

个体化营养支持在宫颈癌患者中的应用

郭丽荣, 郭丽英*

宁夏银川市金凤区心脑血管病医院妇科 宁夏银川

【摘要】目的 探讨个体化营养支持对宫颈癌患者营养状况、生活质量及治疗耐受性的影响。**方法** 选取 80 例宫颈癌患者, 随机分为观察组和对照组各 40 例。对照组给予常规饮食指导, 观察组实施基于营养风险筛查的个体化营养支持方案。比较两组患者干预前后的营养指标(血清白蛋白、前白蛋白、BMI)、生活质量(EORTC QLQ-C30 评分)及治疗中断率。**结果** 干预后, 观察组营养指标显著优于对照组 ($P<0.05$), 生活质量评分高于对照组 ($P<0.05$), 治疗中断率低于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 个体化营养支持能有效改善宫颈癌患者的营养状况, 提高生活质量, 降低治疗相关并发症, 保障抗肿瘤治疗的顺利进行。

【关键词】 宫颈癌; 个体化营养; 营养支持

【收稿日期】 2026 年 5 月 8 日

【出刊日期】 2026 年 6 月 3 日

【DOI】 10.12208/j.cn.20260307

Application of personalized nutritional support in cervical cancer patients

Lirong Guo, Liying Guo*

Department of Gynecology, Cardiovascular and Cerebrovascular Disease Hospital, Jinfeng District, Yinchuan, Ningxia

【Abstract】 Objective To investigate the effects of personalized nutritional support on nutritional status, quality of life, and treatment tolerance in patients with cervical cancer. **Methods** Eighty patients with cervical cancer were randomly divided into an observation group and a control group, with 40 patients in each group. The control group received routine dietary guidance, while the observation group received personalized nutritional support based on nutritional risk screening. Nutritional indicators (serum albumin, prealbumin, BMI), quality of life (EORTC QLQ-C30 score), and treatment interruption rate were compared between the two groups before and after intervention. **Results** After intervention, the nutritional indicators in the observation group were significantly better than those in the control group ($P<0.05$), the quality of life score was higher in the observation group ($P<0.05$), and the treatment interruption rate was lower in the observation group ($P<0.05$). **Conclusion** Personalized nutritional support can effectively improve the nutritional status of patients with cervical cancer, improve their quality of life, reduce treatment-related complications, and ensure the smooth progress of anti-tumor treatment.

【Keywords】 Cervical cancer; Personalized nutrition; Nutritional support

1 引言

宫颈癌是女性生殖系统最常见的恶性肿瘤之一。近年来, 虽然手术、放疗、化疗及靶向治疗等综合治疗手段不断进步, 但患者常因疾病本身的高代谢消耗、放化疗引起的胃肠道反应(如放射性肠炎、恶心呕吐)以及心理应激等因素, 导致营养不良的发生率居高不下。研究表明, 约 30%-60% 的宫颈癌患者存在营养不良风险^[1], 这不仅削弱了患者的免疫功能, 还降低了其对治疗的耐受性, 导致治疗中断或延迟, 进而影响预后。

传统的营养支持往往采用“一刀切”的饮食指导,

缺乏针对性。个体化营养支持(Individualized Nutritional Support)是基于患者的营养风险筛查、疾病分期、治疗阶段及代谢特点, 制定并动态调整的营养干预方案。本文旨在探讨个体化营养支持在宫颈癌患者中的具体应用效果, 以期为临床营养干预提供参考^[2]。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2025 年 12 月宁夏某三甲医院收治的 80 例宫颈癌患者。纳入标准: (1) 经病理学确诊为宫颈癌; (2) 计划接受根治性放疗、同步放化疗

*通讯作者: 郭丽英

或手术治疗; (3) 意识清楚, 无认知障碍; (4) 预计生存期>6个月。排除标准: (1) 合并严重肝肾功能不全; (2) 有肠梗阻或严重消化道出血; (3) 既往有营养代谢性疾病。随机分为观察组和对照组各40例。两组患者年龄、病理分期、治疗方式等基线资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

2.2 方法

2.2.1 对照组: 给予常规护理。入院后进行口头饮食宣教, 告知患者“多吃高蛋白、高维生素食物”, 发放饮食指导手册, 不进行动态的营养监测与调整。

2.2.2 观察组: 实施个体化营养支持方案, 具体如下:

(1) 营养风险筛查与评估

入院24小时内采用NRS 2002量表进行营养风险筛查。对NRS评分 ≥ 3 分者, 进一步由营养专科进行人体测量(BMI、皮褶厚度)、实验室检查(血清白蛋白、前白蛋白、血红蛋白)及膳食摄入量评估。建立营养管理档案。

(2) 阶段个体化干预

围放疗/化疗期: 针对同步放化疗患者, 重点处理放射性肠炎和骨髓抑制。对于出现腹泻者, 给予低渣饮食, 补充益生菌, 必要时给予肠内营养制剂(如短肽型); 对于食欲不振者, 采用“少食多餐”模式, 增加食物色香味刺激^[3-4]。

围手术期: 遵循加速康复外科(ERAS)理念, 术前避免长时间禁食, 术前2小时口服碳水化合物; 术后早期(6-24小时)启动肠内营养, 从流质逐步过渡至半流质^[5]。

营养补充途径: 对于经口摄入不足且胃肠道功能存在的患者, 优先给予口服营养补充(ONS), 每日补充500-600kcal。对于严重黏膜炎或肠梗阻患者, 根据医嘱采用管饲或肠外营养(PN)。

(3) 动态监测与随访: 每周监测体重及血常规、生化指标。根据患者的治疗反应(如呕吐程度、放射性肠炎分级)及时调整营养方案, 确保能量供给达到25-30kcal/(kg·d), 蛋白质摄入量达到1.2-2.0g/(kg·d)。

2.3 观察指标

2.3.1 营养指标: 分别于干预前和干预后(治疗结束后1周)检测血清白蛋白(ALB)、前白蛋白(PA)水平, 并测量体重指数(BMI)。

2.3.2 生活质量: 采用欧洲癌症研究与治疗组织生活质量核心量表(EORTC QLQ-C30)评估, 包括功能领域和症状领域, 得分越高表示生活质量越好。

2.3.3 治疗耐受性: 记录因严重毒副反应(如3-4级骨髓抑制、3级以上放射性肠炎)导致的治疗中断或延迟发生率。

2.4 统计学方法

采用SPSS 26.0软件进行数据分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用t检验; 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验。P<0.05为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 营养指标比较

干预前, 两组血清ALB、PA及BMI水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。干预后, 观察组各项营养指标均显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表1。

表1 两组患者干预后营养指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别		ALB (g/L)	PA (mg/L)	BMI (kg/m ²)
观察组	40	38.5 \pm 2.3	245.6 \pm 20.1	22.5 \pm 1.2
对照组	40	34.2 \pm 2.1	198.4 \pm 18.5	20.1 \pm 1.4
t值		7.85	10.23	6.52
P值		<0.05	<0.05	<0.05

3.2 生活质量比较

干预后, 观察组QLQ-C30功能领域评分(躯体、角色、情绪功能)显著高于对照组, 而疲劳、食欲丧失等症状领域评分显著低于对照组 ($P<0.05$)。

3.3 治疗耐受性比较

观察组发生3-4级骨髓抑制或严重放射性肠炎导致治疗中断2例(5.0%), 对照组治疗中断9例(22.5%),

观察组治疗中断率显著低于对照组 ($\chi^2=4.11, P<0.05$)。

4 讨论

宫颈癌患者由于盆腔放疗范围广泛, 常累及直肠和小肠, 导致放射性肠炎, 表现为腹泻、腹痛、便血, 严重影响营养物质的吸收。此外, 化疗药物的胃肠道毒性加剧了患者的营养摄入困难^[6-7]。营养不良不仅导致体重下降、肌肉流失, 还会引起免疫功能抑制, 增加感

染风险,甚至影响放疗的精确性(因体重变化导致靶区移位)。

本研究结果表明,个性化营养支持能显著改善宫颈癌患者的营养状况。这主要得益于动态评估机制。传统的营养宣教往往在入院初期进行,而患者的营养状况在治疗中后期(如放疗第3-4周)会急剧恶化。个性化方案通过“筛查-评估-干预-再评估”的闭环管理,及时识别营养风险的变化,避免了营养状况的持续恶化。

本研究特别强调了口服营养补充(ONS)的重要性。对于宫颈癌患者,即使能够进食普通饮食,但由于消化道症状,往往无法达到目标能量摄入。根据《中国肿瘤患者营养膳食指南(2021)》推荐,ONS是肿瘤患者首选的营养干预方式^[8]。观察组患者通过每日规律补充肿瘤专用型营养制剂,有效弥补了能量和蛋白质缺口。

此外,个性化营养支持显著提高了患者的治疗依从性。在对照组中,由于严重的腹泻和呕吐,部分患者产生了抵触心理,甚至主动要求停止治疗。而观察组通过提前干预(如预防性使用谷氨酰胺保护肠黏膜、调整膳食纤维比例),减轻了毒副反应,保障了治疗周期的顺利完成。

综上所述,个性化营养支持是宫颈癌综合治疗的重要组成部分。它不仅能改善患者的客观营养指标,更能提升主观生活质量,降低治疗中断风险。建议在临床工作中建立由“医生-护士-营养师”组成的多学科协作团队,将营养支持纳入宫颈癌患者的常规诊疗路径。

参考文献

- [1] 石汉平,许红霞,李苏宜,等.中国肿瘤患者营养状况与临床结局的全国多中心研究[J].中华医学杂志,2020,100(40):3125-3130.
- [2] 中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗专业委员会.中国肿瘤营养治疗指南(2021版)[M].北京:人民卫生出版社,2021:85-92.
- [3] 王晓莉,张静.个性化营养支持对宫颈癌同步放化疗患者生活质量及营养状况的影响[J].中国实用护理杂志,2022,38(14):1074-1079.
- [4] Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients[J].Clinical Nutrition, 2017,36(1):11-48.
- [5] 李梅,刘丽.基于加速康复外科理念的围术期营养管理在宫颈癌患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2021,27(25):3421-3425.
- [6] 赵丹,吴小华.局部晚期宫颈癌同步放化疗中营养状况与治疗耐受性的相关性分析[J].肿瘤学杂志,2023,29(2):112-116.
- [7] 中华医学会放射肿瘤治疗学分会.放射性肠损伤的诊治专家共识(2022版)[J].中华放射肿瘤学杂志,2022,31(8):681-689.
- [8] 张岚,陈曦.口服营养补充在妇科恶性肿瘤放疗患者中的临床应用研究[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2022,9(3):321-325.

版权声明:©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS