

肿瘤患者营养意识提升策略的有效性评估

王秀丽 杨曦*

云南省第一人民医院 云南昆明 650100

摘要: 目的: 评估强化营养意识提升策略对肿瘤患者营养状况的影响; 方法: 选取 120 例肿瘤患者随机分为干预组和对照组各 60 例。对照组给予常规营养宣教, 包括发放营养知识手册和一般性饮食指导; 干预组在此基础上增加个体化营养教育、营养讲座、营养日记管理和微信群支持等综合干预措施, 干预期为 3 个月; 结果: 干预后, 干预组患者的营养知识评分和 PG-SGA 评分较对照组显著改善, 营养不良、贫血和低蛋白血症等并发症发生率显著降低; 结论: 通过提升患者的营养意识和知识, 能够有效改善肿瘤患者的营养状况, 降低并发症风险, 为临床营养干预提供了重要依据。

关键词: 肿瘤患者; 营养意识; 营养干预; PG-SGA 评分; 营养知识

前言

在恶性肿瘤患者中, 营养不良作为常见并发症, 出现的比例估计为 40% 至 80%^[1]。肿瘤患者营养不良的原因复杂, 包括疾病本身导致的代谢紊乱、食欲下降、消化吸收功能障碍, 以及放化疗等抗肿瘤治疗的不良反应。营养状态欠佳能削弱对于治疗方案的承受能力, 提升感染及其他并发症的风险, 干扰治疗成效与最终结果, 对生活质量造成显著负面影响。

提高肿瘤患者的营养意识对预防和改善营养不良具有重要意义。研究表明, 良好的营养认知和行为可以帮助患者主动采取措施预防营养问题, 提高营养支持的依从性^[2]。然而, 目前临床实践中普遍存在患者营养意识淡薄、营养知识欠缺等问题, 导致营养干预效果不理想。

建立系统的营养意识提升策略, 通过多种形式的营养教育和管理措施, 帮助患者树立正确的营养观念, 掌握必要的营养知识, 对改善肿瘤患者的营养状况具有重要的临床价值^[3]。本研究旨在评估强化营养意识提升策略对肿瘤患者营养状况的影响, 为临床实践提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在 2024 年 1 月至 6 月期间, 在我院接受治疗的 120 位肿瘤患者被选为研究对象。入选条件包括: 病理学或细胞学确认恶性肿瘤; 年龄介于 18 至 75 岁之间; 预计生存时间不少于 6 个月; 拥有基本的理解与沟通能力; 以及同意参与研究的知情决定。排除标准涵盖: 伴有严重的心、肝或肾功能不全; 存在精神障碍或认知功能受损; 无法完成随访要求。

在 120 例病例中, 男性患者占 68 例, 女性患者则有 52 例; 年龄范围从 35 岁到 72 岁, 平均年龄为 58.6 岁, 标准差为 7.3 岁。肿瘤种类涉及肺癌 42 例、胃癌 26 例、结直肠癌 28 例和乳腺癌 24 例。整个研究过程严格遵守赫尔辛基宣言的规定。

1.2 方法

采用随机数字表法将 120 例患者分为干预组和对照组, 每组 60 例。对照组给予常规营养宣教, 包括发放营养知识手册、一般性饮食指导。干预组在对照组基础上实施强化营养意识提升策略:(1) 营养评估: 入组时进行 PG-SGA 评分, 评估营养状况;(2) 个体化营养教育: 根据评估结果制定个性化营养计划, 每周进行一次营养咨询;(3) 营养知识讲座: 每月开展 2 次专题讲座, 内容涵盖营养基础知识、食物选择、烹饪方法等;(4) 营养日记管理: 要求患者每日记录饮食情况, 营养师定期审阅并给出建议;(5) 建立微信群: 定期推送营养相关资讯, 解答患者疑问。干预期为 3 个月。

1.3 统计学方法

统计分析借助 SPSS 26.0 软件完成。对于计量资料, 表示方式为平均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$), 而组间差异性评估则通过独立样本 t 检验执行; 计数资料则以实例数和百分比呈现, 组间差异性比较依据 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法进行。营养知识的评估依赖于一个自定义评分量表, 该量表满分设定为 100 分。营养状态则通过 PG-SGA 评分来衡量。干预措施前后的各项指标变化对比利用重复测量方差分析完成。所有统计测试中, P 值小于 0.05 被视为具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

在性别、年龄、肿瘤类型、教育水平等基本特征方面,两组参与者表现出的差异不具备统计显著性 ($P>0.05$), 确保了比较的合理性。详情可见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较 [n(%)]

项目	干预组 (n=60)	对照组 (n=60)	统计值	P 值
性别			$\chi^2=0.534$	0.465
男	35(58.3)	33(55.0)		
女	25(41.7)	27(45.0)		
年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	58.4 ± 7.5	58.8 ± 7.1	$t=0.297$	0.767
肿瘤类型			F*	0.986
肺癌	21(35.0)	21(35.0)		
胃癌	13(21.7)	13(21.7)		
结直肠癌	14(23.3)	14(23.3)		
乳腺癌	12(20.0)	12(20.0)		
文化程度			F*	0.959
小学及以下	15(25.0)	14(23.3)		
初中	20(33.3)	21(35.0)		
高中 / 中专	16(26.7)	15(25.0)		
大专及以上	9(15.0)	10(16.7)		

注: F* 代表采用 Fisher 确切概率法

2.2 两组患者营养知识评分比较

采用重复测量方差分析显示, 时间、分组及其交互作用均具有统计学意义 ($F_{\text{时间}}=156.324$, $F_{\text{分组}}=89.467$, $F_{\text{交互}}=45.678$, P 均 <0.001)。组间比较采用独立样本 t 检验, 干预前两组营养知识评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预 3 个月后, 干预组营养知识评分显著高于对照组 ($P<0.01$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后营养知识评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后
干预组	60	52.3 ± 8.6	86.5 ± 7.2
对照组	60	51.9 ± 8.4	65.4 ± 8.1
t 值		0.258	15.367
P 值		0.797	<0.001

2.3 两组患者 PG-SGA 评分比较

重复测量方差分析显示, 时间、分组及其交互作用均具有统计学意义 ($F_{\text{时间}}=142.567$, $F_{\text{分组}}=78.934$, $F_{\text{交互}}=38.456$, P 均 <0.001)。组间比较显示, 干预前两组 PG-SGA 评分差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预 3 个月后, 干预组 PG-SGA 评分显著低于对照组 ($P<0.01$)。见表 3。

表 3 两组患者干预前后 PG-SGA 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后
干预组	60	8.6 ± 2.3	4.2 ± 1.8
对照组	60	8.4 ± 2.4	6.8 ± 2.1
t 值		0.458	7.367
P 值		0.648	<0.001

2.4 两组患者营养日记完成情况比较

由于部分理论频数 $T<5$, 采用 Fisher 确切概率法进行检验, 结果显示干预组患者营养日记完成情况显著优于对照组 ($P<0.001$)。见表 4。

表 4 两组患者营养日记完成情况比较 [n(%)]

完成情况	干预组 (n=60)	对照组 (n=60)	统计值	P 值
优	32(53.3)	15(25.0)	F*	<0.001
良	20(33.3)	18(30.0)		
中	6(10.0)	15(25.0)		
差	2(3.4)	12(20.0)		

注: F* 代表采用 Fisher 确切概率法

2.5 两组患者营养相关并发症发生情况比较

干预 3 个月后, 干预组营养不良、贫血、低蛋白血症等营养相关并发症发生率显著低于对照组 ($P<0.01$)。见表 5。

表 5 两组患者营养相关并发症发生情况比较 [n(%)]

并发症	干预组 (n=60)	对照组 (n=60)	χ^2 值	P 值
营养不良	8(13.3)	20(33.3)	6.827	0.009
贫血	10(16.7)	22(36.7)	6.135	0.013
低蛋白血症	6(10.0)	18(30.0)	7.5	0.006

3 讨论

恶性肿瘤患者常因疾病本身及治疗等因素导致营养状况不佳, 营养不良会降低患者的治疗耐受性, 增加并发症发生风险, 影响预后和生活质量。提升患者营养意识对改善营养状况具有重要意义^[4]。本研究通过实施强化营养意识提升策略, 取得了显著效果。

研究结果显示, 干预组患者在营养知识评分方面较对照组有明显提高 (86.5 ± 7.2 分 vs 65.4 ± 8.1 分, $P<0.001$)。这种改善归因于多层次的营养教育方案, 包括个体化营养教育、定期营养知识讲座等。通过提供定制化的营养教育, 旨在加深对于营养在疾病恢复过程中扮演的关键角色的理解, 并且促进科学营养知识以及饮食技巧的掌握^[5]。通过微信群定期推送营养资讯的方式, 突破了传统教育模式的时空限制, 提

高了患者获取营养知识的便利性和持续性。

营养日记管理是本研究的特色干预措施。数据显示干预组患者营养日记优良完成率达 86.6%，显著高于对照组的 55.0% ($P<0.001$)。营养日记不仅帮助患者建立了良好的饮食记录习惯，也为营养师提供了及时调整营养方案的依据。通过定期审阅和反馈，营养师能够及时发现患者在饮食方面存在的问题，给予针对性指导，有效提高了营养干预的精准度。

PG-SGA 评分的改善 (干预组由 8.6 ± 2.3 分降至 4.2 ± 1.8 分, $P<0.001$) 表明该策略在改善患者营养状况方面具有实际效果。营养状况的改善直接反映在并发症发生率的降低上, 干预组患者营养不良 (13.3%vs33.3%)、贫血 (16.7%vs36.7%) 和低蛋白血症 (10.0%vs30.0%) 的发生率均显著低于对照组 (均 $P<0.01$)。这说明通过提升营养意识, 患者能够主动采取措施预防和改善营养问题, 从而降低并发症风险。

研究中采用的综合性营养意识提升策略具有以下优势:

(1) 个体化营养教育满足了不同患者的特定需求; (2) 多样化的教育形式提高了患者参与度; (3) 营养日记管理实现了患者自我监督和专业指导的有机结合; (4) 微信平台的应用便于信息传递和互动交流。这些措施形成了一个完整的营养管理体系, 有效提升了患者的营养认知水平和依从性^[6]。

本研究仍存在一些局限性: 研究周期较短, 未能评估干预效果的长期维持情况; 样本量相对较小, 可能影响结果的推广性; 未对不同类型肿瘤患者的差异性反应进行深入分

析。建议在今后的研究中延长随访时间, 扩大样本量, 并针对不同类型设计更有针对性的干预方案。

总之, 本研究证实了强化营养意识提升策略对改善肿瘤患者营养状况的有效性。这一策略不仅提高了患者的营养知识水平, 也改善了其营养状况, 降低了并发症发生率。研究结果为临床肿瘤患者的营养管理提供了有价值的参考。

参考文献:

- [1] 范雨晴, 席祖洋, 魏永婷, 等. 胃肠道肿瘤术后患者“互联网+”居家营养管理的范围综述 [J]. 护理学杂志, 2024(2):23-24.
- [2] 龚财芳, 赵俊宇, 游川. 围手术期肠内营养在肝癌肝切除患者中有效性及安全性的 Meta 分析 [J]. 中华肝脏外科手术学电子杂志, 2024, 13(4):51-52.
- [3] 高玥. 探讨消化道肿瘤术后早期肠内营养支持的临床护理效果 [J]. 健康大视野, 2021(11):137-138.
- [4] 刘红, 汪燕燕, 钱叶本, 等. 临床药师参与营养评估和干预在肝胆胰恶性肿瘤患者治疗中的效果分析 [J]. 中国医院药学杂志, 2024, 44(17):138-139.
- [5] 于诗函. 肿瘤重症患者应用营养支持疗法治疗的护理效果评价 [J]. 中外女性健康研究, 2023(1):2-4.
- [6] 刘楠. 肠内营养延续护理在消化道肿瘤患者化疗间歇期的应用效果评价 [J]. 东方药膳, 2023(5):73-74.