

· 调查分析 ·

围手术期喉癌患者营养风险与生存质量的调查研究^{*}

胡丽茎¹, 吴洁丽¹, 陈新林², 张蕾¹, 成守珍¹

(1 中山大学附属第一医院, 广东广州, 510080; 2 广州中医药大学, 广东广州, 510405)

[摘要] 目的 了解围手术期喉癌患者营养风险与生存质量现状, 并探讨营养风险对患者生存质量的影响。方法 分别采用自行设计的一般情况问卷、营养风险筛查评分简表 (nutritional risk screening 2002, NRS2002)、欧洲癌症研究与治疗组织生存质量核心量表 (European organization for research and treatment of cancer quality of life core questionnaire, EORTC QLQ-C30) 对 66 例喉癌患者进行调查, 采用多重线性回归分析, 探讨营养风险对生存质量的影响。结果 围手术期喉癌患者营养风险总评分为 (3.53 ± 1.51) 分, 营养风险发生率为 28.79%, 营养风险对患者生存质量中的生理功能、认知功能和疼痛均有影响 ($P < 0.05$)。结论 医护人员应充分评估患者的营养状况, 及时纠正患者的营养不良, 以改善患者的生理功能, 提高生存质量。

[关键词] 喉癌; 围手术期; 营养状况

[中图分类号] R473.76 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2014)07-0001-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.07.001

Investigation of nutrition status and quality of life of perioperative patients with laryngeal cancer

Hu Lijing, Wu Jieli, Chen Xinlin, Zhang Lei, Cheng Shouzhen // Modern Clinical Nursing, -2014, 13 (7): 01.

[Abstract] **Objective** To investigate the nutrition status and quality of life (QOL) in the perioperative patients with laryngeal cancer and to analyze the effect of nutrition status on quality of life. **Methods** Sixty-six patients with laryngeal cancer were surveyed respectively by self-designed general situation questionnaire, nutritional risk screening 2002 (NRS2002) and European organization for research and treatment of cancer quality of life core questionnaire (EORTC QLQ-C30). The impact of nutritional status on QOL was analyzed by the multiple linear regression analysis. **Results** The total score of nutritional risk of perioperative patients with laryngeal cancer was 3.53 ± 1.51 and the incidence of nutritional risk was 28.79%. The nutrition status influenced on QOL, physiological function, cognitive function and pain area ($P < 0.05$). **Conclusion** Nurses should assess the nutritional status of the patients and correct malnutrition without delay in order to improve the physical function and QOL of the patients.

[Key words] laryngeal cancer; perioperative period; nutrition status

喉癌是头颈部常见的恶性肿瘤之一, 由于肿瘤局部侵犯, 患者常伴有吞咽困难及吞咽疼痛等症状, 影响进食导致营养摄入不足, 加上肿瘤自身能量消耗及心理因素^[1], 使喉癌患者存在不同程度的营养问题。文献报道^[2-4], 40%~80% 的癌症患者伴有不同程度的营养不良, 营养不良肿瘤患者在躯体功能、疲乏、疼痛、恶心呕吐、呼吸困难、食欲丧失和整体健康状况等生存质量方面明显差于营养良好者。随着生物医学模式向生物-心

理-社会医学模式的转变, 对喉癌患者治疗效果的评价方法和标准主要遵循两个原则: 治疗肿瘤和维持器官功能^[5]。在评价喉癌治疗效果时, 生活质量有着与生存时间同等甚至更为重要的地位, 且营养不良是影响恶性肿瘤患者术后恢复的重要原因^[6-7]。因此, 对围手术期喉癌患者营养状况及生存质量的相关研究就显得尤为必要。本研究通过调查围手术期喉癌患者营养风险及生存质量现状, 探讨营养风险对生存质量的影响, 旨在为改善喉癌患者的生存质量和临床预后提供科学依据及治疗策略。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2012 年 1 月~2013 年 6 月本院收治的

[基金项目] * 本课题为广东省医学科研基金项目, 项目编号为 A2012181。

[收稿日期] 2013-12-18

[作者简介] 胡丽茎 (1970-), 女, 广东人, 护理部副主任, 副主任护师, 硕士, 主要从事临床护理管理工作。

[通信作者] 成守珍, 护理部主任, 主任护师, E-mail: szcheng05@126.com。

110 例喉癌患者。入选标准:①确诊为喉癌的住院患者;②认知及理解能力正常;③行喉部分切除或全喉切除手术患者;④患者及家属知情同意,自愿配合。排除标准:①病情危重,不能配合者;②不愿意参与研究者;③非手术治疗者或采用微创手术治疗者;④临床资料不完整,术后因并发症转他科治疗。最终符合入选标准进入本研究的患者 66 例,男 63 例,女 3 例;年龄:32~81 岁,平均(59.47 ± 10.33)岁;手术方式:喉部分切除术 45 例,喉全切除术 21 例;婚姻状况:已婚 61 例,丧偶 4 例,离异 1 例;家庭月收入:5500~44550 元,中位数 16532.00 元。

1.2 调查工具

1.2.1 患者一般情况调查问卷 采用自行设计的调查问卷,内容包括患者性别、年龄、手术方式、婚姻状况和家庭月收入。

1.2.2 营养风险筛查评分简表(nutritional risk screening 2002, NRS2002) 该量表由丹麦肠外肠内营养协会开发,并为欧洲肠外肠内营养学会推荐,适用于住院患者营养风险筛查,在欧洲已验证其具有良好的信度和效度。NRDS2002 应用于住院患者营养风险筛查的可行性也得到证实^[8-10]。量表包括疾病评分、营养受损评分和年龄评分 3 部分,营养受损评分部分包含了 3 方面内容:人体测量、近期体重变化、膳食摄入情况。其中,疾病评分和营养受损评分为 0~3 分;年龄 < 70 岁为 0 分,≥ 70 岁为 1 分。营养风险总评分为疾病评分 + 营养受损评分 + 年龄评分之和。总评分 < 3 分为无营养风险,总评分 ≥ 3 分为有营养风险,得分越高,表示营养风险越高^[9]。

1.2.3 欧洲癌症研究与治疗组织生存质量核心量表(european organization for research and treatment of cancer quality of life core questionnaire, EORTC QLQ-C30) 该量表是目前国际上应用最广泛的头颈部肿瘤患者生存质量量表之一,已被证实具有良好的信度和效度^[11-13]。共有 15 个领域,30 个条目,包括 1 个整体生存质量领域,5 个功能领域(生理功能、角色功能、情绪功能、认知功能和社会功能)、3 个症状领域(疲乏、恶心呕吐、疼痛),6 个单一症状条目(气促、失眠、食欲丧失、便秘、腹

泻、经济困难)。除了 2 个条目采用序位性 7 选 1(非常差到非常好),5 个条目采用二分法(有、没有)外,其余问题均采用 Likert's 等级 4 点法按照“没有”、“有点”、“较多”、“非常多”4 个等级进行测试。功能领域和总体健康状况领域得分越高则表示生存质量越高;症状领域得分越高表示症状或问题越多。量表的原始分(粗分)转换为 0~100 标准分进行数据分析^[13]。

1.3 调查方法

NRDS2002 的测评时间为患者入院 24 h 内、EORTC QLQ-C30 为术后 1 周。参与调查者均为经过统一培训的责任护士。调查者向患者说明调查的目的和意义,取得知情同意后由患者自行填写调查问卷,对于不能自行完成问卷填写的患者,由调查者以统一的方式逐条读出题目,患者根据自己的实际情况回答,调查者代其填写。问卷当场发放和回收,调查者检查、剔除填写不清或不完善的问卷。本次调查共发放问卷 70 份,回收有效问卷 66 份,有效回收率为 94.29%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计软件对数据进行分析。采用频率描述患者营养风险的发生率,均数和标准差描述围手术期喉癌患者的营养风险总评分及生存质量各领域得分,采用多重线性回归分析营养风险对生存质量的影响。

2 结果

2.1 围手术期喉癌患者营养风险状况

66 例围手术期喉癌患者营养风险总评分为(3.53 ± 1.51)分,其中 47 例(71.21%)无营养风险,19 例(28.79%)有营养风险。

2.2 围手术期喉癌患者 EORTC QLQ-C30 得分情况

围手术期喉癌患者 EORTC QLQ-C30 得分情况见表 1。从表 1 可见,围手术期喉癌患者整体生存质量得分为(66.92 ± 20.72)分,处于中等水平。在各功能领域中,得分最高为生理功能,得分最低为社会功能,其次是角色功能。

2.3 围手术期喉癌患者营养风险对生存质量的影响

将生存质量 15 个领域得分作为因变量,营养风险总评分作为自变量,采用多重线性回归分析,探讨围手术期喉癌患者营养风险对生存质量的影

表 1 围手术期喉癌患者 EORTC QLQ-C30 得分情况 ($n = 66$)

领域	得分 ($\bar{x} \pm s$)	95%CI
功能领域		
生理功能	89.78 \pm 8.47	(87.70, 91.86)
角色功能	68.43 \pm 29.98	(61.07, 75.80)
情绪功能	79.17 \pm 20.22	(74.20, 84.14)
认知功能	82.58 \pm 17.65	(78.24, 86.91)
社会功能	64.14 \pm 26.83	(57.55, 70.74)
整体生存质量	66.92 \pm 20.72	(61.83, 72.01)
症状领域		
疲倦	35.25 \pm 21.31	(30.01, 40.49)
恶心呕吐	5.56 \pm 11.07	(2.83, 8.28)
疼痛	20.71 \pm 18.73	(16.10, 25.31)
单一条目		
气促	78.28 \pm 22.26	(72.81, 83.75)
失眠	60.61 \pm 27.37	(53.88, 67.33)
食欲丧失	83.33 \pm 18.72	(78.73, 87.94)
便秘	84.85 \pm 19.55	(80.04, 89.66)
腹泻	90.91 \pm 19.87	(86.06, 95.79)
经济困难	64.65 \pm 29.74	(57.33, 71.96)

表 2 围手术期喉癌患者营养风险对生存质量的影响 ($n = 66$)

因变量	回归系数	标准误	t	P	95%CI
生理功能	-0.686	0.255	-2.68	0.090	(-1.196, -0.176)
认知功能	-0.453	0.206	-2.20	0.031	(-0.864, -0.042)
疼痛	0.678	0.257	2.64	0.010	(0.164, 1.191)

营养师共同参与,针对不同患者的饮食需求及引起营养不良的原因,制订个体化的营养补给方案并具体落实,从而改善患者围手术期的营养状况。目前,营养支持途径选择的金标准为应用全营养支持,首选肠内营养,必要时肠内与肠外营养联合应用^[15]。对于能自行进食患者,营养师为其设计合理的饮食方案,护士给予指导并协助落实;对于未能经口摄食的患者,可通过鼻胃管或鼻肠管途径实施肠内营养^[16],由营养部配置营养素。当肠内营养未能满足患者营养所需时,应及时给予静脉补充营养。

3.2 围手术期喉癌患者生存质量的现状

喉癌患者治疗方法以手术切除为主,喉切除术后可出现呼吸、语言交流、吞咽功能等一系列问题,对患者的生活造成较大影响。有研究表明^[17],实验组喉切除术后患者的躯体、心理、社会功能及物质生活在诸多因子上均差于对照组。本研究结

果显示,围手术期喉癌患者整体生存质量得分为(66.92 \pm 20.72)分,其中得分最高为生理功能,最低为社会功能,其次是角色功能。笔者曾于2009年对粤港两地66例全喉切除术后喉癌患者社会功能情况的调查,发现90.91%患者存在不同程度的社会功能缺失^[18],与本研究结果相似。这可能与喉癌患者术后发音功能受损、与外界沟通受影响有关。结果提示,医护人员应重点关注喉癌患者术后的社会功能与角色功能,通过康复指导、心理干预、病友互助会及出院后延续性护理等方式,鼓励并帮助患者逐步回归家庭、回归社会,从而提高其生存质量。

3 讨论

3.1 围手术期喉癌患者营养风险状况分析

围手术期患者出现不同程度的营养不良是肿瘤外科面临的常见问题。肿瘤患者的营养状况与其生存质量、对治疗的耐受性及生存率相关^[14]。有研究报道^[7],约20%以上的肿瘤患者直接死亡原因为营养不良,且营养不良患者并发症发生率明显高于营养状况良好患者。本组研究中,围手术期喉癌患者营养风险总评分为(3.53 \pm 1.51)分,28.79%存在营养风险。结果提示,护理人员应关注围手术期喉癌患者营养状况,及时发现营养不良的患者并采取相应干预措施。可通过入院时评估筛查出营养风险患者,责任护士、主管医生及营

果显示,围手术期喉癌患者整体生存质量得分为(66.92 \pm 20.72)分,其中得分最高为生理功能,最低为社会功能,其次是角色功能。笔者曾于2009年对粤港两地66例全喉切除术后喉癌患者社会功能情况的调查,发现90.91%患者存在不同程度的社会功能缺失^[18],与本研究结果相似。这可能与喉癌患者术后发音功能受损、与外界沟通受影响有关。结果提示,医护人员应重点关注喉癌患者术后的社会功能与角色功能,通过康复指导、心理干预、病友互助会及出院后延续性护理等方式,鼓励并帮助患者逐步回归家庭、回归社会,从而提高其生存质量。

3.3 改善围手术期喉癌患者营养状况有利于提高患者生存质量

本研究结果显示,围手术期喉癌患者营养风险对生存质量中的生理功能、认知功能和疼痛均有影响(回归系数分别为-0.686、-0.453和0.678,

$P < 0.05$), 围手术期喉癌患者营养风险越高, 患者生理功能及认知功能越低, 疼痛程度越高, 反之亦然。结果提示, 改善围手术期喉癌患者的营养状况有利于提高患者的生存质量。喉癌患者由于肿瘤发生部位的特殊性和手术治疗的影响, 术后容易出现进食呛咳或误咽, 影响了进食的兴趣及食物种类的选择, 很大程度上影响了营养的摄入与吸收, 也造成患者较大的心理负担。由于喉的发音、呼吸和吞咽等功能受到不同损伤^[19], 使患者在生理、心理、社会等多方面受到较大冲击, 这些都对患者的生存质量产生直接或间接的影响。医护人员应关注喉癌患者围手术期营养状况, 对于存在营养风险的患者, 采取针对性措施及时纠正患者的营养不良, 改善其生理功能, 从而提高患者生存质量。

4 结论

由于病变部位的特殊性、肿瘤自身能量消耗及心理因素等, 围手术期喉癌患者常存在不同程度的营养问题, 而围手术期喉癌患者的营养状况可影响其术后生存质量。本结果表明, 围手术期喉癌患者有 28.79% 存在营养风险, 患者营养风险对生存质量中的生理功能、认知功能和疼痛均有影响。医护人员应关注喉癌患者围手术期营养状况, 对于存在营养风险的患者, 制订针对性的个体营养支持措施, 及时纠正患者的营养不良, 以改善其生理功能, 进而提高患者生存质量。

参考文献:

- [1] 卓银霞, 热依娜, 李萍. 肿瘤患者营养不良的研究进展[J]. 护理管理杂志, 2010, 10(10): 722-724.
- [2] Thoresen L, Fjeldstad I, Krogstad K, et al. Nutritional status of patients with advanced cancer: The value of using the subjective global assessment of nutritional status as a screening tool[J]. Palliative Med, 2002, 16(1): 33-42.
- [3] 杨敏, 林艳芳, 吴小红, 等. 老年喉癌患者围手术期营养评价与护理对策[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(10): 921-923.
- [4] 赵明, 李勇. 消化道肿瘤化疗患者的营养状况及其对生活质量的影响[J]. 中国全科医学, 2009, 12(2A): 222-223.
- [5] 刘丹, 张小艳, 郭其云. 喉切除术后患者生存质量的调查及分析[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2010, 10(4): 232-233.
- [6] 高凯, 王雪峰. 喉全切除术后患者生存质量分析[J]. 辽宁医学院学报, 2011, 32(6): 492-495.
- [7] 翟建华. 老年喉癌患者手术前后营养评价及护理[J]. 护理学报, 2010, 17(9B): 57-58.
- [8] 梁晓坤, 蒋朱明, 于康. 常用营养风险筛查工具的评价与比较[J]. 中国临床营养杂志, 2008, 16(6): 361-366.
- [9] 陈伟, 蒋朱明, 张咏梅, 等. 欧洲营养风险调查方法在中国住院患者的临床可行性研究[J]. 中国临床营养杂志, 2005, 13(3): 137-141.
- [10] Jiang ZM, Chen W, Zhan WH, et al. Parenteral and enteral nutrition application in west, middle and east China: a multi-center investigation for 15098 patients in 13 metropolitans using nutritional risk screening 2002 tool(abstract)[J]. Clin Nutr, 2007, 26(Suppl): 133-134.
- [11] 张雪芳, 郑巧兰, 郝元涛, 等. EORTC QLQ C30/H&N35 在鼻咽癌患者生存质量中的应用评价[J]. 新医学, 2013, 44(7): 467-471.
- [12] 魏巍, 王宇澄, 戴春富. 喉癌患者术后生存质量分析[J]. 上海医学, 2012, 35(4): 326-329.
- [13] 万崇华, 陈明清, 张灿珍. 癌症患者生命质量测定量表 EORTC QLQ-C30 中文版评价[J]. 实用肿瘤杂志, 2005, 20(4): 353-355.
- [14] 李燕. 鼻咽癌同期放化疗患者营养状况进展[J]. 现代临床护理, 2012, 11(4): 83-85.
- [15] 黎介寿. 临床营养支持的发展趋势[J]. 肠外与肠内营养, 2010, 17(1): 1-4.
- [16] 李丽, 姚志清, 王蓓, 等. 两种肠内营养途径在口腔癌患者早期肠内营养的应用比较[J]. 现代临床护理, 2009, 8(12): 4-6.
- [17] 吴晓霞, 龙平, 张剑, 等. 喉癌患者术后生命质量评估及其心理行为干预[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2007, 11(17): 3390-3392.
- [18] 胡丽莹, 黄卓燕, 龚未池. 全喉切除术后喉癌患者社会支持与社会功能相关性研究[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(4): 399-401.
- [19] 林静芳. 喉癌手术病人的健康教育[J]. 实用全科医学, 2005, 3(1): 56.

[本文编辑: 郑志惠]