

肠内营养干预策略对胃癌术后患者胃肠功能及营养的影响研究

刘柔清 曾婷

(井冈山大学附属医院 手术中心)

【摘要】目的:探讨肠内营养干预策略对胃癌术后患者胃肠功能及营养的影响效果。方法:将本院 2024 年 5 月--8 月收治的 40 例胃癌手术患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,各 20 例。对照组实施肠外营养支持,观察组采取肠内营养干预方案。评估患者术前及术后 3 d 营养状态指标(前白蛋白、白蛋白、BMI);统计术前、术后 3 d 的平均睡眠时间,术前及术后第 3 天 6 min 步行距离,术后住院天数,并发症发生率。结果:观察组患者营养状态指标,平均睡眠时间,6 min 步行距离,不良事件发生率均明显优于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。结论:肠内营养干预方案能明显改善胃癌术后患者营养状态,缩短住院时间,促进患者恢复,降低并发症风险。

【关键词】肠内营养;胃癌术后;胃肠功能

The effect of enteral nutrition intervention strategy on gastrointestinal function and nutrition in patients after gastric cancer

Liu rou qing and Zeng Ting

(Surgical Center of Jinggangshan University Hospital)

[Abstract] Objective: To investigate the effect of enteral nutrition intervention strategy on gastrointestinal function and nutrition in postoperative GC patients. Methods: 40 patients admitted from May to August 2024 were randomly divided into control group and observation group. The control group implemented the parenteral nutrition support, and the observation group adopted the enteral nutrition intervention program. The nutritional status index (prealbumin, albumin, BMI, 3 d) before and after surgery; the average sleep time before and 3 d after surgery, 6 min walking distance before and postoperative day 3, postoperative hospital days, and complication rate. Results: The nutritional status index, average sleep duration, 6 min walking distance, the incidence of adverse events were significantly better than that of the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: The enteral nutrition intervention program can significantly improve the business status of postoperative GC patients, shorten the hospital stay, promote the recovery and reduce the risk of complications.

[Key words] enteral nutrition; postoperative gastric cancer; gastrointestinal function

胃癌是临床中常见的一种恶性肿瘤,属于消化系统疾病^[1]。对于胃癌患者一般常采用的治疗方法为手术治疗,通过手术将部分胃部组织切除,以防止肿瘤转移与扩散,加重病情。但术后创伤较大,同时对胃部功能也产生较大不良影响^[2]。术后患者食欲不振情况较为明显,再加上机体恢复需大量营养供给,长期以来,患者出现营养不良、并发症等风险几率增加,进而影响预后^[3]。因此,为保障胃癌术后患者持续营养摄入,通常采用肠外营养方式来满足机体营养需求,提高机体免疫能力。肠外营养虽然能够为机体提供营养供给,但营养吸收情况不佳。此外,该方式极易使患者倡导黏膜出现萎缩情况,进而影响胃肠道功能,不仅对机体营养状态造成一定影响,而且可能导致机体免疫功能下降,增加并发症发生几率^[4]。因此,当前为保障胃癌术后患者营养摄入与减少并发症风险事件,提升胃肠道功能,临床中采取有效营养支持至关重要。相关研究学者认为^[5],肠内营养能够被机体直接吸收,并且可有效弥补肠外营养诱发相关并发症缺点,维持肠道内环境的平衡等优势被广泛应用。本研究针对我院收治的胃癌术后患者采用肠内营养干预应用效果,如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2024 年 5 月--8 月在我院手术中心胃癌手术治疗的 40 例患者,按入院先后顺序对参与试验的患者编号,查阅随机数字表,获取随机数字,分为对照组和观察组,每组各 20 例。对照组患者男性 12 例,女性 8 例,年龄为 40~66 岁,平均年龄(55.4 ± 8.6)岁,体重指数(BMI) 19~25 kg/m^2 ,平均 BMI (22.57 ± 1.65) kg/m^2 。观察组患者男性 11 例,女性 9 例,年龄为 40~67 岁,平均年龄(54.6 ± 9.1)岁,体重指数(BMI) 19~25 kg/m^2 ,平均 BMI (22.88 ± 1.42) kg/m^2 。两组患者年龄、性别、体重指数等一般资料比较无统计学差异。纳入标准:①符合术后病理检查结果明确诊断为原发性胃癌;②成功施行腹腔镜胃癌根治术。排除标准:①合并腹部手术史;②合并活动性感染;③免疫缺陷或凝血功能异常,营养不良患者。

1.2 研究方法

对照组:肠外营养支持。观察组:采用肠内营养干预方案,1)评估患者营养情况,并为其制定个性化营养方案,

通过体脂数将体重进行计算，并为其制定每天所需能量值。能量摄取期间，碳水化合物占比约 50%，切不可采用粗纤维食物。若患者营养状态较差，应及时进行静脉补充全血、血浆，以保障机体营养需求。同时，结合患者具体营养状态变化适当调整营养方案。2) 术后第 1d，鼻饲进性营养支持，给予碳水化合物，并依据患者胃肠道功能恢复情况选择液体、半液体食物。科学控制能量摄入 (25-30kcal/kg·d)，氮 0.2g/kg·d，分蛋白、蛋摄入比例为 150:1，必需的蛋白质 20g、脂肪 19.5g、碳水化合物 61.5g、纤维 7.5g、矿物质 3.0g、维生素 0.15g。鼻饲后 12h 后若未出现异常可进行营养也输注，初始输注速度控制在 20~40ml/h，当患者耐受程度增加后可增加输注量至 104.5-125.4kJ/kg·d，进行营养液输注前应将其适当加热，保持温度在 37~40℃，以防止因温度相差较大刺激胃肠道。3) 进行肠内营养支持时，应做好患者教育普及以及心理干预等，使其能够充分了解肠内营养支持的意义与作用，提升其认知能力，提高相关配合度。注意观察期面部表情或情绪变化，并及时给与针对性心理疏导，安抚其不良情绪，使其能够保持良好心理状态面对疾病。同时，指导家属给予患者家庭支持，减轻其心理负担。此外，可借助播放患者喜爱音乐、视频等方式分散注意力，稳定心理状态，并给予更多鼓励与关心，树立自信心。4) 结合患者具体病情评估其可能出现的并发症情况，并采取针对性护理措施，及时清理口腔，做好口腔清洁，防止肺部感染。若患者存在咳嗽，应及时帮助其排痰，必要时可借助吸痰器处理。做好各管路保护工作，定期检查，以防止出现变形、曲折、移位等不良事件。此外，进行营养配置、输注时，应严格遵循无菌制度执行，并且营养液实施现配先用，以免污染或变质。

1.3 观察指标

(1) 营养状态指标：抽取两组患者空腹 5ml 静脉血，经离心处理后，应用化学发光法检测血红蛋白水平，应用溴甲酚绿法检测血清白蛋白水平，应用免疫比浊法检测血清前

白蛋白水平并测量其前白蛋白、白蛋白等指标含量。BMI：体重公斤数除以身高数平方。(2) 统计术前、术后 3 d 的平均睡眠时间。(3) 术前及术后第 3 天 6 min 步行距离：如果 6 分钟步行距离<150 米，表明患者存在重度心功能不全；如果距离在 150-425 米，则是中度心功能不全；如果距离在 426-550 米之间，则是轻度心功能不全。(4) 术后住院天数。(5) 并发症：切口感染、肺部感染、腹胀、腹痛等(并发症例数/总例数乘以 100%)。

1.4 数据统计

采用 SPSS 24.0 统计软件分析，所有数据以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，计量资料用 t 检验，计数资料运用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者营养状态指标比较

干预前，两组患者营养状态指标比较差异无统计学意义，干预后，观察组的营养状态指标明显高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1

2.2 两组平均睡眠时间，6 min 步行距离比较

干预前，两组患者平均睡眠时间，6 min 步行距离比较差异无统计学意义，干预后，观察组的平均睡眠时间，6 min 步行距离评分明显高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2

2.3 两组术后住院天数比较

干预后观察组术后住院天数短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3

2.4 两组患者不良事件发生率

观察组患者住院期间出现不良事件共计 1 例 (摔跤)，对照组 3 例 (摔跤，吸入性肺炎，伤口感染)，($\chi^2=3.907$, $P=0.048$)。

表 1 两组患者营养状态指标比较

组别	n	干预前			干预后		
		前白蛋白	白蛋白	BMI	前白蛋白	白蛋白	BMI
观察组	20	0.35 ± 0.07	30.36 ± 4.73	22.57 ± 1.65	0.44 ± 0.13	35.17 ± 5.72	21.04 ± 1.83
对照组	20	0.34 ± 0.05	30.96 ± 4.17	22.88 ± 1.42	0.37 ± 0.08	32.44 ± 4.21	19.94 ± 1.93

表 2 两组平均睡眠时间，6 min 步行距离比较

组别	n	干预前		干预后	
		平均睡眠时间	6 min 步行距离	平均睡眠时间	6 min 步行距离
观察组	20	3.27 ± 1.22	326.34 ± 55.82	6.86 ± 1.34	398.43 ± 59.23
对照组	20	3.67 ± 1.53	347.83 ± 61.37	4.28 ± 1.46	364.15 ± 58.63

表 3 两组术后住院天数的比较

组别	n	术后住院天数
观察组	20	12.47 ± 1.24
对照组	20	14.26 ± 1.21

3 讨论

胃癌源于胃粘膜上皮因慢性炎症、肠上皮化生、异常增生、癌变等。患病后可能会使患者出现上消化道梗阻、动力障碍等情况^[6]。经手术治疗切除部分病变组织后,对上消化道结构、功能等造成不良影响,从而使进食能力下降。随着病情进展与恶化,可能对身体内其他各重要器官产生不良影响,诱发各种并发症。

以往临床中对于早期胃癌患者主要采用手术治疗,但因术后创口较大,再加上切除患者胃部部分组织细胞,使其胃部功能受到一定影响,同时,多数患者易出现不同程度焦虑、抑郁等不良情绪,从而增加其心理负担^[7]。另外,患者对该疾病恐惧感及治疗期间疾病所带来痛苦等,再加上术后胃部的不良影响,极大增加胃癌术后患者进食欲望,甚至抵触进食。但术后需大量营养供给为机体恢复提供能量,因此,处于此种情况患者,其营养不良情况愈演愈烈,导致并发症发生几率增加,致使整体疗效与机体恢复效果不佳,严重影响预后。因此,对如何保障胃癌患者术后营养供给问题被临床医学学者重点关注。以往临床中对于胃癌术后患者营养支持方式为肠外营养,通过为其输注营养液以保障机体营养物质摄入,但是此种营养支持,对于营养物质吸收不完全,再加上长期肠道未受到营养物质正常刺激,使其胃肠功能紊乱加重,甚至损伤胃肠道黏膜,从而诱发严重并发症,影响其术后恢复^[8]。肠内营养支持是当前临床中应用较为广泛的一种营养支持。该方式是有营养师与医生依据患者实际营养

状况进行科学评估,并为其制定具有针对性的营养供给方案,保障患者机体对营养物质各种需求,并且能够充分吸收营养物质,不但可促进机体快速恢复,而且提升自身免疫能力,进而降低并发症发生风险^[9]。同时,肠内营养的实施可有效改善患者门静脉系统循环,提高其胃肠道激素分泌能力,为肠道内环境梳理一道保护屏障,并使其胃肠道蠕动能力逐渐恢复。另外,肠内营养支持也可促使患者肝胆功能提升,增强免疫力^[10]。此外,在进行肠内营养支持的同时,应辅以健康宣教与心理护理,使患者充分认识肠内营养的应用必要性与重要性,提高期认知,并对可能会出现并发症及时告知患者,使其提前做好心理准备,减少心理负担,并及时解答患者所遇问题,以减少其不必要担忧,降低其因未知事件造成的心理压力。同时指导家属多与患者沟通,给予更多鼓励、关心,使其感受到被重视,从而树立患者治疗自信心,能够积极主动配合相关临床医疗、护理等工作。通过舒缓其心理状态,进而缓解其厌食情况,减少并发症事件。

在本研究中我们采取肠内营养干预策略在胃癌手术患者中显示出较好的效果。结果显示:观察组患者营养状态指标,平均睡眠时间,6 min 步行距离,术后住院天数,并发症发生率均明显优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),提示疗效更佳,且安全性良好。分析其原因可能是患者接受肠内营养供给过程中,为其做好有针对性的并发症护理,通过预防性的护理可以使患者的治疗舒适度提高,降低并发症带来的不良影响,提高患者整体的治疗效果,改善其生活质量,具有较好应用意义。

参考文献:

- [1]吕小雁,方卫.大承气汤加减联合肠内营养支持对胃癌根治术后患者胃肠功能、免疫功能及营养状况的影响[J].辽宁中医杂志,2024,51(3):104-107
- [2]黄艺玲,张珊珊,陈丰梅,彭红,连萍红.肠内营养混悬液对胃癌根治术患者术后康复进程及免疫功能的影响[J].淮海医药,2024,42(2):191-194
- [3]辛兴涛,张少华,路康,贾璐,李洪健,徐会志,尤帅,李红艳,张丙贵.肠内免疫营养支持联合四君子汤加减对胃癌术后患者营养状况及炎症反应、免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2024,33(9):1236-1240
- [4]黄雪平,李冰冰,黄丽丽.早期肠内营养支持对胃癌合并糖尿病患者术后血糖水平、营养状态的效果分析[J].糖尿病新世界,2024,27(4):36-39
- [5]蒋明丽,周红娟,陈芳.以护士为主导的营养团队管理在围手术期胃癌患者肠内营养支持中的应用[J].当代护士(中旬刊),2024,31(6):60-64
- [6]苏日娜,李丽榕.疼痛护理的临终关怀联合肠内营养干预在晚期胃癌护理中的应用研究[J].中华养生保健,2024,42(6):90-93
- [7]邢建华.JBI循证医学模式的肠内营养缺乏预见性护理对老年胃癌术后营养状态的影响[J].中华养生保健,2024,42(4):159-161
- [8]刘云霞,王国强.四君子汤加减用于肠内营养支持治疗胃癌根治术后的效果及对免疫功能的影响分析[J].中华养生保健,2024,42(13):28-31
- [9]汪婷.胃癌术后早期肠内营养护理干预对策及效果分析[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2024(3):151-154
- [10]梁美芳.不同营养护理方式对胃癌根治术后肠道恢复和营养状况的影响[J].中外医药研究,2024,3(15):144-146