

营养护理干预应用于晚期胃肠道肿瘤化疗患者中的临床观察

许继文, 孙永梅[#] (徐州医科大学附属连云港医院, 江苏连云港 222061)

摘要: 目的 探讨营养护理干预在晚期胃肠道肿瘤化疗患者中的应用效果。方法 以2019年1月~2021年1月我院收治的96例晚期胃肠道肿瘤患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组各48例, 对照组采取常规护理, 观察组进行营养干预, 比较两组干预效果。结果 干预后, 观察组营养状况明显优于对照组, 两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。干预后, 观察BMI指标优于对照组; 在化疗过程中, 观察组副反应发生率低于对照组($P < 0.05$)。观察组生存质量相关指标明显高于对照组, 两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论 对晚期胃肠肿瘤患者实施营养护理干预, 可有效改善其营养状态, 预防并发症, 提升生存质量。

关键词: 营养护理干预; 晚期胃肠道肿瘤化疗患者; 效果; 不良反应发生率

晚期胃肠道肿瘤在临床比较常见, 主要通过化疗来延长患者生存时间。但疾病、胃部组织切除、化疗会引起一系列副作用, 影响患者饮食, 从而导致其机体营养不良。相关研究显示, 晚期胃肠道肿瘤是一种消耗性疾病, 多数患者伴随营养不良, 严重影响后期化疗耐受程度和生活质量。因此, 应给予晚期胃肠道肿瘤化疗患者营养、科学、合理的营养护理, 提高患者消化、吸收能力, 改善其营养状况, 提高疗效^[1]。本研究旨在探析营养护理干预在晚期胃肠道肿瘤化疗患者中的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

以2019年1月~2021年1月我院收治的96例晚期胃肠道肿瘤患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组各48例。观察组男26例, 女22例; 年龄48~74岁, 平均年龄(56.61 ± 2.53)岁。对照组男27例, 女21例; 年龄48~75岁, 平均年龄(56.21 ± 2.67)岁。两组一般资料比较无显著性差异, $P > 0.05$ 。纳入标准: 明确诊断为晚期胃肠道肿瘤晚期, 接受化学治疗; 患者知晓本研究并同意参与。

排除标准: 伴有免疫系统疾病; 心理障碍; 肝、肾功能不全; 合并其他系统化疾病。

1.2 方法

1.2.1 对照组给予常规护理

主要包括心理护理、生活护理和日常营养教育, 并告诉患者在化疗过程中要注意饮食, 多吃高蛋白、维生素含量高的食品。

1.2.2 观察组增加营养干预

(1) 首先建立营养护理团队: 包括营养专科护士、护理护士、家庭成员、临床医生等。营养学专业护理人员和临床医生应综合评估患者的体质, 并据此制订个体化膳食方案。加强和患者沟通, 提供营养知识宣传册、视频宣教等, 帮助患者了解营养摄入的重要性等。

(2) 根据营养筛选的结果进行个性化的营养干预: 为患者提供科学的营养搭配, 纠正其不良饮食习惯, 并在必要时进行肠外营养或肠内营养支持。另外, 还要注意营养支持后可能会发生的并发症, 一旦发生要立即进行治疗。如有需要, 还可以补充静脉营养。对采用鼻肠管给予鼻内营养液应用护理的患者, 应正确地固定鼻肠管, 避免发生脱落、移位、折叠、扭曲等情况。每次输注前后, 用20 ml的温

[#] 通信作者: 孙永梅, sunyongmei6203@163.com。

水清洗导管，然后关闭鼻腔。每周定时保养导管，并注意观察导管附近的皮肤状况，以保证皮肤清洁干燥，防止感染，同时注意口腔和鼻腔的清洁。静脉给予营养物质的剂量要由小到大，由慢到快。静脉营养混悬液的输注速度为 10~20 ml/h。要根据患者的具体情况进行调整，避免出现过多的抽吸反流，从而引起误吸。有胃肠合并症患者，护理人员需将其床头抬高 30°~45°，营养液即配即用，并注意控制温度。营养液要在无菌环菌环境下保存，不能超过 6 h，4℃环境下保存不超过 24 h；禁止在营养液中加入其他药物。

(3) 注重个体化护理：患者化疗之前，要尽量少吃东西，以免加重病情。化疗后要多吃富含维生素和蛋白质的食物。避免辛辣刺激性的食物，避免过冷、过热的食品，以免加重肠胃的负担和刺激。有恶心呕吐的患者，可以在化疗后含陈皮、闻柠檬片等。如果出现食欲不振的情况，可以采用药物进行治疗。

(4) 饮食、心态要健康：注意均衡饮食，保持良好的情绪和饮食习惯。鼓励患者保持良好的心态进行进食，以避免不良情绪影响食欲。

(5) 健康教育：在营养保健过程中，对患者

和家属进行营养教育。请专业营养师对患者和家属进行营养教育，根据患者及家属的文化背景、受教育程度、理解能力和年龄等因素，采取不同的教育方法，使语言易于理解，并在条件许可的情况下进行一对一的辅导。同时，针对接受能力强、文化程度高的患者，可以根据其自身的实际状况和需要，及时了解相关的营养知识，确保营养的合理安排。对于接受能力差、文化程度低的患者，可以采取讲课的方式，确保其接受并掌握营养知识。

1.3 观察指标

比较两组干预前后营养状况指标、BMI 指标、生存质量、化疗副作用。

1.4 统计学处理

数据处理采用 SPSS 23.0 统计学软件， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组营养状况、BMI 指标比较

干预后，观察组两组营养状况、BMI 指标均明显优于对照组， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组营养状况、BMI 指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	白蛋白 (g/L)	前清蛋白 (mg/L)	总蛋白 (g/L)	BMI (kg/m ²)
观察组 (n=48)	干预前	13.13 ± 2.17	189.45 ± 2.01	54.12 ± 7.71	17.56 ± 1.81
	干预后	27.11 ± 5.04 ^{*#}	256.45 ± 6.21 ^{*#}	68.55 ± 8.18 ^{*#}	19.12 ± 2.94 ^{*#}
对照组 (n=48)	干预前	13.13 ± 2.17	189.25 ± 2.14	54.23 ± 7.45	17.52 ± 1.83
	干预后	16.23 ± 3.21 [*]	225.12 ± 5.21 [*]	62.55 ± 8.01 [*]	18.02 ± 2.01 [*]

注：与本组干预前比较，^{*} $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，[#] $P < 0.05$ 。

2.2 两组生存质量指标比较

干预前，两组生存质量指标比较无明显差异；

干预后，观察组生存质量各维度评分均明显优于对照组，两组比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组生存质量指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组 (n=48)		对照组 (n=48)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
生理机能	64.57 ± 3.10	91.12 ± 3.78 ^{*#}	64.12 ± 3.45	82.21 ± 2.81 [*]
躯体疼痛	64.21 ± 3.74	91.21 ± 3.21 ^{*#}	64.34 ± 3.23	82.04 ± 2.14 [*]
角色生理	64.60 ± 3.57	91.21 ± 3.72 ^{*#}	64.60 ± 3.21	82.21 ± 2.14 [*]
心理健康状况	64.75 ± 3.60	91.45 ± 3.59 ^{*#}	64.75 ± 3.21	82.51 ± 2.55 [*]
社会机能	64.78 ± 3.12	91.15 ± 3.92 ^{*#}	64.71 ± 3.45	82.72 ± 2.62 [*]
角色心理状况	64.78 ± 3.68	91.98 ± 3.61 ^{*#}	64.71 ± 3.21	82.81 ± 2.81 [*]
活力	64.14 ± 3.49	91.56 ± 3.21 ^{*#}	64.12 ± 3.21	82.67 ± 2.42 [*]
主观健康状况	64.44 ± 3.77	91.01 ± 3.79 ^{*#}	64.44 ± 3.21	82.41 ± 2.61 [*]

注：与本组干预前比较，^{*} $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，[#] $P < 0.05$ 。

2.3 两组化疗副反应比较

观察组副反应发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

组别	骨髓抑制	胃肠道反应	其他	合计
对照组 (n=48)	5	12	3	20 (41.67)
观察组 (n=48)	2	5	3	10 (20.83)
χ^2				6.912
P				0.009

3 讨论

胃肠道肿瘤是一类常见恶性肿瘤, 初期症状不明显, 一般到了后期才会出现恶心、呕吐、腹痛、低热等症状, 对患者的健康和生命安全产生很大的影响。目前, 胃肠道肿瘤的治疗方法主要是化疗, 治疗期间患者容易出现恶心呕吐、食欲不振等症状, 如果不及进行治疗, 可能会导致患者营养不良, 并由此带来疾病的进一步恶化, 从而影响患者的治疗效果和预后^[2]。

营养护理是根据患者身体情况科学调整膳食结构, 提高患者免疫力, 不仅能保证其各项营养指标, 还能保证化疗顺利进行。胃肠道肿瘤患者之所以出现营养不良, 是由于恶性肿瘤的消耗, 患者对营养素的选择和摄取不足以及胃肠道肿瘤的特殊性, 使其成为营养不良的高危群体。同时, 化疗患者容易出现食欲下降、恶心、呕吐等药物毒副作用, 进而出现营养不良, 严重的会导致治疗中断、感染、早期死亡等^[3-4]。

在恶性肿瘤治疗中, 营养支持是一种基本、必要的治疗手段。目前, 临床上常见的肿瘤营养支持治疗方式有肠外支持治疗 (PN) 和肠内支持治疗 (EM), 包括口服、管饲、胃空肠造瘘等。选择肠外营养的原则是“胃肠道正常时, 首选肠内营养”, 仅在胃肠功能紊乱或需要肠道休息的情况下使用。肠外营养与肠内营养是可以结合使用的。目前, 主要采用肠内营养支持的方式进行营养支持。肠内营养是一种通过消化道供给人体所需的营养物质和其

它多种营养成分的途径。营养物质通过胃肠道吸收利用, 有助于保护肠道的正常组织和保护, 降低并发症, 是一种安全、简单、有效的营养方式^[5-6]。

多数胃肠道肿瘤患者出现抑郁和焦虑, 这对患者的治疗有很大的影响。患者会出现失眠、恐惧、食欲减退等症状, 会影响到营养的吸收和摄取。因此, 临床上要根据患者具体情况采取适当的心理措施, 帮助其建立战胜疾病的信心, 并积极地进行治疗和营养干预。营养不良的发生、发展与患者及家属所掌握的有关营养与疾病的知识是分不开的。因此, 为患者提供合理、全面、有效的营养支持服务, 不仅要强化护士的自身素质, 更要建立一个健全的营养师队伍, 加强对患者和家属的健康教育^[7-8]。

本研究显示, 干预后, 观察组营养状况明显优于对照组 ($P < 0.05$)。干预后, 观察 BMI 指标优于对照组; 观察组副反应发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组生存质量相关指标明显高于对照组 ($P < 0.05$)。说明在晚期胃肠道肿瘤化疗患者中加强营养评估和营养护理, 可有效确保化疗效果, 提高患者生活质量。

综上, 对晚期胃肠肿瘤患者实施营养护理干预, 可有效改善其营养状态, 预防并发症, 提升生存质量。

参考文献

- [1] 彭辉. 营养护理干预模式对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果分析 [J]. 护理实践与研究, 2021, 18(7): 1059-1061.
- [2] 路立华, 李凤君, 冯红喜. 人性化护理干预对晚期肿瘤患者化疗后并发症及胃肠道不良反应的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(6): 1091-1093.
- [3] 赵冬芳. 姑息护理干预对晚期胃肠道肿瘤患者的影响 [J]. 中国实用医药, 2020, 15(33): 175-177.
- [4] 高建松. 营养护理干预对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果 [J]. 中国城乡企业卫生, 2020, 35(11): 135-136.
- [5] 莫翠珠. 营养护理对晚期胃肠道肿瘤化疗的效果分析 [J]. 继续医学教育, 2020, 34(9): 102-103.
- [6] 黎少红. 营养护理干预模式对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果 [J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(10): 16-17.
- [7] 解延飞, 王鑫, 李果果. 姑息护理干预对晚期胃肠道肿瘤患者的影响 [J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(11): 97-98, 103.
- [8] 陈雪琴, 潘志颖, 许妙灵. 营养护理干预模式对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果分析 [J]. 湖北科技学院学报 (医学版), 2019, 33(5): 427-429.