

营养支持治疗对胃癌患者快速康复的影响分析

孙振敏 李 婷 翟翠翠 裴晓霄 孙结蕾

常州九洲金东方医院 江苏常州 213000

摘要: **目的:** 探讨在胃癌患者治疗中辅以营养支持疗法, 对促进其快速康复的干预价值。**方法:** 试验对象选自2019.01-2021.01期间, 在我院行胃癌根治术的胃癌患者70例, 以随机数字表法均分为对照组及观察组, 在术后分别予以肠外营养及肠内营养治疗, 统计组间术后恢复、营养指标、免疫功能及生活质量差异性。**结果:** 观察组术后恢复情况优于对照组, $P < 0.05$; 观察组营养指标高于对照组, $P < 0.05$; 观察组免疫功能指标高于对照组, $P < 0.05$; 观察组生活质量评分高于对照组, $P < 0.05$ 。**结论:** 通过在术后早期以肠内营养支持施治, 可有效改善患者营养指标及免疫功能的同时, 还能促进患者术后尽快恢复, 适宜临床推广及借鉴。

关键词: 快速康复; 胃癌; 营养支持; 免疫功能; 营养指标; 术后恢复情况

胃癌是临床常见恶性病症, 好发于中老年群体中, 临床表现主要为机体乏力、食欲下降、疼痛及日渐消瘦等, 由于患者癌变位置不相同, 可引导其消化道出现程度不同的出血症状, 严重影响到患者日常生活及生存质量^[1]。目前, 在治疗上临床大多以胃癌根治术施治, 但手术易引发患者出现恶心呕吐、疲劳、肠梗阻、饥饿等症状, 对其机体造成较大创伤的同时, 术后患者还需长时间禁食, 易导致患者出现营养不良、贫血等情况, 不利于术后恢复, 故而术后尽早开展营养支持, 对改善及维持患者机体状况, 促进其康复起着积极意义^[2]。本研究以2019.01-2021.01在我院接受手术治疗的70例胃癌患者作为本次试验入选对象, 目的是为了探讨在术后给予患者营养支持治疗的价值, 现分析如下:

1. 资料与方法

1.1 病例资料

本组入选对象为70例存在胃癌疾病的患者, 组间以随机数字表法实施分组, 回顾性分析组内患者资料, 对照组: 年龄在65岁至80岁, 均龄值为 72.34 ± 5.60 岁, 男性20例, 女性15例; 观察组: 年龄最高为80岁, 最低为62岁, 均龄值在 72.01 ± 5.45 岁, 男性与女性占比各18例及17例。综合分析2组资料数据 ($P > 0.05$), 可对比。入组患者入选标准: (1) 满足手术指征, 术后经病理证实为胃癌; (2) 术前未接受过新辅助疗法施治, 如放化疗等; (3) 遵循知情原则且同意参与; (4) 临床资料无缺失; (5) 肝肾功能、凝血功能无异常。排除: (1) 存在重要脏器疾病; (2) 术后病情处于不稳定状态或者生命体征不稳定; (3) 术前或术中检查结果显示肿瘤转移至远处或者局部侵犯, 且无法接受根治术施治;

(4) 存在胃穿孔、上消化道出血等并发症; (5) 试验中途因自身因素而退出研究。

1.2 方法

对照组提供肠外营养支持治疗, 将微量元素、维生素、氨基酸、葡萄糖等营养液制作成肠外营养制剂, 将其混合于三升袋中, 经输液泵对输注速度进行控制, 通常在每小时100mL-150mL, 经中心静脉匀速输入营养液。观察组则提供肠内营养支持治疗, 在术后患者病情处于稳定状态时, 于48h内经鼻空肠营养管由输液泵将500mL生理盐水缓慢滴入, 控制初始滴速为每小时50mL-60mL, 以患者腹部未出现不适感为宜, 由静脉输液为患者补充液体量及热量; 在术后第3d时更改为肠内营养液康全甘500mL, 持续控制滴速在每小时50-60mL, 询问胃肠道感染, 若患者无不适感, 在术后第4d时可将康全甘用量增加到1000mL, 将滴速调整为每小时80-100mL, 之后5-7d内能量均由肠内营养供给, 控制滴速在每小时100-150mL, 总液体量为每日50mL/kg, 在每次输注前后均以浓度为0.9%的氯化钠溶液对鼻肠管进行冲洗, 避免其发生阻塞。

1.3 指标观察及判定标准

(1) 统计恢复情况, 指标包括: 术后首次排气时间、术后首次排便时间及住院时间; (2) 统计营养指标, 指标包括: Hb (血红蛋白)、Alb (血浆白蛋白) 与PA (血浆前白蛋白), 分别在施治前后以全自动生化分析仪对各项指标进行测量; (3) 统计免疫功能, 指标包括: IgG (免疫球蛋白G) 与IgA (免疫球蛋白A), 在施治前后分别以放射免疫分析法测量各项指标; (4) 统计生活质量, 评价量表选取SF-36健康调查简表, 量表内包括生理功

能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、生命活力、社会功能、情感职能及心理健康八项维度, 每项维度总分为100分, 得分与生活质量呈正比, 分别在施治前后各进行1次评价。

1.4 数据处理

本研究数据使用SPSS 22.0软件进行分析, 所得计数资料与计量资料以百分数%与t值表示, 以卡方 χ^2 与 $(\bar{x} \pm s)$ 进行检验, 若检验显示 $P < 0.05$, 表示存在统计学意义。

2. 结果

2.1 恢复情况

对照组术后首次排气时间为 131.20 ± 15.83 h、术后首次排便时间为 150.84 ± 7.57 h、住院时间为 13.25 ± 1.64 d; 观察组术后首次排气时间、术后首次排便时间及住院时间分别为 95.12 ± 12.60 h、 123.47 ± 12.32 h、 11.07 ± 1.42 d, 通过对施治后2组恢复情况进行比较, 观察组各项指标低于对照组, 组间差异显著, $t_1=10.550$, $t_2=11.198$, $t_3=5.945$, $P=0.000$, $P < 0.05$ 。

2.2 营养指标

施治前对照组Hb指标为 105.61 ± 12.31 g/L、Alb指标为 31.88 ± 5.70 mg/dL、PA指标为 129.20 ± 8.41 pg/dL, 观察组Hb、Alb及PA指标分别为 106.24 ± 12.89 g/L、 30.43 ± 5.68 mg/dL、 130.11 ± 8.72 pg/dL, 通过对2组施治前各项营养指标, 无显著差异, $t_1=0.209$, $t_2=1.066$, $t_3=0.444$, $P=0.835$ 、 0.290 、 0.658 , $P > 0.05$;

施治后对照组Hb指标为 116.83 ± 17.61 g/L、Alb指标为 36.20 ± 6.31 mg/dL、PA指标为 148.50 ± 13.50 pg/dL, 观察组Hb、Alb及PA指标分别为 132.80 ± 20.72 g/L、 41.45 ± 7.68 mg/dL、 201.98 ± 23.54 pg/dL, 通过对比2组施治后各项营养指标, 观察组各项指标水平高于对照组, $t_4=3.474$, $t_5=3.125$, $t_6=11.659$, $P=0.001$ 、 0.003 、 0.000 , $P < 0.05$ 。

2.3 免疫功能

施治前对照组IgG指标为 9.63 ± 2.01 g/L、IgA指标为 2.41 ± 0.89 g/L, 观察组IgG、IgA指标分别为 9.89 ± 1.94 g/L、 2.40 ± 0.75 g/L; 通过对比施治前2组免疫指标, 无显著差异, $t_1=0.551$, $t_2=0.051$, $P=0.584$ 、 0.960 , $P > 0.05$ 。

施治后对照组IgG指标为 11.50 ± 1.87 g/L、IgA指标为 2.69 ± 0.65 g/L, 观察组IgG、IgA指标分别为 14.07 ± 2.13 g/L、 3.15 ± 0.87 g/L; 2组施治后各项免疫指标均明显提升, 且观察组各项评分比对照组高, $t_3=5.364$, $t_4=2.506$, $P=0.000$ 、 0.015 , $P < 0.05$ 。

2.4 生活质量

表1可知, 与施治前相比, 施治后2组生活质量评分明显上升, 且观察组各项评分指标高于对照组, $P < 0.05$ 。

表1 对比施治前后组间生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分, $n=70$)

组别	生理功能		生理职能		躯体疼痛		心理健康	
	施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后
对照组	48.12 ± 3.33	56.73 ± 4.31	45.92 ± 3.23	53.42 ± 3.73	47.94 ± 2.82	54.41 ± 3.92	48.74 ± 3.64	57.89 ± 4.42
观察组	47.82 ± 3.34	62.82 ± 4.61	46.97 ± 3.11	62.42 ± 3.63	47.92 ± 2.77	61.42 ± 3.53	49.73 ± 3.72	64.83 ± 4.12
t值	0.376	5.709	1.385	10.230	0.030	7.862	1.125	6.795
P值	0.708	0.000	0.170	0.000	0.976	0.000	0.264	0.000

续表

组别	生命活力		社会功能		情感职能		总体健康	
	施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后
对照组	48.13 ± 3.91	53.42 ± 6.15	44.09 ± 4.88	53.24 ± 4.13	41.09 ± 4.04	51.72 ± 4.43	41.09 ± 3.24	50.45 ± 3.43
观察组	48.12 ± 4.33	60.75 ± 5.23	43.57 ± 4.23	59.27 ± 4.05	42.25 ± 3.81	50.92 ± 3.71	41.78 ± 3.41	57.46 ± 3.41
t值	0.010	5.372	0.476	6.167	1.236	0.819	0.868	8.575
P值	0.992	0.000	0.635	0.000	0.221	0.416	0.389	0.000

3. 讨论

目前临床认为胃癌是基于多种诱因共同影响作用下, 促使正常胃粘膜逐渐形成病变所致, 且上皮细胞出现基础性改变, 如增殖、分化等。在早期时, 胃癌患者并无显著症状出现, 当患者出现症状时, 大多已处在中晚期阶段, 且失去最佳手术治疗时机, 导致疾病处于进展期

阶段。在治疗进展期胃癌患者时, 临床以胃癌根治术作为有效治疗方法, 但术后患者机体处于高应激状态, 易导致合成速度下降的同时, 还会加快分解代谢速度, 进而增加其出现营养不良风险, 故而在治疗过程中提供营养支持则显得尤为重要^[3]。营养支持疗法指的是在患者机体无法摄入营养物质或摄入量不足情况下, 经肠内营

养、肠外营养等方式,为机体提供必须的营养素,以此来维持机体组织器官功能及结构,纠正代谢紊乱现象,提升患者免疫能力,促进疾病转归。

现阶段中临床所应用的营养支持途径以肠内营养及肠外营养支持为主,肠外营养支持作为常用方案,无法充分满足患者机体对于营养摄入需求;而肠内营养支持可直接将营养物质供应给患者胃肠道,不仅能够维持患者正常消化功能,向其供以基础的代谢物质,同时还能够满足患者机体营养需求,起到保护其胃黏膜屏障及预防细菌移位等作用^[4-5]。另外,还能够起到加快胃肠道激素与免疫球蛋白的释放,继而提升机体免疫能力。本研究中,经比较肠外营养支持及肠内营养支持在胃癌患者术后治疗中的差异性,结果发现施治后观察组术后首次排气时间为 $95.12 \pm 12.60\text{h}$ 、术后首次排便时间为 $123.47 \pm 12.32\text{h}$ 、住院时间为 $11.07 \pm 1.42\text{d}$,低于对照组 $131.20 \pm 15.83\text{h}$ 、 $150.84 \pm 7.57\text{h}$ 、 $13.25 \pm 1.64\text{d}$,观察组Hb指标水平为 $132.80 \pm 20.72\text{g/L}$ 、Alb指标水平为 $41.45 \pm 7.68\text{mg/dL}$ 、PA为 $201.98 \pm 23.54\text{pg/dL}$,高于对照组 $116.83 \pm 17.61\text{g/L}$ 、 $36.20 \pm 6.31\text{mg/dL}$ 、 $148.50 \pm 13.50\text{pg/dL}$,观察组IgG指标水平为 $14.07 \pm 2.13\text{g/L}$ 、IgA指标水平为 $3.15 \pm 0.87\text{g/L}$,高于对照组 $11.50 \pm 1.87\text{g/L}$ 、 $2.69 \pm 0.65\text{g/L}$,且观察组生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、生命活力、社会功能、情感职能及心理健康评分高于对照组,可见相较于肠外营

养支持治疗,在早期以肠内营养支持可为患者补充机体所需微量元素与营养物质,利于改善机体营养状态的同时,还能直接为其胃肠道提供营养,对胃黏膜进行有效保护,避免发生细菌移位情况,对改善患者预后质量起着积极意义。

综上所述,在胃癌患者术后提供肠内营养支持治疗,可取得确切施治效果,值得推广。

参考文献:

- [1]张星霞,胡艳杰,李卡.肠内联合肠外与单纯肠内营养支持在胃癌术后患者中应用效果的Meta分析[J].中国循证医学杂志,2022,22(01):60-66.
- [2]齐莎莎,李冬蓉,朱鸿飞等.快速康复外科理念下胃癌胃切除患者围术期营养支持的研究进展[J].护理实践与研究,2020,17(05):34-36.
- [3]庞田英,黎东媚,李旻等.快速康复外科理论联合早期肠内营养对胃癌患者预后的影响[J].广州医科大学学报,2019,47(04):85-88.
- [4]张瑜,代静,纪攀峰.营养风险筛查和预防性肠内营养支持在胃癌快速康复外科治疗中的应用效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(34):63-64.
- [5]张伟.快速康复外科及早期肠内营养在胃癌术后患者治疗中的临床价值研究[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(34):116+118.