

探析早期肠内外营养支持护理对老年结直肠癌患者术后营养状况及康复效果的影响

李成娟

(华中科技大学同济医学院附属协和医院 胃肠外科)

摘要:目的 研讨早期肠内外营养支持护理在老年结直肠癌中的作用。方法 取 2021 年 6 月-2022 年 6 月我院老年结直肠癌患者 80 例,随机分成:对照组、观察组(各 40 例)。对照组肠外营养支持护理,观察组早期肠内外营养支持护理,比较两组的干预效果。结果 观察组白蛋白、总蛋白、前白蛋白、转铁蛋白高于对照组;观察组排气、进食、排便、下床活动、住院时间均短于对照组;观察组的 IgG、IgM、IgA 高于对照组;观察组的 SF-36 量表高于对照组($P < 0.05$)。结论 通过早期肠外营养支持干预后,老年结直肠癌患者的营养指标将得到明显提升,同时也能增强患者的免疫功能,使其更快恢复,对患者的生活质量也有着明显提升效果。

关键词:早期肠内外营养支持护理;老年结直肠癌患者;术后营养状况;康复效果

结直肠癌是临床中较为常发的一种恶性肿瘤,主要发生在消化道系统中^[1]。最近几年,我国人民的生活质量不断提升,饮食方式也出现了一定变化,因此,每年被诊断出结直肠癌的人数也在呈现递增趋势^[2-3]。现阶段,我国一般选用手术方式进行结直肠癌的治疗,通过手术能够有效清除肿瘤,延长患者生存时间。然而,对于老年患者来说,其机体抵抗功能本就较弱,再加上手术侵犯,术后的免疫功能则会不断衰减,同时还可能出现营养不良现象^[4]。因此,在老年结直肠癌手术患者后,还应增加有效的营养支持工作,帮助患者提升营养指标,增强机体免疫功能。不过,临床在进行营养支持时,一般选用的全胃肠外营养支持工作,虽然能够补充机体营养,

但胃肠功能的恢复时间相对较长,患者的吸收效率也会相对较低。近年,有研究表示,如若结合肠内外两种营养支持方式,则能有效避免消化道黏膜损伤,同时也能提升胃肠功能的恢复速度,对胃肠不耐受现象有着一定预防效果。鉴于此,本文将主要选用早期肠内外营养支持方式进行研究,并探讨该护理方式在老年结直肠癌手术患者中的具体价值。现论述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

取我院老年结直肠癌患者 80 例,随机分成:对照组、观察组。组间资料对比后,见: $P > 0.05$,符合研究所需。具体如表 1。

表 1 资料比较 ($n, \%$; $\bar{x} \pm s$)

组别	选取时间	例数 (n)	女性	男性	年龄范围 (岁)	平均年龄 (岁)
对照组	2021 年 6 月	40	19 (47.50)	21 (52.50)	60-80	67.48 $\pm$ 2.18
观察组	-2022 年 6 月	40	18 (45.00)	22 (55.00)	60-79	67.38 $\pm$ 2.46
χ^2/t				0.050	-	0.192
P				0.823	-	0.848

1.2 纳入和排除标准

纳入标准:(1)经临床诊断为结直肠癌;(2)符合相关手术治疗的指征;(3)患者最低年龄为 60 岁。

排除标准:(1)合并精神疾病、严重性心理疾病的患者;(2)伴有其他肿瘤性疾病的患者;(3)年龄低于 60 岁的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对照组肠外营养支持护理。在手术后 1 天,便对患者进行肠外营养支持工作,以静脉方式将营养液输入患者体内,并结合患者的吸收状况和营养指标进行具体营养支持方案的调整。术后一周,需确保患者的热量能够维持在 85-105kJ/(kg·d)左右,总液体入量也需在 50ml/(kg·d)左右,糖分和脂肪的比例需维持在 1:1 左右,期间还需注意对患者进行水电解质平衡纠正,微量元素、维生素补充等工作。

1.3.2 观察组

观察组早期肠内外营养支持护理。术后一天进行肠内肠外营养支持工作,肠内支持方式主要通过鼻饲管或鼻空肠管进行,将营养液输入患者体内。输注时需保持恒温状态,输注量也需由小至大逐渐增加。肠外营养支持的方式、热量则与对照组一致。在进行肠内

外营养支持时,肠内肠外营养的热量之比需保持在 1:3 左右,随后再逐渐进行肠内营养占比的增加,术后一周后再将其比例调为 1:1,期间也需注意纠正水电解质,补充维生素,补充微量元素。

1.4 观察指标

(1)观察两组的营养指标。包括有白蛋白、总蛋白、前白蛋白、转铁蛋白。

(2)观察两组的康复时间。含排气、进食、排便、下床活动、住院等时间。

(3)观察两组的免疫功能(IgG、IgM、IgA)。

(4)SF-36 量表测试两组的生活质量,分数高,提示质量高。

1.5 统计学方法

应用统计学软件 spss22.0 对资料进行分析处理,计量资料($\bar{x} \pm s$)与计数资料(%),分别应用 t 、 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的营养指标

观察组白蛋白、总蛋白、前白蛋白、转铁蛋白高于对照组($P < 0.05$)。详情如表 2。

表 2 两组的营养指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	白蛋白 (g/L)		总蛋白 (g/L)		前白蛋白 (mg/L)		转铁蛋白 (g/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	33.55 $\pm$ 3.65	34.12 $\pm$ 3.65	63.56 $\pm$ 3.15	65.26 $\pm$ 3.25	205.15 $\pm$ 33.25	234.15 $\pm$ 36.58	1.63 $\pm$ 0.38	1.78 $\pm$ 0.26
观察组	40	33.42 $\pm$ 3.18	37.15 $\pm$ 0.86	63.18 $\pm$ 3.48	68.95 $\pm$ 1.02	204.98 $\pm$ 33.48	288.45 $\pm$ 49.26	1.64 $\pm$ 0.39	2.36 $\pm$ 0.10
t		0.170	5.110	0.512	6.851	0.023	5.597	0.116	13.168
P		0.866	0.000	0.610	0.000	0.982	0.000	0.908	0.000

2.2 两组的康复时间

观察组排气、进食、排便、下床活动、住院等时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。详情如表 3。

表 3 两组的康复时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	排气时间 (d)	进食时间 (d)	排便时间 (d)	下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	40	4.23 ± 1.21	5.25 ± 1.02	6.32 ± 1.52	2.89 ± 0.56	17.56 ± 3.55
观察组	40	2.02 ± 0.62	3.16 ± 0.68	4.86 ± 0.48	2.10 ± 0.18	13.48 ± 1.08
<i>t</i>		10.281	10.783	5.793	8.494	7.636
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组的免疫功能

观察组的 IgG、IgM、IgA 高于对照组 ($P < 0.05$)。详情如表 4。

表 4 两组的免疫功能 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	IgG (mg/L)		IgM (mg/L)		IgA (mg/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	9.25 ± 1.45	10.32 ± 0.86	1.13 ± 0.65	1.19 ± 0.23	2.23 ± 0.62	2.35 ± 0.62
观察组	40	9.18 ± 1.48	11.26 ± 0.45	1.09 ± 0.66	1.59 ± 0.10	2.25 ± 0.61	2.91 ± 0.17
<i>t</i>		0.214	6.125	0.273	10.087	0.145	5.509
<i>P</i>		0.931	0.000	0.786	0.000	0.885	0.000

2.4 两组的生活质量

观察组的 SF-36 量表高于对照组 ($P < 0.05$)。详情如表 5。

表 5 两组的生活质量 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	活力状况 (分)		生理职能 (分)		情感职能 (分)		社会功能 (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	52.96 ± 8.18	61.93 ± 8.55	53.60 ± 8.48	60.48 ± 8.92	52.63 ± 8.48	62.68 ± 8.26	53.80 ± 8.59	63.69 ± 8.45
观察组	40	51.38 ± 8.74	72.59 ± 3.60	54.81 ± 8.26	73.46 ± 3.48	51.69 ± 8.05	75.71 ± 3.36	53.45 ± 8.78	74.63 ± 3.10
<i>t</i>		0.835	7.267	0.647	8.574	0.509	9.242	0.180	7.687
<i>P</i>		0.406	0.000	0.520	0.000	0.613	0.000	0.858	0.000

3 讨论

对于老年结直肠癌患者来说,其机体的营养状况本就较差,免疫功能也相对较低,如果再进行手术治疗,则会加速机体组织的代谢和分解速度,使能量消耗增大^[5]。因此,患者在术后则易出现负氮平衡、低蛋白血症、营养不良等现象,严重影响到患者的康复速度,严重时还可能出现各种感染等并发症^[6]。现阶段,临床十分重视对老年结直肠癌手术患者的护理干预,并强调在手术前应对患者的营养状况进行全面评估,创建个性化的营养支持计划,使患者的康复质量得到提升。

过去,临床外科手术后会一般会选用肠外营养支持方式对患者进行干预,以便使其胃肠功能尽快恢复,在术后患者排气后再进行肠内营养支持工作,能够有效降低胃肠不耐受现象。然而,全肠外营养支持患者的胃肠功能恢复速度相对缓慢,同时还可能出现胃黏膜萎缩、肠源性感染等现象^[7]。相反,肠内营养支持工作则能满足患者的生理特点和正常结构,在保护胃黏膜的同时,也能促进胃肠功能的恢复。另外,肠内营养支持干预后,还能为机体提供所需要的各种营养物质,能够有效预防肠源性感染现象的发生,患者的免疫功能也会逐渐提升,可实现术后并发症的预防。然而,如果术后早期肠内营养支持过多,则可能出现胃肠道不耐受现象,而单纯的肠内营养供给又无法满足患者机体所需。肠内外营养联合干预的方式则能有效弥补单纯肠外支持或单纯肠内支持的不足,同时能将二者的优势得到共同发挥,为患者提供足够的热量和营养,同时也能预防单纯肠外营养支持所带来的不良反应和并发症,具有更高安全价值。文中观察组老年结直肠癌患者便应用的早期肠内外营养支持干预护理,和常规肠外支持的比较,发现观察组的免疫指标、营养指标均更高,康复时间更短,生活质量分数更高,证实早期肠内外营

养支持护理具有重要价值。

综上所述,在老年结直肠癌手术患者中,通过早期肠内外营养支持干预后,患者的营养指标则能得到明显优化,同时也能提升相关的免疫功能指标,患者的生活质量也能大大提升,利于疾病康复。

参考文献:

- [1] 李慧智,张雪,刘畅. 早期肠内外营养支持护理对老年结直肠癌患者术后营养状况及康复效果的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复,2020,27(3):371-373.
- [2] 杨鑫,朱明伟,修典荣,等. 口服营养补充疗法对结直肠癌术后辅助化疗患者营养状态及生活质量的影响:一项多中心前瞻性随机对照研究[J]. 中华胃肠外科杂志,2020,23(6):566-571.
- [3] 孙金珂,张孝宇,黄权,等. 早期免疫增强型肠内营养支持对老年结直肠癌患者术后免疫功能、营养状态及术后并发症的影响[J]. 海南医学,2020,31(6):685-688.
- [4] 谌步云,吴杏梅,张鸿光,等. 早期肠内-肠外联合营养对老年结直肠癌患者术后营养状况及免疫功能的影响[J]. 浙江医学,2019,41(2):150-153.
- [5] 郭苗. 基于加速康复外科的早期肠内营养支持对结直肠癌手术患者营养及免疫指标的影响[J]. 现代诊断与治疗,2021,32(4):637-639.
- [6] 戴剑,杜金林,金晰函. 围手术期肠内外联合营养支持对老年结直肠癌患者预后、胃肠道菌群及免疫功能的影响分析[J]. 中国现代医生,2020,58(14):18-22.
- [7] 刘杰锋,何苗,曾心雨,等. 老年结直肠癌患者术后早期微生态肠内营养对肠道菌群及免疫功能的影响[J]. 中华老年医学杂志,2020,39(4):435-438.