

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0177-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.085

食管癌、胃癌术后营养支持方式的比较

梁文添

(信宜市中医院, 广东 信宜 525300)

〔摘要〕 **目的:** 探讨食管癌、胃癌手术患者术后肠内营养支持和肠外营养支持效果差异。**方法:** 选取 2014 年 5 月至 2019 年 2 月期间信宜市中医院收治的食管癌和胃癌手术患者共 100 例作为研究对象, 以患者入院时间先后顺序为依据分为两组, 包括对照组和观察组, 每组 50 例。对照组患者开展肠外营养支持, 观察组患者开展肠内营养支持, 比较两组患者肠功能恢复效果、营养指标和并发症情况。**结果:** 观察组患者肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、胃排空恢复时间, 住院时间等肠功能指标均少于对照组, 血清白蛋白 (Alb) 和血红蛋白 (Hb) 等营养指标水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后并发症发生率 6.00%, 对照组术后并发症发生率 20.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 肠内营养支持对改善食管癌和胃癌手术患者胃肠功能和营养状况, 减少并发症发生率, 这对促进患者术后康复具有重要意义。

〔关键词〕 食管癌; 胃癌; 根治性手术; 肠内营养支持; 肠外营养支持

〔中图分类号〕 R 735 〔文献标识码〕 B

大型外科手术患者多会在应急状态下出现高分解代谢、器官功能异常或免疫炎症反应障碍等多种病理学或生理学改变, 若不及时采取有效的干预可对患者的疗效和生命安全造成严重威胁。针对该种情况实施营养支持治疗必不可少^[1]。大量临床研究结果显示, 肠内营养支持治疗对患者康复的促进作用更明显, 可有效降低患者并发症和死亡风险, 有利于改善患者预后^[2-4]。针对食管癌和胃癌手术患者来说, 其术后多有胃肠道功能下降等特点, 为其开展营养支持难度较高, 为保证患者的健康和生命安全, 为其选择合适的营养支持方式极为重要。对此, 本研究选取 2014 年 5 月至 2019 年 2 月期间本院收治的 100 例手术患者, 对不同营养支持方式的效果差异进行比较, 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 5 月至 2019 年 2 月期间本院收治的食管癌和胃癌手术患者共 100 例作为研究对象, 以患者入院时间先后顺序为依据分为两组, 包括对照组和观察组, 每组 50 例。对照组中包括男 31 例, 女 19 例, 年龄 52~68 岁, 平均 (60.2 ± 2.1) 岁, 包括食管癌患者 22 例, 胃癌患者 28 例; 观察组中包括男 29 例, 女 21 例, 年龄 51~69 岁, 平均 (61.1 ± 2.2) 岁, 包括食管癌患者 20 例, 胃癌患者 30 例, 两组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 患者体质量指数为 $16 \sim 28 \text{ kg} \cdot \text{m}^{-2}$; 年龄不

超过 70 岁; 知情同意并自愿参与本研究。排除标准: 合并严重肝肾功能障碍患者; 合并心脑血管疾病患者; 术前有放化疗治疗史患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 开展肠外营养支持, 患者术后经锁骨下或颈内穿刺置管, 静脉输注营养支持液, 每日输液总量为 $45 \text{ mL} \cdot \text{kg}^{-1}$, 其中包括 $100 \text{ kJ} \cdot \text{mg}^{-1}$ 热量以及 $0.15 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1}$ 氮量, 氮量补充依靠氨基酸注射液 (安徽丰原药业股份有限公司, 国药准字 H34023733); 热量补充依靠脂肪乳剂、葡萄糖氯化钠注射液。同时为患者补充适量微量元素和维生素。患者胃肠功能好转后可开始食用流食或半流食, 1 周后可恢复正常饮食。

1.2.2 观察组 开展肠内营养支持, 患者需术前留置 1 根胃管和鼻肠管, 术后肛门首次排气后可将胃管关闭, 通过鼻肠管进行葡萄糖注射液 (辰欣药业股份有限公司, 国药准字 H20056744) 滴注, 速度控制在 $6 \sim 13 \text{ 滴} \cdot \text{min}^{-1}$ 左右, 若患者未出现不良反应, 可在第 2 天滴注瑞素 (华瑞制药有限公司, 国药准字 H20020588) 等营养剂, 初始滴注速度为 $30 \sim 50 \text{ mL} \cdot \text{h}^{-1}$, 此后每日增加滴注剂量 25 mL, 最大剂量每日不可超过 2000 mL, 共治疗 1 周。

1.3 观察指标

比较两组患者肠功能恢复效果、营养指标和并发症情况。肠功能指标包括肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、胃排空恢复时间, 住院时间; 营养指标包括血清白蛋白 (albumin, Alb) 和血红蛋白 (hemoglobin, Hb)^[5-6]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表

〔收稿日期〕 2020-10-14

〔作者简介〕 梁文添, 男, 主治医师, 主要研究方向是胃结直肠肿瘤的诊治。

示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者胃肠功能和营养指标比较

观察组患者肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、胃排空

恢复时间, 住院时间等肠功能指标均少于对照组, Alb 和 Hb 等营养指标水平高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者术后并发症情况比较

观察组患者术后并发症发生率 6.00%, 对照组术后并发症发生率 20.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者胃肠功能和营养指标比较

($n = 50, \bar{x} \pm s$)

| 组别 | 肛门排气/h | 肠鸣音恢复/h | 胃排空恢复/h | 住院时间/d | Alb/g · L ⁻¹ | Hb/g · L ⁻¹ |
|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 对照组 | 47.48 ± 3.36 | 30.15 ± 3.88 | 37.28 ± 3.21 | 10.38 ± 1.87 | 33.87 ± 3.61 | 112.65 ± 5.43 |
| 观察组 | 30.12 ± 3.25 ^a | 17.24 ± 2.67 ^a | 24.34 ± 3.16 ^a | 7.12 ± 1.65 ^a | 37.92 ± 2.45 ^a | 118.42 ± 5.37 ^a |

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

注: Alb 一白蛋白; Hb 一血红蛋白

表 2 两组患者术后并发症情况比较 ($n = 50, n(\%)$)

| 组别 | 腹胀 腹泻 | 吻合 口瘘 | 肺部 感染 | 声带 麻痹 | 脂肪 液化 | 总发生 |
|-----|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 对照组 | 1(2.00) | 2(4.00) | 2(4.00) | 3(6.00) | 2(4.00) | 10(20.00) |
| 观察组 | 2(4.00) | 0(0.00) | 0(0.00) | 1(2.00) | 0(0.00) | 3(6.00) ^b |

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

3 讨论

食管癌和胃癌均为临床常见消化道恶性肿瘤, 在我国具有较高的发病率。该类疾病早期缺乏典型临床症状, 一旦确诊后可采取根治类手术进行治疗, 以延长患者生存期, 提升患者生活质量。大部分食管癌和胃癌患者术前因疾病影响多伴有食管狭窄和营养不良等情况, 手术操作会对患者的胃肠道功能产生不良刺激, 加之手术麻醉药物的应用可能会对其胃肠功能产生抑制, 导致胃肠道无法正常蠕动, 患者不能正常饮食, 导致其营养不良。同时根治术类手术创伤性大、手术时间长、术后疼痛严重、恢复缓慢, 因此并发症风险较高^[7]。为巩固患者临床疗效, 为其提供有效的营养支持极为重要。

目前临床中常用的营养支持方式包括肠外和肠内两种, 其中肠外营养支持可能导致患者肠黏膜萎缩, 增加患者肠道通透性, 导致并发症风险大大提升, 对患者的手术效果和术后康复造成了严重的不良影响。此外传统观念中食管癌和胃癌患者根治术后需要待其胃肠功能恢复后才能进行肠内营养支持, 导致时机不良影响了对支持效果。为患者提供早期肠内营养支持对患者胃肠蠕动恢复具有积极作用, 可对胃肠黏膜屏障功能进行保护, 避免消化液过量分泌, 减少胃肠道激素分泌水平, 进而改善患者胃肠功能, 降低并发症风险^[8]。肠内营养支持使用的营养剂热量高, 肠道更容易对此进行吸收, 可为患者提供大量氨基酸和脂肪酸, 有利于蛋白质合成, 可对迷走神经兴奋性进行抑制, 以促进患者胃肠功能恢复。本研究中观察组患者实施肠内营养支持后其 Alb 和 Hb 水平均高于对照组 ($P < 0.05$), 胃肠功能恢复效果显著, 说明该种支持方式能够改善患者的营养状况。观察组患者术后并发症发生率 6.00% 低于对照组 20.00% ($P < 0.05$), 说明肠内营养支持安全性更高, 该种营养支持方式可对胃肠道黏膜

萎缩进行良好抑制, 避免肠道内的细菌进入血液中, 改善患者免疫功能。虽然两组患者术后腹泻腹胀发生率差异无统计学意义, 但是肠内营养支持患者该并发症发生率相对较低, 其原因与滴注的营养液温度过低、速度过快等因素有效, 但是这些可通过营养滴注前加温和控制滴速等措施进行改善和规避。

综上所述, 为食管癌和胃癌手术患者实施肠内营养支持能够有效缩短其排气时间、肠鸣音和胃排空恢复时间以及住院时间, 还可促进患者营养指标有所恢复, 相比肠外营养支持对患者胃肠功能恢复的促进作用更理想, 同时其并发症风险低, 有利于提升患者治疗效果, 改善其临床预后。

〔参考文献〕

- (1) 陈瑶, 唐小琼. 食管癌术后早期肠内营养联合肠外营养与全肠外营养支持的效果比较分析 (J). 中国社区医师, 2019, 35(1): 102, 104.
- (2) 曹子谦, 李树营, 任宏, 等. 胃癌根治术后患者营养风险筛查及其行早期肠内营养支持和肠外营养支持的效果比较 (J). 陕西医学杂志, 2018, 47(10): 1272-1274, 1293.
- (3) 刘娟. 老年食管癌患者术后早期肠内营养支持对抗肿瘤免疫应答、炎症反应进程的影响 (J). 海南医学院学报, 2018, 24(7): 800-803.
- (4) 张少娟, 吕定量, 万海军, 等. 食管癌术后早期肠内营养与肠外营养预防相关感染效果比较 (J). 中华医院感染学杂志, 2017, 27(24): 5618-5621.
- (5) 龚航军, 韩刚, 王以东, 等. 胃癌病人术后早期营养支持对营养等状况恢复的比较 (J). 肠外与肠内营养, 2007, 14(1): 28-31.
- (6) 张建慧. 胃癌、食管癌术后应用鼻肠管早期肠内营养的护理 (J). 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(15): 2514-2515.
- (7) 饶新辉, 张自正, 梁锦崧, 等. 食管癌术后早期肠内营养与肠外营养效果比较 (J). 河南外科学杂志, 2017, 23(2): 14-15.
- (8) 王晶, 聂莉, 黎发海, 等. 行胃癌根治术的老年患者实施早期肠内营养支持对其外周血蛋白及细胞免疫水平的影响 (J). 检验医学与临床, 2017, 14(1): 86-89.