

延伸护理对改善食管癌患者术后营养状况的效果观察

曹彩纱 许春

(常州市武进人民医院南院 江苏常州 213100)

【摘要】目的 探讨延伸护理模式在改善食管癌患者术后营养状况中的应用效果,为临床优化食管癌术后护理方案提供循证依据。方法 选取2024年6月—2025年6月于本院接受食管癌根治术的100例患者作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组与对照组,每组各50例。对照组实施食管癌术后常规出院指导及随访护理,观察组在对照组基础上实施为期6个月的延伸护理干预。比较两组患者干预前后的营养风险筛查量表(NRS 2002)评分、血清营养指标水平及营养相关功能指标。结果 干预3个月、6个月后,两组患者NRS 2002评分均较干预前显著降低,血清白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白水平及体重指数、握力、日常生活活动能力评分均较干预前升高,且观察组上述指标改善幅度均优于对照组($P<0.05$)。干预6个月后,观察组营养风险发生率低于对照组($P=0.001$)。结论 延伸护理可有效降低食管癌患者术后营养风险,提升血清营养指标水平,改善患者躯体功能及日常生活能力,对优化患者术后营养状况具有重要临床价值。

【关键词】延伸护理;食管癌;术后营养状况;营养风险;躯体功能

Observation on the effect of extended nursing on improving postoperative nutritional status of esophageal cancer patients

Cao Caisha Xu Chun

(Changzhou Wujin People's Hospital South Branch, Jiangsu Changzhou 213100)

[Abstract] Objective: To explore the application effect of extended nursing mode in improving the postoperative nutritional status of esophageal cancer patients, and provide evidence-based basis for optimizing postoperative nursing plans for esophageal cancer in clinical practice. Method: 100 patients who underwent esophageal cancer radical surgery in our hospital from June 2024 to June 2025 were selected as the research subjects. They were randomly divided into an observation group and a control group using a random number table method, with 50 patients in each group. The control group received routine discharge guidance and follow-up care after esophageal cancer surgery, while the observation group received a 6-month extended nursing intervention on the basis of the control group. Compare the nutritional risk screening scale(NRS 2002) scores, serum nutritional index levels, and nutrition related functional indicators between two groups of patients before and after intervention. After 3 and 6 months of intervention, both groups of patients showed a significant decrease in NRS 2002 scores compared to before intervention, while serum albumin, prealbumin, transferrin levels, body mass index, grip strength, and activities of daily living scores increased compared to before intervention. Moreover, the observation group showed better improvement in these indicators than the control group, ($P<0.05$). After 6 months of intervention, the incidence of nutritional risk in the observation group was lower than that in the control group, ($P=0.001$). Conclusion: Extended nursing can effectively reduce the postoperative nutritional risk of esophageal cancer patients, improve serum nutritional indicators, enhance patients' physical function and daily living ability, and has important clinical value in optimizing patients' postoperative nutritional status.

[Key words] Extended care; Esophageal cancer; Postoperative nutritional status; Nutritional risk; Physical function

食管癌是我国高发的消化道恶性肿瘤之一,其发病率及死亡率均位居恶性肿瘤前列^[1]。手术切除是目前临床治疗早中期食管癌的首选方案,但由于手术创伤大、术后食管解剖结构改变及吞咽功能障碍,患者常出现进食困难、消化吸收不良等问题,极易引发术后营养不良^[2]。目前,临床针对食管癌术后患者的营养支持多集中于住院期间,出院后由于缺乏专业的护理指导及持续的营养监测,患者常因饮食管理不当、营养知识匮乏等原因导致营养状况持续恶化^[3]。延伸护理作为一种新型护理模式,通过将护理服务从医院延伸至家庭,为患者提供持续、系统的健康指导,已在糖尿病、脑卒中及多种恶性肿瘤术后康复护理中取得

良好效果^[4]。基于此,本研究系统探讨其对患者术后营养状况的改善效果,旨在为临床制定科学的食管癌术后护理方案提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年6月—2025年6月于本院胸外科接受食管癌根治术的100例患者作为研究对象。纳入标准:(1)经病理检查确诊为食管癌,符合食管癌根治术手术指征;(2)首次接受食管癌手术治疗,术后顺利出院;(3)意识清晰,具

备基本的沟通及理解能力;(4)患者及家属知情同意本研究,已签署知情同意书;(5)居住于本院辖区范围内,便于随访管理。排除标准:(1)合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍者;(2)合并其他恶性肿瘤或严重消化系统疾病者;(3)存在认知功能障碍、精神疾病或无法配合完成随访者;(4)术后出现严重并发症(如吻合口瘘、严重肺部感染)需再次住院治疗者;(5)随访期间因个人原因退出研究者。

采用随机数字表法将100例患者分为观察组与对照组,每组各50例。观察组中,男32例,女18例;年龄45~78岁,平均年龄(62.35±7.28)岁;病理类型:鳞癌42例,腺癌8例;肿瘤分期:I期12例,II期28例,III期10例;手术方式:胸腔镜下食管癌根治术35例,开胸食管癌根治术15例。对照组中,男30例,女20例;年龄46~79岁,平均年龄(63.12±7.54)岁;病理类型:鳞癌40例,腺癌10例;肿瘤分期:I期10例,II期30例,III期10例;手术方式:胸腔镜下食管癌根治术33例,开胸食管癌根治术17例。两组患者性别、年龄、病理类型、肿瘤分期及手术方式等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经本院医学伦理委员会批准(伦理批号:20240528)。

1.2 方法

对照组实施食管癌术后常规出院指导及随访护理。出院前,由责任护士向患者及家属进行健康宣教,内容包括术后饮食注意事项、伤口护理方法、常见并发症识别及应对措施等;为患者发放健康宣教手册,指导其遵医嘱服用药物及定期复查。出院后采用常规电话随访方式,分别于出院1个月、3个月、6个月时进行随访,了解患者饮食情况、身体恢复状况及有无并发症发生,针对患者疑问进行简要解答,提醒患者按时复查。

观察组在对照组基础上实施为期6个月的延伸护理干预,核心措施如下:1. 组建多学科护理小组:由胸外科主治医师、护士长、责任护士及营养师组成,均具备5年以上胸外科相关经验,经专项培训考核合格后上岗,明确各成员康复计划制定、护理统筹、干预实施及营养方案制定等职责。2. 建立个性化档案:出院前采集患者人口学、疾病、营养评估、饮食习惯等信息,联合制定专属护理方案。3. 精准营养指导:营养师按术后恢复阶段制定饮食计划,责任护士每周追踪执行情况并协同调整;对营养改善不佳者,经评估后指导合理使用营养补充剂。4. 多元随访监测:采用“1周内首次家访+2周/1/2/4月电话随访+3/6月复访”模式,结合24小时微信咨询,同步采集血样检测营养指标,推送健康知识。5. 心理与康复支持:关注患者情绪并予以疏导,强化家庭支持;按恢复情况制定渐进式康复训练,从床上活动过渡至握力训练等,确保训练规范。

1.3 观察指标

1.3.1 营养风险评估

采用营养风险筛查量表(NRS 2002)对患者干预前及干

预3个月、6个月时的营养风险进行评估。该量表包括疾病严重程度评分(0~3分)、营养状态评分(0~3分)及年龄调整评分(年龄 ≥ 70 岁加1分),总评分 ≥ 3 分表示存在营养风险,评分越高提示营养风险越高^[8]。同时记录两组患者干预6个月后的营养风险发生情况。

1.3.2 血清营养指标检测

分别于干预前及干预3个月、6个月时采集患者空腹静脉血5 mL,离心分离血清后,采用全自动生化分析仪(型号:日立7600)检测血清白蛋白(ALB)、前白蛋白(PA)及转铁蛋白(TRF)水平,所有检测操作均严格按照试剂盒说明书进行。

1.3.3 营养相关功能指标评估

(1)体重指数(BMI):测量患者身高及体重,计算BMI($BMI=体重\ kg/身高\ m^2$),评估患者躯体营养状况;(2)握力:采用电子握力计(型号:EH101)测量患者握力,患者取站立位,手臂自然下垂,掌心向内,用力握紧握力计,记录三次测量的最大值,单位为kg,反映患者肌肉力量;(3)日常生活活动能力(ADL):采用Barthel指数评分量表对患者日常生活活动能力进行评估,该量表包括进食、穿衣、洗漱、如厕等10个项目,总分为100分,评分越高提示患者日常生活活动能力越强^[9]。上述指标均于干预前及干预3个月、6个月时进行测量评估。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据处理分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布且方差齐性的计量资料,组内不同时间点比较采用配对t检验,组间比较采用独立样本t检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后 NRS 2002 评分及营养风险发生率比较

干预前,两组患者NRS 2002评分比较($P>0.05$)。干预3个月、6个月后,两组患者NRS 2002评分均较干预前显著降低,且观察组评分显著低于对照组($P<0.05$)。干预6个月后,观察组营养风险发生率低于对照组($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者干预前后血清营养指标水平比较

干预前,两组患者血清ALB、PA、TRF水平比较差别不大($P>0.05$)。干预3个月、6个月后,两组患者血清ALB、PA、TRF水平均较干预前升高,且观察组上述指标水平高于对照组($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组患者干预前后营养相关功能指标比较

干预前,两组患者BMI、握力及Barthel指数评分比较无统计学意义($P>0.05$)。干预3个月、6个月后,两组患者BMI、握力及Barthel指数评分均较干预前升高,且观察组上

述指标评分高于对照组, ($P < 0.05$)。见表3。

表1 两组患者干预前后 NRS 2002 评分及干预6个月后营养风险发生率比较

组别	干预前(分)	干预3个月(分)	干预6个月(分)	干预6个月营养风险[n(%)]
观察组(n=50例)	3.82 ± 0.75	2.15 ± 0.58	1.32 ± 0.41	4(8.00)
对照组(n=50例)	3.78 ± 0.72	3.02 ± 0.65	2.45 ± 0.53	16(32.00)
t/ χ^2 值	0.273	7.852	12.038	10.286
P值	0.785	<0.001	<0.001	0.001

表2 两组患者干预前后血清营养指标水平比较

组别	ALB (g/L)			PA (mg/L)			TRF (g/L)		
	干预前	干预3个月	干预6个月	干预前	干预3个月	干预6个月	干预前	干预3个月	干预6个月
观察组(n=50例)	32.15 ± 2.86	36.82 ± 3.15	40.25 ± 3.28	158.32 ± 21.54	195.68 ± 23.41	232.45 ± 25.68	2.05 ± 0.32	2.48 ± 0.35	2.86 ± 0.38
对照组(n=50例)	31.86 ± 2.78	33.58 ± 2.96	35.12 ± 3.05	156.89 ± 20.76	172.35 ± 22.18	198.76 ± 24.32	2.02 ± 0.30	2.21 ± 0.33	2.42 ± 0.36
t值		5.328	8.256		5.015	7.128		4.026	6.035
p值		<0.001	<0.001		<0.001	<0.001		<0.001	<0.001

表3 两组患者干预前后体重指数(BMI)、握力及Barthel指数评分比较

组别	BMI (kg/m ²)			握力(kg)			Barthel指数(分)		
	干预前	干预3个月	干预6个月	干预前	干预3个月	干预6个月	干预前	干预3个月	干预6个月
观察组(n=50例)	18.25 ± 1.32	19.86 ± 1.45	21.32 ± 1.58	23.58 ± 3.25	27.85 ± 3.56	32.15 ± 3.82	65.32 ± 8.75	78.65 ± 9.21	89.45 ± 9.58
对照组(n=50例)	18.12 ± 1.28	18.95 ± 1.36	19.78 ± 1.42	23.25 ± 3.18	25.12 ± 3.32	27.98 ± 3.65	64.89 ± 8.56	70.32 ± 8.95	79.68 ± 9.12
t值		3.158	5.028		3.825	5.365		4.562	5.892
p值		0.002	<0.001		<0.001	<0.001		<0.001	<0.001

3 讨论

食管癌作为高发消化道恶性肿瘤,手术治疗虽为首选方案,但术后创伤、解剖结构改变及吞咽功能障碍易引发进食困难与消化吸收问题,加之出院后缺乏持续专业护理指导,患者常面临营养状况恶化风险,严重影响康复进程^[5]。

本研究中对照组采用常规出院指导与阶段性电话随访,虽能基础满足患者术后护理需求,但缺乏针对性与持续性;观察组实施的延伸护理通过多学科协作,整合医疗、护理与营养专业资源,以个性化档案为基础,提供精准营养指导、多元随访监测及心理康复支持,弥补了常规护理在延续性与系统性上的不足,更贴合患者居家康复的实际需求^[6]。

研究结果显示,延伸护理干预后,观察组患者NRS 2002评分下降幅度更为显著,营养风险发生率明显降低,血清白蛋白、前白蛋白等关键营养指标提升更为明显,且体重指数、握力及日常生活活动能力的改善效果均优于对照组^[7]。这一结果表明,持续的营养指导与监测能有效纠正患者饮食误区,而渐进式康复训练与心理支持则助力躯体功能与生活能力的恢复,形成了营养改善与功能康复的良性循环^[8]。

综上,延伸护理可有效降低食管癌患者术后营养风险,全面改善营养状况与躯体功能,为食管癌术后护理方案的优化提供了切实可行的临床参考。

参考文献:

- [1]孔莘颖. 食管癌术后居家护理的关键要点 [J]. 家庭科学, 2025, (12): 19.
- [2]曾旖敏. 对食管癌术后患者实施针对性护理的效果及对吞咽功能恢复的影响 [J]. 当代医药论丛, 2025, 23(27): 163-166.
- [3]李鑫, 王俊亭, 李田田, 等. 食管癌患者术后自我效能感现状及其相关影响因素分析 [J]. 中国当代医药, 2025, 32(26): 117-121.
- [4]郭秀娟. 基于4C模式的延续性护理在食管癌根治术后患者中的应用效果 [J]. 中国民康医学, 2024, 36(03): 171-173.
- [5]陈红, 周淑惠, 陈昌英, 等. 多学科协作的延续护理在食管癌放疗患者中的应用效果 [J]. 中外医疗, 2023, 42(12): 175-179.
- [6]王玲. 医院—社区—家庭三元联动延伸护理服务对老年食管癌患者术后自我护理能力及生活质量的影响 [J]. 黑龙江医学, 2023, 47(02): 218-221.
- [7]刘洋, 阮喜各, 李淑英. 基于个案管理的延伸护理干预对食管癌放疗患者自我效能、自护能力和生活质量的影响 [J]. 护理实践与研究, 2021, 18(22): 3337-3341.
- [8]杭琤, 丁琰俊, 张侃, 等. 以奥马哈系统为框架的延伸照护模式在食管癌术后病人中的应用 [J]. 全科护理, 2021, 19(18): 2580-2583.