

优化营养支持策略对食管癌患者术后营养状态、免疫功能及康复效果的影响

田瑾秀

中山大学附属肿瘤医院甘肃医院 甘肃 兰州 730000

摘要：目的：分析优化营养支持策略对食管癌患者的应用效果。方法：选取2023年2月-2024年2月本院80例食管癌患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组40例，行常规营养支持，观察组40例，行优化营养支持策略，比较两组护理效果。结果：观察组的PA、Hb、Alb、IgG、IgA和IgM均明显高于对照组，首次排便时间、肠鸣音恢复时间、术后肛门排气时间和住院时间均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：给予食管癌患者优化营养支持策略能改善营养状态，提升免疫功能，提高康复效果，具有推广价值。

关键词：优化营养支持策略；食管癌；营养状态；免疫功能；康复效果

食管癌属于多发恶性肿瘤，在全部恶性肿瘤中，其发生率为第8，近些年，人们健康意识加强，生活习惯改变，该病新增例数变多^[1]。患者主要行手术治疗，将病变部位切除，属于首选疗法，具有确切疗效，但受多种因素干扰，例如吞咽困难、肿瘤消耗等，易导致营养不良，不利于后续康复。实施常规护理时，术前术后均有较长禁食时间，不能支持营养需求，导致电解质紊乱，产生手术应激，导致创伤反应^[2]。分析机体营养状态，制定营养支持策略有积极意义。引入FTS理念，其属于新型护理观念，具有多学科、多模式等特征，基于循证护理，优化护理方案，能加快康复速度。本次研究以食管癌患者为对象，分析优化营养支持策略的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年2月-2024年2月本院80例食管癌患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组40例，男22例，女18例，年龄为41-79岁，平均年龄（ 61.26 ± 4.58 ）岁；观察组40例，男23例，女17例，年龄为42-80岁，平均年龄（ 61.42 ± 4.17 ）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合食管癌诊断标准；进行病理组织学检查，证实鳞状细胞癌；接受择期手术TNM处于II-III期；知情同意本次研究。

排除标准：术前无明显营养不良；肿瘤远端转移；存在腹部/胸部手术史；交流障碍；胸膜/肺部明显病变。

1.2 方法

两组均行食管癌切除术：采取围术期干预，术前，讲解疾病知识，由责任护士负责，介绍麻醉方法、手术

方案、注意事项等，将准备工作做好，和医生良好配合，加强保温干预，防范并发症。

对照组行常规营养支持，术前常规禁饮、禁食，时间分别为6h和12h，做好肠道准备，开展清洁灌肠，选取适量泻药，为其口服等，手术当天清晨，进行胃肠减压，将鼻空肠内营养管置入，待肛门排气后，提供EN，选取肠内营养混悬液，含量为500ml，为其滴入，提供能量供应，术后早期下床活动。

观察组行优化营养支持策略：①建立营养评估机制：由责任护士负责，其要经过专业营养学培训，通过同质化干预，借助NRS 2002量表，评价营养状况，提醒患者调查有效、安全，帮助其消除顾虑。NRS 2002共有3个层面，一为年龄，二为疾病，三为营养，共计7分。 ≥ 3 分者属于高风险，加强关注，制定营养风险标识牌，将其挂在患者床头，优化营养方案，予以营养支持，强调良好营养状态能促进手术转归，令患者自觉参与； < 3 分者，无需开展特殊干预。②营养支持策略：术前，选取肠内营养混悬液，含量为500ml，予以鼻饲或口服，缩短禁饮、禁食时间，分别为2h和6h。选取5%葡萄糖溶液，含量为500ml，术前6h口服1次，术前2h再口服1次，不实施肠道准备。完成手术后，等待12h，选取5%葡萄糖溶液，含量为250-500ml，通过鼻肠管给药，将速度控制在50ml/h。观察24h，若其生命体征平稳，不管有无肛门排气，将提供EN。第1d，选用500ml营养液，将浓度控制在0.25kcal/ml，调节泵入速度，处于20-30ml/h；第2d，提升到1000ml，依然为0.25kcal/ml，泵入速度为50-60ml/h；第3d，将剂量提高到1500-3000ml，设置浓度，处于0.3kcal/ml，速度控制在80-

100ml/h, 实现全量后, 保持该剂量, 其可经口进食后, 将营养管拔除, 提供正常饮食。

1.3 观察项目和指标

评价营养状态^[3]: 采集肘静脉血, 含量为2-3ml, 借助全自动生化分析仪, 检验PA、Hb和Alb。评价免疫功能^[4]: 借助散射比浊法, 测量IgG、IgA和IgM。评价康复效果^[5]: 观察两组的首次排便时间、肠鸣音恢复时间、术后肛门排气时间和住院时间。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x}\pm s$)表示计量, 行 t 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组营养状态比较

干预后两组PA、Hb和Alb均明显高于干预前, 观察组变化更明显 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组营养状态比较 [$n(\bar{x}\pm s)$]

组别	例数	PA (mg/L)		Hb (g/L)		Alb (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	217.44±11.18	211.54±12.35 ^a	103.45±10.21	96.28±9.53 ^a	41.53±3.45	38.34±3.45 ^a
对照组	40	219.34±10.58	183.14±11.06 ^a	102.85±9.17	86.71±8.54 ^a	41.61±3.39	31.21±3.10 ^a
t	/	0.781	10.834	0.277	4.730	0.105	9.722
P	/	0.437	0.000	0.783	0.000	0.917	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组免疫功能比较

干预后两组IgG、IgA和IgM均明显高于干预前, 观察

组变化更明显 ($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组免疫功能比较 [$n(\bar{x}\pm s)$]

组别	例数	IgG (g/L)		IgA (g/L)		IgM (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	1.64±0.24	2.18±0.23 ^a	11.24±1.51	16.48±1.25 ^a	1.74±0.13	2.85±0.17 ^a
对照组	40	1.66±0.21	1.95±0.21 ^a	11.31±1.46	12.27±1.20 ^a	1.75±0.11	2.30±0.13 ^a
t	/	0.397	4.671	0.211	15.366	0.371	16.254
P	/	0.693	0.000	0.834	0.000	0.711	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组康复效果比较

观察组的首次排便时间、肠鸣音恢复时间、术后肛

门排气时间和住院时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

详见表3。

表3 两组康复效果比较 [$n(\bar{x}\pm s)$]

组别	例数	首次排便时间 (d)	肠鸣音恢复时间 (d)	术后肛门排气时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	40	4.54±1.14	1.82±0.25	2.30±0.25	9.07±1.11
对照组	40	5.78±1.25	2.56±0.23	3.43±0.35	13.15±1.88
t	/	4.636	13.777	16.616	11.819
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

患有食管癌后, 患者会出现吞咽困难, 营养供给量少, 受手术操作影响, 胃肠道功能被破坏, 营养消耗量变大, 免疫功能下降, 不利于术后康复^[6]。既往多实施外科营养支持, 为减少术中误吸综合征, 术前禁食、饮时间长, 术后在肛门排气后, 予以进食, 目的为减少给胃

肠道带来的刺激, 但该措施会导致营养不良变重^[7-8]。

健康情况下, 就机体肠道黏膜营养而言, 来自肠系膜者占比约为30%, 来自自身肠内占比约为70%^[9]。充足肠内营养支持, 能维护肠黏膜屏障, 保护免疫屏障, 维护生物屏障, 可调节肠道菌群, 推动胃肠功能好转。对于食管癌者, 行手术治疗后, 其会给机体带来创伤,

会影响血流动力学。另外若禁食时间过长,则可能干扰肠腔内部含有的营养物质,导致肠黏膜屏障功能受损,肠道菌群失调,不利于胃肠功能好转^[10-11]。渗透FTS理念,多项研究显示,术前禁食、饮时间较长,一方面难以防范术中误吸综合征,另一方面产生明显手术应激,手术耐受性减少。相关研究表明,遵循FTS理念,提供EN,可提供营养需求,加强免疫功能。采取传统营养干预时,护理人员多依据自身经验,提供指导,缺乏系统性、针对性,效果不理想^[12]。应用NRS 2002,评估营养状态,对营养支持策略进行优化。缩短禁食、饮时间,通过营养支持,能纠正肠道菌群,加快胃肠功能好转速度。优化营养干预方案,能提升胃肠道血流量,可调节血流循环。本次研究结果显示和对照组比,观察组的PA、Hb、Alb、IgG、IgA和IgM均更高($P < 0.05$),表示优化营养支持策略后,患者营养状态更好,免疫功能更强,探讨原因:对责任护士进行同质化培训,借助NRS2002量表,综合分析其营养状态,结合检验结果,予以营养支持,优化干预方案,能规避既往营养支持存在的随意性、盲目性。依据FTS理念,术前选择肠内营养混悬液,令患者口服,提供葡萄糖溶液,同样口服,将禁食禁饮时间缩短,缓解胰岛素抵抗,加强手术安全。术后监测生命体征,待其稳定后,不管肛门排气与否,皆提供EN,按量、按时进行,便于防范营养不良,可满足机体实际能量需求,降低营养消耗量,纠正营养状态,提升免疫功能。FTS理念具有现代化、先进化等特征,其在外科领域内应用广泛,特别是在外科领域内,其有突出优势。另外,针对食管癌患者,其提出营养状态直接关系到预后。观察组的首次排便时间、肠鸣音恢复时间、术后肛门排气时间和住院时间均更低($P < 0.05$),表明该模式能加快康复进程,探讨原因:采取该模式可保护肠黏膜屏障,能防范胰岛素抵抗,减少手术应激,取得良好手术效果,能作用于肠上皮细胞,推动其再生、增殖,推动胆囊收缩,对胃肠蠕动产生刺激,就胃肠道而言,其空置时间明显变短,故而有关器官功能能快速好转,可减少住院时间。说明优化营养支持策略可以提高食管癌预后。

结束语

综上所述,给予食管癌患者优化营养支持策略能改

善营养状态,提升免疫功能,提高康复效果,具有推广价值。

参考文献

- [1]杨瑞香,江诗焱,施明圆,王劲凤,谢碧兰.基于肠内营养耐受性定时评估管理的营养支持在改善食管癌根治术患者术后恢复中的效果[J].医学理论与实践,2024,37(4):674-677.
- [2]夏传宝.四磨汤鼻饲对食管癌术后胃肠功能恢复的影响[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(6):52-54.
- [3]杨柳,张秀真,薛茗予,薛志玲,冯娅婷.早期微生态肠内营养对老年食管癌术后患者免疫功能和胃肠道功能恢复的影响[J].医药论坛杂志,2024,45(3):251-255.
- [4]邱兴丽.食管癌术后消化道模式重建及饮食训练方案的探讨[J].临床医药实践,2024,33(2):131-136+155.
- [5]汪发九,吉祥,毛伟敏.2023年ESMO会议食管癌外科治疗相关研究热点[J].实用肿瘤杂志,2024,39(1):12-18.
- [6]梁丹茹,许丽,李文亮,侯晓莉.两种置管方式在食管癌患者围术期应用的有效性与安全性研究[J].护士进修杂志,2023,38(22):2017-2020.
- [7]袁园,朱敏,吴传芹.基于医护一体化的ERAS模式在胸腹腔镜食管癌切除术患者围术期中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(2):5-8.
- [8]栾宇杰,施庆彤,包阳.加速康复外科在食管癌手术治疗中的应用与进展[J].中国胸心血管外科临床杂志,2024,31(3):454-461.
- [9]陆怡吉,彭纪芳,于跃.照顾者共同决策家庭营养支持对食管癌术后患者营养状况、心理状况及生活质量的影响[J].河北医药,2024,46(1):91-94.
- [10]余虹娟,杜亚娟,江耀锋,林慧娟,林勤.咀嚼口香糖对预防食管癌管饲患者喂养不耐受的疗效观察[J].当代护士(下旬刊),2024,31(1):83-86.
- [11]潜艳,董翠萍,蔡纯,王君慧.预康复策略在胸腹腔镜联合食管癌根治术患者中的应用[J].当代护士(下旬刊),2023,30(11):53-57.
- [12]林红兰,任艳军,杨文超,惠欣欣,贺书,成晓丽,罗敏.早期肠内营养对食管癌根治术后患者预后影响的研究[J].中华保健医学杂志,2023,25(6):688-690.