

胃肠肿瘤化疗患者对五阶梯营养干预的真实体验

赵思雨¹, 张爱琴², 陈俊杉³, 余金钊³

Real experience regarding five-step nutritional intervention among gastrointestinal cancer patients on chemotherapy Zhao Siyu, Zhang Ai-qin, Chen Junshan, Yu Jintian

摘要:目的 探讨胃肠肿瘤化疗患者对五阶梯营养干预的感受,为营养干预有效策略的制定提供参考。方法 采用现象学方法,对14例经过8个月五阶梯营养干预的胃肠肿瘤患者进行半结构式访谈。运用Nvivo11软件,根据Colaizzi 7步分析法,对访谈资料进行整理分析。**结果** 分析提炼出4个主题:营养健康教育改变生活方式;分享健康饮食经验能促进社会功能改变;康复期膳食补充和替代医学困惑;认可五阶梯营养干预及健康教育模式。**结论** 五阶梯营养干预能让患者意识到营养改善和调节生活方式的重要性,应重点关注生活方式改变的阻力因素、重视患者营养方面的补充和替代医学需求和帮助年轻患者融入社会,以促进患者康复。

关键词:胃肠肿瘤; 化疗; 五阶梯营养干预; 质性研究; 延续护理

中图分类号:R473.73;R459.3 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.21.086

2017年全国肿瘤登记显示,全国2014年肿瘤发病率为278.07/10万,病死率为167.89/10万,其中肺癌位居全国发病首位,其后依次为胃癌、结直肠癌^[1]。近年来国内外已广泛认同营养干预通过补充各类营养素,对改善肿瘤生存期患者的预后和提高生活质量的重要意义^[2-3]。胃肠肿瘤患者化疗周期长,且在家休养的时间长于在院时,故营养护理需要延续性个性化的指导^[4]。五阶梯营养干预是中华医学会肠外肠内营养学会(Chinese Society for Parenteral and Enteral Nutrition, CSPAEN)和中国抗癌学会推荐的适用于肿瘤患者的营养干预法,即首选营养教育,然后依次向上晋级选择口服营养补充、完全肠内营养、部分肠外营养、全肠外营养。此干预法需要长期随访和个性化的营养教育。目前,国内并无对五阶梯营养干预的效果验证研究,并且对延续性个体化营养护理多为量性研究,干预方式多是健康指导,研究结果证明了增加指导次数或合理规划内容的优势^[5]。为了解患者营养管理体验,本研究采用现象学研究方法,对14例经过五阶梯营养干预的胃肠肿瘤患者进行半结构式访谈,旨在为今后临床营养治疗和改进延续性护理中的营养护理内容提供相关依据,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样法,选取2017年11月至2018年8月就诊于南京大学医学院附属金陵医院的胃肠肿瘤化疗患者。纳入标准:①经病理检查确诊为胃肠道恶性肿瘤;②年龄18~75岁;③胃癌患者化疗方案为奥沙利铂+替吉奥,肠癌患者化疗方案为雷替曲塞+伊立替康;④患者均完成6次化疗,目前治疗结束2个月;⑤患者均接受营养相关健康教育和五阶梯营养

干预。在院期间健康教育包括选择的营养干预方式的注意事项、饮食营养原则、饮食误区、饮食忌宜、参考食谱举例、化疗不良反应的应对饮食措施。出院前建立微信群,供患者和医护人员交流。出院后每月随访1次,随访内容为回答患者问题、动态化膳食指导、评估患者营养干预依从性。排除标准:①合并其他恶性肿瘤;②有精神疾病;③有腹腔内多发转移或肝脏转移;④沟通障碍者。样本量以资料饱和为标准。最终纳入14例患者,男8例,女6例;胃癌6例,肠癌8例;年龄30~72(55.00±14.29)岁。文化程度:小学5例,初中3例,中专3例,大学3例。职业:务农1例,个体户1例,在职职员5例,退休7例。婚姻:单身1例,丧偶4例,已婚9例。居住地:农村2例,城市12例。

1.2 方法

1.2.1 资料收集 采用现象学研究法,通过半结构式深入访谈收集资料。访谈提纲内容包括如下几个方面:①经过五阶梯营养干预和相关健康教育,您有哪些感受或体会?②在营养干预期间有什么故事或者经验,特别想跟我们分享吗?③五阶梯营养干预支持是否能满足您在饮食营养方面的需要?是否遇到困难?研究者访谈者,经过长期互动与受访者已经建立了信任关系。治疗结束后访谈可避免受访者倚倚。在受访者知情同意的前提下预约时间,通过微信视频电话访谈,访谈时间60~90 min。访谈开始前,说明研究目的、方法及笔录、录音的必要性,承诺保护其隐私性。

1.2.2 资料分析方法 采用Nvivo11软件分析录音、运用分析资料的合众法,即连续反复地分析资料并不断与原资料比较对照。经过文字转录、记录整理、编码、回顾和深入分析、提炼主题等步骤最终总结而得出结论。

2 结果

2.1 主题一:营养健康教育改变生活方式

2.1.1 饮食营养信息收获 营养教育和延续护理丰富了患者的饮食营养知识。这也是所有患者收获最

作者单位:南京大学医学院附属金陵医院(东部战区总医院)1.普通外科研究所 2.护理部 3.重症医学科(江苏南京,210002)

赵思雨:女,硕士在读,护士

通信作者:张爱琴,aq09z@126.com

科研项目:国家临床护理重点专科课题(2017086)

收稿:2019-04-07;修回:2019-08-15

大的方面。患者 A：“你分享的都是有科学依据的信息，比头条之类的软件推送的乱七八糟的东西管用很多，现在我能做到荤素搭配、高蛋白饮食。”但错误认知及家属干预也是患者饮食护理依从性的阻力因素。患者 H：“我病友觉得秋冬的青菜都打了农药，他一年四季只有夏天买青菜吃，所以现在看着状态不好。”患者 L：“手术刚做完的时候伤口疼，每次化疗都恶心，导致我不想吃饭。但是家人就强制要求我吃，我更反感。”患者 N：“不是不能吃太咸吗？每天饭菜都很淡所以吃不下去。”

2.1.2 生活方式发生积极改变 经过健康教育后，全部患者都能认识到疾病与自身既往不良生活方式有关，正在积极改变膳食结构、运动习惯、睡眠质量和平和心态，并且意识到是一个长期坚持的过程。患者 J：“护士第 1 次给我指导的时候，我的儿子还怀疑，说现在很少有人能保持这么健康的生活方式吧。现在看到我的变化他明白了，(生活方式的变化)需要慢慢的努力，不能激进。”患者 G：“一开始我们就严格按照你说的来，现在一切都好。以后我也会坚持。”

2.2 主题二：分享健康饮食经验能促进社会功能改变 多数患者表示结交病友、分享经验值得高兴，社交范围发生改变。患者 E：“治疗后我最高兴的事是认识了好多病友。我没有什么顾虑，没有嫉妒心，单纯的只是我在你们的群和全国的群里面都是很活跃的。我都会主动分享我的三餐、游泳、心情、治疗这些经验给大家，好多病友主动加我微信好友。”少数患者表现得消极、社交范围缩小。患者 A：“公司体恤我，安排我在家上班，导致我接触的都是家人。群里面经常聊什么经验体会，我都不想聊。我的分期靠后，别人的情况较好，我觉得轮不到我。别人的情况不好，我觉得我以后也会这样，所以就不想说了。”患者 G：“我跟以前一样到处跟朋友们出去玩，我老伴说不好，那我就在家呆着吧。”

2.3 主题三：康复期膳食补充和替代医学困惑

2.3.1 膳食补充的困惑 Luo 等^[6] 研究显示，癌症治疗初期，膳食补充剂是最常用的替代医学疗法。本研究中患者使用最多的是口服营养粉，其次是微量元素钙铁锌硒等、鱼油、松茸、海参，患者关注膳食补充剂的可靠性及安全性。但有的患者也不知道是否需要膳食补充。患者 A：“朋友说补锌好，不知道我需不需要吃？”患者 N：“营养粉吃了很多牌子，吃久了以后就感觉都不好吃，不知道要吃什么了。”

2.3.2 对中医、食疗与偏方的困惑 患者在治疗期间因不适症状偶有寻求中医帮助，有的取得了较好效果，但也有部分患者对中医药相关问题存在困惑。患者 J：“现在我在医生的同意下也去中医院配了药喝，喝了之后浑身有力，气色好多了。”患者 K：“我加了一个全国患者群，有一个病友说老中医让他每天生吃醋泡蒜，这不刺激肠胃嘛？听说中药调理、西医管治疗。

西医要营养均衡，吃中药又忌口，这让我感到很郁闷。”有第一手经验(具有相同症状或疾病的非专业人员、具有不同疾病但拥有相关知识的非专业人员、有治疗相关经验的非专业人员)的人是替代医疗信息的最重要来源^[7]。患者在得到食疗偏方之后，一般会主动寻求医护人员的指导。但指导后，部分患者会坚持科学的营养均衡理论，部分患者会认为无关紧要而尝试偏方。患者 D：“我相信食疗，很多人说发物不能吃，我就把医护人员跟我说的以及一些资料推荐给他们看，大家都觉得很有帮助。”患者 I：“有人也说海鲜不能吃，但是我是这么想的，海鲜我吃得少，对我应该没有多大的影响，因此偶尔也吃。”患者 F：“我不敢瞎吃，我邻居跟我一样，他在别的医院看的病，他的医生说不能吃鸡，所以我现在也不敢吃。”患者 C：“总希望那一些民间的偏方有用，比如说蝉蛹和柠檬。我姐姐喝柠檬温水 3 个月，癌胚抗原就下降了很多。反正医生说了可以喝，我也在一直喝。”

2.4 主题四：认可五阶梯营养干预及健康教育模式

患者对及时、不厌其烦的解答和详细的指导感到感动，患者 N：“在(随访)微信群里面，我们患者或者是家属提出的各种问题，你们总是能在第一时间给予解答，很详细，很贴心，所以我们都会获得许多知识。我感到亲切和关怀。”患者 G：“我逢人就讲，我很幸运有你们给我做了治疗，获得了这么多指导。我家的病友都很羡慕我。”

3 讨论

3.1 五阶梯营养干预有利于满足不同阶段患者营养需求、提高营养治疗的依从性 胃肠道肿瘤患者常伴有不同程度营养不良。营养不良在加重患者病情恶化，导致患者病死率增加的同时也加重了患者身体心理负担。营养干预是治疗营养不良的有效方法。由于患者病情的复杂性、病程的多样化以及对营养剂耐受性不同等特点，如何保证营养干预的安全、合理、经济、有效则具有较大挑战。本研究发现，五阶梯营养干预法有效提高了患者营养治疗的依从性及营养相关知识水平，加强了主动管理意识，同时也对患者的生活方式产生了积极影响。生活方式包括吸烟、饮酒、睡眠、体力活动、饮食等。与个人行为相关的生活方式因素可以改变肿瘤相关的生物学途径，从而增加癌症风险，生长和疾病复发^[8]。与结直肠癌有关的四种生活方式影响因素包括：体力活动、睡眠时间、红肉和蔬菜消费，红肉指羊肉、牛肉和猪肉^[9]。胃癌的生活方式影响因素包括：吸烟、饮酒、蔬菜水果消费、红肉及加工肉类和高脂肪高盐饮食等^[10]。生活方式发生的积极改变，可能与五阶梯营养干预方法根据患者的病程分期、营养不良情况、胃肠耐受能力、活动及应激水平等因素来满足患者个性化能量需求，减轻患者营养不耐受有关。

3.2 五阶梯营养干预实施过程中，亦出现了困难与

挑战 实施过程中也存在众多阻力因素。本研究发现,除患者本身身体不适外,阻力因素突出表现在年龄较大的患者或其家属有错误认识,他们很容易陷入严苛的饮食要求当中,长此以往不利于营养的均衡摄取也不利于收获幸福感^[11]。针对高龄患者及其长辈家属的营养教育,应增加教育次数或使用解释、评估、澄清、理解的回授法^[12],以加强高龄患者的主动管理意识。

3.3 重视患者膳食补充和替代医疗困惑,进一步丰富五阶梯干预内容 替代医疗是指医疗保健系统和常规医学中不常用的产品,在常规五阶梯营养干预中并不涉及此方面内容。美国国家补充和综合健康中心将替代医疗分为5个主要领域:替代医学系统、身心干预、生物学治疗、躯体方法和能量疗法。美国癌症患者的替代医疗使用率在60%~80%^[13]。德国研究表明,54.9%的替代医疗使用方法与常规药物之间存在相互作用的风险。癌症患者最常用的替代医疗是维生素,其次是草药^[14]。本研究发现,患者主要的补充和替代方法需求包括膳食补充剂的可靠性及安全性,中医与西医治疗间平衡以及食疗偏方应对策略。

研究表明,患者更希望从专业人士,如医生或护士那里获得经验^[15]。与替代医疗对应的综合癌症护理应当是多学科、专业化、个性化的护理,因此,临床医务人员应加强替代医疗方面知识的学习和应用,加强对中医食疗的理解,避免出现对立的尴尬局面;尊重并主动关心患者,让患者感到安全和信任;与延续护理相结合,促进患者关于该主题的主动沟通。基于患者角度,网络信息来源的作用不容小觑,我国关于替代医疗的专业健康信息网站并未出现,希望未来我国的互联网资源能将健康信息与科学研究相联系,为广大患者提供更加科学、先进和全面的信息。

4 小结

五阶梯营养干预改变了胃肠肿瘤化疗患者的生活方式,尤其是饮食模式和观念发生了积极改变,同时他们也存在一些特殊需求。因此,在今后的延续护理中,关注生活方式改变的阻力因素、重视患者营养方面的补充和替代医学需求和帮助年轻患者融入社会是十分必要的。本研究以患者角度报道胃肠癌症患者对五阶梯营养干预的真实体验,今后可从量性研究的角度进一步证明我国癌症患者替代医疗需求的特点,加强跨学科、跨专业的综合癌症护理团队建设,护士应提高对心理咨询的认知、心理护理的技能,引导患者主动寻求心理咨询^[16],落实人文关怀应服务当成为现代医疗保健管理重点解决的问题。

参考文献:

[1] 陈万青,孙可欣,郑荣寿,等. 2014年中国分地区恶性肿瘤发病和死亡分析[J]. 中国肿瘤,2018,27(1):1-14.
 [2] Serralde-Zúñiga A, Castro-Eguiluz D, Aguilar-Ponce J

L, et al. Epidemiological data on the nutritional status of cancer patients receiving treatment with concomitant chemoradiotherapy. Radiotherapy or sequential chemoradiotherapy to the abdominopelvic area[J]. Rev Invest Clin,2018,70(3):117-120.
 [3] 盛小燕. 广州市住院肿瘤化疗患者营养状况的现状调查及干预研究[D]. 广州:南方医科大学,2013.
 [4] 中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗专业委员会. 中国肿瘤营养治疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:49-64.
 [5] 彭南海,夏灿灿,杨洋,等. 院前干预联合延续护理在加速康复外科胃肠肿瘤患者中的应用及效果评价[J]. 护理管理杂志,2017,17(11):831-833.
 [6] Luo Q, Asher G N. Complementary and alternative medicine use at a comprehensive cancer center[J]. Integr Cancer Ther,2017,16(1):104-109.
 [7] Galbraith N, Moss T, Galbraith V, et al. A systematic review of the traits and cognitions associated with use of and belief in complementary and alternative medicine (CAM)[J]. Psychol Health Med,2018,23(7):854-869.
 [8] Walter K R, Ford M E, Gregoski M J, et al. Advanced glycation end products are elevated in estrogen receptor-positive breast cancer patients, alter response to therapy, and can be targeted by lifestyle intervention[J]. Breast Cancer Res Treat,2019,173(3):559-571.
 [9] Hang J, Cai B, Xue P, et al. The joint effects of lifestyle factors and comorbidities on the risk of colorectal cancer: a large chinese retrospective case-control study[J]. PLoS One,2015,10(12):e0143696.
 [10] Yusefi A R, Lankarani K B, Bastani P, et al. Risk factors for gastric cancer: a systematic review[J]. Asian Pac J Cancer Prev,2018,19(3):591-603.
 [11] Andersen B L, Shelby R A, Golden-Kreutz D M. RCT of a psychological intervention for patients with cancer: I. Mechanisms of change[J]. J Consult Clin Psychol, 2007,75(6):927-938.
 [12] 潘翠柳,张双,张志茹. 回授法在护理健康教育中的应用现状[J]. 护理学杂志,2016,31(14):110-112.
 [13] Kristoffersen A E, Stub T, Musial F, et al. Prevalence and reasons for intentional use of complementary and alternative medicine as an adjunct to future visits to a medical doctor for chronic disease[J]. BMC Complement Altern Med,2018,18(1):109.
 [14] Firkins R, Eisfeld H, Keinki C, et al. The use of complementary and alternative medicine by patients in routine care and the risk of interactions[J]. J Cancer Res Clin Oncol,2018,144(3):551-557.
 [15] Guethlin C. Information and training needs regarding complementary and alternative medicine: a cross-sectional study of cancer care providers in germany[J]. Integr Cancer Ther,2018,17(2):380-387.
 [16] 吴美华,刘雅清,柯熹. 肿瘤专科医院护士心理联络员的培训[J]. 护理学杂志,2012,27(23):29-30.