

精细化营养支持结合心理行为护理 对食管癌术后患者临床康复的影响研究

杜姣姣

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710061

摘要：目的：探讨精细化营养支持结合心理行为护理对食管癌术后患者临床康复的影响。方法：选取2022年1月-2024年1月于我院就诊并执行择期手术治疗的食管癌患者200例，在征询患者意见后采用随机数字表法分为等容量两组，分别记为对照组和观察组。两组患者均采用择期手术治疗，术后对照组开展常规营养支持与心理行为护理，观察组采用精细化营养支持与心理行为护理，对比两组护理效果。结果：术后14d对两组患者营养情况进行评估，结果显示观察组白蛋白、前蛋白水平均优于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，于30d时使用量表评价两组患者生活质量，结果显示观察组生活质量评分全面优于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，经统计，对照组100例患者，肠内营养期间共计11例发生不良事件，不良事件发生率11.00%，观察组100例患者，肠内营养期间共计3例发生不良事件，不良事件发生率3.00%，观察组不良事件发生率低于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，结论：精细化营养支持结合心理行为护理对食管癌术后患者临床康复的效果明显，值得临床广泛推广应用。

关键词：精细化营养支持；心理行为护理；食管癌术后患者；临床康复；影响

引言：

在食管癌治疗领域，手术一直是首选的治疗手段，其能够有效缓解临床症状、延长患者的生存期^[1]。然而，食管癌手术本身创伤大，患者术前由于长期进食困难和疾病消耗，往往处于营养不良的状态。术后，患者又需禁食，且机体处于应激的高分解状态，进一步加剧了营养不良的风险^[2]。营养不良不仅影响患者的康复进程，还可能导致免疫功能受损、创口愈合延迟、并发症增多等问题，从而增加住院时间和医疗费用。近年来，随着医学模式的转变和护理理念的更新，精细化营养支持护理逐渐受到重视，这种护理模式旨在通过科学、系统的营养评估与干预，为患者提供个性化的营养支持，以满足其术后恢复的营养需求^[3]。精细化营养支持护理包括对患者营养状态的全面评估、制定个性化的营养支持计划、选择合适的营养支持途径和方式等，旨在最大程度地改善患者的营养状况，促进术后恢复。与此同时，心理行为护理在食管癌术后患者护理中的重要性也日益凸显。食管癌患者由于疾病的折磨和手术的创伤，往往存在不同程度的焦虑、抑郁等心理问题，这些心理问题不仅影响患者的心理状态和生活质量，还可能影响患者的治疗效果和康复进程。因此，心理行为护理成为食管癌术后患者护理中不可或缺的一部分^[4]。心理行为护理旨在通过心理疏导、心理支持、认知行为干预等手段，帮助患者缓解焦虑、抑郁等心理问题，提高患者的心理适应能力，使其以更加积极的心态面对疾病和治疗。在食管癌术后患者护理中，心理行为护理与精细化营养支持护理相结合，可以形成一种综合性的护理模式，为患者提供更加全面、系统的护理服务。在这种综合性的护理模式下，精细化营养支持护理能够确保患者获得足够的营养支持，促进术后恢复；而心理行为护理则可以帮助患者缓解心理问题，提高心理适应能力，从而更好地配合治疗和护理。两者相辅相成，共同作用于食管癌术后患者，有望显著改善患者的营养状况和心理状态，提高患者的生活质量和康复效果。本文就精细化营养支持结合心理行为护理对食管癌术后患者临床康复的影响进行探讨，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组研究共选取样本200例，均为2022年1月-2024年1月于我院就诊并执行择期手术治疗的食管癌患者，在征询患者意见后采用随机数字表法分为等容量两组，分别记为对照组和观察组。

两组患者一般资料如下：对照组100例患者，男64例，女36例，年龄49-67岁，平均年龄 54.0 ± 4.9 岁，TNM分期I期37例，IIA期26例，IIB期24例，III期13；观察组100例患者，男60例，女40例，年龄44-65岁，平均年龄 54.0 ± 4.9 岁，TNM分期I期38

例，IIA期28例，IIB期22例，III期12例；两组患者性别、年龄、TNM分期对比未见显著差异($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 纳入排除标准

1.2.1 入组者均符合食管癌诊断标准，临床检验结果提示食管癌发生，影像学检查确认病灶位置。

1.2.2 入组者均具备食管癌择期手术指征。

1.2.3 入组者均为鳞状细胞癌患者。

1.2.4 排除合并可影响手术安全性的心脑血管疾病、口咽喉疾病患者。

1.2.5 排除严重肝肾功能不全者。

1.2.6 排除恶性肿瘤终末期远端转移诱发食管癌患者。

1.2.7 排除合并其他严重消化道疾病者。

1.2.8 排除其他不适合纳入本组研究者，如低蛋白血症、放化疗期间、手术风险原超预期等。

1.2.9 排除神志不清、语言情感障碍等无有效沟通者。

1.2.10 本次研究已于我院伦理委员会备案，入组者知晓研究内容，自愿入组，入组时签署知情同意书。

1.3 方法

两组患者均采用择期手术治疗，术后对照组开展常规营养支持与心理行为护理，观察组采用精细化营养支持与心理行为护理，具体如下：

1.3.1 常规营养支持：

1.3.1.1 根据患者术后恢复情况，术后 24-48h 尝试开展肠内营养支持。

1.3.1.2 营养支持首日使用稀释营养剂，测试患者耐受性。

1.3.1.3 若患者耐受性良好，则于术后一周内按照一般营养方案予以营养供给，单日供应不超过 1000ml 营养液，但不少于 500ml。

1.3.2 心理行为护理：

1.3.2.1 在沟通时注意语言技巧和非语言技巧的使用，直言患者病情好转的信息，对于病情中存在的隐患则采用委婉或暗示的说法，尽可能让患者保持积极乐观的心态。

1.3.2.2 调节好病房环境，保持病房内通风光照，在不影响医院管理和诊疗活动的基础上尽可能满足患者的合理需求，为患者创造一个舒适的术后修养环境。

1.3.2.3 在日常巡房中积极主动与患者沟通，询问患者体感、解答患者疑惑，用热情的服务消除患者来到医院后的孤寂感与陌生感，在潜移默化中拉近患者与医院的距离，建立相互的信赖关系。

1.3.2.4 开展心理行为干预的同时强化健康教育，让患者全面了解食管癌的治疗及预后，用专业的医疗知识消除患者的疾病不确定感，避免患者因个人臆想而陷入恐慌、焦虑等负面心理，这在维持患者积极乐观心态中有着积极作用。

1.3.3 精细化营养支持：

1.3.3.1 成立精细化营养管理小组，由科室内经验丰富的责任担任成员，营养师、护士长以及医师担任领导人员，由小组成员专门负责食管癌患者术后营养支持工作。

1.3.3.2 开展营养支持工作前，组织小组成员进行培训，系统性学习临床营养支持的知识与技能、食管癌

术后康复所需的营养物质以及不同营养情况患者营养支持方案制定策略等，提高小组成员业务水平与专业素养。

1.3.3.3 术后 24-48 小时常规使用稀释营养剂进行肠内营养尝试，除了测试患者耐受性外，也为术后营养状态评估预留时间。

1.3.3.4 根据营养状态评估结果以及患者体质健康状况，制定个体化的营养支持内容，配置个体化营养剂，以提高营养支持的针对性，以此来保障患者均衡营养。

1.3.3.5 个体营养支持开始后，每日评估患者营养情况以及胃肠道功能恢复情况，待到患者胃肠道功能恢复、口咽功能恢复后，及时中止肠内营养，尝试采用常规饲养，若患者恢复良好，则终止肠内营养转为一般饲养方式予以营养支持。

1.3.3.6 患者病情稳定、转入院外治疗前，对患者营养状态进行最终评估，根据评估结果协助患者及其家属制定院外治疗饮食方案，以促进患者生活质量提升。

1.4 观察指标

1.4.1 对两组患者术后 14d 营养情况进行评估，评估指标包含白蛋白、前蛋白两项。

1.4.2 对两组患者术后 30d 时生活质量进行评估，采用量表评价，包含躯体、心理、社会、物质四个维度，评分越高提示患者生活质量越高。

1.4.3 对两组患者肠内营养期间不良事件发生情况进行统计学和对比，主要统计与营养有关的不良事件，如酸碱失衡、肠道停滞、营养不良 / 过度营养等。

1.5 统计学方法

使用 SPSS23.0 软件对数据进行统计学处理，计量资料采用均数 ± 标准差表示，计数资料 % 表示，组间对比时分别经 t 检验或卡方检验，检验值 P<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 营养情况对比

于术后 14d 对两组患者营养情况进行评估，结果显示观察组白蛋白、前蛋白水平均优于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)，见表 1。

2.2 生活质量对比

于 30d 时使用量表评价两组患者生活质量，结果显示观察组生活质量评分全面优于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)，见表 2。

表 1 术后 14d 两组患者营养情况统计

组别	n	白蛋白 (g/L)	前白蛋白 (mg/L)
对照组	100	32.3±4.1	334.9±20.4
观察组	100	37.9±4.2	350.9±21.6

表 2 两组患者生活质量评分统计

组别	n	躯体	心理	社会	物质
对照组	100	29.7±5.7	30.7±4.8	31.5±2.3	33.0±3.3
观察组	100	38.7±6.2	41.5±4.2	39.8±3.4	41.1±3.5

2.3 不良事件发生情况对比

经统计, 对照组 100 例患者, 肠内营养期间共计 11 例发生不良事件, 不良事件发生率 11.00%, 观察组 100 例患者, 肠内营养期间共计 3 例发生不良事件, 不良事件发生率 3.00%, 观察组不良事件发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者不良事件发生情况统计

组别	n	酸碱失衡	肠道停滞	营养不良/ 过度营养	总发生率
对照组	100	4	2	5	11.00%
观察组	100	1	2	0	3.00%

结 论:

食管癌作为一种常见的消化道恶性肿瘤, 其手术治疗往往伴随着较高的营养风险和心理压力。术后患者不仅需要面对身体的创伤, 还需应对因手术导致的营养摄入不足和心理上的恐惧、焦虑等负面情绪。因此, 对食管癌术后患者实施精细化营养支持结合心理行为护理显得尤为重要。

精细化营养支持是一种针对食管癌术后患者个体差异和营养需求, 制定个性化营养支持方案的护理模式。它基于患者的营养评估结果, 结合患者的手术类型、病情严重程度、身体状态等因素, 精确计算患者所需的营养物质种类和数量, 并通过肠内营养、肠外营养等多种途径进行营养补充。精细化营养支持旨在满足患者的能量消耗和营养需求, 促进患者的术后康复。心理行为护理是针对食管癌术后患者心理变化而采取的护理措施。它关注患者的心理感受, 通过提供心理支持、情绪疏导、认知干预等手段, 帮助患者减轻恐惧、焦虑等负面情绪, 增强治疗信心, 提高生活质量。心理行为护理的实施需要护理人员具备专业的心理学知识和技能, 以便更好地与患者沟通和交流, 提供个性化的心理支持。

护理人员通过精细化营养支持, 为食管癌术后患者提供充足的营养物质, 满足其能量消耗和营养需求, 从而改善患者的营养状况。研究表明, 精细化营养支持可以显著提高患者的血红蛋白、体重指数等康复指标, 降低营养不良的发生率。食管癌术后患者容易出现营养不良、吸入性肺炎、脱水以及胃食管反流等并发症。精

细化营养支持结合心理行为护理, 能够有效减少这些并发症的发生。心理行为护理可以帮助患者减轻负面情绪, 提高治疗依从性, 从而减少因患者不配合治疗而导致的并发症。此外, 精细化营养支持结合心理行为护理可以促进食管癌术后患者的康复进程, 帮助患者更好地应对手术创伤和术后并发症的挑战, 加快康复速度。同时, 这种护理模式还能提高患者的自我管理能力和自我管理能力, 使其在出院后能够继续保持健康的生活方式, 促进康复的长期效果。

综上所述, 精细化营养支持结合心理行为护理对食管癌术后患者具有重要的临床影响。通过为患者提供个性化的营养支持和心理支持, 可以显著改善患者的营养状况和心理状态, 减少并发症的发生, 提高生活质量, 促进康复进程。因此, 在食管癌术后患者的护理中, 应重视精细化营养支持结合心理行为护理的应用。

参考文献:

[1] 江铃. 食管癌护理临床路径对实施优质护理的影响及效果探讨 [J]. 中文科技期刊数据库 (文摘版) 医药卫生, 2023.

[2] 沈春梅. 食管癌护理临床路径对实施优质护理的影响及效果观察 [J]. 中国科技期刊数据库 医药, 2022.

[3] 石春娟. 食管癌手术患者护理临床路径对实施优质护理的影响及作用探讨 [J]. 中国医药指南, 2019, 17 (27):328-329.

[4] 刘力娜. 食管癌护理临床路径对实施优质护理的影响及效果分析 [J]. 名医, 2019, (02):215.