

基于智慧宣教平台的精细化早期进食策略对食管癌术后患者生活质量的影响研究

袁文秀 李正芳 杨漫荣 阳仁美*

(重庆大学附属肿瘤医院 重庆 400030)

摘要: 目的 本文主要探讨智慧宣教平台的精细化进食策略对食管癌术后患者生活质量的影响。方法 将 150 例食管癌患者随机分为观察组与对照组, 每组 75 例。其中对照组按照食管癌围术期护理常规进行管理, 观察组制定精细化进食策略, 结合智慧宣教平台, 将进食的量和种类、吞咽方法采用图文、视频的形式进行量化和细化, 指导患者观看并实时解答, 观察记录两组患者术后排气、排便时间、经口进流质饮食时间、术后住院天数、住院费用、出院前生活质量等指标情况。结果 观察组患者首次排气时间、排便时间、经口进流质饮食时间、术后住院时间、住院医疗费用均低于对照组, $P < 0.05$, 差异有统计学意义; 在生活质量方面, 观察组躯体功能、角色功能、情感功能、总健康水平领域评分均高于对照组, 两组有统计学差异($P < 0.05$); 在症状方面, 观察组在疼痛、疲劳、口干及胸痛、胃痛症状方面得分均低于对照组, 有统计学差异($P < 0.05$), 其余各症状及相关功能两组均无统计学差异。结论 基于智慧宣教平台的精细化进食策略利于食管癌患者术后快速适应消化道的重建, 早期促进胃肠道功能的恢复, 缩短住院时间, 节约医疗费用, 提高生活质量, 促进患者快速康复。

关键词: 食管癌腔镜手术; 加速康复; 智慧宣教平台; 早期进食; 生活质量

食管癌是全世界范围内发病率居第 8 位、死亡率排第 6 位的常见消化道肿瘤。外科手术治疗仍是可切除食管癌的首选治疗方式^[1]。传统观念认为食管癌患者术后一般需禁食 5~7d, 直到胃肠道功能完全恢复时(排气和排便后), 才可经口进食^[2,3], 因此术后患者恢复慢、住院时间长, 在我国食管癌术后的平均住院日约为 12 天^[4-5]。Jiang's 吻合作为新的食管-胃吻合方式, 相较于传统的端侧吻合方法, 有更低的术后并发症发生率(如术后吻合口漏、狭窄、反流), 是安全有效的吻合方式^[6]。该手术方式采用的是管状胃代替病变食管, 改变了患者消化解剖结构。有研究表明^[7], 进食行为改变是食管癌患者术后面临的主要问题。通过制定精细化的进食策略, 结合本院智慧宣教平台, 全程指导患者早期经口进食, 帮助患者早期养成良好、安全的进食习惯, 从而使患者逐步适应术后消化道模式的改变, 形成有效的应对机制, 有利于营养的供给, 促进患者快速康复, 缩短住院时间, 节约医疗资源。现对基于智慧宣教平台的精细化早期进食策略对食管癌术后患者生活质量的影响报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2022 年 7 月-2023 年 6 月我科食管癌手术患者 150 例。将一病区患者作为观察组, 二病区患者作为对照组, 每组各 75 人。两组患者在性别、年龄、疾病分期、营养状况等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$)。术者为同一团队且采用 Jiang's 吻合^[6]。

纳入标准: ①术前首诊为食管癌且可行胸腹腔镜联合食管癌根治术的患者; ②术前各项脏器功能检查, 评价可耐受手术, KPS 评分 ≥ 80 分; ③既往无严重心肺病史; ④患者术后直接回普通病房或者术后 1 天内由 ICU 转回; ⑤知情同意、自愿参与本研究。

排除标准: ①术中吻合口吻合不满意; ②患者发生病情变化, 不能按期转回病房; ③患者术后胃内有出血, 或者胃肠减压每日有咖啡色液体引出, 引流量 > 200 ml; ④患者术后不配合进食方案。

中止标准: ①患者发生病情变化, 重返 ICU; ②患者出现严重的其他脏器合并的并发症; ③患者术后出现持续高热; ④可疑幽门梗阻者。

1.2 具体措施

1.2.1 对照组护理措施

术前、术后的护理措施按照食管癌围术期护理常规落实。术后患者常规留置胃管并禁食 5-6 天。禁食期间遵医嘱给予肠外营养, 经中心静脉输入卡文等营养物质。患者术后第 7 天遵医嘱泛影葡胺上消化道造影观察吻合口通畅情况及幽门排空情况; 若正常则遵医嘱停胃管, 指导患者试饮水, 观察有无恶心、呕吐、腹痛、腹胀、腹泻等不适。若无不适, 则逐步指导患者进食下一阶段饮食, 循序渐进, 遵循少吃多餐, 由稀到干、细嚼慢咽的进食原则。

1.2.2 观察组措施

1.2.2.1 在对照组的基础上, 结合智慧宣教平台落实精细化早期进食策略。

1.2.2.2 具体措施

(1) 成立食管癌快速康复小组, 由护士长担任组长, 课题组成员担任成员, 其中护士 7 人, 医生 1 人。职称结构与分工: 副主任护师 1 人, 主管护师 4 人, 护师 2 人, 主要负责查阅文献, 对早期进食策略的制定并具体实施, 数据收集; 主任医师 1 人, 负责对观察组患者医疗质量的监管。

(2) 宣教平台的应用: 依托医院信息化建设, 指导并协助患者及家属关注护理部微信公众号, 绑定患者住院信息。由课题组成员推送相关宣教课程, 教会患者及家属健康教育阅读方法及途径并给予一对一的针对性解答。

(3) 制作宣教课程: 制作色彩鲜明的 PPT 课件将进食的量和种类进行量化和细化。录制生动形象的视频指导患者选择进食的量、种类以及具体吞咽方法。课题组制作的课程需由全科医生护士共同讨论, 审核通过, 要求符合科学性、实用性及安全性原则。

(4) 指导落实: 每天严密观察患者是否出现恶心、呕吐、腹痛、腹胀、腹泻等胃肠道不适症状。每次进食指导待患者掌握并适应进食种类后, 再进食下一种食物。住院期间经口进食不足部分由外周静脉补充营养, 根据进食量, 每天逐渐减少静脉输入量。

(5) 组长可通过后台管理检查、统计、分析责任护士所管患者的推送课程数、患者阅读率、疑问解答率。

1.3 评价指标

①排气、排便时间(肛门排气评估法: 患者自觉有肛门排气时记录时间; 排便评估法: 患者自解大便时记录时间);

②经口进食时间(记录经口进食流质食物的时间);

③患者术后住院时间及住院医疗费用（患者出院时在医院信息系统统计）；

④患者术后早期生活质量（出院前1天应用QLQ-C30量表及QLQ-OES18量表对患者进行评估）。

1.4统计学处理

1.4.1采用SPSS26.0软件进行统计学描述。统计描述：计量资料使用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，计数资料使用频数（百分比，%）表示。

1.4.2基线和效果比较：计数资料使用卡方检验（ χ^2 ）；计量资料分析前进行正态性和方差齐性检验，若呈正态分布且方差齐使用独立样本t检验；若不服从正态分布、方差齐性采用秩和检验，非正态分布使用非参数检验中的wilcoxon秩和检验，以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1两组术后肛门排气、排便时间，经口进食流质饮食、术后住院时间及住院医疗费用比较

两组患者在术后排气、排便时间(天)、经口进流质饮食时间(天)、术后住院天数(天)、住院医疗费用(万元，住院总费用-材料费)比较， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，见表1。

表1 两组术后肛门排气、排便时间，经口进食流质饮食、术后住院时间及住院医疗费用比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	术后排气(天)	术后排便(天)	进流质饮食(天)	术后住院时间(天)	住院医疗费用(万)
观察组	75	1.5±0.79	4.2±0.76	1.5±0.79	8.0±0.71	4.25±0.85
对照组	75	4.8±0.57	7.2±0.57	8.7±0.67	10.8±1.10	5.95±1.26
t		-7.57	-7.07	-15.53	-4.8	-2.50
P		0.00	0.00	0.00	0.00	0.04

2.2两组术后早期生活质量比较

出院前1天由课题组对两组患者通过QLQ-C30癌症量表及QLQ-OES18食管癌辅助量表进行生活质量的评估。评分标准均按照以上两个量表评估所得原始分按照公式转换为0~100分，对于功能领域和总体健康状况领域得分越高说明功能状况和生命质量越好，症状领域则相反。各领域横向比较结果显示，在躯体功能、角色功能、情感功能、总健康水平领域方面得分观察组均高于对照组且两组有统计学差异($P < 0.05$)；在症状方面，两组在疼痛、疲劳、口干、及胸痛、胃痛症状方面得分观察组均低于对照组，有统计学差异($P < 0.05$)，其余各症状及相关功能两组均无统计学差异。

3 讨论

食管癌患者由于肿瘤引起管腔梗阻，导致进行性吞咽困难，而肿瘤自身使得机体处于高消耗状态而加重营养不良^[9]，而以手术为主的食管癌治疗方式具有手术时间长、创伤大的特点，增加了机体消耗、减少摄入，进一步提高了营养不良的发生率，降低患者生活质量。ERAS协会推荐的食管癌围手术期治疗指南中提出，在没有呕吐、吸入性肺炎等严重并发症的情况下，早期口服喂养具有积极的作用。因此，早期经口进食策略对食管癌术后患者至关重要。智慧化宣教平台与传统护理模式相结合的措施，有助于提高患者对疾病相关知识的了解程度，将早期进食的策略通过图文、视频等进行量化和细化，信息利用微信平台发布，可使患者和家属及时学习和阅读，在加强宣教效果的同时改善护患关系，提高护理质量，促进患者快速康复。

有研究表明^[9]，胃肠道手术后小肠大多在几小时便已恢复蠕动，约6-12h就能吸收营养物质，这为术后早期肠内营养的实施提供了理论依据。术后患者早期恢复经口进食正常生理特点，具有促进胃肠消化液的分泌，保护肠黏膜屏障功能完整，促进胃肠功能恢复，氮利用率高等优点，减轻腹胀，促进患者早期排气、排便。通过智慧宣教平台可保障宣教内容的全面性，可随时随地、循序渐进地学习，弥补传统宣教工作存在的不足，观察组患者及家属对进食知识掌握较好，有效减少因担心术后并发症而不敢吃或者少吃的现象，患者吃的更早、更安全，较快适应消化道重建后新的进食方式，改善其生活质量，缩短住院时间，节约住院费用。Wain等^[10]研究发现食管癌术后成功的康复取决于患者学会如何重新进食。

综上，基于智慧宣教平台的精细化早期进食策略为患者进食安全提供保障，促进胃肠道功能的早期恢复，有利于营养的供给，提高患者生活质量，缩短住院时间，节约医疗费用，可于临床开展。

参考文献：

- [1]Kato H, Nakajima M. Treatments for esophageal cancer: a review[J]. General Thoracic and Cardiovascular Surgery, 2013, 61(6):330-5.
- [2]Li Y. Strategy and prospective of enhanced recovery after surgery for esophageal cancer[J]. Chinese journal of gastrointestinal surgery, 2016, 19(9):965.
- [3]Xiao-Bo Y, Qiang L, Xiong Q, et al. Efficacy of early postoperative enteral nutrition in supporting patients after esophagectomy[J]. Minerva Chirurgica, 2014, 69(1):37-46.
- [4]Zhang SL. Analysis of the Effect of Nursing Cooperation in the Operation of Esophageal Cancer Resection Combined with Thoracic and Laparoscopic Surgery[J]. Chinese Journal of Medicinal Guide, 2016.
- [5]Qiang W. To Explore the Clinical Effect of Combined Laparoscopic Surgery and Open Surgery in the Treatment of Esophageal Cancer[J]. China Continuing Medical Education, 2016.
- [6]郭东明, 王志强, 徐伟, 等. Jiang's吻合对食管癌切除患者术后生活质量的影响[J]. 四川大学学报(医学版), 2019, 50(06):925-929.
- [7]Viklund P, Wengstrom Y, Lagergren J. Supportive care for patients with oesophageal and other upper gastrointestinal cancers: The role of a specialist nurse in the team[J]. European Journal of Oncology Nursing, 2006, 10(5):353-363.
- [8]孙晓红, 袁丽. 营养教育对肿瘤患者膳食营养状况的影响[J]. 贵州医药, 2010, 34(2):164-166.
- [9]徐皖湘, 钱勇, 陈振东. 食管癌化疗患者生存质量测定量表中文版的研制与考评[J]. 现代肿瘤医学, 2007(12):1792-1794.
- [10]David Wainwright. Remapping the Body: Learning to Eat Again After Surgery for Esophageal Cancer[J]. Qualitative Health Research, 2007, 17(6):759-771.

作者简介：袁文秀（1986-），女，本科，主管护师，病区护士长，研究方向：胸外科临床护理及护理管理，邮箱：540859642@qq.com。

*通讯作者：阳仁美（1980-），女，本科，主管护师，科护士长，研究方向：胸外科临床护理及护理管理，邮箱：1010892658@qq.com。

备注：本研究受重庆市沙坪坝区科学技术局资助，编号：Jcd202272