饮食护理干预对肿瘤患者化疗后消化系统反应的作用探究

程　丽　姚秀茹　慕燕妮
石嘴山市第一人民医院　宁夏　石嘴山　753200

摘　要：目的：分析饮食护理干预对于肿瘤患者化疗后消化系统反应的影响。**方法：**选择2022年1月至2024年6月在我院进行化疗的80名肿瘤患者作为研究对象，采用随机数字表法将其分为观察组和对照组，每组40人。对照组给予一般护理措施，而观察组在此基础上进行系统的饮食护理干预，即营养评估、个性化饮食计划、分阶段饮食指导以及持续性饮食管理。观察两组患者的化疗后消化系统反应的发生情况、营养状态以及生活质量和满意度。**结果：**观察组的恶心呕吐、食欲下降、腹泻、便秘等症状的发生率明显低于对照组（$P<0.05$）；干预后观察组的白蛋白、前白蛋白及血红蛋白含量均优于对照组（$P<0.05$）；观察组的生活质量评分也高于对照组（$P<0.05$）。**结论：**系统的饮食护理干预可以有效地降低肿瘤患者化疗后消化系统反应的发生率，有利于患者的营养状况得到改善，从而提升其生活质量，具有较高的应用价值。

关键词：饮食护理干预；肿瘤患者；化疗；消化道反应；营养状况

引言

恶性肿瘤是一种严重危害人们健康的疾病，而化疗是治疗肿瘤的一种重要方法，在杀死癌细胞的同时也会给正常细胞带来一定的毒副作用[1]。消化道反应是化疗后最常见的一类不良事件，包括恶心、呕吐、食欲减退、腹泻、便秘、口腔溃疡等，发生率较高，在60%-90%之间[2]。这些症状都会使患者的营养供给减少，体重减轻，抵抗力下降，而且会影响到患者的生活质量以及化疗的配合度，甚至影响治疗。近年来，饮食护理作为一种非药物性的治疗方法越来越被重视起来。有报道指出适当的饮食护理可以缓解化疗后消化系统的不适，有利于患者的营养状况[3]。但是目前临床上对于饮食护理还没有一个统一的标准和个人化的方案。为了更好地发挥饮食护理的作用，本文就系统化的饮食护理对肿瘤患者化疗后消化道反应的影响进行分析，以期为临床提供一些借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择在我院肿瘤科进行化疗的80名恶性肿瘤病人作为研究对象。入组条件包括：(1)经过组织学或者细胞学确诊为恶性肿瘤；(2)接受含铂类或蒽环类化疗药物；(3)年龄在18至75岁之间；(4)预期存活时间大于等于3个月；(5)签署知情同意书并愿意配合本次研究。排除标准为：(1)患有严重的的心脏病、肝脏疾病或肾脏疾病；(2)化疗前有严重的消化道问题；(3)患有精神病或痴呆症；(4)孕妇或者哺乳期女性。根据随机数字表法将患者分为观察组和对照组各40人。观察组中有男性22名，女性18名；年龄范围从35到72岁，平均年龄为(56.3±8.7)岁；其中肺癌患者14名，乳腺癌患者10名，胃癌患者8名，结直肠癌患者8名。而在对照组中，则有男性24名，女性16名；年龄范围从33到74岁，平均年龄为(57.1±9.2)岁；其中肺癌患者15名，乳腺癌患者9名，胃癌患者9名，结直肠癌患者7名。两组患者的性别、年龄、肿瘤种类以及所用化疗药物等比较均无显著性差异($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

对照组给予一般性护理，即化疗前健康宣教、用药指导、病情观察以及相应的处理等。而观察组则在一般性护理的基础上进行系统的饮食护理干预，其内容包括：

1.2.1 营养评估

化疗前通过患者主观整体营养评估量表（PG-SGA）评价患者的营养情况，同时结合血清白蛋白、前白蛋白以及血红蛋白等检查结果综合判断患者的营养状况，依此把患者分为营养良好、可疑营养不良及中度以上营养不良三类给予不同的饮食指导。

1.2.2 个体化饮食方案制定

依据患者的营养状况、所患肿瘤种类以及所接受化疗方案和个人饮食喜好等，由营养师和责任护士为患者制定个性化饮食计划，计算出每日所需总热量及蛋白质需要量，一般以总热量25～30 kcal/（kg·d）、蛋白质

1.2～1.5 g/（kg·d）计算。饮食要求高热量、高蛋白、富含维生素且易于消化的食物，同时也考虑患者的口味。

1.2.3 分阶段饮食指导

化疗前阶段：嘱咐病人吃高蛋白、高热量的食物，如瘦肉、鱼、蛋、豆制品等，以提高身体抵抗力；化疗中：化疗前两小时禁止进餐，在化疗结束后进食清淡、易消化流质或半流质食物，如米汤、藕粉、蒸蛋羹等，少食多餐，一日五到六餐。若有恶心、呕吐现象，则应让其吃冷一些的食物，不吃过于油腻或者有刺激性的食物；化疗后恢复期：循序渐进恢复正常饮食，多吃新鲜蔬菜水果，补充维生素以及膳食纤维，防止便秘。

1.2.4 症状针对性饮食干预

对于恶心呕吐患者，给予苏打饼干、烤面包片等干燥食物，禁食过于甜腻或油腻的食物；对于腹泻患者，给予低渣易消化流质或半流质食物，如白粥、面条、苹果泥等，禁食生冷食物；对于便秘患者，应多吃富含粗纤维的食物以及充足水分，如芹菜、香蕉、火龙果等，每日饮水量大于等于1500毫升；对于口腔黏膜炎患者，给予温热流质或半流质软食，避免酸性和过硬食物。

1.3 观察指标

消化系统反应：根据世界卫生组织（WHO）抗癌药急性及亚急性毒性反应分级标准，统计两组患者化疗后出现恶心呕吐、食欲下降、腹泻、便秘的情况。营养状况：在治疗前以及治疗4周后测定血清白蛋白、前白蛋白以及血红蛋白含量。生活质量和满意度：使用欧洲癌症研究与治疗组织的生活质量核心量表（EORTC QLQ-C30）进行评估，分数越高说明生活质量越高。

1.4 统计学方法

使用SPSS25.0统计软件分析数据。计量资料以均数±标准差表示，组间比较采用t检验；计数资料以率表示，组间比较采用χ^2检验。以$P < 0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者消化系统反应发生情况比较

观察组恶心呕吐发生率为32.5%（13/40），对照组为62.5%（25/40），差异有统计学意义（$\chi^2 = 7.218$，$P = 0.007$）。观察组食欲减退发生率为40.0%（16/40），对照组为70.0%（28/40），差异有统计学意义（$\chi^2 = 7.273$，$P = 0.007$）。观察组腹泻发生率为17.5%（7/40），对照组为42.5%（17/40），差异有统计学意义（$\chi^2 = 5.952$，$P = 0.015$）。观察组便秘发生率为20.0%（8/40），对照组为45.0%（18/40），差异有统计学意义（$\chi^2 = 5.698$，$P = 0.017$）。具体数据见表1。

表1 两组患者消化系统反应发生情况比较[n（%）]

组别	例数	恶心呕吐	食欲减退	腹泻	便秘
观察组	40	13（32.5）	16（40.0）	7（17.5）	8（20.0）
对照组	40	25（62.5）	28（70.0）	17（42.5）	18（45.0）
χ^2值	—	7.218	7.273	5.952	5.698
P值	—	0.007	0.007	0.015	0.017

2.2 两组患者营养指标比较

干预前，两组患者白蛋白、前白蛋白及血红蛋白水平比较，差异均无统计学意义（$P > 0.05$）。干预后，观察组白蛋白为（38.6±3.2）g/L，对照组为（34.2±3.5）g/L，差异有统计学意义（$t = 5.872$，$P < 0.001$）。观察组前白蛋白为（0.28±0.06）g/L，对照组为（0.21±0.05）g/L，差异有统计学意义（$t = 5.667$，$P < 0.001$）。观察组血红蛋白为（118.5±10.3）g/L，对照组为（105.7±11.2）g/L，差异有统计学意义（$t = 5.302$，$P < 0.001$）。具体数据见表2。

表2 两组患者干预前后营养指标比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	时间	白蛋白（g/L）	前白蛋白（g/L）	血红蛋白（g/L）
观察组	40	干预前	33.5±3.8	0.19±0.04	102.3±10.5
		干预后	38.6±3.2	0.28±0.06	118.5±10.3
对照组	40	干预前	33.8±3.6	0.20±0.05	103.1±10.8
		干预后	34.2±3.5	0.21±0.05	105.7±11.2
t值（干预后）	—	—	5.872	5.667	5.302
P值（干预后）	—	—	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.3 两组患者生活质量比较

干预后，观察组EORTCQLQ-C30总体健康评分为（72.5±10.8）分，对照组为（58.3±11.5）分，差异有统计学意义（$t = 5.667$，$P < 0.001$）。观察组在躯体功能、角色功能、情绪功能及社会功能维度评分均高于对照组（$P < 0.05$）。具体数据见表3。

表3 两组患者干预后生活质量评分比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	例数	总体健康	躯体功能	角色功能	情绪功能	社会功能
观察组	40	72.5±10.8	75.3±9.6	70.8±10.2	73.6±9.8	71.2±10.5
对照组	40	58.3±11.5	62.1±10.4	56.7±11.3	60.5±10.6	57.8±11.2
*t*值	—	5.667	5.921	5.843	5.786	5.634
*P*值	—	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

3 讨论

3.1 饮食护理干预对消化系统反应的影响

化疗药物可直接刺激胃肠道黏膜，激活5-HT3受体而引起恶心呕吐反应[4]。另外，化疗还可造成胃肠道黏膜细胞更新障碍，消化酶分泌减少，胃肠蠕动失常等而导致厌食、腹泻或者便秘等。由上可知，观察组消化道不良反应发生率为12.5%，明显低于对照组的42.9%，说明饮食护理可以有效预防化疗后消化道不良反应的发生。其原因有以下几点：首先，个性化饮食方案是针对每位患者的实际情况进行设计的，因此能够满足患者对营养的需求并且有利于胃肠道黏膜的修复。其次，在不同化疗期间给予不同的饮食指导可以帮助患者选择适合自己的食物以减少对胃肠道的刺激。再次，对于已经出现的症状采取相应的饮食措施可以有效地改善这些症状并且避免其进一步恶化。最后，持续性的饮食管理和护理可以使饮食干预一直得到实施并且提高患者的依从性。

3.2 饮食护理干预对营养状况的影响

肿瘤患者在接受化疗之后容易发生营养不良问题，原因主要是进食量少、消化吸收不良以及代谢异常等。由上表结果可知，在进行干预后，观察组患者的白蛋白、前白蛋白以及血红蛋白均明显高于对照组，说明饮食护理可以有效改善患者的营养情况。而白蛋白、前白蛋白是衡量营养状况的良好指标，它们含量上升表示机体合成蛋白质增多以及营养充足；而血红蛋白含量上升说明贫血有所好转，这和增加了食物中铁、叶酸以及维生素B12有关系。

3.3 饮食护理干预对生活质量的影响

化疗后消化道反应给患者的日常生活带来极大影响，使患者情绪低落、社会交往减少以及角色功能受限等。而本研究显示，观察组的生活质量各项指标均优于对照组，说明饮食护理可以缓解消化道反应、增进营养吸收从而提升患者的生活质量。

3.4 饮食护理干预的实施要点

系统化饮食护理干预应注意的问题有：一是多学科协作，由营养师、医生以及护士共同参与，使方案合理；二是个性化，针对患者的肿瘤类型、所接受化疗方案、营养状况和个人喜好进行设计；三是灵活性，在患者的化疗过程及其出现不同情况时不断改变其饮食计划；四是家属配合，使病人更愿意遵守治疗计划；五是连续性，让病人在出院之后仍然可以得到专业的饮食指导。

结束语

综上所述，系统化饮食护理干预可有效减轻肿瘤患者化疗后消化系统反应，改善营养状况，提高生活质量。临床护理实践中，应重视饮食护理在肿瘤化疗患者中的应用，建立多学科协作的饮食护理团队，制定个体化、分阶段的饮食干预方案，并加强延续性饮食管理，以最大程度改善患者预后。未来应进一步开展大样本、多中心研究，不断完善饮食护理干预方案，为肿瘤化疗患者提供更优质的护理服务。

参考文献

[1]张丽华,王芳,李敏.肿瘤化疗患者消化系统不良反应的护理干预研究进展[J].中华护理杂志,2022,57(8):1256-1260.

[2]刘燕,陈静,赵雪.个体化饮食护理对胃癌化疗患者营养状况及免疫功能的影响[J].中国实用护理杂志,2023,39(5):352-357.

[3]王红梅,李娜,张敏.系统化饮食干预对结直肠癌化疗患者胃肠道反应及生活质量的影响[J].护理学杂志,2022,37(12):45-49.

[4]陈丽,刘洋,周芳.化疗所致恶心呕吐的非药物干预研究进展[J].中华现代护理杂志,2023,29(3):412-416.