

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.13.035

## 个性化护理干预在改善重症脑卒中患者神经康复与反刍思维中的效果分析

李海军,张庆玉<sup>△</sup>,苏童,苏万鏊

山东省立第三医院重症医学科,山东济南 250031

**摘要:**目的 分析个性化护理干预在改善重症脑卒中患者神经康复与反刍思维的临床效果。方法 将该院 2015 年 12 月至 2017 年 11 月收治的 68 例重症脑卒中患者随机分为两组,每组 34 例。对照组患者进行常规护理干预,观察组患者进行个性化护理干预,比较两组患者的神经功能康复情况、运动功能康复情况、日常生活活动能力、反刍思维评分、治疗依从性和对护理干预的满意程度。结果 护理前两组患者的神经功能缺损评分(NDS 评分)、Fugl-Meyer 评分(FMA 评分)、Barthel 指数、反刍思维评分差异无统计学意义( $P>0.05$ );护理后两组患者的 NDS 评分、反刍思维评分显著低于护理前( $P<0.05$ ),FMA 评分及 Barthel 指数均显著高于护理前( $P<0.05$ );护理后观察组患者的 NDS 评分、反刍思维评分显著低于对照组( $P<0.05$ ),FMA 评分及 Barthel 指数显著高于对照组( $P<0.05$ );护理后观察组患者的治疗依从性及患者对护理工作的满意度显著优于对照组( $P<0.05$ )。结论 给予重症脑卒中患者个性化护理干预,可促进患者神经功能康复及心理康复,治疗效果明显提高,值得临床进一步推广。

**关键词:**重症脑卒中; 神经康复; 反刍思维**中图分类号:**R472**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2020)13-1906-04

脑卒中亦称为脑血管意外或者中风,是一种急性脑血管疾病。重症脑卒中发病后,患者发生植物神经系统损伤,会造成机体调节功能的紊乱,进而导致关节痉挛、足内翻、足下垂等并发症的发生,严重时甚至会导致偏瘫<sup>[1-3]</sup>。此外,患者易出现心理上的失调,可能会出现焦虑、抑郁情绪,对治疗产生悲观心态,不利于躯体功能、神经功能的康复,治疗依从性及生活质量不佳<sup>[4-5]</sup>。因此,给予患者合适的护理干预对患者的恢复具有重要的意义。本研究选取本院 2015 年 12 月至 2017 年 11 月收治的 68 例重症脑卒中患者为研究对象,探讨了实施个性化护理干预对患者的神经功能康复情况、运动功能康复情况、日常生活活动能力、反刍思维及护理满意程度的影响,旨在为临床实施合理的护理措施提供一定依据,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 12 月至 2017 年 11 月本院收治的 68 例重症脑卒中患者为研究对象,按照随机数字法将患者分为两组,每组 34 例。观察组中男 21 例,女 13 例;年龄 46~80 岁,平均(57.13±4.09)岁。对照组中男 22 例,女 12 例;年龄 45~81 岁,平均(56.97±3.98)岁。两组患者在性别、年龄等方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。纳入标准:患者的症状及病理检查符合《中国脑血管疾病防治指南》中对于脑卒中的诊断标准且患者意识清楚;排除标准:(1)造血系统、肾、肝、心脏等严重的原发性疾病;(2)哺乳期、妊娠期患者。患者及其家属知情同意且自愿参加本研究并签署知情同意书。本研究通过本院伦理委员会的审核。

**1.2 方法** 对照组患者进行常规护理干预,内容主

要包括护理人员对患者的血压、血糖进行监测和记录,监督患者控制饮食并按时完成肢体恢复锻炼。观察组在对照组的基础上给予以患者为中心的个性化护理干预,具体包括以下几个方面。

**1.2.1 入院后综合评估** 入院后护理人员对每个患者的病情进行详细了解,主动询问患者的文化程度、职业及家庭情况,了解患者的性格特征,为每个患者建立护理资料。综合评估患者的情况后,针对每个患者的具体情况建立合适的护理方案。同时,应注重和患者家属的沟通、交流,从而对护理方案的细节进行完善。

**1.2.2 强化健康宣教** 根据入院后综合评估中患者对疾病了解的程度,逐步为患者及其家属讲解疾病相关知识。针对患者不同的文化程度,可选择不同的讲解方式、语言风格深入浅出,帮助患者及其家属更好地认识疾病的机制以及常见的并发症。

**1.2.3 加强病情监测** 护理人员应密切监测患者的体征与各项指标,若有异常,应立即告知医生进行处理。大部分重症脑卒中患者会发生颅内压升高的症状,应对患者的颅内压进行重点监测并采取合适的措施降压。在此过程中,需要注意保证患者不经受任何刺激。

**1.2.4 病房环境建设** 为患者打造温馨的病房环境,注重日常通风,保持空气清新。在病房摆放绿色植物,张贴颜色温和的墙纸,在视觉上给予患者情绪上的安抚。为患者播放轻快、舒缓的音乐,减轻患者的疲劳,缓解患者紧张、不安的情绪。

**1.2.5 并发症的预防** 按摩护理及体位调整护理能够防止患者的肢体出现僵化,并保护其运动神经。按

摩时注意动作要轻柔,合理的按摩可以促进患者淋巴、血液回流,加速血液循环,防止出现水肿,同时有利于患者恢复触觉。体位护理时为患者翻身要按照关节运动的方向帮助患者行被动运动,顺序为由健侧关节至患侧,幅度为由小至大,重点进行踝关节、膝关节、肘关节、肩关节的被动运动,可降低患者康复后发生再出血的风险。此外,还应定期给予患者规范性吸痰护理,预防其发生肺炎。

**1.2.6 功能护理** 待患者生命体征平稳已达 48 h 后,护理人员应为患者安排早期康复训练。训练应循序渐进,逐渐提高训练强度和次数。患者在卧床期间首先接受肢体运动训练,逐步练习翻身、坐起等动作,同时配合穿衣、梳头、进食等日常能力锻炼。此外,重症脑卒中患者通常会有不同程度的吞咽功能障碍,程度较轻的患者直接进行吞咽功能锻炼,程度较重的患者则首先锻炼咽部冷刺激、吸吮等间接锻炼,然后再进行吞咽功能锻炼。患者可站立后,进行平衡锻炼以及迈步锻炼。

**1.2.7 心理护理** 热情、主动地与患者沟通,引导患者说出自己的顾虑,与患者探讨关于病情及护理方面的话题,全面了解患者的需求。当患者倾诉内心想法时,护理人员应使用一些肢体语言,让患者感受到理解与关怀,耐心解答患者的困惑。多为患者讲述成功案例,帮助患者建立治疗信心,积极乐观地看待疾病。脑卒中患者易出现低落、悲观绝望的不良情绪,护理人员应注意与患者多进行情感上的互动,帮助其调节认知,减轻心理压力。一旦患者出现抑郁症表现,一定要重视对其进行安全护理,关注患者是否存在自伤甚至自杀的可能,及时应对,防止意外的发生。对于有自杀倾向的患者,应加强巡视,安排专人护理,与患者家属进行沟通使其配合进行超前护理。

**1.2.8 定期随访** 康复后期,护理人员应记录清楚每个患者的离院时间,每隔两周进行一次电话随访,询问患者的康复情况,若发现患者存在不良反应症状,应立刻告知患者的主治医生,及时进行处理。

**1.2.9 寻求社会和家庭的支持** 争取社会支持系统和患者家庭的支持与参与。建立微信群,在群中发布家中护理的建议,同时也提供了家属间的沟通交流平台,互相的理解、关心、鼓励与支持可以减轻家属的心理压力,家人的鼓励和支持会给患者足够的安全感,有利于稳定患者的情绪。

**1.3 评价指标** 分别对两组患者的神经功能康复情况、运动功能康复情况、日常生活活动能力和对护理的满意程度进行分析和比较。(1)神经功能康复情况采用神经功能缺损评分(NDS 评分)评价:患者的分数越高,则神经功能的缺损越严重。(2)运动功能康复情况采用 Fugl-Meyer 评分(FMA 评分)评价:分数越低,患者存在的运动功能障碍越大,则其运动功能越差。(3)日常生活活动能力采用 Barthel 指数进行评价:Barthel 指数越低,则生活自理能力越差<sup>[6]</sup>。(4)反刍思维量表:总分为 22~88 分,按照总分共分成 4

个不同的等级,低水平(22~43 分)、中等水平(44~65 分)、高水平(66~88 分),即分数越高显示患者反刍思维越为严重。(5)治疗依从性采用本院自制调查问卷进行评价:严格遵照医嘱进行规范性治疗为完全依从;基本遵照医嘱,偶尔行不规范性治疗为一般依从;经常不遵照医嘱进行治疗甚至中断治疗为无法依从。依从度=(完全依从数+一般依从数)/总病例数×100%。(6)患者对护理干预工作的满意程度采用本院自制调查问卷进行评价:让患者或家属对护理各项工作进行评分,问卷总分为 100 分,按照总分共分成 4 个不同的等级,分别为非常满意(不低于 90 分)、满意(75~89 分)、一般满意(60~74 分)、不满意(低于 60 分)。满意度=(满意数+非常满意数)/总病例数×100%。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS19.0 软件对数据进行处理和分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以百分数表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

**2.1 两组患者神经功能康复情况对比** 护理前,两组患者的 NDS 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ );两组患者护理后的 NDS 评分均显著低于护理前( $P < 0.05$ ),且观察组患者护理后的 NDS 评分显著低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

| 表 1 护理前后两组患者 NDS 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$ ) |          |            |             |             |             |
|--------------------------------------------|----------|------------|-------------|-------------|-------------|
| 组别                                         | <i>n</i> | 护理前        | 护理后 1 个月    | 护理后 3 个月    | 护理后 6 个月    |
| 观察组                                        | 34       | 24.93±5.69 | 16.32±5.87* | 11.57±5.35* | 8.23±4.19*  |
| 对照组                                        | 34       | 24.61±6.05 | 21.80±5.39* | 18.26±5.74* | 15.46±5.07* |
| <i>t</i>                                   |          | 0.22       | 4.01        | 4.97        | 6.41        |
| <i>P</i>                                   |          | 0.82       | <0.05       | <0.05       | <0.05       |

注:与同组护理前比较,\* $P < 0.05$ 。

**2.2 两组患者运动功能康复情况对比** 护理前两组患者的 FMA 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ );两组患者护理后的 FMA 评分均显著高于护理前( $P < 0.05$ ),且观察组患者护理后的 FMA 评分显著高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

| 表 2 护理前后两组患者 FMA 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$ ) |          |            |              |              |              |
|--------------------------------------------|----------|------------|--------------|--------------|--------------|
| 组别                                         | <i>n</i> | 护理前        | 护理后 1 个月     | 护理后 3 个月     | 护理后 6 个月     |
| 观察组                                        | 34       | 19.79±8.86 | 42.62±17.72* | 55.45±21.29* | 73.64±25.47* |
| 对照组                                        | 34       | 20.16±9.48 | 31.49±12.30* | 38.72±15.58* | 44.58±19.08* |
| <i>t</i>                                   |          | 0.17       | 3.01         | 3.70         | 5.32         |
| <i>P</i>                                   |          | 0.87       | <0.05        | <0.05        | <0.05        |

注:与同组护理前比较,\* $P < 0.05$ 。

**2.3 两组患者日常生活活动能力对比** 护理前两组患者的 Barthel 指数评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ );两组患者护理后的 Barthel 指数评分均显著高于护理前( $P < 0.05$ ),且观察组患者护理后的 Barthel 指数评分显著高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 3。

**2.4 两组患者反刍思维评分对比** 护理前两组患者的反刍思维评分差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组患者护理后的反刍思维评分均显著低于护理前( $P<0.05$ ),且观察组患者护理后的反刍思维评分显著低于对照组( $P<0.05$ )。见表 4。

| 表 3 两组患者护理前后的 Barthel 指数评分对比<br>(分, $\bar{x}\pm s$ ) |          |            |             |             |             |
|------------------------------------------------------|----------|------------|-------------|-------------|-------------|
| 组别                                                   | <i>n</i> | 护理前        | 护理后 1 个月    | 护理后 3 个月    | 护理后 6 个月    |
| 观察组                                                  | 34       | 36.10±5.89 | 50.53±6.65* | 56.61±5.49* | 62.85±5.02* |
| 对照组                                                  | 34       | 35.98±5.94 | 44.31±6.96* | 49.70±6.18* | 53.70±5.68* |
| <i>t</i>                                             |          | 0.08       | 3.77        | 4.87        | 7.04        |
| <i>P</i>                                             |          | 0.93       | <0.05       | <0.05       | <0.05       |

注:与同组护理前比较,\*  $P<0.05$ 。

| 表 4 两组患者反刍思维评分对比(分, $\bar{x}\pm s$ ) |          |             |             |
|--------------------------------------|----------|-------------|-------------|
| 组别                                   | <i>n</i> | 护理前         | 护理后         |
| 观察组                                  | 34       | 65.72±15.63 | 42.15±8.91* |
| 对照组                                  | 34       | 65.01±15.19 | 56.2±11.04* |
| <i>t</i>                             |          | 0.19        | 5.80        |
| <i>P</i>                             |          | 0.85        | <0.05       |

注:与同组护理前比较,\*  $P<0.05$ 。

**2.5 护理后两组患者的治疗依从性对比** 护理后观察组患者的治疗依从度为 91.18%(31/34),显著优于对照组的 70.59%(24/34),差异有统计学意义( $\chi^2=4.66, P=0.03$ )。见表 5。

| 表 5 护理后两组患者的治疗依从性对比[ <i>n</i> (%)] |          |           |           |           |
|------------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| 组别                                 | <i>n</i> | 无法依从      | 一般依从      | 完全依从      |
| 观察组                                | 34       | 3(8.82)   | 14(41.18) | 17(50.00) |
| 对照组                                | 34       | 10(29.41) | 11(32.35) | 13(38.24) |

**2.6 两组患者对护理工作的满意情况对比** 观察组患者对护理工作的评分和满意度均高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 6。

| 表 6 两组患者对护理工作评分和满意度对比 |          |                              |                    |
|-----------------------|----------|------------------------------|--------------------|
| 组别                    | <i>n</i> | 对护理工作的评分(分, $\bar{x}\pm s$ ) | 满意度[ <i>n</i> (%)] |
| 观察组                   | 34       | 96.14±5.02                   | 32(94.12)          |
| 对照组                   | 34       | 81.13±4.97                   | 25(73.53)          |
| $\chi^2/t$            |          | 12.39                        | 5.31               |
| <i>P</i>              |          | <0.05                        | 0.02               |

### 3 讨 论

脑卒中是由于全身血液循环紊乱或脑血管产生病变造成脑部供血障碍从而引起的脑组织缺氧、缺血以及坏死,形成梗死灶<sup>[7-9]</sup>。近年来,随着人们饮食方式、生活方式的改变,生活压力的增加,以及人口老龄化进程的加快,脑卒中发病率逐年增加。其病因复杂,常发生于中老年患者,具有较高的致残率,且存活患者 50%以上存在肢体运动或神经功能障碍,严重影响

响患者的生活质量<sup>[10]</sup>。

临床上早期对重症脑卒中患者的处理多重视抢救和药物治疗,但是忽略了神经康复及心理支持的重要性。人体大脑皮质具有可塑性和可逆性,当患者大脑皮质发生损伤时,可以通过护理重塑损伤部位功能<sup>[11]</sup>。近年来,护理学相关研究对反刍思维的关注日益增多,反刍思维是指人在遭遇负性事件以后,反复地回顾、思考事件发生的原因及其后果,不断放大自己的负面情绪,此思维方式会使患者出现焦虑、抑郁甚至绝望情绪,表现出适应不良,对患者的治疗产生负面影响<sup>[12]</sup>。因此,寻找有效改善脑卒中患者神经功能、心理状态的护理措施,在恢复患者活动能力和提高生活质量中发挥重要的作用。

个性化护理干预是康复医学的重要部分,是一种新型的护理模式,此模式不仅强调对患者提供服务技术,更注重患者的针对性需求<sup>[13-14]</sup>。与常规护理不同,个性化护理是以“患者”为中心,将其应用于重症脑卒中患者中,一方面在心理方面给予患者关怀,消除其不良情绪,使其以积极的心态配合治疗;另一方面加强患者功能锻炼,促进大脑皮质的可塑性发展,进而改善患者神经康复。本研究结果显示,两组护理前 NDS 评分、FMA 评分、Barthel 指数、反刍思维评分差异无统计学意义( $P>0.05$ );护理后两组患者的 NDS 评分、反刍思维评分显著低于护理干预前( $P<0.05$ ),FMA 评分及 Barthel 指数均显著高于护理干预前( $P<0.05$ );护理后观察组患者的 NDS 评分、反刍思维评分显著低于对照组( $P<0.05$ ),FMA 评分及 Barthel 指数显著高于对照组( $P<0.05$ );表明常规护理和个性化护理干预在一定程度上均可改善患者神经功能及心理状态。但观察组患者的 NDS 评分、FMA 评分、Barthel 指数及反刍思维改善均显著优于对照组( $P<0.05$ ),表明个性化护理对改善重症脑卒中患者神经康复及心理状态具有显著作用。这是由于个性化护理干预注重患者个体病情和心理评估,注重护患之间的沟通交流,因此,可提高患者的心理社会适应功能水平,提高患者对康复的信心和参与康复训练的积极性,促进损伤脑细胞可塑性的恢复<sup>[15-17]</sup>。此外,护理后观察组患者的治疗依从性及患者对护理的满意度显著优于对照组( $P<0.05$ )。表明实施个性化护理可给予患者专业性、个性化的护理指导,并及时关注恢复效果,显著提高了患者的治疗依从性,改善了护患关系,提高患者对医护工作者的信任感,从而提高了护理满意度。

综上所述,给予重症脑卒中患者个性化护理干预,可促进患者神经功能康复及心理康复,治疗效果明显提高,值得临床进一步推广。

### 参考文献

[1] 祁玉军,沈娟.针刺结合康复训练治疗脑卒中后足下垂疗效观察[J].中国针灸,2016,36(7):679-682.  
[2] 荣积峰,黄强民,刘琳,等.针刺肌筋膜疼痛触发点对脑卒

中痉挛型足下垂和足内翻的疗效[J]. 中国康复理论与实践, 2017, 23(5): 591-594.

[3] 容根南, 黄冬枚. 家庭康复护理在脑卒中偏瘫患者中的应用进展[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(1): 140-144.

[4] 黄远桃, 谭奔腾, 肖剑英, 等. 联合道家认知疗法对社区脑卒中后遗症期患者的焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中国医师杂志, 2017, 19(6): 908-910.

[5] 刘江, 高梅, 蒋雅娟, 等. 优质护理对脑卒中伴抑郁患者独立生活能力以及心理状态的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(8): 24-26.

[6] 杨云旭, 李俊. 综合护理干预对急性脑卒中患者神经功能恢复及护理满意度的影响[J]. 河北医学, 2016, 22(10): 1716-1719.

[7] 李磊, 刘玉. 红细胞生成素和血清同型半胱氨酸的水平变化与首发缺血性脑卒中的相关性分析[J]. 中国实验诊断学, 2017, 21(8): 1317-1319.

[8] 高长玉, 吴成翰, 赵建国, 等. 中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.

[9] 陈晓迪, 朱洪权, 宋唯一, 等. 脑源性神经营养因子与脑梗死的关系[J]. 中国实验诊断学, 2016, 20(1): 155-157.

[10] 王宏图, 纪勇, 姚宏, 等. 认知干预对老年脑卒中失语症患者言语功能和生活质量的影响[J]. 中华老年医学杂志, 2015, 34(7): 741-744.

[11] 苗培芳, 程敬亮, 王彩鸿, 等. 基于体素的形态学分析研究皮层下脑梗死患者脑结构的改变[J]. 实用放射学杂志, 2016, 32(6): 841-844.

[12] 高燕, 赵宗霞, 张美, 等. 反刍思维对产妇产后抑郁、焦虑与生活满意度的影响研究[J]. 职业与健康, 2017, 33(14): 1959-1962.

[13] 刘莎娜, 马红梅. 个性化护理干预联合康复训练对脑卒中吞咽障碍患者疗效及预后的影响[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(17): 2071-2075.

[14] 王晶, 孙冬雪. 个性化干预护理在改善乳腺癌手术患者及配偶生活质量中的应用[J]. 海南医学, 2016, 27(15): 2576-2578.

[15] 王爱凤, 王正梅, 金妍, 等. 个性化护理干预对高血压脑出血患者生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(3): 360-363.

[16] 陈艳红, 楼小亮. 缺血性卒中后星形胶质细胞的基因表达[J]. 国际脑血管病杂志, 2015, 23(11): 877-880.

[17] 崔振平. 早期康复训练对急性脑梗死患者血清 NGF、NSE、BDNF 及运动功能的影响[J]. 海南医学院学报, 2017, 23(5): 593-595.

(收稿日期: 2019-10-23 修回日期: 2020-04-16)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 13. 036

# 营养支持模式及质量控制对改善中、晚期慢性肾病患者营养状况的效果

朱志辉<sup>1</sup>, 贺 婧<sup>2△</sup>  
1. 陕西省汉中市勉县医院肾内科, 陕西汉中 724206; 2. 陕西省延安市宝塔区疾病预防控制中心慢病科, 陕西延安 716000

**摘要:**目的 探讨营养支持模式及质量控制对改善中、晚期慢性肾病患者营养状况的效果。方法 选取勉县医院 2017 年 1 月至 2018 年 12 月收治的 200 例中、晚期慢性肾病患者为研究对象, 采用随机数字表法, 将其随机分为研究组和对照组, 每组 100 例。对照组患者采用常规干预方法, 研究组患者在此基础上, 采取营养支持模式及质量控制进行干预, 对比两组患者的干预方法对中、晚期慢性肾病患者营养状况的影响。结果 两组患者干预前体质量指数(BMI)、血红蛋白(Hb)、清蛋白(ALB)、前清蛋白(PAB)比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 干预后, 研究组患者 BMI、Hb、ALB、PAB 明显高于对照组( $P<0.05$ ); 两组患者干预后第 1 天主观综合性营养评估量表评分(SGA 评分)比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 研究组患者干预后 2、3、6 个月 SGA 评分明显低于对照组( $P<0.05$ )。研究组患者干预后各项生活质量指标评分明显高于对照组( $P<0.05$ )。结论 营养支持模式及质量控制可有效改善中、晚期慢性肾病患者营养状况, 使患者养成良好的饮食习惯, 提高患者的生活质量, 值得临床上进一步推广应用。

**关键词:**营养支持; 质量控制; 慢性肾病; 营养状况  
**中图法分类号:**R692 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)13-1909-04

目前, 慢性肾病尚无有效的根治方法, 临床一般采取治疗原发性疾病、调整生活方式、控制血糖、控制血压和蛋白尿等方式控制病情进展, 对于终末期肾病患者主要采用血液透析控制病情, 除上述方法以外, 还需要患者具有良好的自我管理行为<sup>[1]</sup>。目前, 人们对慢性肾病的了解不断加深, 愈加意识到自我管理行为对慢性肾病治疗的重要性, 近年来, 已有临床研究关注慢性肾病患者行为改变<sup>[2]</sup>。中、晚期慢性肾病患者因营养不良, 机体抵抗力下降, 容易发生感染, 严重影响患者的健康及生活质量<sup>[3]</sup>。营养支持以饮食为中心, 通过干预患者的胃肠营养状态, 引导患者改变健康饮食行为, 促使患者形成正确的饮食习惯, 提高机体营养状况<sup>[4]</sup>。本研究选取勉县医院(以下简称“本院”)2017 年 1 月至 2018 年 12 月收治的中、晚期慢性肾病患者为研究对象, 对其实施营养支持模式及质量控制, 旨在观察患者的营养状况的改善情况和治

△ 通信作者, E-mail: 2971895652@qq. com。