

早期肠内营养对胃癌术后临床价值探讨

刘梓薇

河北中石油中心医院 急诊科 河北廊坊 065000

【摘要】目的：分析对胃癌根治术后患者实施早期肠内营养支持的效果和价值。方法：随机对本院2023年1月-2023年10月收治的65例胃癌根治术患者分成两组，其中参照组32例患者给予肠外营养支持，治疗组33例开展早期肠内营养干预，比较两组胃癌术后患者的预后。结果：两组胃癌术后患者的总蛋白、前白蛋白、血红蛋白、CD3+、CD4+、CD3+/CD8+、术后并发症发生率存在显著差异($P < 0.05$)，差异具有统计学意义。结论：对接受胃癌根治术的患者开展术后早期肠内营养支持干预能起到十分显著的成效，能很好的改善患者机体的营养状态和免疫功能，预防和减少术后并发症的发生。

【关键词】胃癌；根治手术；早期肠内营养；营养指标；术后并发症发生率

胃癌主要是指临床中较为多见的一种起源于胃黏膜上皮细胞的癌症，主要是由于幽门螺旋杆菌感染、遗传因素、环境因素、不良饮食习惯、各类胃部疾病长期未得到控制等导致的^[1]。临床中通常为早期胃癌患者实施根治术治疗，能取得显著手术成效，但多数患者手术后由于胃大部切除后残胃或胃全切术后小肠代胃空间有限，少量进食即可出现饱胀感^[2]；加上胃癌术中迷走神经清扫影响胃排空功能，进食过多会导致胃瘫；部分胃癌患者术后需辅助化疗，化疗可导致恶心、呕吐等副作用，影响食欲，极易导致患者术后出现营养不良，影响患者术后康复^[3]。因此，在胃癌根治术后给予营养支持显得尤为重要，进一步保障手术效果、促进患者术后康复。本院针对收治的胃癌根治术后患者65例展开了术后营养支持方案的对比，分别给予了术后肠外营养支持、术后早期肠内营养干预，旨在探究早期肠内营养对改善胃癌术后患者营养状态的价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料

使用双盲分组法对本院同一时间段内就诊的胃癌根治术患者65例分成两组，其中参照组32例，患者中男性17例，女性15例，年龄38-69岁，均值(47.63 ± 3.25)岁；治疗组33例患者中男性19例，女性14例，年龄39-70岁，均值(47.65 ± 3.27)岁。

统计学处理两组的一般资料，结果差异不大($P > 0.05$)；且可比性高。

1.2 方法

为参照组患者实施肠外营养支持，将患者术后每天液体总摄入量控制在50ml/kg左右，其中105KJ/mg热量、0.15g/kg补氮量。补充的氮源应实施凡命氨基酸注射液(通用名称：复方氨基酸注射液(18AA-II)；商品名称：乐凡命；英文名称：Compound Amino Acid Injection(18AA-II)；【规格】250毫升：12.5克(总氨基酸)；国药准字：H10980027；企业名称：华瑞制药有限公司)供给；20%热量由脂肪乳剂供给；65%由葡萄

糖及5.00%的葡萄糖盐水供给；维生素给予水乐维他和维他利匹特供给。并在此基础上为患者实施安达美补充微量元素；连续治疗7天的时间。

对治疗组患者开展早期肠内营养干预，术后留置鼻肠管，第一天给予300ml能全力营养液，将速度控制在每小时45ml左右；第二天给予1000ml能全力营养液(通用名称：肠内营养混悬液(TPF)；商品名称：能全力；英文名称：Enteral Nutritional Suspension(TPF)；【规格】0.75kcal/ml；国药准字：H20030012；企业名称：纽迪希亚制药(无锡)有限公司)，在此期间密切关注患者胃潴留情况，保证每天的能量供应，连续治疗一周。在此过程中一旦发现呕吐、消化道出血等状况第一时间暂停营养液的输注治疗。

1.3 观察指标

比较两组的总蛋白、前白蛋白、血红蛋白、CD3+、CD4+、CD3+/CD8+、术后并发症发生率。

1.4 统计学分析

采用spss23.0软件进行处理， $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的总蛋白、前白蛋白、血红蛋白

两组术前营养指标无显著差异($P > 0.05$)；术后，治疗组的总蛋白、前白蛋白、血红蛋白高于参照组($P < 0.05$)，差异具有统计学意义；见表1。

2.2 两组的CD3+、CD4+、CD3+/CD8+

术前两组免疫功能无差异($P > 0.05$)；术后，治疗组的CD3+、CD4+、CD3+/CD8+高于参照组($P < 0.05$)，差异具有统计学意义；见表2。

2.3 参照组、治疗组干预后的术后并发症发生率

两组治疗后，治疗组的术后并发症发生率低于参照组($P < 0.05$)，差异具有统计学意义；见表3。

表1 两组对比的总蛋白、前白蛋白、血红蛋白

组别	总蛋白 (g/L)		前白蛋白 (mg/L)		血红蛋白 (g/L)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后
参照组 (32)	47.52 ± 3.22	45.63 ± 3.37	212.01 ± 20.32	209.63 ± 25.45	105.24 ± 9.89	105.71 ± 9.99
治疗组 (33)	47.50 ± 3.25	55.10 ± 3.69	210.36 ± 22.16	245.52 ± 23.69	106.35 ± 9.99	126.67 ± 9.71
t 值	0.025	10.794	0.313	5.887	0.450	8.578
P 值	0.980	< 0.001	0.756	< 0.001	0.654	< 0.001

表2 两组术前术后的 CD3+、CD4+、CD3+/CD8+ (%)

组别	CD3+		CD4+		CD3+/CD8+	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后
参照组 (32)	36.20 ± 4.15	28.10 ± 3.56	42.52 ± 3.53	35.62 ± 2.59	1.72 ± 0.32	1.42 ± 0.45
治疗组 (33)	36.22 ± 4.20	35.32 ± 3.96	42.50 ± 3.50	42.10 ± 2.29	1.75 ± 0.36	1.75 ± 0.47
t 值	0.019	7.722	0.023	10.695	0.355	2.890
P 值	0.985	< 0.001	0.982	< 0.001	0.724	0.005

表3 参照组和治疗组患者的术后并发症发生率 (n/%)

组别	营养不良 (n)	吻合口瘘 (n)	胃出血 (n)	术后并发症发生率
参照组 (32)	2 (6.25)	3 (9.38)	1 (3.13)	6 (18.75)
治疗组 (33)	0 (0.00)	1 (3.03)	0 (0.00)	1 (3.03)
χ^2 值	-	-	-	4.178
P 值	-	-	-	0.041

3 讨论

临床研究显示^[4],胃癌患者早期无明显临床表现,多数存在饱胀不适、消化不良等不典型症状,进展期患者会出现体重降低、上腹部疼痛等表现,影响患者身体健康。临床中提倡为早期胃癌患者实施根治术治疗,能取得显著的手术效果,但术后需要配合相应的营养支持,保障患者术后机体营养状态,预防并发症的发生。但以往采用的肠外营养支持手段虽能起到一定的作用,但长期进行肠外营养,也会出现体内营养摄入不足的情况,从而导致患者出现体重偏轻、身体过瘦等现象,具有一定的局限性。因此,对于胃癌术后患者提倡开展早期肠内营养支持,早期肠内营养支持能加速营养素的吸收、利用更符合生理,胃肠道不仅可以消化吸收营养,还具有内分泌和免疫防御功能^[5]。有助于维持肠黏膜结构和屏障功能的完整性,同时肠内营养无严重并发症,保证手术效果和安全性,加速患者术后康复进程^[6]。本研究结果显示,和参照组对比,治疗组干预后的总蛋白、前白蛋白、血红蛋白、CD3+、CD4+、CD3+/CD8+更高,而术后并发症发生率更低,说明早期肠内营养支持对胃癌术后患者的临床价值。

综上所述,对胃癌术后患者开展早期肠内营养支持干预的效果十分显著,保障机体营养状态,预防营养不良的发生,建议推广实施。

参考文献:

- [1]王琳,邓艳,刘勃等.基于变革理论的集束化护理在胃癌患者全胃切除术后早期肠内营养支持中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(23):185-188.
- [2]杜雨家,史业东,孙小杰.胃癌患者术后早期肠内营养不耐受的发生情况及其相关影响因素分析[J].中华临床营养杂志,2021,29(06):373-377.
- [3]季红敏,刘春芳,王姍等.双歧杆菌三联活菌联合序贯早期肠内营养对胃癌术后病人免疫炎症指标及体脂代谢水平的影响[J].蚌埠医学院学报,2023,48(05):664-668.
- [4]李洲,马勇,方仕旭等.益生菌联合早期肠内营养对胃癌根治术患者炎症因子、细胞免疫及营养指标的影响[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2023,10(02):225-229.
- [5]章震,黄开红,朱林.六君子汤加减联合肠内营养对老年胃癌术后气血两虚证早期营养状态与免疫功能的影响[J].吉林中医药,2022,42(09):1052-1055.
- [6]邵荣谿,邱权威,何旭旭等.术后早期肠内营养对老年胃癌病人术后康复和心率变异性的影响[J].肠外与肠内营养,2022,29(04):226-230.