SPSS 25.0软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较

采用两独立样本 t 检验;非正态分布的计量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,两组间比较用 Mann-Whitney U 检验;计数资料以例数和百分率 [$n(\%)$] 表示,比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法, $P < 0.05$ 有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者在胃肠道功能恢复情况比较 两组患者的术后首次排气、首次排便时间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。出院时试验组 ($n=45$) 中 39 (86.6%) 例患者全部过渡到半流质饮食, 对照组 ($n=45$) 中 30 (66.6%) 例过渡到半流质, 15 人过渡到流质出院, 其差异有统计学意义 ($\chi^2=5.031$, $P=0.025$); 在出院后半年试验组 44 (97.7%) 例全部过渡到普食, 1 人进食后感觉堵; 对照组 39 (86.6%) 例过渡到普食, 4 例半流质 (其中 1 例进食后呃逆情况频繁), 1 例进食量不多, 1 例进食固体食物恶心, 其差异无统计学意义 ($\chi^2=2.478$, $P=0.115$)。

2.2 两组患者的术后并发症情况比较 试验组患者术后并发症的发生率低于对照组, 其差异有

统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.3 两组患者的胃肠道不良反应情况比较 试验组患者胃肠道不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.4 两组患者饮食依从性比较 两组患者在未按计划进食、未定时定量、营养不全面等方面比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 两组患者在估量不准确、与医嘱不符合方面差异无统计学意义, 见表 5。

3 讨论

3.1 饮食日记表联合个性化饮食指导有助于促进患者形成良好饮食健康行为 胃癌的主要治疗手段是外科手术, 但由于手术造成的创伤比较大, 会引起消化道功能障碍, 影响患者的饮食, 造成营养不良^[9]。饮食日记表联合个性化指导模式包括医生评估、营养专科护士的饮食计划、责任护士个性化饮食指导、实施并记录反馈。在整 1 个治疗过程中, 重视患者反馈, 针对饮食过程中出现的问题及时提出建议并纠正, 作出正确引导, 饮食日记表的方式使得患者及家属真正参与到饮食管理, 从被动到主动, 提高患者饮食治疗的依从性, 确保饮食计划有效进行。在本研究中, 试验组患者在定时定量进餐、按计划进行、营养全面等常见问题上都优于对照组 ($P < 0.05$), 与宋丽艳^[5]等的研究结果

表 2 两组胃肠道功能恢复比较 [$M(P_{25}, P_{75}), d$]

项目	试验组 ($n=45$)	对照组 ($n=45$)	Z 值	P 值
首次排气时间	2(2,3)	3(3,4)	3.997	<0.001
首次排便时间	3(3,4)	5(4,6)	5.262	<0.001

表 3 两组患者术后并发症比较 [例 (%)]

分组	胰瘘	胆瘘	腹腔出血	其他	无并发症	发生率
试验组 ($n=45$)	0(0)	0(0)	0(0)	2(4.4)	43(95.6)	2(4.4)
对照组 ($n=45$)	1(2.2)	1(2.2)	1(2.2)	5(11.1)	37(82.2)	8(17.8)
χ^2 值	0.506	0.506	0.506	0.620	-	4.050
P 值	0.477	0.477	0.477	0.431	-	0.044

表 4 两组患者胃肠道反应比较 [例 (%)]

分组	腹胀	腹痛	恶心	其他	无并发症	发生率
试验组 ($n=45$)	2(4.4)	0(0)	0(0)	0(0)	43(95.6)	2(4.4)
对照组 ($n=45$)	3(6.7)	3(6.7)	3(6.7)	2(4.4)	34(75.6)	11(24.4)
χ^2 值	0.209	1.374	1.374	0.511	-	7.283
P 值	0.647	0.240	0.240	0.475	-	0.007

表 5 两组患者饮食依从性 [例 (%)]

组别	未按计划进食	未定时定量	营养不全面	估量不准确	与医嘱不符合
试验组	5	3	2	1	1
对照组	14	12	14	3	2
χ^2 值	5.404	6.480	10.946	*	*
P 值	0.020	0.011	0.001	0.616	1.000

注: * 为 Fisher 确切概率法。

一致,证实为更好地了解患者进食状况、改善遵医嘱饮食行为,患者主动参与到饮食管理中是一个可行的方法^[10]。医护人员通过饮食日记表查看患者饮食情况,调整饮食计划,针对性地解决患者不遵医嘱饮食的问题,促进患者形成良好饮食健康行为。本研究中两组患者在进食后胃肠道反应等症状相比,试验组的胃肠道不良反应发生率(4.4%)明显低于对照组(24.4%),差异有统计学意义($P<0.05$),试验组进食后胃肠道不良反应中出现2例腹胀,经过查看饮食日记表发现1例患者在晚餐时进食100g香菇肉饼,该患者腹胀发生的原因可能与短时间内进食油腻食物导致排空障碍有关,经医生排查后给予短时间内禁食、促进胃动力药物、运动结合后逐步改善;另1例胃癌术后患者由于进食产气食物豆浆120ml导致腹胀有关,后给予开塞露辅助排气及运动后好转,同时告诫患者术后早期尽量少吃产气食物;通过饮食日记表可以更准确地获取患者进食情况,综合医护人员的评估,及时调整饮食管理方案,对进食后的相关症状处理有积极的意义,这一点与王芳^[11]、汪丹丹^[16]等研究中对于饮食相关症状干预相似,通过饮食日记对患者进食后的胃肠道不良反应进行分析干预,及时调整营养方案,减轻胃肠道不良反应,促进患者形成良好健康饮食行为。

3.2 饮食日记表联合个性化饮食指导有助于胃癌患者术后饮食过渡 随着胃癌患病人数量的增加,病床周转率的增加,住院时间随之缩短,患者在院期间的饮食指导显得尤为重要。合理的饮食能够促进患者胃肠功能的恢复,同时也有利于疾病的预防和后续治疗,因此在术后责任护士应掌握个性化的饮食指导工作,才能使患者获益最大化。胃癌患者手术方式不一、胃肠道耐受程度不同、胃肠道功能恢复时间不同,如:全胃切除手术的患者应避免长时间的流质饮食避免吻合口狭窄,远端胃手术的患者应该避免吃过甜食物,以免发生倾倒综合征,进食后不宜立即活动^[12],而空肠代胃手术的患者,由于缺乏胃酸和胃蛋白酶的辅助,应进食适量的酸性食物^[13]。传统的护理模式是向患者提供营养信息,解释哪些食物含有高蛋白、哪些食物含有维生素,但是责任护士并未去监督患者是否真正去执行,这是传统饮食干预效果欠佳的原因^[14]。本文以“饮食日记”为切入点,对影响饮食行为的因素进行分析探讨,并针对性地根据

术式提出个性化的因素指导,旨在帮助患者提高术后饮食自我管理能力和利用饮食日记表激励了患者和家属主动参与到饮食管理中,通过建立完善的饮食日记,对患者住院期间进行全程跟踪,针对性个性化地帮患者制定饮食计划,实现科学的饮食监督,促进患者饮食顺利过渡。本研究中两组患者首次排气、排便时间差异有统计学意义($P<0.05$),出院时试验组饮食过渡情况优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明对胃癌术后患者采取饮食日记表联合个性化饮食指导模式可加速胃肠道功能恢复时间,有利于患者饮食过渡。

综上所述,饮食日记表联合个性化饮食指导有助于促进患者形成良好饮食健康行为,促进患者饮食过渡。这种方法能够减少患者对术后饮食的担忧,增加患者进食的信心,同时也能够增加患者及家属饮食及营养方面知识,有助于促进患者形成良好饮食健康行为,帮助患者饮食顺利过渡。本研究的局限:样本量少,饮食日记表使用时间仅为住院期间,短期内营养相关指标无法作为参考依据,考虑到出院后饮食依从性等问题难受控制没有将饮食日记表运用在出院后或更长时间。出院后患者的饮食干预也很重要,因为良好的营养可以促进患者康复,对后续治疗的耐受性也有提高^[15]。因此,需要待样本量更大,饮食日记表持续应用在居家营养管理中的研究进行验证。

参考文献

- [1] 方宏娇,李承慧.胃癌患者血清CA199/CA724及CEA水平与病情严重程度及预后的关系[J].川北医学院学报,2022,37(2):248-251.
- [2] 刘玉芬,姚楠,张颖梅,等.参与式饮食护理对胃癌根治术后患者营养状况的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(16):1908-1911.
- [3] ZHANG J, SI X, LI W, et al. Effect of peripherally inserted central catheter (PICC) parenteral nutrition on immune function and nutritional support after radical gastrectomy for gastric cancer[J]. Pak J Pharm Sci, 2019, 32(3Special): 1441-1445.
- [4] 郭苗苗,陈湘玉,袁玲.应用自评主观全面评定量表筛查胃癌术后化疗患者的对照研究[J].护理学报,2018,25(5):62-65.
- [5] 宋丽艳,臧红雪,邱振领.基于快速康复外科理念的护理干预对胃癌术后患者饮食依从性的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(6):143-145.
- [6] 靖方静,任晖,谢艳艳,等.个体化饮食教育对提高胃癌手术患者饮食知识的影响[J].医学理论与实践,2020,30

- (20): 3493-3495
- [7] 钟萍. 科普化词条创建法联合七日饮食日记在胃癌术后患者饮食管理中的应用研究 [J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(11): 1611-1613.
- [8] 杨洋, 夏灿灿, 江志伟, 等. 多模式健康宣教在 ERAS 胃癌病人术后早期饮水进食中的应用及效果评价 [J]. 肠外与肠内营养, 2018, 25(1): 24-27.
- [9] 付恩峰, 和芳. 加强饮食干预对快速康复胃癌术后患者营养状况的影响 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(1): 92-96.
- [10] GAO L, ZHAO Z, ZHANG L, et al. Effect of early oral feeding on gastro-intestinal function recovery in postoperative gastric cancer patients: a prospective study [J]. J Buon, 2019, 24(1): 194-200.
- [11] 王芳, 张林颖, 刘静. 饮食调整与症状管理对胃切除术后患者营养状态的影响 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2019, 26(5): 551-556.
- [12] 胡燕, 闫亚敏, 陆晶晶, 等. 个体化饮食方案在胃癌术后患者中的应效果研究 [J]. 护士进修杂志, 2021, 36(20): 1866-1870.
- [13] 武长美, 尚国云. 精细化的饮食指导在全胃切除术后患者后期康复中的应用与效果评价 [J]. 当代临床医刊, 2020, 33(5): 460-461.
- [14] 曹丹, 陈木花, 钟春红. 5A 护理模式结合饮食日记在鼻咽癌胃造瘘患者中的效果研究进展 [J]. 福建医药杂志, 2021, 43(3): 146-148.
- [15] 李苗苗. 加速康复外科模式下胃癌根治术后营养支持护理及风险管理 [J]. 人人健康, 2020, 523(14): 605.
- [16] 汪丹丹, 郑蔚, 乔婷婷, 等. 胃癌术后患者参与式饮食管理对其营养状况影响的研究 [J]. 中华护理学杂志, 2017, 52(4): 389-394.

(上接第 203 页)

- [5] 程黎阳, 谢正勇, 陈俊勇, 等. 建立和完善加速康复外科的质控标准 [J]. 中华普通外科杂志, 2018, 33(4): 362-364.
- [6] 张薇, 杨婕, 蒋理立, 等. 新型宣教模式在结直肠外科加速康复流程中的应用 [J]. 成都医学院学报, 2017, 12(1): 85-88.
- [7] LOVE EM, MANNALO IF, Chen SC, et al. A video-based educational pilot for basal cell carcinoma (BBC) treatment: A randomized controlled trial [J]. J Am Acad Dermatol, 2016, 74(3): 477-483.
- [8] LOGSDON MC, DAVIS D, ECKERT D, et al. Feasibility of two educational methods for teaching new methers: A pilot study [J]. Interact J Med Res, 2015, 4(4): e20.
- [9] 徐瑜杰, 王震, 陈俊强. 快速康复外科在胃癌根治术中应用的系统评价 [J]. 中国普外基础与临床研究, 2015, 22(4): 423-433.
- [10] 沈诚, 李钰, 李鹏飞, 等. 加速康复外科评价指标: 病人报告结局在胸外科的临床应用现状与进展 [J]. 中国肺癌杂志, 2019, 22(3): 161-166.
- [11] KEHLET H, WILMORE DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome [J]. Am J Surg, 2002, 183(6): 630-641.