

集束化营养干预方案对食管癌同步放化疗患者 生活质量和营养状况的影响

向运莲, 曾小梅

(四川省广安市人民医院 肿瘤科, 四川 广安, 638000)

摘要: **目的** 了解集束化营养干预法对食管癌同步放化疗患者生活质量和营养状况的影响程度。**方法** 选取食管癌同步放化疗患者 100 例,应用随机、单盲、对照研究,采用随机数字表格法将患者分为研究组(采用集束化营养干预措施)和对照组(采用常规营养干预措施)各 50 例。食管癌放化疗结束后,比较 2 组患者的生活质量量表(EORTC QLQ-C3.0)及患者的体质量,血红蛋白(Hb)、血清白蛋白(ALB)含量及白细胞计数(WBC)等部分血液检查指标。**结果** 入院时 2 组患者各项统计指标无统计学意义($P > 0.05$);放化疗治疗结束后,研究组患者总体健康状况、体质量、Hb、ALB、WBC 全部优于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 集束化营养干预方案不仅可以明显提高食管癌同步放化疗患者的生活质量,而且可以改善患者的营养状况,值得在临床上进一步研究与应用。

关键词: 食管癌; 集束化营养干预; 放射疗法; 化学疗法; 生活质量

中图分类号: R 473.73 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2017)04-029-04 **DOI:** 10.7619/jcmp.201704010

Effect of cluster nutrition intervention on quality of life and nutritional status of esophageal cancer patients undergoing concurrent radiotherapy and chemotherapy

XIANG Yunlian, ZENG Xiaomei

(Oncology Department, Guang'an People's Hospital, Guang'an, Sichuan, 638000)

ABSTRACT: Objective To investigate the effect of nutritional intervention on the quality of life and nutritional status of esophageal cancer patients with concurrent radiotherapy and chemotherapy. **Methods** A total of 100 esophageal cancer patients with concurrent radiotherapy and chemotherapy in our hospital were equally divided into study group (cluster nutritional intervention) and control group (routine nutritional intervention) using random number table method. Quality of life scale (EORTC QLQ-C3.0) and body weight, the level of hemoglobin (HB), serum albumin (ALB) and white blood cell count (WBC) after radiotherapy and chemotherapy were compared. **Results** There was no significant difference on admission in different indicators ($P > 0.05$). After radiotherapy and chemotherapy, overall health status, body weight, HB, ALB, WBC in the study group were all better than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Nutritional intervention can not only improve the quality of life of patients with esophageal cancer, but also enhance the nutritional status of patients, and it is worth of further study and application in clinical practice.

KEY WORDS: esophageal cancer; cluster nutritional intervention; radiotherapy; chemotherapy; quality of life

食管癌是常见的消化道恶性肿瘤,年平均发病率及死亡率均较高^[1-2]。由于多数患者确诊食管癌时,病情已发展至中晚期,已失去了施行根治性手术的机会,故而大多数患者需要接受放化疗、辅助治疗等综合性治疗以减轻痛苦、延长生命。

中晚期食管癌患者因食管梗阻严重,常引起典型的进行性吞咽困难,从而导致明显的慢性脱水、消瘦、贫血等体征的出现^[3]。而糟糕的营养状态又会导致机体组织及器官正常的生理功能发生严重的功能紊乱^[4]。因此,对于晚期食管癌患者来

说,营养干预是综合治疗的重要组成部分^[5]。集束化护理干预是集合一系列疗效明确的治疗措施和护理方案,并且具有循证医学证据支持,从而应用于多种难治性疾病的先进护理方法^[6-7]。集束化营养干预疗法现已应用于多项临床研究,但对食管癌放化疗后患者的干预疗效目前研究尚不足,本院肿瘤防治中心采用这一方法治疗食管癌同步放化疗患者取得了较好的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 10 月—2015 年 11 月本院肿瘤防治中心收治的食管癌同步放化疗患者 100 例,应用随机、单盲、对照研究,采用随机数字表格法将患者等分为研究组(采用集束化营养干预措施)和对照组(采用常规营养干预措施)各 50 例。所有患者均经病理诊断为食管癌,且需接受系统的放化疗治疗。排除标准:严重的营养不良(体质量下降 $\geq 10\%$ 或 BMI ≤ 18.0 kg/m²);严重的心、肺、肝、脑、肾疾病;不能耐受肠内营养治疗者;难以控制的发热;酗酒或滥用药物;妊娠或哺乳;拒绝签署知情同意书者。排除标准:入院后 1 周内主动出院或死亡者;主动中断放化疗者。研究组男 27 例,女 23 例;年龄 42~76 岁,平均(61.4 \pm 12.8)岁;病程 6 个月~3 年,平均(15.4 \pm 11.2)月;上段肿瘤 11 例,中段肿瘤 30 例,下段肿瘤 9 例;肿瘤分期为 2 期的 12 例,3 期的 38 例。对照组男 26 例,女 24 例;年龄 38~77 岁,平均(62.1 \pm 12.3)岁;病程 8 个月~3 年,平均(16.2 \pm 11.0)月;上段肿瘤 13 例,中段肿瘤 29 例,下段肿瘤 8 例;肿瘤分期为 2 期的 10 例,3 期的 40 例。2 组患者在性别、年龄、病情、病程等临床资料方面比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

所有患者在住院期间均应用常规同步放化疗方案。方案 1:采用调强放射治疗技术,放射剂量选择 50~60 Gy/20~30 f(1.6~2 Gy/次),持续 3~6 周;化疗采用奈达铂 100 mg/M²+紫杉醇 60~90 mg dl,每周 1 次,连续 3~4 次。方案 2:放疗同方案 1,化疗采用奈达铂 100 mg/M²+5 氟嘧啶 500 mg/M²,每周 1 次,连续 2~4 次。方案 1 和 2 中奈达铂可用顺铂替代。依据患者具体情况

选择治疗方案,两种方案效力相等,对实验结果无影响。治疗前需影像学检查排除远处转移,排除听力障碍,排除内分泌及代谢性疾病。

1.2.1 对照组:入组患者采用常规护理措施,给予一般性营养支持^[8];确定营养物质摄入量,每人每日摄入能量每千克体质量 30~35 kcal,其中碳水化合物每日每千克体质量 4~5 g,蛋白质每日每千克体质量 1.2~1.6 g,脂肪每日每千克体质量 1~1.5 g。如患者能完成每日摄入量,则不需另予口服营养补充;如患者不能完成每日摄入量,则需另予口服营养补充(美国雅培制药有限公司提供的整蛋白型全营养素)。

1.2.2 研究组:在对照组基础上,给予集束化营养干预。① 组建集束化护理干预小组,统一学习营养学、营养评估及集束化护理相关知识。② 对患者进行 nrs2002 评估,得分 ≥ 3 分的患者有营养不良的风险,建议进行营养支持干预。③ 征询医师、专业营养师的意见,制定患者的营养干预方案,并由营养师制作营养餐,护士督导患者坚持食用。④ 责任护士负责患者及家属营养知识的评估及继续教育,以使患者及家属加强对营养支持干预的理解和重视。⑤ 对患者进行心理支持,鼓励患者减轻焦虑、抑郁等不良心理,以帮助患者正确认识病情,树立战胜疾病的信心。⑥ 在放化疗期间,每周 1 次对患者进行营养风险的动态评估、生活质量的评估,并依据其病情变化适当调整营养支持方案。⑦ 制定应急预案,对患者可能存在的躯体、心理及营养状况进行积极、妥善的处置。

1.3 评价指标

营养状况的评价:分别在入院时及放化疗结束后,对患者营养状况进行评价,包括患者的体质量及血红蛋白(Hb)、血清白蛋白(ALB)及白细胞计数(WBC)等部分血液检查指标^[9]。生活质量的评价:应用生活质量量表(EORTC QLQ-C30,总分在 0~100 分),评估患者入院前及放化疗结束后的生活质量。功能性评估项目包含躯体功能、角色功能、社会功能、情感功能和总体健康状况,总得分越高意味着生活质量越高。疼痛、疲劳、恶心呕吐、经济压力、失眠等症状性项目得分越低表示生活质量越高^[10]。由专门工作人员负责问卷的发放和回收,须由患者自行填写,以避免受到外界干扰。

1.4 统计学分析

采用 Stata 12.0 软件进行数据统计,计量资

料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为具有统计学差异;计数资料以 [$n(\%)$]表示,采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学差异。

2 结果

2.1 2组患者营养状况的比较

2组患者在入院时营养状况指标无统计学意义($P > 0.05$),放化疗结束以后,研究组营养状

况指标改善好于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 2组患者生活质量功能性项目得分的比较

2组患者入院时功能性项目得分比较无统计学意义($P > 0.05$),放化疗结束后,研究组各项得分均高于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表1 2组患者营养状况指标的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	入院时				放化疗结束后			
	体质量/kg	Hb/(g/L)	ALB/(g/L)	WBC/(g/L)	体质量/kg	Hb/(g/L)	ALB/(g/L)	WBC/(g/L)
对照组($n=50$)	55.2±7.9	114.8±6.4	32.8±4.8	5.9±1.4	53.4±7.9	106.8±5.3	26.4±5.7	3.3±2.2
研究组($n=50$)	56.5±8.3	114.2±5.7	33.4±4.4	5.5±1.2	57.8±8.0*	110.5±6.2*	30.7±5.5*	5.0±2.1*

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

表2 2组患者功能性项目得分比较($\bar{x} \pm s$)

组别		分				
		躯体功能	角色功能	社会功能	情感功能	总体健康状况
对照组($n=50$)	入院时	67.2±12.5	58.3±14.2	53.9±9.7	82.5±18.2	77.5±13.6
	放化疗结束	43.9±12.2*	28.5±11.9*	42.2±8.9*	69.3±12.4*	48.4±11.4*
研究组($n=50$)	入院时	67.4±12.9	60.4±14.9	52.6±10.6	83.3±17.1	78.4±14.7
	放化疗结束	50.8±11.6**	42.5±14.1**	48.9±7.8**	78.4±21.1**	58.9±10.1**

与入院时比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

2.3 症状性项目得分的比较

2组患者入院时症状性项目得分比较无统计学意义($P > 0.05$),放化疗结束后,研究组只有

疼痛得分低于对照组($P < 0.05$),其余各项得分差异无统计学意义($P > 0.05$),见表3。

表3 2组患者症状性得分比较($\bar{x} \pm s$)

组别		分				
		疼痛	疲劳	失眠	恶心呕吐	经济压力
对照组($n=50$)	入院时	28.9±18.2	33.3±17.1	40.8±23.9	17.8±13.6	52.4±13.6
	放化疗结束	39.9±15.2	40.4±14.2	55.2±21.2	29.0±18.6	51.8±12.9
研究组($n=50$)	入院时	31.1±16.7	33.1±17.4	41.2±24.4	17.4±13.9	53.8±12.8
	放化疗结束	32.4±16.9*	42.5±13.8	56.1±21.4	28.8±19.0	52.6±11.8

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

集束化护理理念最早应用于ICU治疗呼吸机相关性肺炎等多种疑难性疾病^[11],将具有循证证据支持的治疗方案和护理措施进行资源整合,并应用于临床。将循证实践坚定地应用于患者,以取得患者结局的综合性影响,故而其有利于为ICU患者普遍性存在的某种病症制订确切的实践指南^[12]。由于良好的临床效果,目前,集束化护理已广泛的应用于各临床科室。

放化疗过程中,在取得杀死肿瘤细胞的同时,常伴随程度不等的恶心呕吐、失眠、乏力、免疫抑制等不良反应,甚至可能出现放射性食管炎、放

射性脊髓炎等严重并发症。这些并发症会进一步增加患者进食的难度,从而加重营养不良,造成恶性循环^[13]。此外,晚期肿瘤患者多器官功能恶化乃至死亡率的增加均与严重的营养不良有关。李苏宜^[14]证实,食管癌死亡患者营养不良发生率接近100%,故而抗肿瘤治疗过程中营养支持应当成为综合治疗中的重要组成部分。此外,王泽芬^[15]认为,给予营养支持后患者的近、晚期营养状态可得到明显改善,并能缓解患者的不良情绪,提高生活质量。因此,重视评估患者的营养状态,并为其制订实用的营养支持方案,以期达到改善营养代谢、增强体质、提高生活质量之目的,这也成为当前肿瘤护理学届关心的主要课题之一^[16]。

本研究为了取得更好的营养支持效果,将集束化护理理念引入患者的营养支持,并将多种护理措施与营养措施合二为一,从而保证了整个护理过程的系统性、完整性及连续性。因食管癌多发于文化程度不高的农村老年人^[17-18],所以集束化护理小组中的护士和营养师对于患者营养的共同干预至关重要。集束化护理干预小组中护士和营养师的通力合作,既适应了临床护理营养干预工作的复杂性和多变性,又有效地弥补了护士和营养师专业上的不足,促进了医护一体化的发展^[19-20]。本研究的结果亦表明集束化营养干预后研究组患者的各项营养指标均优于对照组。因此同传统营养干预护理方法对比,集束化营养干预方案在改善食管癌同步放疗化疗患者营养状况方面疗效更佳。

集束化营养干预通过饮食调整患者的身体素质,不仅关注了患者的营养状态,而且同时关注患者的心理状态。在整个放化疗过程中,营养师负责患者的饮食以调整患者的身体状态,护士负责患者的情绪以调整其心理状态,并且护士还应多与患者沟通,为其普及疾病的相关知识,疏导患者抑郁、焦虑等不良情绪,讲解治疗成功案例,鼓励患者树立战胜疾病的信心,以使其能主动配合、贯彻实施营养干预方案。在放化疗结束后,研究组在功能性评分各项得分均高于对照组,而在症状性评分中仅有疼痛一项得分优于对照组,而其他多项得分差异则无统计学意义。集束化护理干预营养措施与常规的护理措施及营养支持相比,不仅能改善患者的身心状态,而且能提高患者的生活质量。因为集束化营养干预主要作用在于改善营养状态和机体的基本功能,故而其与单纯的治疗行为缓解病痛、去除病因有着本质的不同,因此本研究出现了功能好转明显,而症状改善不显著的结果。

综上所述,同传统营养干预方法相比,集束化营养干预护理可显著改善食管癌同步放疗化疗患者的营养状况和生活质量,但对症状性项目评分无显著改善。因此如何将这一先进的护理理念广泛的应用于临床并同营养科学有机融合,仍需我们继续深入研究。

参考文献

[1] 葛均波,徐永健. 内科学,第8版[M]. 北京,人民卫生出版社,2013:360-362.

- [2] 毛友生,赫捷,薛奇,等. 全国食管癌规范化诊治推广之路[J]. 中华胃肠外科杂志,2013,16(9):801-804.
- [3] Pan H, Cai S, Ji J, et al. The impact of nutritional status, nutritional risk, and nutritional treatment on clinical outcome of 2248 hospitalized cancer patients: a multi-center, prospective cohort study in chinese hospitals [J]. *Nutr Cancer*, 2013, 65: 62-70.
- [4] 吴国豪. 胃肠手术患者围手术期营养支持治疗[J]. 中华胃肠外科杂志,2015,18(7):638-641.
- [5] 刘立华,赵胤铭. 消化道肿瘤患者围手术期营养状况对临床治疗效果的影响研究. [J]. 中国现代医生,2015,53(1):114-116.
- [6] Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU [J]. *N Engl J Med*, 2006, 355: 2725-2732.
- [7] 陈永强. 呼吸机相关性肺炎与呼吸机集束干预策略[J]. 中华护理杂志,2010,45(3):197-200.
- [8] 郝玉静,赵立华. 食管癌患者同步放疗及化疗的营养支持及护理[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(5):50-51.
- [9] 丛明华. 补充谷氨酰胺、EPA、支链氨基酸对食管癌同步放疗化疗及胃癌术后辅助化疗患者营养状况、治疗顺应性及生活质量的影响[D]. 北京,北京协和医学院,2015.
- [10] 王金栋,刘俊峰,王其彰,等. 食管癌贲门癌术后生活质量评价和营养因素分析[J]. 中华胸心血管外科杂志,2008,24(1):36-38.
- [11] Haraden C. What is a bundle 2006 <http://www.ihl.org/IHL/Topics/Critical-Care/Intensive-Care-/Improvement-Stories/What-Is-a-Bundle-.htm>.
- [12] Bradford Winters, Todd Dorman. Patient-safely and quality initiatives in the intensive care unit[J]. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 2006, 19: 140-145.
- [13] 方萌萌,赵勇,王超虹. 食管癌患者术后生存质量及护理干预的研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2013,19(25):3157-3159.
- [14] 李苏宜. 食管癌患者营养不良与营养治疗:文献复习和实践体会[M]. 2011 全国肠内肠外营养学术会议,2011:137-138.
- [15] 王泽芬. 集束护理干预策略对乳腺癌保乳术后放疗化疗患者的影响[J]. 西部中医药,2015,28(4):137-139.
- [16] 田松焕. 营养筛查、评估和干预对恶性肿瘤患者营养状况及生命质量的影响[J]. 中国实用护理杂志,2015,31(17):1297-1300.
- [17] 包鹤龄,王宁,王宝华. 我国农村地区胃癌和食管癌患者就医及时性及其影响因素调查[J]. 中国全科医学,2014,17(21):2486-2489.
- [18] 费惠,谢浩芬,徐琴鸿,等. 护理干预对改善老年胃肠道肿瘤患者营养风险的作用[J]. 中国现代护理杂志,2015,21(10):1185-1187.
- [19] 莫岚. 集束化护理干预降低 ICU 患者肠内营养并发症的应用观察[J]. 中国基层医药,2013,20(15):2393-2394.
- [20] 丁锦霞,徐学云,陶光州,等. 医护一体化护理对食管癌放疗化疗患者生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志,2012,28(5):50-51.