

# 营养支持在胃癌化疗病人护理中的应用分析

施俊如

咸宁市中心医院湖北科技学院附属第一医院 湖北 咸宁 437000

**【摘要】**目的：探究营养支持在胃癌化疗患者护理中的应用效果。方法：从2025年1月~2025年6月间收治的患者中，选出符合研究条件的84例。随机分组，各组42例，对照组采取常规护理方案，观察组在此基础上强调营养支持，比较两组的多项营养指标及营养风险评分（PG-SGA）。结果：首先，从两组护理前、后的多项营养指标上看，无论是视黄醇蛋白、转铁蛋白，还是白蛋白、前白蛋白，护理后的各项指标结果均是观察组更佳。组间比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ,  $t=4.245$ ;  $4.015$ ;  $4.212$ ;  $10.601$ ）；其次，从两组护理后的PG-SGA评分结果上看，观察组0~1分的15例，占比35.71%，2~3分有25例，占比59.52%，4~8分的2例，占比4.76%，相较而言，对照组不同分数层次的患者数均较少，但有5例在9分及以上的，占比11.90%。组间比较，证实了观察组的营养状况更好，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ,  $\chi^2=12.109$ ）。结论：营养支持在胃癌化疗患者护理中占据重要地位，其实践后的效果优良，能保障患者良好的营养状态。

**【关键词】**营养支持；胃癌；化疗；营养指标

DOI:10.12417/2705-098X.26.01.052

胃癌是目前公认的危害国民健康的疾病之一，根据国家癌症中心的数据，我国每年新增胃癌病例约为35.87万例，位列所有恶性肿瘤的第五位<sup>[1]</sup>。为降低患者术后的微小病灶，降低疾病复发风险，临幊上常常采用化疗的治疗手段。但由于化疗会对患者机体造成一定损伤，加之肿瘤细胞的高代谢会消耗患者体内的营养成分，因此化疗后患者出现营养不良的情况较多。为探究营养支持在胃癌化疗患者中的实践效果，特选出84例患者作为样本展开深入研究，整理报告如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

本次研究项目获院伦理委员会的审核批准后，特从院内2025年1月~2025年6月收治的胃癌化疗患者资料中，筛选84例研究。

纳入标准：①均于本院检查，符合《胃癌诊断标准(WS 316-2010)》；②在医院接受化疗，配合研究<sup>[2]</sup>。③患者家属知情。

排除标准：①存在精神异常等问题，无法配合课题研究；②因其他主观原因退出。

随机数字法划分小组，每组均42例。对照组：男女患者之比为23:19，年龄36~72岁，均值（54.20±2.20）岁。观察组：男女患者之比为25:17，年龄37~70岁，均值（55.12±1.54）岁。对比两组基线资料， $P>0.05$ 。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 常规护理（对照组）

针对对照组患者采取常规化的护理干预，即按照科室规章制度分别落实科学、规范的护理措施。具体内容有：①用药指导。胃癌后化疗期间的药物管理非常重要，该组患者主要应用到的药物有氟尿嘧啶、奥沙利铂、紫杉醇等，常常伴随各种不

良反应或副作用。护理人员要遵照医嘱指导患者用药，并密切观察患者当前的身体反应。若患者发生较严重的恶心、呕吐、腹泻或是疼痛等不适，要及时将相关情况上报给医生，医生诊断后可进行药物剂量调整或是更换<sup>[3]</sup>。②饮食指导。在化疗结束后，通过静脉导管为患者补充营养液，直到患者能恢复正常饮食。由于化疗后的患者大多食欲不佳，消化功能也明显减弱。发放《化疗饮食手册》，叮嘱患者在饮食上保持“清淡、营养、易消化”的基本原则，如软米饭、小米粥等，减少肠胃负担。适当地增加优质蛋白摄入，如鱼肉、蛋类，以减少胃刺激，促进机体的康复。同时，要避免各种辛辣刺激的食物，以免加重对胃黏膜的刺激，反而阻碍患者康复。③心理干预。胃癌疾病和化疗对多数患者而言都是极大的挑战，会导致患者承担巨大的心理压力。护理人员要多与患者沟通，纾解患者情绪。用暗示法、鼓励法、情志转移法等多种方法引导患者保持乐观积极的态度，从而利于后续治疗。同时，叮嘱患者家属也要发挥出亲情支持作用，为患者提供可靠的心灵支撑。④生活指导干预。叮嘱患者化疗期间要保证有充足的睡眠，在体力尚可的情况下可简单地进行轻度运动，如散步，太极拳，以强化免疫力。

#### 1.2.2 常规护理方案+营养支持（观察组）

针对观察组患者采取更全面的护理方案，在对照组的基础上还强调了“营养支持”。提前组建专业的营养支持护理小组，组员包括责任护士、内科医生、临床营养师等不同学科的专业人员，组员均各司其职、发挥才干，共同参与到患者的护理干预中。相关内容与步骤如下：①营养状态评估。利用患者主观整体评估（Patient-Generated Subjective Global Assessment；缩写PG-SGA）等工具来检测基本营养状态，并将患者划分为不同情况<sup>[4]</sup>。若评分为0~1分，证明患者营养状态好，无需特别进行干预；评分为2~8分，属于中度营养不良，需要营养支持；评分≥9分，属重度营养不良，要紧急干预。同时，测定该组

患者的体重、BMI、体脂率、血清白蛋白、血红蛋白等指标，评估蛋白质-能量营养状况。经调查，在该组患者中，患者的PG-SGA评分均在2分及以上，因此需要重视营养支持的开展，并及时实施“五阶梯营养干预”模式<sup>[5]</sup>。通过实施该干预模式，以保障能满足不同胃癌化疗患者的营养支持多元化需求。②全程营养支持。化疗结束一天后，为患者补充400ml的葡萄糖，并观察是否出现消化道不良反应。随后，为该组患者使用能全素开展肠内营养支持。每次250ml，每日3次，输注速度从30~50ml/h逐步递增。若通过测定发现有患者的蛋白质指标<27mg/L，可添加肠内营养乳清蛋白10~15mg/L，每日2~3次，每次约200~300Kcal。若该组中有患者化疗后因特殊原因无法进食，可经胃肠管予以营养支持。在开展全程营养支持的过程中，护理人员要简单告知患者具体操作的方式、原理、营养液品种和特征、以及相关注意事项等，必要时可邀请预后效果良好的胃癌化疗患者现身说法，以激发患者自信心，更顺利地完成治疗。此外，可根据不同患者的实际营养情况补充特殊营养素，如维生素D、矿物质、益生菌、可溶性膳食纤维等。③健康教育与随访。为患者及其家属提供和胃癌化疗、营养支持等内容有关的指导手册，并在微信公众号、官方小程序、甚至短视频等平台中上传内容。建立完善的随访机制，通过门诊或线上咨询来调整营养支持方案。

### 1.3 评价指标

#### 1.3.1 两组接受护理前、后的营养指标

指标主要包括的有视黄醇蛋白（Retinol-Binding Protein；RBP，单位：mg/L）、转铁蛋白（transferrin，TRF，单位g/L）、白蛋白（Albumin；ALB，单位g/L）、前白蛋白（Prealbumin，PAB，单位：mg/L）<sup>[6]</sup>。

#### 1.3.2 两组护理后的PG-SGA评分

当两组均接受了相关的护理干预方案后，再由院内营养师及医护人员采用PG-SGA工具为患者的营养状态进行评分。根据评分结果，将其细化到不同维度，如营养良好（0~1分）、可疑营养不良（2~3分）、中度营养不良（4~8分）、严重营养不良（高于8分）。PG-SGA评分越低的患者，证明护理效果越好<sup>[7]</sup>。

### 1.4 统计学方法

汇总数据后，SPSS21.0软件处理，t及X<sup>2</sup>检验，P<0.05差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组护理前后的营养指标对比

经调查统计，两组在接受差异化的护理后，均是观察组的营养指标更好，组间差异显著，P<0.05，具体如下表2-1及其续表。

表2-1 两组护理前后的营养指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	观察组	对照组	t	P
N	42	42		
RBP(护理前)	25.54±2.87	25.46±2.93	0.123	>0.05
RBP(护理后)	34.61±3.89*#	30.45±3.31#	4.245	<0.05
TRF(护理前)	1.44±0.62	1.45±0.70	0.112	>0.05
TRF(护理后)	2.24±0.97*#	1.83±0.82#	4.015	<0.05
ALB（护理前）	33.26±3.84	33.30±3.09	0.165	>0.05
ALB（护理后）	39.65±3.47*#	35.44±3.27#	4.212	<0.05
PAB（护理前）	211.23±38.56	212.40±37.68	1.212	>0.05
PAB（护理后）	287.04±40.21*#	261.54±39.20#	10.601	<0.05

注：和对照组相比，\*P<0.05，和本组护理前相比，#P<0.05。

### 2.2 两组护理后的PG-SGA评分对比

经统计发现，两组在护理干预后，虽然PG-SGA评分均发生明显变化，但组间相比，仍然是观察组的整体结果更好，PG-SGA分数更低的患者占比更多。组间比较P<0.05，如下表2-2所示。

表2-2 两组护理后的PG-SGA评分对比（n.%）

组别	观察组	对照组	X <sup>2</sup>	P
N	42	42		
0~1分	15(35.71)*	10(23.81)	12.109	<0.05
2~3分	25(59.52%)*	17(40.48%)		
4~8分	2(4.76)*	10(23.81)		
≥9分	0(0.00)*	5(11.90%)		

注：和对照组相比，\*P<0.05。

## 3 讨论

胃癌是起源于胃粘膜细胞的一种恶性肿瘤，其高危发病人群有40岁以上的男性、幽门螺杆菌感染者等等。化疗是抑制患者病灶生长，防止其病症快速发展的有效手段，常常被应用到临床的胃癌患者中。如今虽然随着化疗药物的发展，其对于患者的毒副作用明显减轻，但由于疾病本身及患者自身体质的诸多因素影响，化疗后患者的营养状态差的情况比较频繁。当胃癌患者发生了营养风险后，具体会表现为食欲不振、体重下降、贫血等<sup>[8]</sup>。为改善此情况，严格贯彻“以患者为本”、“人性化护理”的现代护理理念，切实保障患者的身心健康，就需

要结合实际对患者进行营养支持。基于此背景下，特采取分组对比的形式来探究。两组均接受相同的化疗方案，仅是护理干预上存在不同。其中，观察组在常规护理的基础上，增加了营养支持，实现了护理方案的优化；而对照组按照规章制度开展了常规护理。从两个维度来对比结果可知，无论是护理后的营养指标，还是患者的 PG-SGA 评分差异，均证明营养支持确实能够改善胃癌化疗患者的机体营养状况，组间比较  $P < 0.05$ 。探究出现上述结果的原因，首先，从营养指标上看。RBP 是负责运输患者机体内维生素 A 的特定载体蛋白，它能参与到患者代谢调节中。当患者发生营养不良，该指标会出现异常。在观察组开展营养支持后，能补充优质蛋白和维生素 A，自然提升了 RBP 水平；TRF 是患者体内血浆中的含铁蛋白质，在进行营养支持后，能显著改善部分患者的贫血状态，提高指标水平；ALB 属于血浆中的主要蛋白质，约占据血浆总蛋白的 50%，负

责维持患者机体的营养与渗透压。当进行营养支持后，能补充优质蛋白，为白蛋白的合成提供了氨基酸底物，实现了指标水平的提高。而 PAB 不仅具备协调患者机体能量等生理功能，还可用于对营养不良等疾病的诊断。PAB 是反映患者营养干预即时效果的敏感指标，在开展营养支持后，能明显观察到该指标水平的回升。PAB 除了具备快速代谢响应的特点外，还能与 RBP 结合形成复合物。当补充维生素 A，也能促进 PAB 的稳定性与功能的发挥。其次，从 PG-SGA 评分上看。PG-SGA 评分和患者的营养状态间有着线性关联，若分数越低，证明营养不良的程度越轻，反之越重。观察组的 PG-SGA 评分整体良好，证明了营养支持效果。

综上所述，营养支持在胃癌化疗患者的护理中价值突出，有重要的实践与推广意义，值得进一步深入探究，从而为患者搭建出全方位的营养屏障。

## 参考文献：

- [1] 朱丹丹.合并冠心病的胃癌患者接受基于预后营养指数分析的营养支持效果[J].心血管病防治知识,2025(1).
- [2] 张晓亭,沈春勤.胃癌患者的营养支持与护理技巧[J].人人健康,2024(27).
- [3] 类凤玲.心理护理结合营养支持促进胃癌患者术后恢复效果[J].2024(2):121-124.
- [4] 黄玲玲.胃癌化疗病人护理中开展全程化营养支持的效果评价[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022(9):3.
- [5] 王园艳.胃癌化疗病人护理中开展全程化营养支持的效果评价[J].健康必读 2021 年 15 期,157 页,2021.
- [6] 刘红波.营养支持和心理护理在胃癌患者护理中的应用效果[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2021.
- [7] 张爱慧,陈竹.基于老年营养风险指数的低糖高脂营养管理方案在老年胃癌化疗患者中的应用研究[J].河北医药,2025,47(2):237-241.
- [8] 李夏青.多学科协作营养支持对胃癌化疗患者生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2025(8).