

理人员为患者做好术前准备,并对手术部位做好皮肤备皮和消毒,加强手术室环境管理,切断各种感染源,最大程度地降低手术切口感染概率。

### 3.3 手术室预见性护理预防无菌手术切口感染的效果

本研究结果显示,观察组切口感染率明显低于对照组,手术切口甲级愈合率明显高于对照组,护理满意度明显高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明手术室预见性护理干预可有效预防患者无菌手术切口感染,提升手术切口甲级愈合率和护理满意度,这与卢效娟等<sup>[13]</sup>的研究中,实施手术室护理患者的切口感染率低于对照组,手术切口愈合率和护理满意度高于对照组的结论相一致。

本研究手术患者采取手术室预见性护理获得肯定效果,这是由于本研究分别从术前、术中和术后进行了干预。术前做好心理疏导工作、向患者详细介绍手术流程以及注意事项,有利于患者以良好的心态接受手术治疗,术中配合度得以提升,同时也降低了应激反应的发生风险<sup>[14]</sup>。通过对患者健康状况进行综合评估并采取对症干预能够提高患者机体免疫力,降低术中应激反应,有利于促进术后切口快速愈合。患者手术切口愈合程度与术中无菌操作规范程度有一定的关系,本研究强调术中无菌操作,包括器械和手术敷料的完全灭菌,大大避免了因手术器械、物品灭菌不彻底而导致的切口感染。术后护理在预防切口感染方面也具有非常重要的作用,术后与病房护士详细交待患者手术情况、相关注意事项及术后护理要点,并定期对患者进行回访,根据回访情况与病房护士共同制订护理方案,减少在住院期间因切口护理不当造成的医源性切口感染,以免延长患者住院时间<sup>[15-16]</sup>。本研究结果显示,观察组患者住院时间、住院费用均明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明手术室预见性护理在预防无菌手术切口感染的同时,间接缩短了住院时间,节约了住院费用,也进一步证实了上述观点。

综上所述,手术室预见性护理干预可有效预防患者无菌手术切口感染,提升手术切口甲级愈合率和护理满意度,缩短住院时间,节约住院费用,值得临床应用。但本研究中也存在一定的不足,样本数选取较少,没有对远期干预效果进行进一步分析。因此,在以后的研究中,将进一步扩大样本

量,对远期治疗效果进行进一步观察,更加客观、科学地对手术室预见性护理干预方案进行评价。

### 参考文献

- [1] 胡国庆, 陆焯, 李晔. 手术室医院感染预防与控制管理要求[J]. 中国消毒学杂志, 2019, 36(2): 142-146.
- [2] 王敏, 陈红梅, 罗锦意. 手术室护理干预对无菌手术切口感染的预防效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18(23): 213-214.
- [3] 鞠丽娜. 手术室护理干预对预防骨科无菌手术切口感染的作用评价[J]. 中国伤残医学, 2020, 28(12): 96-97.
- [4] 巩蕊蕊. 探究手术室护理干预对预防胃肠道手术患者切口感染的效果[J]. 中国社区医师, 2020, 36(24): 140-141.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志, 2001, 81(5): 314-320.
- [6] 徐艳. 手术室护理干预对预防骨科无菌手术切口感染的效果评价[J]. 中国伤残医学, 2019, 27(4): 98-99.
- [7] 刘晶毅. 手术室护理干预对预防骨科无菌手术切口感染的临床效果观察[J]. 中国伤残医学, 2019, 27(22): 94-96.
- [8] 李莎莎, 锁莹莹. 手术室针对性护理干预对预防骨科无菌手术切口感染的效果观察[J]. 河南外科学杂志, 2019, 25(6): 174-175.
- [9] 胡娜, 唐延军. 手术室护理干预对全膝关节置换患者术后感染的预防效果[J]. 中国卫生标准管理, 2019, 10(12): 157-159.
- [10] 龙燕红. 手术室预防性护理对四肢开放性骨折患者术后切口感染的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28(22): 263-266.
- [11] 高蕊, 郝雪梅, 王筱君, 等. 手术室护理配合对骨科切口感染发生情况的影响分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2019(A2): 1824-1825.
- [12] 徐凤. 预防性护理干预对手术室层流手术间感染率控制情况的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19(25): 102-103.
- [13] 卢效娟, 卢娜利. 手术室护理干预对胃肠道手术患者切口感染的预防效果分析[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(9): 1577-1579.
- [14] 钟晓燕. 手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染效果观察[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(8): 1367-1368.
- [15] 罗哈娜, 李艳华, 孙惠平, 等. 预防性护理措施在手术室中强化实施对降低手术患者术后切口感染实践效果[J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(12): 164-165.
- [16] 唐丽虹. 预防性护理管理对手术室医院感染的预防效果分析[J]. 福建医药杂志, 2021, 43(5): 170-171.

## 老年全髋关节置换术衰弱患者应用 协同护理模式的效果分析

王燕<sup>1</sup> 吴善姬<sup>2\*</sup> 崔立敏<sup>3</sup>

(1. 延吉市医院老干部科, 吉林 延吉, 133000; 2. 延吉市医院护理部, 吉林 延吉, 133000; 3. 延边大学附属医院骨科, 吉林 延吉, 133000)

**摘要:**目的 探究协同护理模式对行 THA 的老年患者衰弱状态和髋关节功能恢复的影响和效果。方法 选取 2019 年 6 月—2020 年 6 月延边大学附属医院收治的 120 例行 THA 的老年患者为研究对象,按照入院时间进行分组,2019 年 6

月—2019 年 12 月为对照组,2020 年 1 月—2020 年 6 月为观察组,每组 60 例。对照组采用骨科常规护理,观察组采用骨科常规护理和协同护理模式,两组观察时间均为 3 个月。比较两组患者出院时和干预后衰弱表型量表(FPF)评分、髋关节功能评估量表(Harris)评分和微型营养评估量表(MNA)评分。**结果** 干预后,观察组患者 FPF 评分低于对照组,Harris 评分、MNA 评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 协同护理模式可以有效改善 THA 术后老年患者的衰弱状态,加快髋关节的功能恢复。

**关键词:** 老年人;衰弱;人工全髋关节置换术;协同护理模式

**中图分类号:** R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-04-0127-04

中国老龄化社会问题日益突出,据不完全统计,到 2050 年,老年人口将达到 4.98 亿<sup>[1]</sup>。随着年龄的增长,老年人发生衰弱的概率增加,存在步行能力下降、肌肉衰减、跌倒、骨折、失能等风险<sup>[2-3]</sup>。衰弱(Frailty)是指老年人生理储备降低,内在平衡能力失调,压力易感性增加,导致健康状态和功能受损,产生一系列临床事件的状态<sup>[4]</sup>。老年人下肢肌肉衰减、骨质疏松,易发生跌倒,导致髋部脆性骨折。髋部骨折已成为老年人重大的医疗保健问题,治疗方式有非手术治疗和手术治疗,手术治疗可以减少骨折后所引起的并发症,并有效降低病死率。人工全髋关节置换术(THA)为首选的治疗方法,但由于手术创伤大,老年人多病共存、耐受能力差,术后易引发多种并发症,如肺炎、深静脉血栓、肌肉萎缩和骨不连等,严重影响术后老年患者的生活质量。协同护理模式(CCM)是一种多学科不同专业医疗团体的合作,以护士为主导,为患者及家属提供针对性的治疗和护理,发挥各学科优势,提高护理质量的过程<sup>[5]</sup>。目前,该护理模式已应用于多种老年慢性病的治疗,取得了良好的效果。因此,本研究通过采用 CCM 干预方法对老年 THA 衰弱术后患者进行干预研究,分析此种护理模式对 THA 老年患者术后的衰弱状态和髋关节功能恢复的影响和效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 6 月—2020 年 6 月延边大学附属医院收治的 120 例行 THA 的老年患者为研究对象。按入院时间顺序分组,2019 年 6 月—2019 年 12 月入院患者为对照组,2020 年 1 月—2020 年 6 月入院患者为观察组,每组 60 例。对照组男 23 例,女 37 例;年龄 60~78 岁,平均年龄(70.37±5.28)岁。观察组男 20 例,女 40 例;年龄 64~79 岁,平均年龄(71.02±4.42)岁。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),有可比性。患者及家属对研究知情同意,自愿签署知情同意书。本研究经延边大学附属医院医学伦理委员会审核批准。

### 1.2 纳入与排除标准

**纳入标准:** ①年龄≥60 岁;②根据《中国髋关节置换入路选择临床实践指南(2021 年版)》标准<sup>[6]</sup>,可接受 THA 治疗者。

**排除标准:** ①合并严重精神疾病,不配合研究者;②因疾

病或服用药物等其他因素所导致的衰弱者。

### 1.3 方法

协同护理团队由 8 人组成,包括主治医师、专科护士、营养师、康复治疗师及 1 名质量监督员,经过统一培训及考核,确定团队成员,明确研究目的和干预目标,了解各自的任务,紧密配合,共同参与制订《老年 THA 术后营养膳食》《老年 THA 术后康复功能锻炼手册》及相关图册和视频等材料。

对照组患者给予骨科常规护理。入院时责任护士对患者进行健康宣教、术前准备、讲解手术流程及心理护理等;术后监测生命体征变化,术侧肢体的摆放,如外展中立位 30°,两腿中间夹软枕,穿“丁”字鞋,禁止内收、内旋,防止发生术后髋关节脱位等护理措施,发放由协同护理团队制订的饮食和康复锻炼健康教育宣传资料;在出院后 1~2 周给予电话随访,术后 1~3 个月,提醒患者来院复查。

观察组患者在对照组基础上采用协同护理模式。具体护理措施由协同护理团队制订,包括饮食营养宣教、术前和术后康复锻炼指导、线上线下随访等。协同护理团队术前给予患者或家属进行第 1 次健康讲座,讲解疾病相关知识,使患者及家属了解病因及手术治疗的必要性;术后进行第 2 次讲座,内容为患者术后体位如何摆放、如何预防术后并发症、如何合理健康饮食及康复锻炼的运动方法,并发放相关材料。术后 1~3 d 进行下肢踝关节的抗阻力运动和灵活性运动,如踝泵运动、转动踝关节、趾屈运动等,每个动作保持 5~10 s,然后放松 10 s,重复动作;术后 4~7 d 逐渐增加膝关节运动,脚跟贴床面,滑动下肢;术后 8~10 d 进行抗阻力运动和平衡性运动,如直腿抬高和抬臀动作,抬高 10~20 cm,坚持 10 s,然后放松,同时可适量增加上肢肌肉的锻炼;术后 11~14 d 进行灵活性运动和抗阻力运动,可借助步行器或拐杖做行走训练,运动时必须由医护人员或家属陪同,避免跌倒导致再次损伤,术侧肢体避免内收、内旋,避免久坐,椅子高度应 >50 cm;术后 15~28 d 主要进行耐力性和负重性运动,如站立位时,手扶栏杆做伸膝与屈膝运动,锻炼下肢肌肉力量。康复锻炼运动每天以打卡的形式持续 3 个月,循序渐进,2~3 次/d,15~20 min/次,具体时间根据患者的身体状况而定。饮食营养干预由协同护理团队共同制订方案,根据患者的咀嚼能力、消化吸收能力和基础疾病来进行个案饮食调节。采用“地中海饮食”原则,给予合理化的一日三餐食谱,和食物间的替换建议,尽可能做到满足口味的同时补充营养。电话随访分别于术后第 2、4、6、8、10、12 周进行,15~20 min/次,了

**作者简介:** 王燕(1987—),女,汉族,籍贯:吉林省延吉市,硕士研究生,主管护师,研究方向:临床护理。

**通讯作者:** 吴善姬, E-mail: 780521705@qq.com。

表 1 两组患者衰弱量表评分情况比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	干预前	出院时	术后 3 个月	$t_1$	$P_1$	$t_2$	$P_2$	$t_3$	$P_3$
对照组	60	4.03 ± 0.66	3.69 ± 0.94	2.62 ± 0.48	-3.390	0.001	-8.199	<0.001	-11.937	<0.001
观察组	60	4.07 ± 0.74	3.73 ± 0.91	2.17 ± 0.47	-3.752	<0.001	-12.006	<0.001	-18.485	<0.001
$t$		-0.355	-0.096	5.166						
$P$		0.706	0.913	<0.001						

注:  $t_1, P_1$ : 出院时与干预前比较;  $t_2, P_2$ : 术后 3 个月与出院时比较;  $t_3, P_3$ : 术后 3 个月与干预前比较。

表 2 两组患者 Harris 评分情况比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	干预前	出院时	术后 3 个月	$t_1$	$P_1$	$t_2$	$P_2$	$t_3$	$P_3$
对照组	60	42.96 ± 5.59	50.12 ± 8.37	86.96 ± 6.38	7.016	<0.001	28.276	<0.001	39.524	<0.001
观察组	60	44.57 ± 6.90	52.29 ± 7.47	91.97 ± 5.16	6.989	<0.001	38.538	<0.001	48.524	<0.001
$t$		-1.425	-1.585	-4.753						
$P$		0.170	0.119	<0.001						

注:  $t_1, P_1$ : 出院时与干预前比较;  $t_2, P_2$ : 术后 3 个月与出院时比较;  $t_3, P_3$ : 术后 3 个月与干预前比较。

表 3 两组患者干预前后 MNA 评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	干预前	出院时	术后 3 个月	$t_1$	$P_1$	$t_2$	$P_2$	$t_3$	$P_3$
对照组	60	13.89 ± 1.09	13.97 ± 1.28	21.01 ± 1.39	1.414	0.163	29.306	<0.001	27.201	<0.001
观察组	60	13.83 ± 1.20	14.28 ± 1.25	21.63 ± 1.58	4.415	<0.001	25.820	<0.001	29.000	<0.001
$t$		0.320	-1.336	-2.269						
$P$		0.750	0.184	0.025						

注:  $t_1, P_1$ : 出院时与干预前比较;  $t_2, P_2$ : 术后 3 个月与出院时比较;  $t_3, P_3$ : 术后 3 个月与干预前比较。

解患者饮食及营养状况、康复锻炼达标情况、髋关节功能恢复情况、伤口愈合情况等,必要时进行家访,以便及时给予相应指导。每周在微信群中发送康复运动知识和健康食谱;每天有专人查看群内患者及家属们的提问和交流信息,并进行网络答疑。

#### 1.4 观察指标

①比较两组患者衰弱量表(FPF)评分。量表共 5 个维度,包括非自主性体质量下降、握力下降、疲劳感、步速下降、自由活动能力低下,总分为 5 分,≤2 分为非衰弱期,≥3 分为衰弱期,得分越高衰弱程度就越为严重。②比较两组患者髋关节功能评估量表(Harris)评分。量表包括髋关节功能、疼痛、关节畸形和活动度 4 个维度,总分为 100 分,90~100 分为优秀,80~89 分为良好,70~79 分为中等,<69 分为差。③比较两组患者微型营养评估量表(MNA)评分。量表共包含 4 部分,18 个项目,总分 30 分,评分 ≥24 分表示营养状况良好,17~23.5 分为存在营养不良的风险,评分 <17 为营养不良。

#### 1.5 统计学分析

应用 SPSS 22.0 软件对所得数据进行分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检验;计数资料以  $[n(\%)]$  表示,行  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组患者干预前后 FPF 评分比较

干预前和出院前,两组患者 FPF 评分均较高,均处于衰弱状态,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );术后 3 个月,观察组 FPF 评分明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。干预前、出院时、术后 3 个月 FPF 评分逐渐降低,同组内不同时间点比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

#### 2.2 两组患者干预前后 Harris 评分比较

干预前和出院时,两组患者 Harris 评分均较低,髋关节功能等级均为差,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );术后 3 个月,观察组 Harris 评分明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。干预前、出院时、术后 3 个月 Harris 评分逐渐升高,同组内不同时间点比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

#### 2.3 两组患者干预前后 MNA 评分比较

干预前和出院时,两组患者 MNA 评分均较低,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。术后 3 个月,观察组 MNA 评分高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。干预前、出院时、术后 3 个月 MNA 评分逐渐升高,对照组出院时与干预前 MNA 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );术后 3 个月与出院时 MNA 评分比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );术后 3 个月与干预前 MNA 评分比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组不同时间点 MNA 评分比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

### 3 讨论

#### 3.1 老年人的衰弱状态及干预

随着全球老年人口的不断剧增,老年人的衰弱研究逐渐得到国内外学者的关注。据有关研究统计,患有衰弱的老年人,65 岁以上约占 10%,85 岁以上老年人约占 25%~50%<sup>[7]</sup>。衰弱是以躯体状态变化为主的综合征,表现为自主活动耐力下降及生理储备下降,增加不良结局易感性<sup>[8]</sup>。处于衰弱状态的老年人发生跌倒、失能、住院和死亡的风险明显高于健康老年人。多项研究表明,对处于衰弱前期或衰弱期的老年人,给予及时有效的干预,可以逆转或改善衰弱状态<sup>[9-10]</sup>。在

焦桂梅等<sup>[11]</sup>的研究中,衰弱与年龄、性别、婚姻、文化程度、骨质疏松等因素有关。衰弱状态下的老年人下肢关节屈曲度减小、步速下降<sup>[12]</sup>。有关研究表明,患者衰弱状态和跌倒评分呈正相关,易发生脆性骨折,增加髌骨骨折的风险<sup>[13-14]</sup>。衰弱不仅导致老年人身体功能下降或丧失,还会增加长期照顾的需求,同时增加老年人再入院和死亡的风险<sup>[15]</sup>。国外学者表明,补充营养联合康复锻炼运动干预对衰弱的逆转率为 45%<sup>[16]</sup>。LIAO 等<sup>[17]</sup>研究显示,补充蛋白质联合多元化运动锻炼能够显著改善患者的衰弱状态,预防跌倒发生。本研究采用坚持“地中海饮食”的营养干预,观察组患者营养状态得到改善。2018 年我国开始加大老龄化科技重点研究项目经费,并增加老年衰弱综合征国家自然科学基金项目,首都医科大学宣武医院建立了中国老年人生理衰弱评估工具(FSQ)、社会衰弱评估方法(HALFT)和 BLSA-PAQ 量表<sup>[8]</sup>。

### 3.2 协同护理模式的有效性分析

本研究采用的协同护理模式,经过了为期 3 个月的以饮食营养和康复锻炼为主要干预内容的护理措施,积极调动了患者及家属的参与感。干预前、出院时和术后 3 个月,两组患者的 FPF 评分、Harris 评分、MNA 评分均改善,且观察组的 Harris 评分和 MNA 评分高于对照组,FPF 评分明显低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。可见,观察组患者术后康复速度、髌关节功能、衰弱和营养的状态均明显优于对照组。结果表明,对 THA 老年衰弱的患者,采用协同护理模式可以有效逆转或改善衰弱状态,在临床治疗中发挥重要的积极作用,不仅有利于加快髌关节功能恢复,还有助于提高老年人术后生活自理能力,减轻家庭负担,对改善生活质量具有重要意义。

本研究存在一定的局限性,由于时间和人力因素,研究对象均选取同一所医院,样本量较少,样本来源单一。随着老年人衰弱问题的深入研究,应扩大样本量,从多种疾病共存的方面跟踪研究。医护人员在临床工作中,应重视对老年患者衰弱的评估,结合病情及自身接受能力,采用医院、社区、家庭多元联动模式,共同制订针对预防或改善老年衰弱的干预方案,同时注重老年人的营养、睡眠、心理和社会支持状况。

### 参考文献

[1] 陈艳玫, 刘子锋, 李贤德. 2015-2050 年中国人口老龄化趋势与老年

人口预测[J]. 中国社会医学杂志, 2018, 35(5): 480-483.

[2] PERERA S, PATEL K V, ROSANO C, et al. Gait Speed Predicts Incident Disability: A Pooled Analysis [J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2016, 71(1): 63-71.

[3] ABDUL JABBAR K, SEAH W T, LAU L K, et al. Fast gait spatiotemporal parameters in adults and association with muscle strength-The Yishun study[J]. Gait Posture, 2021, 85: 217-223.

[4] 奚兴, 郭桂芳, 孙静. 衰弱的内涵及其概念框架[J]. 实用老年医学, 2013, 27(8): 687-690.

[5] GONZALO J D, HIMES J, MCGILLEN B, et al. Interprofessional collaborative care characteristics and the occurrence of bedside interprofessional rounds: across sectional analysis[J]. BMC Health Services Research, 2016, 16(1): 459.

[6] 李川, 钱东阳, 王斌, 等. 中国髌关节置换入路选择临床实践指南(2021 年版)[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2021, 15(6): 651-659.

[7] CLEGG A, YOUNG J, ILIFFE S, et al. Frailty in elderly people[J]. Lancet, 2013, 381(9868): 752-762.

[8] 李秋萍, 韩斌如, 陈曦. 衰弱老年人运动锻炼最佳证据汇总[J]. 护理研究, 2020, 34(10): 1681-1686.

[9] 马丽娜, 陈彪. 老年人衰弱综合征的研究现状及发展趋势[J]. 中华老年医学杂志, 2020, 39(4): 369-372.

[10] 岳敏, 寇京莉, 李耘. 老年人群衰弱相关危险因素及干预措施研究进展[J]. 老年医学与保健, 2020, 26(1): 148-150.

[11] 焦桂梅, 安思琪, 陈长香, 等. 中高龄老年人衰弱程度与老年性骨质疏松症的相关性探讨[J]. 中国骨质疏松杂志, 2018, 24(3): 376-384.

[12] 胡飞, 顾冬云, 戴魁戎, 等. 基于非线性时间序列法研究人体步行稳定性[J]. 医用生物力学, 2012, 27(1): 51-57.

[13] 吴芳, 王晓晔, 李争, 等. 老年住院患者衰弱现状及影响因素分析[J]. 长治医学院学报, 2021, 35(2): 95-99.

[14] 刘春香, 赵晨, 成传芳, 等. 老年脆性骨折患者健康赋权现状及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(10): 1288-1291.

[15] 刘长虎, 胡松, 毛拥军, 等. 老年人衰弱的研究进展[J]. 中国全科医学, 2017, 20(16): 2025-2033.

[16] NG T P, FENG L, NYUNT M S, et al. Nutritional, physical, cognitive, and combination interventions and frailty reversal among older adults: a randomized controlled trial[J]. Am J Med, 2015, 128(11): 1225-1236.

[17] LIAO C D, LEE P H, HSIAO D J, et al. Effects of protein supplementation combined with exercise intervention on frailty indices, body composition, and physical function in frail older adults[J]. Nutrients, 2018, 10(12): 1916.

## 基于ERAS理念的营养管理模式 对食管癌患者术后恢复的影响

李宁宁 李翠 龚兰娟 周林荣 李金霞 谢静

(高州市人民医院胸外科, 广东 茂名, 525200)

**摘要:**目的 研究基于加速康复外科(ERAS)理念的营养管理模式对食管癌患者术后恢复的影响。方法 选择 2020 年 3 月—2022 年 2 月高州市人民医院收治的 100 例食管癌术后患者作为研究对象, 按照随机数表法将其分为观察组