

DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2024.04.013

基于缓和医疗的护患共同管理模式对食管癌化疗患者癌因性疲乏及营养状况的影响

李娜

(河南省胸科医院胸外科, 郑州 450000)

摘要 目的 回顾性分析基于缓和医疗的护患共同管理模式在食管癌化疗患者中的临床应用价值。方法 选取 2020 年 3 月至 2023 年 3 月我院 84 例食管癌化疗患者, 随机分为缓和医疗组($n=42$)、对照组($n=42$), 对照组行常规护理, 缓和医疗组在此基础上行基于缓和医疗的护患共同管理模式。比较 2 组营养状况[红蛋白(Hb)、清蛋白(ALB)、转铁蛋白(TRF)水平]、癌因性疲乏、自我护理能力[自我护理能力量表(ESCA)评分]、生活质量[食管癌专用量表(QLQ-OES18)评分]。结果 与干预前相比, 干预后各组 ALB、Hb、TRF 指标水平明显升高, 其中缓和医疗组改善更为显著, 差异有统计学意义($P<0.05$); 干预后缓和医疗组认知疲乏、躯体疲乏、心理疲乏、疲乏对生活的影响等癌因性疲乏评分低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 干预后缓和医疗组自我护理技能、健康知识水平、自我责任感、自我概念等 ESCA 评分高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 干预后缓和医疗组 QLQ-OES18 评分降低幅度大于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对食管癌化疗患者实施基于缓和医疗的护患共同管理模式, 能改善营养状况, 减轻癌因性疲乏, 提高自我护理能力、生活质量。

关键词 食管癌; 化疗; 癌因性疲乏; 营养状况

中图分类号: R473.5 文献标识码: A 文章编号: 1000-9760(2024)08-328-05

Effects of the nurse-patient co-management model based on palliative care cancer-related fatigue and nutritional status in patients with esophageal cancer undergoing chemotherapy

LI Na

(Thoracic Surgery, Henan Provincial Chest Hospital, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Objective To retrospectively analyze the clinical application value of palliative care based nurse-patient co-management model in patients with esophageal cancer undergoing chemotherapy. **Methods** A total of 84 patients with esophageal cancer receiving chemotherapy in our hospital from March 2020 to March 2023 were selected and randomly divided into palliative care group ($n=42$) and control group ($n=42$). The control group received routine nursing, and the palliative care group received a co-management mode based on palliative care. Nutritional status (Hb), albumin (ALB), transferrin (TRF) levels, cancer-related fatigue, self-care ability (ESCA) and quality of life (QLQ-OES18) of the two groups were compared. **Results** Compared with before intervention, the levels of ALB, Hb, and TRF indicators in each group after intervention increased significantly, with more significant improvement in the palliative care group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After intervention, the cancer-related fatigue scores of cognitive fatigue, physical fatigue, psychological fatigue, and the impact of fatigue on life in the palliative care group were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After intervention, the ESCA scores of self-care skills, health knowledge level, self-responsibility, self-concept, etc. in the palliative care group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After intervention, the QLQ-OES18 score of the palliative care group decreased more than that of the control group, and the difference

was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The nursing and patient co-management model based on palliative care can improve nutritional status, reduce cancer-related fatigue, improve self-care ability and quality of life in patients with esophageal cancer chemotherapy.

Keywords: Esophageal cancer; Chemotherapy; Cancer-related fatigue; Nutritional status

食管癌病因较复杂,一般认为与长期吸烟、饮酒、饮食习惯不良等有关,早期可无明显症状,中晚期会出现进行性吞咽困难、消瘦、持续性胸骨后疼痛等症状^[1-2]。目前临床多采用化疗等方式治疗食管癌,由于食管癌属于消化性疾病,化疗会在消灭肿瘤细胞的同时损伤机体正常细胞,导致患者消耗增加、代谢异常,从而出现营养不良等状况^[3-4]。且由于病症的折磨,患者多会出现消极心理,导致治疗配合度下降,影响治疗效果。因此,如何缓解食管癌化疗患者癌因性疲乏等显得尤为重要。常规护理以护士为主,患者参与度较低,且仅根据患者所出现的症状进行相应干预,导致护理效果不佳。缓和医疗指为患者提供全方位、积极的医疗服务,对患者进行早期识别、症状管理、全面评估,以缓解精神痛苦、满足社会需求^[5]。护患共同管理模式遵循“以患者为中心”的理念,可为患者提供护理、康复一体化的整体医疗^[6-7]。本研究创新性地对食管癌化疗患者实施基于缓和医疗的护患共同管理模式,探讨其临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 3 月至 2023 年 3 月我院 84 例食管癌化疗患者,随机分为缓和医疗组($n = 42$)、对照组($n = 42$)。纳入标准:1)符合《食管癌规范化诊治指南》^[8]相关诊断标准,且符合化疗指征;2)认知功能正常,无精神疾病,可正常沟通;3)预期生存期>3 个月;4)临床资料完整。排除标准 1)无法耐受化疗;2)存在严重肾、肝功能障碍;3)合并其他恶性肿瘤;4)新冠感染者。本研究已通过单位伦理委员会审批(2020-07-015)。2 组性别、年龄、TNM 分期、病理类型、文化水平均衡可比($P > 0.05$)。见表 1。

1.2 方法

2 组均进行食管癌化疗治疗,遵医嘱使用多西紫杉醇、顺铂、五氟尿嘧啶等药物。两组均持续干预 2 个月。

1.2.1 对照组 行常规护理,进行常规健康宣教,

包括食管癌化疗相关知识教育、用药指导、心理干预、并发症预防、饮食干预等;定时对患者居住空间进行通风、消毒,降低感染风险;指导患者适当锻炼,如慢走、太极等有氧运动,提高免疫力。

表 1 2 组一般资料比较

资料	缓和医疗组 ($n = 42$)	对照组 ($n = 42$)	χ^2/t	P
性别(n/%)			0.192	0.661
女	18/42.86	20/47.62		
男	24/57.14	22/52.38		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	52.92 \pm 5.39	53.06 \pm 5.33	0.120	0.905
TNM 分期(n/%)			0.194	0.659
II 期	19/45.24	17/40.48		
III 期	23/54.76	25/59.52		
病理类型(n/%)			0.048	0.827
鳞癌	21/50.00	20/47.62		
腺癌	11/26.19	14/33.33		
其他	10/23.81	8/19.05		
文化水平(n/%)			0.769	0.381
初中及以下	21/50.00	17/40.48		
高中或大专	16/38.10	19/45.24		
本科及以上	5/11.90	6/14.29		

1.2.2 缓和医疗组 以患者实际需求制定基于缓和医疗的护患共同管理模式护理方案。与患者进行一对一沟通交流,了解其内心真实诉求,表示会尽最大努力帮助解决。听取患者建议,与其一同制定护理方案,以提高其依从性。1)健康教育。①邀请院内消化科专家开展专题讲座,要求患者自带纸笔,对讲座内容进行记录,讲座主要围绕食管癌相关内容、并发症预防、治疗方法、饮食干预等方面进行,讲座结束后向患者发放知识问答卷以了解掌握情况,共 20 题,时间 50min,满分 100 分,得分最高者给予奖品奖励;②建立微信群,邀请患者及家属进入,不会使用智能手机的患者可由家属代替进群,家属向患者传达群内内容,护士每日在群内推送有关食管癌相关内容的推文,患者及家属可在群内提问或分享,护士耐心解答。2)饮食管理。由护士、营养师共同评估食管癌化疗患者营养状况,为其配制高蛋白、高热量、高维生素、高纤维素的膳食方案,避免进食辛辣刺激性食物,少吃多餐。鼓励患者在群内打卡每顿所吃食物,也可由家属辅

助完成,护理人员及时对其进行点评,饮食不当时及时指出,并给出指导性建议。3)心理干预。①开展病友交流会,邀请食管癌化疗效果良好的患者分享治疗心得、经验,患者之间也可进行沟通交流,通过共情的力量提高其康复信念;②建立与患者间的常态化沟通,讲述心理状态对疾病恢复的重要性,发现患者情绪不佳时,及时进行心理干预,采取冥想等方式使患者放松心情,言语上给予肯定与支持。③防范护理不良事件。根据食管癌化疗患者病情变化实行分级护理,悬挂安全警示卡、加床档等,并鼓励护理人员主动上报护理不良事件,提醒其保持警醒。定期开展护理安全检查并根据结果加以整改。

1.3 观察指标

1)营养状况。使用美国贝克曼库尔特 AU680 全自动生化分析仪,检测干预前后 2 组清蛋白(ALB)、红蛋白(Hb)、转铁蛋白(TRF)水平。

2)癌因性疲乏。采用中文版癌因性疲乏自评量表^[9]测评,包括认知疲乏、躯体疲乏、心理疲乏、疲乏对生活的影响 4 个方面,每个条目计 1~4 分,得分越低提示患者疲乏程度越低。本研究该量表 Cronbach's α 为 0.924。

3)自我护理能力。干预前后采用自我护理能力量表(ESCA)^[10]评估,包括自我护理技能、健康知识水平、自我责任感、自我概念 4 个维度,每个条

目计 1~4 分,满分 172 分。分值越低患者自我护理能力越差。本研究该量表 Cronbach's α 为 0.892。

4)生活质量。干预前后采用食管癌专用量表(QLQ-OES18)^[11]评估,包括反流、言语、疼痛、咳嗽等 10 个维度,共 18 个条目,每个条目计 1~4 分,评分越低提示生活质量越好。本研究该量表 Cronbach's α 为 0.875。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 22.0 统计软件分析,计量资料符合正态分布的以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间用独立样本 t 检验,组内对比采用配对 t 检验,计数资料 $n(\%)$ 表示, χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组营养状况

干预前,2 组营养状况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);与干预前相比,干预后各组 ALB、Hb、TRF 指标水平明显升高,其中缓和医疗组改善更为显著,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 2 组癌因性疲乏评分

干预前,2 组癌因性疲乏评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后缓和医疗组认知疲乏、躯体疲乏、心理疲乏、疲乏对生活的影响等癌因性疲乏评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组营养状况比较(g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ALB		Hb		TRF	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
缓和医疗组	42	29.94±5.22	40.19±4.24*	70.91±4.63	86.46±4.72*	1.38±0.43	2.51±0.62*
对照组	42	30.06±5.27	36.42±4.28*	71.03±4.65	80.07±4.74*	1.54±0.45	1.89±0.60*
t		0.105	4.055	0.119	6.191	1.666	4.657
P		0.917	<0.001	0.906	<0.001	0.100	<0.001

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表 3 2 组癌因性疲乏比较(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	例数	认知疲乏	躯体疲乏	心理疲乏	疲乏对生活的影响	总分
干预前	缓和医疗组	42	10.96±2.03	9.02±1.32	11.08±2.10	11.93±1.21	42.99±7.19
	对照组	42	11.05±2.06	8.93±1.37	10.98±2.14	12.02±1.27	42.98±7.34
	t		0.202	0.307	0.216	0.333	0.006
	P		0.841	0.760	0.829	0.740	0.995
干预后	缓和医疗组	42	6.95±1.17*	5.26±1.05*	7.37±1.62*	8.72±1.30*	28.30±5.14*
	对照组	42	8.79±1.14*	7.21±1.08*	9.15±1.66*	9.97±1.36*	35.12±5.24*
	t		7.300	8.390	4.973	4.306	6.022
	P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 2 组自我护理能力比较

干预前,2 组自我护理能力比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后缓和医疗组自我护理技

能、健康知识水平、自我责任感、自我概念等 ESCA 评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 2 组自我护理能力比较(分, $\bar{x}\pm s$)

时间	组别	例数	自我护理技能	健康知识水平	自我责任感	自我概念	总分
干预前	缓和医疗组	42	26.99±5.17	34.92±5.31	19.94±4.24	23.09±4.22	104.94±18.94
	对照组	42	27.06±5.13	35.03±5.36	20.06±4.28	22.97±4.27	105.12±19.04
	<i>t</i>		0.062	0.095	0.129	0.130	0.043
	<i>P</i>		0.951	0.925	0.898	0.897	0.966
干预后	缓和医疗组	42	37.62±3.81*	48.66±3.06*	26.34±2.26*	29.48±2.13*	142.10±11.26*
	对照组	42	32.46±3.85*	41.23±3.03*	23.61±2.21*	26.42±2.16*	123.72±11.25*
	<i>t</i>		6.174	11.182	5.597	6.537	7.484
	<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.4 2 组生活质量

干预前,2 组 QLQ-OES18 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后缓和医疗组 QLQ-OES18 评分明显小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 2 组 QLQ-OES18 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
缓和医疗组	42	61.05±4.34	40.77±5.26	19.273	<0.001
对照组	42	60.94±4.37	51.38±5.22	9.101	<0.001
<i>t</i>		0.116	9.279		
<i>P</i>		0.908	<0.001		

3 讨论

食管癌是常见消化道恶性肿瘤,与生活习惯高度相关,具有较高的发病率、死亡率,早期通常无症状,多数患者确诊时已到中晚期^[12]。临床多采用化疗等方式治疗食管癌,但易出现不良并发症等,且由于罹患食管癌本身就属于一个重要的负性事件,加之治疗带来的不良影响,会加重患者心理应激,不利于疾病治疗^[13]。因此,需对食管癌化疗患者实施更加科学、全面、有针对性的护理干预,以提高护理效果。

常规护理以护理人员为主导,患者处于被动接受,无法有效改善其心理状态、自我护理能力,还可能导致其心理负担加重,影响预后。缓和医疗通过为患者提供全方位的医疗服务,对患者进行症状管理、全面评估等,以缓解精神痛苦、满足社会需求^[14]。护患共同管理模式指护患双方充分沟通后共同制定护理方案,从而使护患间的合作更为高

效、快捷^[15]。本次研究结果显示,干预后缓和医疗组癌因性疲乏评分低于对照组,提示基于缓和医疗的护患共同管理模式能减轻癌因性疲乏。原因分析为基于缓和医疗的护患共同管理模式以患者为中心,通过与患者共同制定护理方案,强调护士、患者在患者管理中的协同作用,通过开展病友交流会、与患者建立常态化沟通,及时发现患者负性情绪,给予肯定与支持,从而缓解癌因性疲乏。

本次研究结果还显示,干预后缓和医疗组营养状况优于对照组,ESCA 评分高于对照组,QLQ-OES18 评分降低幅度大于对照组,提示基于缓和医疗的护患共同管理模式能改善营养状况、提高自我护理能力、生活质量。原因分析为基于缓和医疗的护患共同管理模式通过邀请院内消化科专家开展专题讲座、进行有奖知识问答等,提高患者疾病认知度,纠正错误认知,从而提高自我护理能力;通过对患者进行营养状况评估,配置合理膳食方案,加之心态的改善、日常自我护理水平的提高,有利于疾病的恢复,从而改善营养状况,提高生活质量。

综上,对食管癌化疗患者实施基于缓和医疗的护患共同管理模式,能改善营养状况,减轻癌因性疲乏,提高自我护理能力、生活质量。

利益冲突:所有作者均申明不存在利益冲突。

参考文献:

- [1] 张茜,张博. 早中期食管癌患者进食护理现状及影响因素[J]. 济宁医学院学报,2023,46(5):333-336. DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2023.05.006.
- [2] Lee Y, Samarasinghe Y, Lee MH, et al. Role of adjuvant therapy in esophageal cancer patients after neoadjuvant therapy and

esophagectomy: a systematic review and meta-analysis [J]. *Ann Surg*, 2022, 275(1):91-98.

[3] 韩辰燕, 刘晓芯, 董昀, 等. 加味香砂六君子汤对食管癌新辅助化疗患者胃肠道副作用及生活质量的影响[J]. *西部中医药*, 2023, 36(1):4-7. DOI: 10. 12174/j. issn. 2096-9600. 2023. 01. 02.

[4] Hermus M, van der Wilk BJ, Chang R, et al. Esophageal cancer patients' need for information and support in making a treatment decision between standard surgery and active surveillance [J]. *Cancer Med*, 2023, 12(16):17266-17272. DOI: 10. 1002/cam4. 6308.

[5] 张辰, 杨浩杰, 刘鑫, 等. 基于多学科协作的缓和医疗在心力衰竭患者中应用的 Meta 分析[J]. *中华现代护理杂志*, 2022, 28(1):57-63.

[6] 李一桔, 倪启超, 陆丽华, 等. 基于智慧医疗系统的医护患一体化管理模式在预防乳腺癌术后淋巴水肿中的应用[J]. *中国实用护理杂志*, 2021, 37(10):768-774. DOI: 10. 3760/cma. j. cn211501-20200520-02392.

[7] 王懿华, 刘素平. 医护患协同管理模式在糖尿病视网膜病变护理服务中的应用价值[J]. *贵州医药*, 2022, 46(10):1670-1671. DOI: 10. 3969/j. issn. 1000-744X. 2022. 10. 093.

[8] 中国抗癌协会食管癌专业委员会. 食管癌规范化诊治指南 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2011:8-12.

[9] 耿敬凤. 医护一体化管理对食管癌化疗患者癌因性疲乏及自我护理能力的影响[J]. *中国实用护理杂志*, 2020, 36(13):961-966. DOI: 10. 3760/cma. j. cn211501-20190917-02634.

[10] Tian L, Yu W, Dai Q. Building patient trust in nurses can improve respiratory function, quality of life and self-management ability in patients with bronchopneumonia [J]. *Altern Ther Health Med*, 2022, 28(4):60-64.

[11] 吴海露, 陈璐, 未明, 等. 糖皮质激素预防食管内镜黏膜下剥离术后狭窄效果及机制研究[J]. *中华医学杂志*, 2022, 102(20):1506-1511. DOI: 10. 3760/cma. j. cn112137-20210905-02024.

[12] 闫春章, 赵书润, 田明月, 等. 改良 Ivor-Lewis 术式与微创 MIE McKeown 术治疗中下段食管癌的疗效[J]. *济宁医学院学报*, 2021, 44(6):424-427. DOI: 10. 3969/j. issn. 1000-9760. 2021. 06. 011.

[13] Borggreve AS, Goense L, van Rossum P, et al. Preoperative prediction of pathologic response to neoadjuvant chemoradiotherapy in patients with esophageal cancer using 18F-FDG PET/CT and DW-MRI: a prospective multicenter study [J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2020, 106(5):998-1009. DOI: 10. 1016/j. ijrobp. 2019. 12. 038.

[14] Kingma BF, Rauwerdink P, Brenkman H, et al. Do esophageal cancer survivors work after esophagectomy and do health problems impact their work? a cross-sectional study [J]. *J Cancer Surviv*, 2020, 14(3):253-260. DOI: 10. 1007/s11764-019-00834-1.

[15] 税文运, 孙晴宏, 邹文军, 等. 医护患协同合作模式对原发性高血压患者服药依从性和血压控制的影响[J]. *成都医学院学报*, 2020, 15(2):263-265. DOI: 10. 3969/j. issn. 1674-2257. 2020. 02. 030.

(收稿日期 2024-03-25)

(本文编辑:甘慧敏)

本刊对来稿中表、图的要求

来稿中的表、图均须置于正文中,切勿单独放于文后。每幅图、表应有言简意赅的题目。统计表格一律采用“三线表”格式,不用纵线、斜线。要合理安排纵表的横标目,并将数据的含义表达清楚;若有合计或统计学处理行(如 *F* 值、*P* 值等),则在该行上面加一条分界横线;表内数据要求同一指标保留的小数位数相同。图片应清晰,不宜过大。图的宽×高为 7cm×5cm,最大宽度半栏图不超过 7.5cm,通栏图不超过 17.0cm,高与宽的比例应掌握在 5:7 左右。

本刊编辑部