

胃癌术后化疗患者癌性厌食自我管理体验的质性研究

张银珠¹, 张培莉¹, 侯晓雅², 武晓茹³, 金雅茹⁴, 高超越¹, 李滢¹

摘要: **目的** 了解胃癌术后化疗患者癌性厌食自我管理的真实体验,为制订癌性厌食规范化自我管理方案提供参考。**方法** 采用描述性质性研究方法,对 20 例胃癌术后化疗患者进行半结构式深入访谈,并采取主题分析法,通过 Nvivo12 Plus 软件对访谈资料进行编码、分析和提炼主题。**结果** 胃癌术后化疗患者癌性厌食自我管理体验可归纳为 3 个主题及 9 个亚主题,即自我管理知识欠缺(饮食自我管理认知不足、动态营养支持的认知不足),自我管理相关障碍因素(服药依从性差、饮食依从性差、自我感受负担重),自我管理的积极态度和行为动力(患者改善食欲的期望、改变饮食习惯、对个人健康及家庭的责任感、增强自我效能感)。**结论** 胃癌术后化疗患者癌性厌食自我管理存在诸多困难,医护人员应实施具有针对性的营养教育,关注患者心理变化,探索适合胃癌术后化疗患者癌性厌食自我管理的新模式,从而提高其癌性厌食的自我管理能力。

关键词: 胃肿瘤; 化疗; 癌性厌食; 自我管理; 营养素养; 营养教育; 营养护理; 质性研究

中图分类号: R473.73 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.24.047

Qualitative study on self-management experiences of cancer-related anorexia in patients undergoing chemotherapy after gastric cancer surgery

Zhang Yinzhu, Zhang Peili, Hou Xiaoya, Wu Xiaoru, Jin Yaru, Gao Chaoyue, Li Ying. School of Nursing, Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, China

Abstract: **Objective** To understand the real experiences of self-management of cancer-related anorexia in patients undergoing chemotherapy after gastric cancer surgery, and to provide a reference for developing standardized self-management programs for cancer-related anorexia. **Methods** A descriptive qualitative research method was employed to conduct semi-structured in-depth interviews with 20 patients undergoing chemotherapy after gastric cancer surgery. Thematic analysis was performed using Nvivo 12 Plus software for coding, analysis, and theme refinement. **Results** The self-management experiences of cancer-related anorexia in patients after gastric cancer surgery were summarized into three main themes and nine sub-themes: lack of self-management knowledge (insufficient understanding of dietary self-management, insufficient understanding of dynamic nutritional support), related barriers to self-management (poor medication adherence, poor dietary adherence, heavy burden of self-perception), and positive attitudes and motivational behaviors toward self-management (patients' expectations for appetite improvement, changes in dietary habits, sense of responsibility for personal health and family, enhanced self-efficacy). **Conclusion** Patients undergoing chemotherapy after gastric cancer surgery face numerous difficulties in self-managing cancer-related anorexia. Healthcare professionals should implement targeted nutritional education, pay attention to patients' psychological changes, and explore new models for self-management of cancer-related anorexia suitable for these patients to enhance their self-management capabilities.

Keywords: gastric tumor; chemotherapy; cancer-related anorexia; self-management; nutritional literacy; nutritional education; nutritional care; qualitative research

2020 全球恶性肿瘤统计显示^[1],胃癌发病率位居第 5 位,病死率位居第 4 位。目前手术是胃癌根治的唯一治疗手段,但是由于胃癌具有早期不易发现、术后易复发转移等特点,患者常需要辅助化疗延长生存时间^[2-4]。然而化疗在快速攻击增殖肿瘤细胞的同时也会破坏机体正常细胞^[5],导致患者出现一系列的不良反应,如恶心、呕吐或厌食等^[6]。癌性厌食(Cancer-related Anorexia, CA)是指与癌症或抗癌治疗相关的食欲减少甚至丧失,伴或不伴体质量下降,发生率为 40%~80%^[7],最终导致癌症厌食恶病质综合征(Cancer Ano-

rexia Cachexia Syndrome, CACS),进而降低患者治疗耐受性,影响疗效,降低生存质量,缩短生存时间^[8-9]。胃癌作为一种较容易发展为癌性厌食的慢性消耗性疾病^[10],不仅需要多学科多模式干预治疗,还需要在日常生活中对厌食症状进行长期、积极的自我管理来维持营养状态^[11-12]。自我管理是指患者在医护人员及其家属的协同下,及时主动应用认知及行为策略,对疾病、行为和情绪进行系统管理的动态过程^[13]。有研究显示,对癌性厌食管理不佳将导致胃癌患者生活质量下降和医疗费用增加^[14]。目前国内外研究主要集中在癌性厌食现状及其影响因素方面,以及如何对癌性厌食患者进行干预,而对胃癌术后化疗患者从自身视角的癌性厌食自我管理真实体验关注不足。因此,本研究旨在深入探索患者在癌性厌食自我管理过程中的体验,以为医护人员制订针对性的癌性厌食自我管理方案提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样法,选取 2023 年 12 月至

作者单位:1. 山西医科大学护理学院(山西 太原,030001);2. 山西医科大学第一医院肿瘤消化科;3. 浙江大学医学院附属第一医院泌尿外科;4. 上海健康医学院护理与健康管理学院

张银珠:男,硕士在读,护师,820609125@qq.com

通信作者:张培莉,work7work7@163.com

科研项目:山西省教育厅 2023 年度研究生教育教学改革基金项目(2023JG087)

收稿:2024-07-15;修回:2024-09-13

2024年3月在山西医科大学第一医院肿瘤消化科住院的胃癌化疗期患者为访谈对象。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②胃癌符合《胃癌诊疗指南(2022年版)》^[15]中相关标准;③接受胃癌根治性切除手术并正在化疗;④肿瘤患者厌食/恶病质评价量表^[16](Anorexia/Cachexia Subscale-12, A/CS-12) ≤ 30 分;⑤无沟通障碍。排除标准:①癌症转移;②并存严重心、脑、肝、肾等脏器功能障碍。尽量纳入不同年龄、学历、职业、经济水平和肿瘤分期的患者,样本量以信息达到饱和为原则。本研究访谈至20例患者时资料达到饱和,无新主题析出。男11例,女9例;年龄33~75(58.05 ± 10.89)岁。文化程度:小学及以下7例,初中5例,高中4例,大专及以上4例。职业:农民5例,退休6例,工人4例,公务员2例,职员2例,自由职业1例。婚姻状况:已婚16例,离异2例,丧偶1例,未婚1例。化疗方案:SOX(替吉奥+奥沙利铂)9例,XELOX(奥沙利铂+卡培他滨)6例,mFOLFOX6(奥沙利铂+亚叶酸钙+5-氟尿嘧啶)5例。肿瘤分期:I期2例,II期10例,III期4例,IV期4例。家庭人均月收入: $< 3\,000$ 元3例, $3\,000 \sim < 5\,000$ 元10例, $5\,000 \sim < 8\,000$ 元4例, $\geq 8\,000$ 元3例。医疗支付方式:职工及居民医保13例,新农合7例。化疗次数:1~5次11例,6~12次9例。本研究已通过医院伦理委员会审核批准(KYLL-2023-173)。

1.2 方法

1.2.1 制订访谈提纲 根据研究目的及查阅相关文献^[8, 17-19],咨询胃肠外科专家、肿瘤科专家、临床营养师、心理学专家和物理治疗师相关建议后初步拟订访谈提纲,选择2例患者预访谈对提纲进行修订,最终确定访谈提纲:①您的食欲(对食物不感兴趣)情况如何?②您对癌症导致的食欲下降了解多少?③治疗期间,您的食欲、饮食习惯以及生活方面发生了哪些变化?这些变化给您带来了哪些影响?④您是如何应对这些在食欲或饮食习惯上的变化的?效果如何?⑤您在饮食摄入等方面的自我管理过程中有什么感受和体验?您觉得哪些因素会影响到自我管理?⑥针对以上情况,您希望我们给您提供哪些帮助?

1.2.2 资料收集方法 本研究采用描述性质性研究方法,采用半结构化访谈法对胃癌术后化疗患者进行深入访谈。访谈前向患者详细解释本研究的目的和意义,并说明访谈过程中会录音,以及向患者保证隐私信息的安全性。在取得患者和家属知情同意后,由2名研究者在单人间病房或者茶话间进行一对一访谈,保证患者隐私,同时营造温馨、舒适的环境,避免患者紧张。访谈过程进行录音,仔细倾听并及时记录患者的情绪变化和肢体语言,尽量避免访谈过程中打断患者。以N1~N20对患者进行编码,访谈时间40~60 min。

1.2.3 资料分析方法 由2名研究人员按照时间访谈

的顺序,采用Nvivo12 Plus软件和主题分析法^[20]对所收集的资料进行分析,共包括6个步骤:熟悉数据、初始编码、寻找主题、审查主题、定义和命名、生成报告。在访谈结束后,由2名研究者24 h内双人反复聆听录音,将录音材料逐字逐句转录为文字,对文字匿名化处理后进行分析,当有异议时由第3者裁定,并将录音材料备份,避免资料丢失。

1.2.4 质量控制 访谈小组由2名研究者组成,其中1名为肿瘤科护士长(副主任护师),在肿瘤护理领域拥有深厚而广泛的专业经验;另1名为硕士研究生,系统地学习过质性研究的课程。在访谈前,与患者建立信任关系。在访谈过程中,研究者避免提出个人看法或对患者的观点进行评价,将自己的感受和观点尽量悬置,可根据受访者实际情况调整访谈提纲顺序。访谈结束后,研究者对访谈过程中重要问题及时追问患者,同时对访谈要点做简短总结,让患者或者家属有机会补充或纠正访谈总结。

2 结果

2.1 自我管理知识欠缺

2.1.1 饮食自我管理认知不足 多数患者对饮食自我管理的认知存在一定误区,认为癌性厌食的自我管理仅仅是按时吃饭、睡觉,意识不到由此产生的营养不良对疾病后续治疗和康复造成的不良影响。N20:“(自我管理)肯定首要的就是要吃好喝好睡好,每天按时吃饭就行,我想这样就可以啦。”N2:“上次住院化验蛋白比较低,应该是自己食欲不好造成的,我想自我管理就是让自己多吃点肉,蛋白也就上来了。”N11:“我觉得只要不感到饿就说明吃得够了,没想到这样出现了严重营养不良,影响了我后续的化疗。”

2.1.2 动态营养支持的认知不足 多数患者在化疗期间对自身动态营养需求的变化缺乏认知,无法根据病情和治疗阶段的变化及时调整饮食或者寻求医生的帮助,这种认知盲区导致营养摄入不足,影响整体治疗效果和身体恢复。N13:“自从开始化疗,吃饭时一闻到猪肉味我就恶心得想吐,自从那之后,我就不吃猪肉了,也没想着吃虾或者鱼来代替猪肉。”N9:“虽然医生强调了调整饮食的重要性,我还是没能把它当回事。总觉得随便吃点什么就可以,能吃饱就行。直到化疗后期,我体力严重下降,这才意识到我应该早点采取行动或者早点问大夫,提高我的营养水平。”N7:“最开始化疗时,我刚开始还能吃点水果和蔬菜,后来连我最爱吃的水果都不想吃了,索性就不吃了。”

2.2 自我管理相关障碍因素

2.2.1 服药依从性差 患者对癌性厌食的后果认知不足,服药改善食欲效果有限,加上现在网上容易出现虚假消息,从而造成服药依从性差。N16:“我现在都成了药罐子了,每天除了要输液,还要用这么多口

服药,我自己就把那个改善食欲的药停了。”N10:“刚开始也规律地吃谊宁(醋酸甲地孕酮片)这个药,后来觉得吃上以后改善食欲的效果也没有那么明显,两条腿还肿起来了,一按一个坑,就没有再继续吃了。”N8:“医生和护士们一直告诉我要好好吃奥氮平这个药,吃了一周,我发现自己的食欲几乎没有改善,每天还昏昏沉沉的,上网一搜发现奥氮平是抗抑郁药,我觉得对我没啥用,就自己把这个药停了,结果我发现我现在吃啥感觉都没有味了。”

2.2.2 饮食依从性差 由于胃癌术后化疗患者早期不重视补充营养、化疗导致的食欲下降、存在饮食误区等方面的原因,从而导致其饮食依从性较差。N2:“后来到医院住院,医生经过营养评估,发现我存在严重的营养不良,之前不想吃饭的时候就不吃了,觉得一天少吃一俩顿没啥关系。同病房的病友也说我脸瘦的和猴一样,我才知道自己一直没有重视这个长期不想吃饭的这个问题(叹息)。”N11:“我也想好好吃饭,但自从第2次化疗结束后,我就一直觉得嘴里有种很苦的感觉,吃什么都是苦的,啥也不想吃(皱眉、摇头),之后饭量就和以前差远了。”N4:“自从得了这个病之后,像牛羊肉这种发物,我就不吃了,我怕吃了之后肿瘤会疯狂地长(皱眉)。”

2.2.3 自我感受负担重 患者在癌性厌食自我管理的过程中,容易丧失疾病恢复信心,产生内疚、焦虑、负罪感等不良情绪,一方面,由于患者长期依赖医护人员和家属,再加上癌性厌食症状改善不明显;另一方面,部分患者除早期需手术治疗,还需要相应的化疗药物或者靶向药物进行维持治疗,再加上后期服用一些不能报销的营养制剂,这些都加重了患者的经济负担。N1:“我感觉自己太痛苦了(声音提高了),手术加上化疗就已经花了一大笔钱了,自从生病之后,一直由家人照顾,感觉亏欠家人太多了。”N19:“家里吃饭的人多,基本上是大锅饭,我不想因为自己想吃什么就麻烦家人单独给我做。”N17:“医生和护士都很忙,我有时吃不下去饭,心里又很郁闷,特别想倾诉,但是一看他们又很忙,我就不愿意麻烦他们(医生和护士)。癌症花钱是个无底洞呀(叹气),除了治疗癌症需要一大笔费用,现在还需要买些口服营养制剂来改善我的营养情况,这些(营养制剂)还不报销,长期自费购买的话我怕自己负担不起(无奈摇头)。”

2.3 自我管理的积极态度和行为动力

2.3.1 改善食欲的期望 患者由于食欲减退,饭量减少,期望食欲能够提高,营养状况能够改善,体质量能进一步增加,使化疗疗程能够顺利结束。N10:“我现在感觉自己啥也不想吃,吃啥也不香,就连自己以前最爱吃的肉现在也不想吃了(苦笑),但多希望自己能够像以前那样能吃。”N18:“现在饭量减了一半,多么希望自己每天能够多吃点饭,这样自己才能有抵抗力

来对付癌症。”N11:“以前饭量就不大,现在还没有吃饭就觉得恶心,吃得就更少了,就希望自己能够多吃点。”N3:“主任告诉我,我现在需要多吃含蛋白丰富的食物,均衡搭配营养。身体就像一架飞机,缺乏营养就像没有加满油,无法展翅高飞。这让我充满了动力!我要多吃营养丰富的食物。”

2.3.2 改变饮食习惯 患者在癌性厌食进展过程中,出现不同程度的恶心、早饱、味觉下降、吞咽困难等症状,患者不断摸索出适合自己的饮食习惯。N15:“我现在吃饭得慢慢吃,要是吃得太快感觉食物卡在喉咙里,我一般选择治疗少的时间段,避开输液、灌肠、打针时间段,自己慢慢吃。”N12:“我现在吃饭几乎尝不出味道了,我老伴对我十分好,每顿饭都变着花样做,而且饭做得十分精致,让我看着就有食欲,而且她还一直陪着吃饭(笑呵呵)。”

2.3.3 对个人健康及家庭的责任感 少数患者认识到营养的重要性,当白细胞低、营养水平低的时候,会影响化疗的效果,甚至终止化疗。自己作为家庭的一份子,一定要积极配合治疗,提高营养水平,从而承担起家庭的责任。N13:“我是家里的顶梁柱,家里的大事小事都得靠我,所以我要努力提高自己的营养水平,这样才能够顺利进行每次的化疗,不然白细胞低的时候,又得中断一次化疗。”N8:“专家都说,自己是健康的第一责任人,我要为自己负责,为自己的家庭负责。”N7:“营养不好,最终不仅自己受罪,家人还要跟着遭罪,还不如现在就把自己照顾好。”

2.3.4 增强自我效能感 患者在与癌症共存的日子里,不断探索改善癌性厌食的方法,逐渐积累了宝贵经验,虽然自我管理过程中存在一些不良行为,但长期摸索过程中也形成了良好习惯,这些好的行为能增强患者自我效能感,增强恢复健康的信念,从而进一步提高自我管理的依从性。N6:“通过加强营养,我现在的体重比上次还增加了,精神状态感觉也好多了(满脸笑容)。”N5:“别人再怎么也是别人,自我管理终究还是要靠自己(伸出胳膊做出加油的姿势),所以我积极主动地去做符合自己口味的饭,学习如何管理自己的体重。”N9:“虽然现在还是不想吃饭,但是我每天主动去运动,好好去吃饭,自我感觉良好,认真过好每一天,每一天对我来说都意义非凡(微笑)。”

3 讨论

3.1 强化主动营养观念,提高胃癌术后化疗患者营养素养水平 本研究发现,尽管患者普遍存在强烈改善食欲的意愿,但由于缺乏营养知识和自我管理意识,使癌性厌食自我管理效果不佳。部分患者严重缺乏癌性厌食的相关知识,并且在癌性厌食自我管理方面存在一定认知误区,这导致患者在早期未能及时识别和应对癌性厌食的早期症状,错过最佳干预时机。因此建

议科室线下可通过发放癌性厌食自我管理手册、定期举办线下义诊活动来使患者获取癌性厌食相关知识,加强患者对癌性厌食自我管理的认知;线上通过微信公众号定期推送癌性厌食自我管理知识,采用图片、音频等多样化形式,拓宽患者认识癌性厌食的渠道,帮助其掌握重要的自我管理技能。同时,还应为患者制订个性化癌性厌食自我管理方案,逐步提高患者参与自我管理的积极性,促进知识内容到实际行动的主动转变。有研究显示,患者营养素养水平与其文化程度、性别、年龄、经济状况等社会人口学因素息息相关^[21]。因此,对于文化水平较高、接受能力较强的患者,医护人员应重点解决患者存在的疑问,鼓励患者积极学习营养相关知识,自主参与到癌性厌食的自我管理当中;对于文化水平偏低、接受能力较弱的患者,医护人员应采取通俗易懂的图文和面对面教育方式,使患者能够快速获取营养知识。此外,针对不同性别和年龄段的患者,可提供个性化的营养建议和管理方案,以提高他们的参与度和自我管理能力。有研究显示,肿瘤患者营养知识的获取途径较单一,且缺乏获取权威可靠营养知识途径的能力^[22]。因此,应为患者及照顾者推荐可靠的信息获取平台,如中国疾病预防控制中心、世界卫生组织中文版、Medical Video 医学微视、Mayo Clinic、科普中国网等,使癌性厌食患者有充足的知识获取途径并减少信息的甄别负担。同时,医护人员应为患者提供其他沟通交流的渠道,建立微信交流群、定期开展线上和线下病友患教会,充分发挥患者之间正向相互影响的作用,让患者将自我管理的成功经验分享给其他病友,从而提升其他患者自我管理的自信心。

3.2 探索癌性厌食管理新模式,助力患者的自我管理

本研究结果显示,部分患者表示十分渴望向医护人员倾诉自己关于癌性厌食自我管理过程中的困扰,希望得到医护人员及时的反馈,但医护人员每天工作量太大等客观原因导致患者与其深度沟通的需求得不到满足,导致其不愿意主动联系医护人员,患者出院后与医护人员交流减少,这与董朝晖等^[23]研究基本一致。同时癌性厌食的恢复是一个长期过程,患者出院后仍然期望得到医护人员专业的指导。因此,医护人员应关注患者需求,及时与患者沟通;医疗机构应当建立完善的院内和院外支持系统,改善患者与医护人员沟通少的问题。有研究报道,“H2H”营养管理模式是一种连续、个体化的营养干预模式^[24],医院、社区、患者和家属均参与进来,运用信息化技术,实现医护人员与患者之间的充分交流,有助于改善患者的癌性厌食症状和营养状况。建议:①医院方面。积极建立符合该模式的信息化平台,保证患者得到延续性诊疗服务;建立多学科团队,包括临床营养师、医生、护士、心理治疗师和物理治疗师,对患者进行综合管理。②社区医院方面。及时从数据平台了解患者医疗信息,根据患者癌性厌食实际情况,提供个性化健康指导;积极发挥社区医院

就医便捷优势,根据签约服务对象,家庭医生及时监测患者的癌性厌食症状。③家庭方面。照顾者积极参与到患者的癌性厌食管理中,主动承担起照顾患者的责任,同时积极为患者提供物质和精神方面的帮助,从而减轻患者心理负担。

3.3 及时评估患者癌性厌食症状,完善支持系统

由于目前癌症患者癌性厌食的发病机制尚不明确^[18],临床诊断尚无金标准^[25],是癌性厌食早期不易被识别的根本原因。原发机制可能与外周及中枢的摄食失调相关,肿瘤本身或肿瘤刺激机体释放的活性物质作用于中枢,刺激肿瘤生长并进一步压迫肠道的解剖结构,进而诱发癌性厌食^[26];继发机制主要与外科手术、放射治疗和化学治疗等治疗措施相关^[27]。既往研究表明,性别、文化水平、味觉的改变、家庭支持程度以及负面情绪均是癌性厌食的相关影响因素^[8,19]。本研究发现药物和饮食依从性以及自我效能感影响患者的自我管理能力,可能与良好饮食、药物依从性使患者癌性厌食症状较轻相关,增强患者自我效能感,而这种积极的反馈会进一步增强其战胜癌性厌食的自信心。医护人员对患者食欲状况的早期精准评估,有助于提高患者治疗效果,延长其生存时间^[28]。提示应重视对胃癌术后患者的食欲评估,及时发现患者癌性厌食症状。常规情况下,每14天可对患者食欲进行1次评估,频率随治疗目标的改变而改变^[17],推荐使用信效度较好的A/CS-12量表进行筛查^[16]。本研究采用中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会等^[16]推荐的量表,总评分 ≤ 30 分即可认为患者存在食欲下降的标准。同时,评估有无导致患者癌性厌食的相关危险因素,为制订针对性干预措施提供参考。良好的家庭支持能够为患者提供行为、情感、信息等支持,而行为支持是指家庭成员调动社会资源为患者提供物质方面的支持,是癌症患者的重要资源。因此,建立健全家庭支持系统以提高患者的社会支持,对减轻其因经济压力而产生的负罪感具有重要意义。

3.4 加强患者心理疏导,帮助患者早日融入社会

本研究结果显示,患者不同程度感到自我负担重,产生焦虑、抑郁等负面情绪,而负面情绪又进一步加重癌性厌食症状,这与既往研究结果^[8]基本一致。提示医护人员应关注患者心理因素,避免不良情绪导致患者食欲不佳。引导患者进行自我调节,及时给予患者认知行为干预或者正念干预,提高患者自我表露水平,鼓励患者通过表达性写作方式表达不良情绪。必要时从专业角度,帮助患者制订负性情绪改善目标和计划,提高患者负性情绪表达能力,从而提升患者对生活的希望^[29];家庭照顾者应参与到患者的癌性厌食管理中,主动承担起照顾患者的责任并多关心患者,让患者感受到家的温暖;社会团体应该积极帮助患者树立战胜疾病的自信心,使患者早日融入社会。

4 结论

本研究探讨胃癌术后化疗患者在癌性厌食自我管理过程中的真实体验,提炼出自我管理知识欠缺,自我管理相关障碍因素,自我管理的积极态度和行为动力 3 个主题。医护人员应积极关注存在癌性厌食的胃癌术后化疗患者,加强相关知识培训,满足其心理需求,完善相关支持系统,积极探索癌性厌食症状自我管理的新模式。本研究仅选取山西省一所三甲医院肿瘤科患者进行质性访谈,在今后的研究中将逐步纳入全国其他省市地区各级医院,更为全面地了解胃癌术后化疗患者在癌性厌食自我管理中的真实体验。

参考文献:

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin,2021,71(3):209-249.

[2] Joshi S S, Badgwell B D. Current treatment and recent progress in gastric cancer[J]. CA Cancer J Clin,2021,71(3):264-279.

[3] 刘晨,张永磊,彭良群,等. ypTNM 分期联合 AJCC-TRG 在进展期胃癌新辅助化疗预后评价中的价值[J]. 中国肿瘤临床,2021,48(15):787-791.

[4] 尹航. 老年胃癌放化疗患者血小板减少发生的相关因素[J]. 中国老年学杂志,2023,43(12):2856-2858.

[5] Kim Y H, Kim G M, Son S, et al. Changes in taste and food preferences in breast cancer patients receiving chemotherapy: a pilot study[J]. Support Care Cancer, 2020,28(3):1265-1275.

[6] Jafarimanesh H, Akbari M, Hoseinian R, et al. The effect of peppermint (*Mentha piperita*) extract on the severity of nausea, vomiting and anorexia in patients with breast cancer undergoing chemotherapy: a randomized controlled trial [J]. Integr Cancer Ther, 2020, 19: 1534735420967084.

[7] 文粟,刘汇泉,于世英. 癌性厌食发病机制和临床诊疗的研究进展[J]. 中国肿瘤临床,2020,47(19):1013-1018.

[8] 张妍欣,杨丽,李家燕,等. 鼻咽癌放化疗患者癌性厌食现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2021,36(21):98-101.

[9] Van Lancker A, Velghe A, Van Hecke A, et al. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis[J]. J Pain Symptom Manage,2014,47(1):90-104.

[10] Sandhya L, Devi S N, Goenka L, et al. Randomized double-blind placebo-controlled study of olanzapine for chemotherapy-related anorexia in patients with locally advanced or metastatic gastric, hepatopancreaticobiliary, and lung cancer[J]. J Clin Oncol, 2023, 41 (14): 2617-2627.

[11] Hopkinson J. Psychosocial support in cancer cachexia syndrome: the evidence for supported self-management of eating problems during radiotherapy or chemotherapy treatment[J]. Asia Pac J Oncol Nurs, 2018, 5 (4): 358-

368.

[12] Cheng L, Meiser B. The relationship between psychosocial factors and biomarkers in cancer patients: a systematic review of the literature [J]. Eur J Oncol Nurs, 2019,41:88-96.

[13] Lorig K R, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms [J]. Ann Behav Med,2003,26(1):1-7.

[14] Tarricone R, Ricca G, Nyanzi-Wakholi B, et al. Impact of cancer anorexia-cachexia syndrome on health-related quality of life and resource utilisation: a systematic review[J]. Crit Rev Oncol Hematol,2016,99:49-62.

[15] 国家卫生健康委员会医政医管局. 胃癌诊疗指南(2022 年版)[J]. 中华消化外科杂志,2022,21(9):1137-1164.

[16] 中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会,全国卫生产业企业管理协会医学营养产业分会,浙江省医学会肿瘤营养与治疗学分会. 肿瘤患者食欲下降的营养诊疗专家共识[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志,2022,9(3):312-319.

[17] 王琪,吕利明,薄纯圆,等. 肿瘤患者癌性厌食评估与干预的最佳证据总结[J]. 护理学杂志,2023,38(23):25-29.

[18] 魏芯芯,齐淑静,张勇,等. 癌性厌食发病机制相关影响因素的研究进展[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志,2023,10(6):826-830.

[19] 钟红月,李莉,刘春梅,等. 肿瘤化疗患者癌性厌食现状及影响因素研究[J]. 护理学杂志,2023,38(23):1-4.

[20] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology[J]. Qual Res Psychol,2006,3(2):77-101.

[21] Khalili N, Bahrani M, Ashouri E. Self-compassion and adherence to treatment in patients with cancer[J]. Iran J Nurs Midwifery Res,2021,26(5):406-410.

[22] 王璐杉,王国蓉,李松兰,等. 癌症患者电子健康素养与健康相关结局关系的系统评价[J]. 中国健康教育,2023,39(9):802-807.

[23] 董朝晖,卢惠娟,陆箴琦,等. 癌症患者社会疏离体验的质性研究[J]. 中华护理杂志,2023,58(6):670-675.

[24] 景小凡,柳园,饶志勇,等. 构建“H2H”营养管理模式:以肿瘤患者为例[J]. 现代预防医学,2016,43(2):243-245.

[25] Turcott J G, Del Rocio Guillen Nunez M, Flores-Estrada D, et al. The effect of nabilone on appetite, nutritional status, and quality of life in lung cancer patients: a randomized, double-blind clinical trial[J]. Support Care Cancer,2018,26(9):3029-3038.

[26] Archid R, Solass W, Tempfer C, et al. Cachexia anorexia syndrome and associated metabolic dysfunction in peritoneal metastasis[J]. Int J Mol Sci,2019,20(21):5444.

[27] 黄蕾,金春晖. 癌性厌食发病机制的研究进展[J]. 中国癌症防治杂志,2023,15(4):423-428.

[28] Abraham M, Kordatou Z, Barriuso J, et al. Early recognition of anorexia through patient-generated assessment predicts survival in patients with oesophagogastric cancer [J]. PLoS One,2019,14(11):e0224540.

[29] 孙茜,王俊华,吴晓倩,等. 赋能理论构建下的情绪与压力管理方案改善胃癌患者心理弹性、希望水平的影响[J]. 中国健康心理学杂志,2023,31(12):1815-1819.