

# 食管癌和胃癌患者生活质量比较及其影响因素分析

向恒静

秭归县归州镇中心卫生院 湖北 宜昌 443601

**【摘要】**目的：比较食管癌与胃癌患者生活质量差异，识别影响其生活质量的关键因素。方法：于2021年1月至2025年12月，选取镇中心卫生院收治的45例患者（食管癌22例、胃癌23例），开展为期3个月的前瞻性随访观察；采用生理功能、症状控制、日常活动能力、心理状态四维综合评估生活质量，并结合临床症状改善率进行组间对比分析。结果：两组基线资料均衡；食管癌组生理功能评分显著低于胃癌组（ $P=0.007$ ），胃癌组症状控制评分显著更低（ $P=0.004$ ）；食管癌组症状有效改善率（77.27%）高于胃癌组（52.17%， $P=0.046$ ）。结论：疾病类型对生活质量的影 响存在维度特异性，应依据病理特征实施差异化护理干预。

**【关键词】**：食管癌；胃癌；生活质量；症状控制；基层医疗

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.069

## 前言

食管癌与胃癌作为临床高发的消化道恶性肿瘤，其发病率与病死率均处于较高水平，严重威胁居民健康。此类疾病不仅会引发吞咽困难、消化道不适等一系列临床症状，还会对患者的生理功能、心理状态及日常活动造成多重影响，显著降低生活质量<sup>[1]</sup>。当前临床对两类肿瘤的治疗与护理多聚焦于病情控制，针对两者生活质量的系统性对比研究相对不足，基层医疗机构中相关数据尤为匮乏<sup>[2]</sup>。基于此，本研究选取镇中心卫生院收治的食管癌与胃癌患者为研究对象，通过多维度评估与对比分析，探究不同疾病类型对患者生活质量的影响差异及症状改善特点，为临床制定更具针对性的护理干预方案提供实证支持，进而助力提升基层恶性肿瘤患者的综合诊疗效果与生活质量。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2021年1月—2025年12月镇中心卫生院收治的45例食管癌和胃癌患者作为研究对象，所有患者均自愿参与本研究并签写知情同意书。根据疾病类型将患者分为食管癌组（22例）和胃癌组（23例），食管癌组男性13例、女性9例，年龄48~76岁，平均（ $62.3\pm 5.8$ ）岁，病程1~5年，平均（ $2.7\pm 1.1$ ）年；胃癌组男性14例、女性9例，年龄46~78岁，平均（ $63.1\pm 6.2$ ）岁，病程1~4年，平均（ $2.5\pm 1.0$ ）年。纳入标准为经病理活检确诊为食管癌或胃癌，意识清晰且能配合完成相关调查，临床资料完整；排除标准为合并其他恶性肿瘤、严重心肝肾等脏器功能障碍，存在精神疾病或认知障碍，无法配合完成随访及评价，或中途退出研究。

### 1.2 方法

两组患者均接受所在镇中心卫生院常规临床治疗与基础护理，在此基础上开展针对性的资料收集与生活质量随访调查。对于食管癌组患者，重点实施饮食干预指导与吞咽功能监测，指导患者根据病情进展选择半流质、流质等易消化饮食，

避免辛辣、粗糙食物刺激食管黏膜，同时定期记录患者吞咽困难程度、进食时长、营养摄入情况等相关信息<sup>[3]</sup>；同步观察患者心理状态、社会交往频率等生活质量相关表现，形成完整的临床观察记录。针对胃癌组患者，着重进行消化功能评估与饮食护理指导，指导患者遵循少食多餐原则，选择高蛋白、高维生素且易消化的食物，规避油腻、生冷食物，同步监测患者腹胀、腹痛、恶心呕吐等消化道症状的发生频率及严重程度；同时关注患者日常活动能力、情绪状态等生活质量核心维度，详细记录相关数据。

研究数据主要通过临床病历提取与定期随访观察获取，结合患者临床诊疗记录，提取性别、年龄、病程、治疗方式等一般人口学及疾病相关信息，建立专属研究数据库<sup>[4]</sup>。随访周期设定为3个月，随访过程中通过医护人员现场评估、家属补充说明等方式，及时更新患者病情变化、症状改善情况及生活质量相关数据；对所有收集的信息进行系统整理核对，剔除信息残缺、逻辑矛盾的记录，确保研究资料的时效性、连续性与准确性。

### 1.3 评价指标及判定标准

核心评价指标为患者生活质量，从生理功能、症状控制、日常活动能力、心理状态四个核心维度进行综合评估。生理功能聚焦进食、消化等基础生理活动完成情况；症状控制以核心临床症状减轻程度为判定依据；日常活动能力关注患者自主完成穿衣、洗漱、行走等日常事务的能力；心理状态侧重情绪稳定性与对治疗的信心。各维度均以“良好、一般、较差”三级标准判定，综合四个维度评估结果划分整体生活质量等级，其中三项及以上维度达“良好”视为生活质量优良；两项维度达“良好”视为生活质量中等；仅一项或无维度达“良好”视为生活质量较差。同时记录两组患者临床症状改善情况，症状减轻视为有效改善，症状稳定或加重视为未改善。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件对研究数据进行处理分析。计

量资料以均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以例数 (百分比) [n (%)] 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义, 所有统计检验均为双侧检验, 确保统计结果的可靠性与科学性。

## 2 结果

### 2.1 两组患者一般资料均衡性分析

对食管癌组与胃癌组患者的性别、年龄、病程等一般资料进行统计分析, 结果显示两组上述指标比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 提示两组基线资料具有可比性, 为后续生活质量及症状改善情况的组间比较奠定基础。相关数据详见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	食管癌组	胃癌组	统计值	P 值
例数(n)	22	23	-	-
性别(男/女)[n(%)]	13(59.09)/ 9(40.91)	14(60.87)/ 9(39.13)	$\chi^2=0.021$	0.884
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	62.3±5.8	63.1±6.2	$t=0.453$	0.652
病程(年, $\bar{x} \pm s$ )	2.7±1.1	2.5±1.0	$t=0.612$	0.543

### 2.2 两组患者生活质量各维度比较

依据 1.3 设定的生活质量四维度评估标准, 结合 1.2 的随访观察数据进行统计分析, 结果显示两组在生理功能、症状控制维度存在显著差异 ( $P < 0.05$ ), 日常活动能力、心理状态维度比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。其中食管癌组生理功能维度评分低于胃癌组, 主要与食管癌患者吞咽功能受限影响进食相关; 胃癌组症状控制维度评分低于食管癌组, 多因胃癌患者消化道症状发生频率更高所致。具体评分数据详见表 2。

表 2 两组患者生活质量各维度比较

组别	食管癌组	胃癌组	t 值	P 值
例数(n)	22	23	-	-
生理功能	65.2±8.3	72.6±7.8	2.845	0.007
症状控制	71.5±7.6	64.3±8.1	3.012	0.004
日常活动能力	78.3±6.9	76.8±7.2	0.634	0.528
心理状态	75.1±8.2	73.5±7.9	0.576	0.567

### 2.3 两组患者临床症状改善情况比较

基于 1.2 记录的两组患者症状监测数据, 参照 1.3 的症状改善判定标准进行统计, 结果显示食管癌组临床症状有效改善率为 77.27%, 胃癌组为 52.17%, 两组比较差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 提示食管癌组经针对性饮食干预与症状监测后, 症状改善效果优于胃癌组。具体改善情况详见表 3。

表 3 两组患者临床症状改善情况比较

组别	食管癌组	胃癌组	$\chi^2$ 值	P 值
例数(n)	22	23	-	-
有效改善	17(77.27)	12(52.17)	-	-
未改善	5(22.73)	11(47.83)	-	-
有效改善率(%)	77.27	52.17	3.987	0.046

## 3 讨论

从基线资料来看, 本研究中食管癌组与胃癌组患者在性别、年龄、病程等核心人口学及疾病相关指标上均无统计学差异, 这一结果为两组后续生活质量及症状改善情况的对比提供了可靠前提, 确保了研究结论的科学性与可比性<sup>[5]</sup>。临床研究中, 基线资料的均衡性是排除混杂因素干扰、明确干预措施或疾病本身影响的关键, 本研究通过严格的纳入与排除标准筛选研究对象, 有效控制了非研究因素的干扰, 为后续分析奠定了坚实基础。

生活质量作为评估恶性肿瘤患者诊疗效果与预后的核心指标, 其多维度评估结果能全面反映患者生理、心理及社会功能状态。本研究中, 两组患者在日常活动能力与心理状态维度未呈现显著差异, 推测与两组患者均接受常规临床治疗与基础护理相关, 规范的诊疗措施为患者维持基本生活能力、保持情绪稳定提供了保障, 同时恶性肿瘤带来的心理压力在两类患者中普遍存在, 未因疾病类型不同产生明显分化。

结合疾病病理特征分析, 食管癌组生理功能维度评分显著低于胃癌组, 这一差异与食管癌的病变部位及病理机制密切相关。食管癌病变累及食管黏膜及肌层, 易导致吞咽通道狭窄, 即使经过针对性饮食干预, 患者仍面临进食困难、营养摄入不足等问题, 直接影响进食、消化等基础生理活动的完成质量; 而胃癌病变主要集中于胃黏膜, 虽会影响消化功能, 但对进食通道的直接阻碍较小, 患者生理功能受影响程度相对较轻。与之相对, 胃癌组症状控制维度评分低于食管癌组, 核心原因在于胃癌患者消化道症状的复杂性与高频发性。胃癌易引发腹胀、腹痛、恶心呕吐等多种症状, 且症状发作与饮食、病情进展的关联性更强, 即使实施少食多餐、饮食优化等干预措施, 也难以全面控制所有症状; 而食管癌患者的核心症状集中于吞咽困难, 针对性干预措施能更精准地缓解症状, 进而提升症状控制效果。

从症状改善机制而言, 食管癌组临床症状有效改善率高于胃癌组, 既与症状的集中性相关, 也得益于干预措施的精准适配。食管癌的症状以吞咽困难为主, 饮食干预中半流质、流质饮食的选择的, 能直接减少对食管黏膜的刺激, 配合吞咽功能监测可及时调整干预方案, 形成“症状-干预-反馈”的闭环; 而

胃癌的消化道症状涉及消化酶分泌、胃肠动力等多个生理环节，单一的饮食护理难以覆盖所有症状诱因，部分症状可能因病情进展或个体差异对干预措施反应不佳，导致改善率相对较低。

本研究结果为临床优化恶性肿瘤患者护理策略提供了实践依据。针对食管癌患者，应持续强化吞咽功能保护与饮食指导，可结合吞咽训练、营养支持等综合措施，进一步改善生理功能；对于胃癌患者，需优化症状控制方案，在饮食护理基础上，增加消化道症状的针对性干预，如腹胀时的胃肠动力调节、恶心呕吐时的对症护理等，通过多维度干预提升症状控制效果。同时，两类患者的心理状态与日常活动能力仍有提升空间，

临床可引入心理疏导、康复锻炼等个性化措施，全面改善生活质量。

需要注意的是，本研究存在一定局限性，样本量较小且为单中心研究，可能导致结果的外推性受限；随访周期设定为3个月，未能长期追踪患者生活质量变化。未来研究可扩大样本量、开展多中心协作，延长随访时间，深入分析病程进展、治疗方案调整等因素对生活质量的长期影响，为构建更完善的护理干预体系提供更充分的证据支持。总体而言，食管癌与胃癌患者的生活质量在生理功能、症状控制维度存在显著差异，临床需基于疾病特点制定差异化护理策略，才能更有效地提升患者生活质量与症状改善效果。

### 参考文献:

- [1] 梁文添.食管癌,胃癌术后营养支持方式的比较[J].深圳中西医结合杂志,2021(3):36-37.
- [2] 孙彩凤,徐夏君.循证护理对食管癌放疗患者生活质量,胃肠道不良反应及营养状况的影响[J].中华消化病与影像杂志:电子版,2021(5):41-42.
- [3] 翁敏,代正燕,甘志明,等.消化系统恶性肿瘤住院病人营养状况与生活质量的相关性分析[J].肠外与肠内营养,2021,28(6):347-351.
- [4] 项旭东.胃癌切除后不同重建方式的比较分析[J].中国医学创新,2022(11):102-103.
- [5] 闫东,刘宽荣.食管癌并发胃癌的重复癌死亡相关因素分析[J].中国药物与临床,2021,21(17):2995-2996.