

全程营养护理管理联合口腔护理在鼻咽癌放疗患者护理中的应用

卢玉婷

柳州市中医医院 广西 柳州 545001

摘要: **目的:** 分析全程营养护理管理联合口腔护理在鼻咽癌放疗患者的应用效果。**方法:** 选取2023年4月-2024年4月本院62例鼻咽癌患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组31例,行常规护理,观察组31例,联合全程营养、口腔护理,比较两组护理效果。**结果:** 观察组的BW、BMI、Hb、PA、ALB、自我护理知识、饮食知识、放疗知识和疾病知识评分均明显高于对照组,抑郁症状、焦虑症状、日常生活能力和活动能力评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 给予鼻咽癌患者全程营养、口腔护理能改善营养状态,提升生活质量和认知,具有推广价值。

关键词: 全程营养护理; 口腔护理; 鼻咽癌; 放疗

鼻咽癌属于常见恶性肿瘤,出现于鼻侧壁、鼻咽腔中,多表现有鼻塞、头晕头痛和流涕等。该病患者若治疗不当,病灶存在恶化转移风险,威胁生命安全^[1]。就鼻咽癌而言,观察病灶部位,发现其解剖学特殊,实施手术时具有较大难度,同时面对射线时,病灶敏感性较高,故建议首选放射疗法。放疗既能将癌细胞杀灭,又会侵犯附近组织,引发副反应,例如放射性口腔炎、恶心呕吐等,干扰进食、消化功能,长时间治疗时,会产生营养健康风险,一旦营养状态不佳,既会阻碍放疗,又可能导致其中断,故应采取适宜措施,调节营养状态,做好口腔干预,调节身心状态,令患者自觉舒适,促进疾病转归,纠正患者认知^[2]。本研究以鼻咽癌患者为对象,分析全程营养、口腔护理应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年4月-2024年4月本院62例鼻咽癌患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组31例,男16例,女15例,平均年龄(54.55±3.98)岁;观察组31例,男17例,女14例,平均年龄(54.61±3.86)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准: 符合鼻咽癌诊断标准;病灶细胞未出现转移;接受放疗;知情同意本次研究。

排除标准: 重度营养不良;放疗无效;存在内分泌疾病;慢性代谢病;药物过敏;低蛋白血症。

1.2 方法

对照组行常规护理,介绍放疗知识,讲解禁忌项,鼓励其配合医护工作,指导饮食,摄入充足能量,同时戒烟戒酒等。观察组以对照组为基础,行综合护理,主

要内容有:

1.2.1 口腔护理

①健康教育:患者层次不同,卫生宣教方法也有差异,关注口腔黏膜,定时进行常规检查,1次/d,可选择适当漱口水,预防性应用。部分漱口水味道不佳,患者可能排斥,应着重介绍漱口作用、口腔感染危害等。处于血小板减少期时,不建议选择硬牙刷,可选择软毛牙刷,也可选择棉签。选择食物时,要规避会刺激口腔黏膜的食物,针对漱口不便者,应予以协助,进行口腔干预。②选用漱口水:检查口腔酸碱度,如感觉口腔内发酸,则代表为酸性,建议采取碱性漱口水,以碳酸氢钠为例,浓度为1%-3%;对于口苦者,则表示偏碱性,建议采取酸性漱口水,可应用复方硼砂液,或选取硼酸,浓度为2%-3%,目前建议轮流采取碳酸氢钠(2.5%)及氯化铵(0.9%),防范细菌生长。③漱口技巧:时间为睡前、三餐后0.5h及晨起,每天5次,3-5min/次,提醒其充分漱口。④口腔溃疡干预:采取0.5%甲硝唑,含量为30ml,也可选择0.9%氯化钠,含量为30ml,另选取庆大霉素,用量为15万U,地塞米松,用量为5mg,开展雾化吸入,每次20-30min,每天2次,抑制炎症,采取依济复,轻喷口腔内部,推动溃疡愈合。

1.2.2 全程营养护理管理

①创建营养管理团队:负责人为营养师,分析患者资料,评价营养状况,和有丰富经验的护理人员一同建立团队,结合评估结果,建立个体化护理措施。可通过问卷、聊天等方式,了解患者病情及饮食偏好,掌握其文化背景,知晓生活方式。②评估营养风险:成员要介绍鼻咽癌知识,讲解放疗信息,加深患者认知,应用

NRS-2002量表, 评价营养风险, 若NRS-2002低于3分, 结合检查结果, 提供药物指导, 若NRS-2002大于等于3分, 依据检查结果, 提供营养支持, 改善营养状态。

③健康教育: 知晓受教育情况, 介绍鼻咽癌知识, 讲解放疗方法, 制定护理方案, 加强患者认知, 教会自我护理技能, 培养其防范意识, 面向患者、家属, 营养师负责介绍干预措施, 讲解护理内容, 协助患者养成积极、健康的心态, 借助适当方法, 缓解负面心理, 提高配合度。④营养支持措施: 结合实际情况, 制定营养支持方案, 确定营养需求, 对于蛋白质, 定做3g/kg/d, 设置能量需求, 定为150-200kJ/kg/d, 接受放疗时, 保证容易消化, 适当增加液体摄入量, 以水为主, 也可适当饮用果汁和牛奶等, 不能食用辛辣食物, 切忌刺激性食物。如患者出现鼓膜损伤, 可选取乌梅令其口服, 也可饮用菊花茶; 对于食欲不振者, 可酌情选取甜/酸食物; 若患者

经口进食困难, 可提供EN或PN, 提前建立思想准备, 提醒支持意义, 告知注意事项, 提高配合度。

1.3 观察项目和指标

评价营养状态^[3]: 空腹时, 抽取静脉血, 检验Hb、PA和ALB; 观察BW和BMI。评价生活质量: 选取QOL量表^[4], 包括抑郁症状、焦虑症状、日常生活能力和活动能力, 均为0-5分。评价疾病认知^[5]: 用问卷调查, 涵盖自我护理知识、饮食知识、放疗知识和疾病知识, 均为0-100分。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$)表示计量, 行 t 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组营养状态比较

对比BW、BMI、Hb、PA和ALB, 观察组均更高 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组营养状态比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	BW (kg)		BMI (kg/m ²)		Hb (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	31	51.12±7.82	62.54±8.35 ^a	19.42±2.35	24.93±2.42 ^a	97.12±7.57	120.12±11.73 ^a
对照组	31	51.23±7.75	57.72±7.80 ^a	19.53±2.27	22.12±2.34 ^a	97.33±7.48	111.12±12.17 ^a
t	/	0.056	2.349	0.187	4.648	0.110	2.965
P	/	0.956	0.022	0.852	0.000	0.913	0.004

续表1 两组营养状态比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	PA (mg/L)		ALB (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	31	268.66±11.73	269.32±10.65 ^a	43.44±4.22	41.55±4.44 ^a
对照组	31	269.45±10.98	209.55±17.66 ^a	43.30±4.31	35.22±3.33 ^a
t	/	0.274	16.137	0.129	6.350
P	/	0.785	0.000	0.898	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生活质量比较

对比抑郁症状、焦虑症状、日常生活能力和活动能

力评分, 观察组均更低 ($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	抑郁症状(分)		焦虑症状(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	31	3.97±1.11	2.43±0.56 ^a	3.93±1.11	2.27±0.56 ^a
对照组	31	3.94±1.13	3.55±0.72 ^a	3.94±1.08	3.56±0.57 ^a
t	/	0.105	6.837	0.036	8.989
P	/	0.916	0.000	0.971	0.000

续表2 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	日常生活能力(分)		活动能力(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	31	3.81±0.73	2.08±0.21 ^a	3.99±0.67	2.00±0.24 ^a

续表:

组别	例数	日常生活能力(分)		活动能力(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	31	3.85±0.71	3.52±0.57 ^a	3.97±0.71	3.22±0.46 ^a
<i>t</i>	/	0.219	13.199	0.114	13.092
<i>P</i>	/	0.828	0.000	0.910	0.000

注:与本组干预前比较,^a*P*<0.05。

2.3 两组疾病认知比较

对比自我护理知识、饮食知识、放疗知识和疾病知

识评分,观察组均更高(*P*<0.05)。详见表3。

表3 两组疾病认知比较[*n*($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	自我护理知识(分)	饮食知识(分)	放疗知识(分)	疾病知识(分)
观察组	31	96.67±4.52	95.26±4.16	96.23±2.28	93.79±3.27
对照组	31	86.48±4.26	86.46±3.97	83.44±4.19	81.52±4.65
<i>t</i>	/	9.135	8.521	14.929	12.018
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

鼻咽癌存在复杂发病机制,疾病影响因素多^[6],既和环境、遗传因素有关,也受病毒感染影响^[7]。探讨该病分子病理,提出就鼻咽癌细胞而言,面对放射线时其敏感性高,故首选放射疗法^[8]。但放疗有一定危害,可能侵犯正常组织,引发口腔黏膜炎等,干扰口腔状况,出现吞咽功能障碍。

以往对鼻咽癌进行放疗时,多采用常规护理,尽管能调节机体状态,但整体效果有限^[9],难以改善营养状态^[10]。实施全程营养护理,其能纠正营养状态,存在规范、科学等特征,针对入院患者,评估其病情,制定适当、合理营养方案,提供营养支持,根据患者需求,选择EN或PN,介绍疾病知识,强调营养干预意义,防范不良事件,减轻鼓膜损伤,加快康复进程。结合口腔护理,可减轻放疗反应,加强疗效。研究结果显示和对照组比,观察组的BW、BMI、Hb、PA和ALB均更高(*P*<0.05),表明结合干预能调节营养状态。观察组的抑郁症状、焦虑症状、日常生活能力和活动能力评分均更低(*P*<0.05),表示采取结合干预法,能舒缓负面情绪,提高生活质量。观察组的自我护理知识、饮食知识、放疗知识和疾病知识评分均更高(*P*<0.05),代表结合干预能纠正患者认知。说明上述方法联用可以提升鼻咽癌放疗效果。

综上所述,给予鼻咽癌患者全程营养、口腔护理能改善营养状态,提升生活质量和认知,具有推广价值。

参考文献

[1]向碧松,郑素芬,陈娟. 因果分析护理在老年鼻咽癌放疗病人营养管理中的应用[J]. 循证护理,2024,10(8):1491-1495.

[2]满敏,甘敏. 基于Beck评分的品管圈护理模式对鼻咽癌患者口腔健康状况、患者自我效能及自护能力的影响[J]. 国际护理学杂志,2022,41(23):4342-4346.

[3]卢丽梅,黄丹丹,陈世煌. 疼痛护理联合营养支持在鼻咽癌放疗患者中的应用[J]. 中外医疗,2024,43(3):128-131+136.

[4]郑木平. 全方位护理联合营养指导对鼻咽癌患者放疗致口腔黏膜反应的改善效果[J]. 中国医药指南,2024,22(1):30-33.

[5]周婷婷,齐岩强. 自我效能与自我护理联合干预对鼻咽癌放疗患者营养状态的影响[J]. 中国医学文摘(耳鼻喉科学),2023,38(6):234-237.

[6]向碧松,郑素芬,陈娟. 放疗前预后营养指数对鼻咽癌病人放疗期口腔黏膜炎发生风险的预测价值[J]. 循证护理,2023,9(22):4122-4126.

[7]袁园,刘耀龙. 延续护理联合营养干预对鼻咽癌放疗患者依从性、自我护理能力及营养状态的影响[J]. 中国医学创新,2023,20(29):111-114.

[8]马亚茹. 全程营养护理管理联合口腔护理在鼻咽癌放疗患者护理中的应用[J]. 航空航天医学杂志,2023,34(9):1115-1117.

[9]夏海燕. 基于营养支持的护理干预方法对鼻咽癌放疗患者的生活满意度影响评价研究[J]. 中国医学文摘(耳鼻喉科学),2023,38(4):167-169.

[10]张洁慧,唐莹,李月娟,姜婷. 专准全细营养护理应用于鼻咽癌放疗患者中的效果观察[J]. 中国乡村医药,2023,30(14):55-57.