

• 饮食与营养 •

食管癌术后家庭肠内营养患者的支持性护理干预

王洋,田雪,张萌,贺燕

Supportive care in esophageal cancer patients undergoing postoperative home enteral nutrition Wang Yang, Tian Xue, Zhang Meng, He Yan

摘要:目的 探讨支持性护理干预在食管癌术后家庭肠内营养患者中的实施效果。**方法** 根据入院时间顺序将食管癌根治术后需行家庭肠内营养的 190 例患者分为对照组 93 例和干预组 97 例。对照组按常规进行出院指导及门诊定期复诊,干预组在对照组基础上给予支持性护理干预,比较两组出院前、出院 1 个月及 3 个月时体质量、BMI 和生活质量。**结果** 两组体质量和 BMI 比较,时间效应及交互效应差异有统计学意义(均 $P<0.01$);干预组生活质量总分及饮食限制、反流、焦虑得分与对照组比较,干预效应、时间效应差异有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$)。**结论** 对食管癌术后行家庭肠内营养患者实施支持性护理干预,有利于维持食管癌术后患者体质量,改善患者症状相关生活质量。
关键词:食管癌; 家庭肠内营养; 支持性护理干预; 体质量; 生活质量
中图分类号:R473.6;R459.3 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.09.096

食管癌是临床常见恶性肿瘤之一,手术是食管癌的首选治疗手段,而食管癌根治术具有创伤大、手术后遗症明显、预后差等特点^[1]。为改善其预后,相关指南提倡术后患者需进行家庭肠内营养,将营养支持从院内延续到院外,使患者能在院外得到长期有效的营养支持治疗^[2],以改善营养状况,增强机体免疫功能,促进康复^[3]。目前我国家庭肠内营养管理还未形成系统的指导和监测体系,患者回归家庭之后,安全性和有效性得不到保障。患者在进行家庭肠内营养及重新建立新的饮食模式过程中会出现反流、体质量下降、吞咽困难等问题,由于居家而得不到及时处理,将降低家庭肠内营养的有效性,严重影响患者术后营养状况和生存质量。因此,针对食管癌术后家庭肠内营养患者制订有效的居家支持性照护方案至关重要。居家支持性护理模式是围绕癌症居家康复期患者,为满足其生理、信息、情感、心理、社会的需求而确定的服务,是帮助癌症康复期患者正确应对躯体结构改变、急性相关症状、体质量及生活质量下降的重要护

理策略^[4-5]。本研究对食管癌术后居家康复患者进行居家支持性护理干预,取得较好效果,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 便利选取 2017 年 9 月至 2019 年 6 月于北京大学肿瘤医院胸外科行食管癌根治术的患者为研究对象。纳入标准:确诊为食管癌,且已行食管癌根治术;出院后拟行家庭肠内营养;具有基本认知能力,小学以上文化水平;自愿参与研究,并能够接受电话随访。排除标准:并存其他系统恶性肿瘤及心、肺、肾、肝功能不全,自身免疫性疾病,活动性感染性疾病;伴有严重并发症。剔除标准:意外拔管,未再行置管。按入院时间将入选患者分为两组,2017 年 9 月至 2018 年 6 月入院患者 93 例为对照组,2018 年 7 月至 2019 年 6 月入院患者 97 例为干预组。随访过程中无脱落病例。两组一般资料比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$),见表 1。所有研究对象知情并签署同意书,本研究获得北京大学肿瘤医院伦理委员会批准并通过。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	文化程度(例)				手术方式(例)		吻合部位(例)		肿瘤分期(例)			
		男	女		小学	初中	高中及中专	大专以上	常规手术	腔镜手术	颈部吻合	胸内吻合	I 期	II 期	III 期	IV 期
对照组	93	72	21	63.77±7.94	24	36	17	16	70	23	87	6	32	12	47	2
干预组	97	84	13	63.82±7.01	24	31	24	18	75	22	95	2	45	13	39	0
统计量		$\chi^2=2.722$		$t=0.485$	$Z=0.696$				$\chi^2=0.110$		$\chi^2=1.311$		$Z=1.914$			
P		0.099		0.628	0.487				0.740		0.252		0.056			

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组于出院前给予食管癌术后常规出院指导,包括伤口护理、运动指导、鼻饲指导、进食指导,嘱患

者出院后 1 周复诊,无异常情况下,每 3 个月复诊 1 次。干预组在对照组基础上实施居家支持性护理干预。

1.2.1.1 建立医护一体化家庭肠内营养支持小组并持续质量改进 成立由 8 人组成的家庭肠内营养支持小组,包括胸外科主任医师、副主任医师、主治医师各 1 名,负责病例筛选、营养风险筛查、营养方案制订(参考《ESPEN 家庭肠内营养指南》^[6])及调整、营养状况评估、胃肠道功能评估、并发症处理;胸外科主管护师 3 名及护士 2 名(肿瘤专科护士 3 名、糖尿病专

作者单位:北京大学肿瘤医院胸外一科(北京,100142)
王洋:女,本科,护师
通信作者:贺燕,heya050321@sina.com
科研项目:2016 年国家重点研发计划“精准医学研究”重点专项(2016YFC0901401)
收稿:2020-12-01;修回:2021-01-21

科护士 1 名,营养师资质护士 1 名),负责患者及家属健康指导和技术操作指导、营养途径的维护、出院计划的跟踪、建立食管癌术后随访资料库、完成患者入库信息登记、定期电话随访、并发症预防与简单处理、完成电子随访记录单等。团队成员每月举行 1 次会议,汇总并分析肠内营养实施情况、并发症发生情况及方案调整情况,针对存在的问题进行 PDCA 持续质量改进。

1.2.1.2 建立患者自我报告管理平台 建立患者自我报告管理平台,该平台的功能模块包括出院患者健康档案、自我报告录入信息反馈、访视记录。①出院患者健康档案。出院当天,患者通过手机端以姓名与住院 ID 号进行实名注册。主管护士通过患者自我报告管理平台录入患者社会人口学资料、手术资料、体格检查、实验室检查、肠内营养输注情况等,建立健康档案。②自我报告录入信息反馈。患者出院后 30 d 内每天通过手机端录入自我报告信息,包括早餐前体质量、进食类型及热量、肠内营养输注情况、功能锻炼情况、胃肠道及肠内营养并发症发生情况等。患者有任何问题可以随时电话联系护士及主管医生。随访护士每周随访前,整理患者自我报告中涉及的各项问题(若资料信息填写不全,提醒患者及时填写),随访时以患者需求为基本,为患者提供针对性的护理建议。③访视记录。随访护士于患者出院后第 1 周、第 2 周、第 3 周、第 1 个月及第 3 个月对患者自我报告进行总结,以了解患者阶段性营养摄入情况、运动情况、症状改善、康复训练计划实施情况及患者自我报告平台上报依从性。

1.2.1.3 定期电话随访 随访护士每周电话随访 1 次,每次 10~20 min。随访内容:①患者自我报告管理信息监督。追踪自我报告管理平台资料信息填写不全患者,督促并提醒患者及时上报相关信息,保证患者上报依从性。②流程化症状管理。基于患者自我报告中涉及的症状及问题,如腹胀、腹痛、腹泻、反流、恶心呕吐、鼻黏膜损伤、吞咽困难等,评估其严重程度,基于症状严重程度给予分类管理,结合临床指南,分析原因,提供专业性护理指导,确保居家肠内营养正确实施。③分段式健康教育。对于未经口进食阶段患者,针对患者及家属鼻饲方法的薄弱环节进行再次宣教。对于肠内营养与经口进食过渡阶段患者,参照饮食热量表为患者制订进食计划,告知患者与家属通过监测体质量及是否存在腹胀、恶心呕吐等,来调节经口进食量与速度,强调体质量监测与掌握正确进食方法的重要性。当患者发生严重呛咳、吞咽困难、腹胀、腹泻、腹痛及恶心呕吐等问题时积极调整进食方案,必要时暂停经口进食。对于完全经口进食阶段患者,强调饮食营养配比,持续体质量监测,体质量下降 2 kg 以上时给予营养干预。④心理支持。给予患者积极的心理暗示,鼓励患者与家属,使其感受到

治疗效果与康复进程,使患者树立康复信心。

1.2.2 评价方法 于出院前及出院后 1、3 个月测评并记录患者体质量、BMI 及生活质量。采用 EORTC QLQ-OG25(The Europe Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life questionnaire-OG25)评估患者健康相关生活质量,量表由吞咽困难(3 项)、饮食限制(4 项)、反流(2 项)、吞咽痛(2 项)、疼痛和不适(2 项)、焦虑(2 项)6 大症状量表和与接受姑息治疗或潜在治愈性治疗或随访的上消化道癌症患者有关的 10 个单项条目共 25 个条目组成,每个条目采用 4 等级评分,从来没有、有一点、比较多、很多分别计 1、2、3、4 分,患者得分越高表明症状越严重。此量表 Cronbach's α 系数 0.67~0.87^[7]。本研究主要测评 6 大症状评分。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS21.0 软件对数据进行分析。计量资料采用均数±标准差描述,计数资料采用频数进行描述,行独立样本 *t* 检验、 χ^2 检验、秩和检验及重复测量的方差分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组出院前及出院后 1、3 个月体质量及 BMI 比较 见表 2。

表 2 两组出院前及出院后 1、3 个月体质量及 BMI 比较

$\bar{x} \pm s$				
组别	时间	例数	体质量(kg)	BMI
对照组	出院前	93	66.98±10.72	24.85±4.98
	出院后 1 个月	93	66.29±9.74	24.23±2.94
	出院后 3 个月	93	64.06±9.31	23.35±2.61
干预组	出院前	97	66.22±10.05	24.37±4.76
	出院后 1 个月	97	65.17±9.41	23.63±2.91
	出院后 3 个月	97	65.46±9.99	23.75±3.14
<i>F</i> _{干预}			0.013	0.243
<i>F</i> _{时间}			28.001*	10.812*
<i>F</i> _{交互}			15.378*	2.844

注: * *P*<0.01。

2.2 两组出院前及出院后 1、3 个月生活质量总分及各维度得分比较 见表 3。

3 讨论

3.1 实施居家支持性护理有助于维持食管癌术后家庭肠内营养患者体质量及 BMI 有研究发现,食管癌等上消化道肿瘤患者体质量减轻程度和 BMI 与预后相关,体质量减轻程度严重及低 BMI 患者预后差^[8]。本研究结果显示,两组体质量比较,时间效应及交互效应差异有统计学意义(均 *P*<0.01),两组 BMI 比较,时间效应差异有统计学意义(*P*<0.01),出院后对照组体质量及 BMI 持续下降,而干预组下降幅度不大,与周红等^[9]研究结果相似。提示居家支持性护理模式对食管癌术后行家庭肠内营养患者体质量减轻情况可能存在积极影响,分析原因可能是,通过数字化平台管理患者自我报告,医护人员能够科学地监测患者出院后不同时间节点的营养状态,并由医护一

体化团队提供循证医学证据与技术性支持,通过电话随访进行持续性营养干预,不仅满足了患者康复期间的营养需求,同时及时解决了患者家庭肠内营养及经口进食阶段存在的问题,保证了患者及主要照顾者营养护理的正确性,以保障患者营养供给。本研究结果发现,虽然干预组体质量下降情况不明显,但与基线水平相比,仍有所降低,与 Matsuoka 等^[10] 研究显示

的食管癌术后患者半年内体质量呈持续降低状态的结果一致。分析原因可能为食管癌术后患者由于疾病自身消耗、手术创伤打击以及饮食习惯的改变,导致患者在一定时间内体质量呈下降趋势。因此,在后续临床护理工作中,可延长居家支持性护理干预时间,以保证干预效果的持续性。

表 3 两组出院前及出院后 1、3 个月生活质量总分及各维度得分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	时间	例数	生活质量总分	吞咽困难	饮食限制	反流	吞咽痛	疼痛和不适	焦虑
对照组	出院前	93	51.68±17.41	3.22±1.16	2.95±1.20	1.51±0.97	1.79±1.21	1.65±1.14	2.17±0.58
	出院后 1 个月	93	45.62±9.59	1.70±0.58	2.02±0.54	1.92±0.81	1.68±0.59	1.64±0.53	2.19±0.68
	出院后 3 个月	93	40.51±13.64	1.60±0.58	1.53±0.63	1.58±0.71	1.60±0.71	1.54±0.62	1.75±0.72
干预组	出院前	97	52.10±11.26	3.11±1.13	3.01±1.06	1.38±0.60	1.87±0.98	1.51±0.71	2.23±0.52
	出院后 1 个月	97	43.92±11.09	1.77±0.59	1.72±0.56	1.93±0.61	1.67±0.57	1.73±0.59	1.99±0.45
	出院后 3 个月	97	32.81±7.88	1.30±0.47	1.32±0.45	1.34±0.50	1.34±0.50	1.29±0.41	1.52±0.50
$F_{\text{干预}}$			8.669**	2.595	5.035*	4.439*	0.810	2.985	7.134**
$F_{\text{时间}}$			74.342**	265.640**	196.569**	27.408**	9.876**	6.911**	49.526**
$F_{\text{交互}}$			5.667**	2.796	2.715	1.537	2.424	2.879	3.685*

注: * $P<0.05$, ** $P<0.01$ 。

3.2 实施居家支持性护理可提高食管癌家庭肠内营养患者生活质量 食管癌术后患者出院后由于症状管理能力不足,健康信息筛选能力差,较少途径可以接触到专业咨询,生活质量在一段时间均处于低水平状态。且食管癌患者术后相关症状持续时间较长,尽管术后 3 个月时患者的急性治疗相关症状已逐渐消退,但尚未恢复至术前状态^[11]。食管癌患者出院后存在生理功能下降、家庭和社会地位的改变、饮水和进食限制等问题,影响其生活质量。本研究结果显示,干预组生活质量总分及饮食限制、反流、焦虑得分与对照组比较,干预效应、时间效应差异有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$),说明干预后干预组患者相关症状改善显著,且随着干预时间的延长,患者生活质量水平会逐渐提高。干预组通过居家支持性护理,提供数字化平台动态监测及定期电话随访及时反馈的干预手段,能够帮助患者了解疾病恢复进展,加深对疾病的认识,促进采取健康行为的信念,提升治疗积极性与配合度^[12]。此外,在一定程度上还能够增加食管癌术后居家康复患者对躯体、症状、情绪的控制能力,满足食管癌患者居家康复期间对于生理、心理以及信息方面的需求。同时,提供以专家团队为支持的症状管理,有助于减轻食管癌患者术后康复进程中长期存在的不适症状,如饮食限制、反流、焦虑等,进而促进患者康复,改善其生活质量。

4 小结

对食管癌术后家庭肠内营养患者实施居家支持性护理干预,有助于维持患者体质量及 BMI,提高食管癌家庭肠内营养患者生活质量。本研究存在一定的局限性,随访时间仅 3 个月。今后临床开展类似研究时,可适当延长干预时间,以实现干预效果最大化,保证食管癌术后家庭肠内营养的顺利实施,改善营养

状况与生活质量。

参考文献:

[1] Ha S I, Kim K, Kim J S. The influence of symptoms on quality of life among patients who have undergone oesophageal cancer surgery[J]. Eur J Oncol Nurs, 2016, 24: 13-19.

[2] 游倩,胡雯,石磊. 2019 年《ESPEN 家庭肠内营养指南》解读[J]. 中国全科医学, 2020, 23(5): 505-510.

[3] 包勤文,龚晨,申潇竹,等. 肠内营养支持对社区获得性肺炎高龄患者预后的影响[J]. 医药导报, 2017, 36(3): 292-295.

[4] Davies D E. Home-based care[J]. Can Med Assoc J, 2012, 184(2): 214-215.

[5] Loughery J, Woodgate R L. Supportive care needs of rural individuals living with cancer: a literature review[J]. Can Oncol Nurs J, 2015, 25(2): 157-178.

[6] Bischoff S C, Austin P, Boeykens K, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition[J]. Clin Nutr, 2020, 39(1): 5-22.

[7] 刘伟琳,杨沫,吴文悦,等. EORTC QLQ-OG 25 的介绍及发展[J]. 当代医学, 2014, 20(15): 17-18.

[8] Martin L, Senesse P, Gioulbasanis I, et al. Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss[J]. J Clin Oncol, 2015, 33(1): 90-99.

[9] 周红,谢钦,周敖如,等. 食管癌术后康复期患者营养状况及生命质量的纵向研究[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2020, 7(1): 70-74.

[10] Matsuoka M, Iijima S. Relationship between nutritional biochemical parameters and body weight loss in patients with esophageal cancer up to one year after surgery[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2018, 45(Suppl 1): 101-103.

[11] 郭敏,殷秀敏,王翠,等. 食管癌患者术后 3 个月症状群的调查[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(8): 1189-1193.

[12] 曹靓,周燕. 食管癌手术患者护理模式的研究进展[J]. 护理学杂志, 2020, 35(3): 98-101.

(本文编辑 李春华)