

化疗联合肠内营养支持对老年胃癌患者临床疗效及预后的影响

高军霞 马彦华^(通讯作者) 高渊 安军娜

(河北省军区石家庄第16干休所 河北石家庄 050000)

摘要: 目的探究老年胃癌患者行化疗、肠内营养支持联合治疗的有效性。方法随机将2021年9月至2022年9月我院62例老年胃癌患者分为实验组(31例,应用化疗+肠内营养支持治疗)、对照组(31例,应用化疗治疗)。对比患者治疗效果、干预前后营养状态指标变化、免疫指标变化、不良反应状况。结果实验组总有效率(83.87%, 26/31)高于对照组(54.84%, 17/31), $P < 0.05$; 干预后, 实验组体重(55.12 ± 3.62) kg、BMI(21.01 ± 1.39) kg/m^2 、上臂肌围(26.75 ± 2.21) cm、总蛋白(61.52 ± 4.62) g/L、白蛋白(32.02 ± 3.35) g/L、血红蛋白(135.21 ± 9.65) g/L, 与对照组相比, $P < 0.05$; 经干预, 实验组IgA(2.76 ± 0.15) g/L、IgG(11.29 ± 1.65) g/L、IgM(1.45 ± 0.06) g/L、CD3⁺(54.87 ± 5.52)%、CD4⁺(41.52 ± 3.02)%、CD8⁺(30.49 ± 4.62)%, 均比对照组高, $P < 0.05$; 实验组不良反应发生率(6.45%, 2/31)明显低于对照组(29.03%, 9/31), $P < 0.05$ 。结论 联合化疗、肠内营养支持用于老年胃癌患者治疗的效果显著, 利于其免疫指标、营养指标的改善, 不良反应少, 值得推广。

关键词: 化疗; 肠内营养支持; 胃癌; 临床疗效; 预后影响

胃癌治疗以手术为主, 但术后仍有转移与复发的可能, 因而化疗在恶性肿瘤患者术后的辅助治疗作用十分关键^[1]。很多患者受疾病影响会出现程度不同的营养不良与手术耐受力下降的情况, 对抗肿瘤治疗以及身体营养情况的影响较大。加之胃癌中晚期, 患者因难以进食以及肿瘤应激的影响, 其身体的免疫功能会受损, 抵抗力随之降低, 很容易引起营养不良的问题^[2]。所以针对胃癌患者实施必要的营养干预在疾病化疗与康复中的作用显著。胃肠道是人体对营养固有的吸收与消化方式, 而胃肠内营养的益处更明显^[3]。肠内营养支持能够与人体的生理需求得到满足, 在补给营养的同时亦可避免肠道细菌移位并保证肠道黏膜上皮功能正常, 利于患者免疫功能的增强, 且炎性介质释放量会减少, 同样能够缓解应激损伤, 使预后效果得到改善^[4]。由此可见, 深入研究并分析老年胃癌患者行肠内营养支持的价值十分有必要。

1 资料和方法

1.1 基础资料

选取本院2021年9月至2022年9月期间收治的62例老年胃癌患者, 随机选出31例纳入对照组, 其余归为实验组; 对照组: 男18例, 女13例, 平均(65.18 ± 4.21)岁; 实验组: 男17例, 女14例, 平均(65.14 ± 4.25)岁; 两组患者基本资料呈 $P > 0.05$, 差异不显著。

1.2 方法

对照组应用化疗治疗, 化疗药物主要包括四氢叶酸钙、5-氟尿嘧啶、奥沙利铂, 药物剂量标准分别为 $400\text{mg}/\text{m}^2$ (静脉推注)、 $400\text{mg}/\text{m}^2$ (静脉推注) 或是 $2400\text{mg}/\text{m}^2$ (静脉泵推)、 $85\text{mg}/\text{m}^2$ (静脉推注), 一疗程为2w, 两个疗程间隔1w, 连续接受3个疗程治疗。

表2 分析实验组、对照组干预前后营养状态指标变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	体重 (kg)		BMI (kg/m^2)		上臂肌围 (cm)		总蛋白 (g/L)		白蛋白 (g/L)		血红蛋白 (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	31	54.35 ± 3.89	55.12 ± 3.62	22.06 ± 1.75	21.01 ± 1.39	26.14 ± 2.91	26.75 ± 2.21	48.89 ± 5.66	61.52 ± 4.62	26.02 ± 4.79	32.02 ± 3.35	123.45 ± 11.05	135.21 ± 9.65
		54.33 ± 3.85	53.04 ± 3.22	22.04 ± 1.72	20.12 ± 1.44	26.11 ± 2.93	25.02 ± 2.22	48.85 ± 5.64	53.16 ± 4.25	26.05 ± 4.76	28.64 ± 3.51	123.42 ± 11.02	111.12 ± 12.68
T值		0.0203	2.3904	0.0454	2.4759	0.0404	3.0749	0.0279	7.4148	0.0247	3.8786	0.0107	8.4175
P值		0.9838	0.0200	0.9640	0.0161	0.9679	0.0030	0.9779	0.0000	0.9803	0.0003	0.9915	0.0000

2.3 实验组、对照组干预前后免疫指标变化比较

干预前, 两组免疫指标间不存在差异, $P > 0.05$; 干预后, 实验组各指标与对照组相比, $P < 0.05$ 。(表3)

化疗期间开展常规饮食指导, 患者自主饮食, 尽量选择富含蛋白、热量、碳水化合物且容易消化的食物。

实验组在化疗的同时接受肠内营养支持治疗, 即采用肠内营养制剂能全素, 其所含营养为: 碳水化合物占比50%, 蛋白质15-25%, 脂肪20-30%、热量为 $40-50\text{kcal}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ^[5]。化疗期间实施肠内营养干预, 一疗程为2w, 连续进行3个疗程。

1.3 评价指标

(1) 对两组治疗效果、不良反应状况进行评估。

(2) 比较患者干预前后营养状态指标变化、免疫指标变化。

1.4 统计学分析

统计学软件SPSS21.0版本分析所得数据, $P < 0.05$ 表示数据有临床统计学意义。

2 结果

2.1 实验组、对照组治疗效果对比

实验组总有效率比对照组高, $P < 0.05$ 。(表1)

表1 比较两组患者治疗效果 (n%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
实验组	31	18	8	5	83.87
对照组	31	10	7	14	54.84
χ^2					6.1469
P					0.0131

2.2 两组患者干预前后营养状态指标变化研究

干预前, 组间各项指标差异不形成, $P > 0.05$; 经干预, 实验组营养状态指标较之于对照组, $P < 0.05$ 。(表2)

表3 对比两组患者干预前后免疫指标变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IgA (g/L)		IgG (g/L)		IgM (g/L)		CD3 ⁺ (%)		CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	31	1.05 ± 0.16	2.76 ± 0.15	6.88 ± 1.75	11.29 ± 1.65	1.05 ± 0.14	1.45 ± 0.06	44.62 ± 6.64	54.87 ± 5.52	32.05 ± 2.22	41.52 ± 3.02	19.88 ± 4.32	30.49 ± 4.62
对照组	31	1.02 ± 0.12	1.68 ± 0.26	6.85 ± 1.78	10.05 ± 2.14	1.01 ± 0.12	1.05 ± 0.11	44.65 ± 6.61	51.32 ± 6.35	32.02 ± 2.25	36.74 ± 2.68	19.82 ± 4.35	25.59 ± 4.46
T 值		0.8352	20.0328	0.0669	2.5549	1.2078	17.7742	0.0178	2.3492	0.0528	6.5914	0.0545	4.2485
P 值		0.4069	0.0000	0.9469	0.0132	0.2319	0.000	0.9858	0.0221	0.9580	0.0000	0.9567	0.0001

2.4 两组患者不良反应状况分析

实验组总发生率比对照组低, P < 0.05。(表4)

表4 研究实验组、对照组不良反应状况 (n/%)

组别	n	骨髓移植	消化系统 症状	血液系统 症状	总发生率
实验组	31	0	2	0	6.45
对照组	31	2	5	2	29.03
X ²					5.4153
P					0.0199

3 讨论

近年来,伴随国民饮食习惯的转变,胃癌发展成常见消化系统肿瘤,临床发病率逐年递增^[6]。此疾病的发病率与致死率相对较高,当下,胃癌患者以化疗为临床主要治疗方案且效果理想。但化疗治疗在对肿瘤细胞杀伤的同时,也会使其机体内部正常细胞的功能受损,导致胃肠道功能出现异常,不良反应较多^[7]。而且患者术后的食物摄入量会显著减少,使其胃肠道的蠕动速度减慢、细菌出现移位,同时代谢反应也会出现紊乱,感染情况较为常见,严重影响了患者的康复与预后效果^[8]。为此,尽可能减少化疗治疗的不良反应并改善患者的预后效果,提升其生活质量逐渐成为临床研究的重点^[9]。目前,营养支持已经获得临床证实,可为人体提供需要的营养,以使其机体细胞的新陈代谢正常,积极参与到生理功能的调节过程中,进一步增强其免疫能力。肠内与肠外营养支持是临床最常见的营养支持方式,利于患者营养不良的情况有效改善^[10]。其中,肠内营养支持是现阶段消化道疾病患者支持治疗的主要方案,利于其肠胃功能的正常维持,对患者的微量元素进行必要补充以确保营养均衡,进而达到抵抗力增强的目的,其免疫功能也会有所提升^[11]。而且,肠内营养支持与人体的生理需求更吻合,在确保机体营养得到有效补充的同时亦可使肠黏膜的屏障功能强化,以尽快恢复其肠蠕动的功能^[12]。

研究中,实验组患者采用化疗、肠内营养支持联合治疗后,与对照组营养指标、免疫指标相比, P < 0.05。说明肠内营养支持的方式利于改善患者的营养状况与免疫能力。患者化疗治疗过程中,肠内营养支持能够与机体的生理状态吻合,且经胃肠道直接吸收营养物质,使得肠功能在短时间内恢复正常状态,提供更加稳定的内部环境。而且,肠内营养支持能够保证为患者提供更加标准且量化的免疫增强物质,使其营养供求充足的同时利于其免疫应答功能的强化,使其全身免疫能力有所提高。且肠内营养支持通过蛋白经小肠吸收、分解,可更好地确保肠道的通透性与绒毛的高度,进而对肠道黏膜屏障进行全面保护,更好地实现肠道内部微环境平衡状态,使其机体的负氮平衡得到缓解,避免细菌出现移位,并提高营养水平,进而改善患者机体的免疫力^[13]。此外,实验组不良反应总发生率比对照组低, P < 0.05。可以证实,肠内营养支持利于胃癌患者不

良反应的减少,分析具体原因,患者化疗期间接受肠内营养支持利于尽快恢复其胃肠道功能,且能够有效恢复患者的免疫能力,使不良反应发生率得以降低,推广可行性显著。

总体来讲,老年胃癌患者接受化疗治疗过程中辅以肠内营养支持,利于其免疫功能与营养状况的改善,不良反应较少,一定程度上提高了临床干预效果,具有较高临床推广与应用价值。

参考文献:

- [1]邹晴晴. 化疗联合肠内营养支持对老年胃癌患者临床疗效及预后的影响[J]. 中国处方药,2021,19(8):66-68.
- [2]匡雪春,余桂娥,李雪冰,等. 连续性护理干预在老年进展期胃癌患者新辅助化疗联合肠内营养支持中的应用[J]. 中国当代医药,2020,27(28):202-207.
- [3]胡佳. 化疗联合肠内营养支持对老年胃癌患者临床疗效及预后的影响[J]. 药店周刊,2021,30(39):40-41.
- [4]李磊,胡晓峰,减子慧,等. 新辅助化疗联合营养支持在治疗胃癌伴幽门梗阻老年患者中的疗效观察[J]. 实用癌症杂志,2015(2):228-231.
- [5]杨卫萍,韩新丽,杨海发. 益气逐瘀汤联合肠内营养支持对胃癌术后患者 Th1/Th2 细胞因子及营养状况的影响[J]. 中医药信息,2022,39(4):72-76.
- [6]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.
- [7]唐平,赵连霞. 早期肠内营养支持对老年胃癌术后病人康复、营养状况及生活质量的影响[J]. 全科护理,2022,20(9):1243-1245.
- [8]徐临视. 谷氨酰胺强化肠内营养支持对老年晚期胃癌患者营养指标、免疫功能和生活质量的作用分析[J]. 中国现代药物应用,2021,15(8):11-13.
- [9]徐海晶. 十全大补汤联合肠内营养支持对老年胃癌术后气血两虚证患者营养状况和免疫功能的影响[J]. 饮食保健,2021(26):89.
- [10]雷婉丽. 十全大补汤联合肠内营养支持对老年胃癌术后气血两虚证患者营养状况和免疫功能的影响[J]. 中国社区医师,2021,37(27):93-94.
- [11]李博文,韩元圣,黄高俊,等. 全肠外营养支持联合肠内营养支持在胃癌根治术患者术后恢复中的应用效果[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(27):162-164.
- [12]田然然,宋新梅,马颖,等. 探究免疫增强型肠内营养支持联合森田疗法对胃癌中晚期患者心理韧性及营养状态的改善效果[J]. 饮食保健,2021(5):192.
- [13]黄胜男. 双歧杆菌三联活菌胶囊+肠内营养支持调节胃癌术后病人胃肠功能、营养指标水平的作用体会[J]. 北方药学,2021,18(10):25-26.