

1 例老年梗阻性结肠癌根治术患者的营养支持

金齐敏 褚沁沁 张援春

上海市徐汇区大华医院 上海 200237

摘要: 老年结肠癌患者多伴有闭袢性肠梗阻,且高血压、糖尿病等基础疾病较多易造成术后多种并发症的出现,老年患者因生理机能及免疫功能退化,术后更容易出现营养不良,导致并发症及死亡发生率高,增加了肿瘤术后康复难度。本文就 1 例老年重度梗阻性结肠癌术后患者规范化营养支持治疗及护理进行总结,通过准确的评估、规范的营养干预,实时的监测与评价,患者恢复良好,顺利出院。

关键词: 重度梗阻;老年;结肠癌;营养支持

结肠癌是一种消化系统恶性肿瘤疾病,导致患者胃肠功能严重受损,其死亡率在所有癌症相关死亡中居第三位,结直肠癌合并肠梗阻的概率约为 20%。由于结肠的左半部分肠腔狭窄,所以梗阻发生在左半结肠的概率将近 70%^[1]。随着社会进入老龄化,急性结肠癌性肠梗阻老年病人日见增多,而肠梗阻的发生,则会进一步增加疾病的危害性。手术是治疗左半结肠癌合并肠梗阻的有效方法。在实施手术治疗的过程中,需要考虑到患者的实际情况,尤其是老年患者,因老年患者的体质较弱、免疫功能低下,术后容易出现营养不良、切口感染、吻合口瘘、肺部感染等并发症,老年结肠癌性肠梗阻患者由于其重要脏器功能减退、肿瘤消耗以及肠梗阻的影响,术前大部分存在不同程度的营养不良^[2-3]。现将经验报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 患者男性,77 岁,体型消瘦,因右下腹胀痛伴肛门停止排气排便二天,呈阵发性疼痛,疼痛不向肩背部放射,改变体位不能缓解,同时伴有大量呕吐,腹部膨隆,以“不完全性肠梗阻”于 2022 年 8 月 31 日收治入院。

1.2 治疗及转归

入科后予禁食水,胃肠减压,抗感染及补充电解质等对症支持治疗。腹部 CT 平扫显示结肠脾区局部肠壁环形增厚伴近端结肠及小肠梗阻,考虑结肠 MT,降结肠肠壁局部增厚,近端结肠、小肠梗阻。9 月 14 日行肠镜检查,结果提示:“结肠增殖灶(MT 可能),结肠息肉”,完善相关检查后于 9 月 23 日在全麻下行:“左半结肠肿瘤切除术”,术后予持续胃肠减压,补液予抗感染、止血、抑酸、营养支持、维持内环境稳定等对症治疗。术后 3 日,拔除胃肠减压管予流质,术后 6 日改半流质饮食,于 2022 年 10 月 13 日患者一般状况良好,胃肠功能恢复,肠鸣音正常,予出院。

2 术前营养支持

2.1 评估 一般状况 患者入院时身高 170cm、体重 57kg, BMI 19.72,近三个月食欲中等程度下降,体重下降 3kg。营养风险筛查 使用营养风险筛查 2002 (Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002) 对该患者进行营养风险筛查,2018 版的《老年患者围手术期管理北京协和医院专家共识》^[4] 中建议推荐 NRS 2002 做为老年住院患者的营养风险筛查工具,3 分有营养风险; < 3 分无营养风险。该患者入院时 NRS 2002 评分为 3 分,有营养风险。营养不良风险筛查 使用微型营养评定简表 (Mini

Nutritional Assessment-Short Form, MNA-SF) 进行筛查,《中国老年患者肠外肠内营养应用指南(2020)》^[5] 中推荐 MNA-SF 为老年病人使用的主要营养筛查工具,8~11 分营养不良风险; 0~7 分为营养不良,该患者 MNA-SF 评分为 9 分,有营养不良风险。

2.2 术前营养支持 2020 版营养指南推荐老年患者可将 20~30 kcal/(kg·d) 作为能量供给的目标,该患者体重为 57kg,目标需要量为 1140~1710kcal/d,患者禁食期间以肠外营养为主,补液增加右旋糖苷氨基酸、复方氨基酸注射液(18AA-V-SF)、复方电解质葡萄糖注射液等,每日可提供 600kcal,患者为急性期,能量可适当减少。

3 术后营养支持

3.1 评估 患者术后卧床,禁食, NRS 2002 评分为 5 分, MNA-SF 评分为 6 分,存在营养不良 生化检验报告:总蛋白 63.5g/L、白蛋白 37.5g/L、前白蛋白 182mg/L,血红蛋白 108g/L,实验室指标有所改善,但还是低于正常水平。

3.2 术后营养支持 对于老年手术及重症患者^[6],建议给予目标喂养为 25~30 kcal/(kg·d),目标蛋白需要量为 1.2~2.0 g/kg/d。患者禁食期间予肠外营养全合一营养液卡全由深静脉输入,可提供 1000kcal/d 热量,患者手术日安返病房后,继续给予悬浮红细胞、血浆、人血白蛋白静滴,在感染、手术、创伤失血等急性创伤打击的情况下,老年人容易出现低蛋白血症,引起的组织水肿尤其是肠壁水肿会进一步使老年人更容易发生肠道不耐受,此时可通过输注人血白蛋白或者补充氨基酸等含氮底物以促进蛋白的合成,改善肠道功能。患者术后 3 天,肠蠕动恢复,肛门排气,可经口进食,先给予适量温度开水,20~30ml/次,间隔 1~2h 饮水 1 次,无不适应,对于没有消化道瘘的手术患者,尽早开放肠内营养开启肠内营养^[7],2020 指南指出存在营养不良或者营养风险,且胃肠道功能正常或基本正常的老年患者应首选 EN;患者进食初期宜选择富含蛋白质及维生素容易消化的流质为主,如添加肉汤及蔬菜汤、低脂牛奶、鲜榨果汁、蛋羹等,同时餐间予三餐给予蛋白质含量高的口服营养补充制剂(oral nutritional supplements, ONS),ONS 可减少老年住院患者发生并发症、压疮的风险,并可促进肌少症的老年患者肌力和生活质量改善;营养制剂选择整蛋白配方,适合大多数老年患者的需要,本例患者选择安素肠内营养制剂,于餐间服用,议每日保证 3

顿 ONS, 且每日 ONS 的热量至少 400 ~ 600 kcal^[6]。

4 监测及评价

在予患者肠外营养支持期间, 定期监测患者实验室指标及血流动力学, 肝肾功能、电解质、患者出院时前白蛋白上升至 222mg/L, 总蛋白上升至 65g/L, 血红蛋白为 110g/L, 较入院时明显改善。同时注意预防输注管路感染。肠内营养支持治疗时注意是否有服用肠内营养制剂发生不耐受情况, 如恶心、呕吐、腹胀、腹泻、便秘等消化系统症状。如出现以上情况予可通过减少制剂的用量及调整浓度来提高其耐受性, 必要时可更换制剂的种类^[9]。该患者在喂养期间未出现不耐受, 吸收良好, 于营养支持 10 天后, 各项营养指标均有所改善, 顺利出院。

5 小结

本文就一例梗阻性结肠癌患者围术期营养支持进行总结, 该患者肠梗阻严重, 大量呕吐及胃肠减压, 极易造成水、电解质紊乱及营养失调, 术前予积极营养支持, 使患者处于平稳转态, 可以降低术后相关并发症的发生^[10], 术后尽早开放饮食, 联合肠外 + 肠内营养改善患者营养状况, 为患者术后康复提供坚实的营养基础。

参考文献:

[1] 段照华, 彭科, 文先华. 老年结肠癌根治术后并发症发生的影响因素 [J]. 实用癌症杂志, 2016,31(2):273-275.

[2] 王忱, 侯学忠, 赵东旭. 应用肠外营养预防老年结肠癌性肠梗阻急诊一期左半结肠切除吻合口瘘 [J]. 临床军医

杂, 2013,41(7):673-677.

[3] 周雪, 曾凯宏, 邓波, 等. 不同科室老年住院患者营养风险及营养状况对比分析 [J]. 实用医院临床杂志, 2018,15(4):54-56.

[4] 朱鸣雷, 黄宇光, 刘晓红, 等. 老年患者围手术期管理北京协和医院专家共识 [J]. 协和医学杂志, 2018,9(1):36-41.

[5] 华医学会肠外肠内营养学分会老年营养支持学组. 中国老年患者肠外肠内营养应用指南 (2020) [J]. 中华老年医学杂志, 2020,39 (02): 119-132.

[6] 中国老年医学学会, 中国老年医学学会重症医学分会. 中国老年重症患者肠内营养支持专家共识 (2022)[J]. 中华危重病急救医学, 2022, 34(4): 337-342.

[7] Deutz NE, Bauer JM, Barazzoni R, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group [J]. Clin Nutr, 2014,33(6):929-936.

[8] 中华医学会肠外肠内营养学分会. 成人口服营养补充专家共识 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(4): 361-365, C1-C7. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2017.04.001

[9] 吴蓓雯, 叶向红, 李素云, 等. 提高口服营养补充依从性临床管理实践的专家共识 [J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2021,8(5):489.

[10] 中华医学会肠外肠内营养学分会. 加速康复外科围术期营养支持中国专家共识 (2019 版), 18(10):897-890.