doi:10.11659/jjssx.02E019090

·临床研究·

延续饮食指导对全胃切除术后患者营养状态的影响

王 智,饶 芸,徐 萍,刘 媛 (陆军军医大学第一附属医院全军普通外科中心,微创胃肠外科中心,重庆 400038)

[摘 要] **目的** 探讨延续饮食指导对全胃切除术后患者营养状态的影响。**方法** 选取2017年1月至2018年6月在陆军军医大学第一附属医院行全胃切除术的50例胃癌患者,按照术后饮食指导方法的不同将患者分为对照组和观察组。对照组25例患者术后予以常规饮食指导,观察组25例患者术后予以延续饮食指导,比较2组患者术前和术后第1、3、6个月营养指标。**结果** 2组患者术前血清前白蛋白、白蛋白、免疫球蛋白、血红蛋白及淋巴细胞计数、BMI差异无统计学意义($P>0.05$),2组患者术后1个月时白蛋白及血红蛋白水平较术前明显降低,观察组患者术后6个月时血清前白蛋白水平及术后第3、6个月时血红蛋白水平较对照组高,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 通过6个月的延续饮食指导能够改善全胃切除患者的营养状态。

[关键词] 延续护理;饮食指导;全胃切除;营养;胃癌

[中图分类号] R459.3 [文献标识码] A [收稿日期] 2019-02-16

Effects of continuous dietary guidance on nutritional status of patients after total gastrectomy

WANG Zhi, RAO Yun, XU Ping, LIU Yuan (Central General Surgery of PLA, Minimal Invasive Gastrointestinal Surgery Center, First Hospital Affiliated to Army Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To explore the effect of continuous dietary guidance on nutritional status of patients after total gastrectomy. **Methods** A total of 50 patients with gastric cancer who underwent total gastrectomy in first hospital affiliated to army medical university from January 2017 to June 2018 were selected and divided into control group and observation group according to postoperative dietary guidance method. Twenty-five cases in control group were given routine dietary guidance and 25 cases in observation group were given continuing dietary guidance. The nutritional indexes of the two groups were compared preoperatively and postoperatively at 1, 3 and 6 months. **Results** There was no significant difference in serum prealbumin, albumin, immunoglobulin, hemoglobin, lymphocyte count, BMI between the two groups before operation ($P>0.05$). The levels of albumin and hemoglobin in the two groups decreased significantly 1 month after operation compared with those before operation. The serum prealbumin level in the observation group was higher than that in the control group at 6 months postoperatively, and the hemoglobin level in the observation group was higher than that in the control group at 3 months and 6 months postoperatively, the differences were significant ($P<0.05$). **Conclusion** The nutritional status of patients with total gastrectomy can be improved by continuous dietary guidance for 6 months.

Keywords: continuing care; dietary guidance; total gastric resection; nutrition; gastric carcinoma

胃癌是临床最常见的消化道恶性肿瘤之一,位列我国癌症发病率和病死率第2位。每年因胃癌死亡的患者近50万例,早期胃癌比例低(仅10%左右),进展期病例为主要诊治对象,近年来新发胃癌患者呈现年轻化趋势[1-2]。胃癌的治疗以手术为主,对于胃体癌、胃上部癌及弥漫性胃癌患者,根治性全胃切除术是主要治疗手段[3]。然而,全胃切除后患者易发生Roux-en-Y后预瘀滞综合征、营养不良等并发症,而营养不良在临床中容易被忽略。由于营养物质摄入不足,患者术前多已存在不同程度的营养不良,术后食物存储混合的能力显著降低,只能进食软性食物,营养状态差,生活质量受到较大影响[4-6]。对患者进行的延续饮食指导应该是有计划、有目的、有评价的教育活动,对临床治疗起到增效的作用[7]。目前关于全胃切除术患者实施院外延续饮食指导的研究较少,本研究通过延续饮食指导,对全胃切除术后患者营养状况进行了为期6个月的干预和临床观察,取得了较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2017年1月至2018年6月在我科行全胃切除术的50例胃癌患者,其中男45例,女5例,年龄53.5~66.0岁,平均48.5岁。按照术后饮食指导方法的不同将患者分为对照组和观察组。对照组25例患者术后予以常规饮食指导,观察组25例患者术后予以延续饮食

[基金项目] 重庆市社会事业与民生保障科技创新专项(cstc2017shnsA10003)

[通信作者] 饶 芸,E-mail: maggie_ry@aliyun.com

指导。本研究已通过医院伦理委员会批准,患者知情并签署同意书。纳入标准:①病理诊断确诊为胃癌(分期为 $T_{2-4}N_{0-3}M_0$),无远处转移,无其他肿瘤病史;②术后规律化疗采用 SOX 方案;③年龄 18 ~ 70 岁,智力正常,具备一定的沟通和理解能力。排除标准:①伴有其他全身系统性疾病;②不能经口进食;③术后 6 个月内接受其他手术。2 组患者临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性(表 1)。

表 1 2 组患者术前临床资料比较($\bar{x}\pm s$,$n=25$)

组别	年龄(岁)	前白蛋白(g/L)	血红蛋白(g/L)	淋巴细胞($\times10^9$/L)	白蛋白(g/L)	免疫球蛋白(g/L)	BMI(kg/m^2)
对照组	58.24 ±9.41	0.20 ±0.05	123.80 ±24.40	1.22 ±0.70	38.69 ±4.00	25.87 ±5.18	22.7 ±3.17
观察组	58.80 ±7.36	0.21 ±0.07	125.44 ±18.67	1.61 ±0.64	39.83 ±4.88	27.39 ±4.76	22.4 ±2.86
t	-0.234	-0.372	-0.267	-2.047	-0.903	-1.085	0.317
P	0.239	0.196	0.114	0.614	0.249	0.546	0.892

1.2 方法

1.2.1 成立延续饮食指导小组 副主任护师 1 名,主管护师 2 名,医生 1 名,营养师 1 名。小组每周进行 1 次专业营养知识学习培训。延续饮食指导小组负责制定《健康教育手册》,涵盖专业营养知识、全胃切除术后营养相关并发症(体质量下降、贫血、营养不良性骨病、维生素 A 缺乏)及处理、化疗饮食注意事项 3 方面内容,其中专业营养知识包括中国居民膳食指南、中国居民平衡膳食宝塔、营养配餐、营养缺乏与疾病的关系等[8-9]。

1.2.2 研究工具 主要有:①自制的《患者饮食知识需求调查表》,包括年龄、性别、文化程度、从事工作、饮食喜好、饮食习惯、最想接收的饮食知识等;②《营养风险筛查 NRS2002 评估表》,于患者出院前 1 d对其进行风险评估,为合理进行营养支持提供参考依据[10];③自制的《7 d 饮食记录本》,记录患者出院后每月第 1 个星期的饮食情况,包括进食食物种类、进餐频次、进餐时间、进食后不良反应,能较客观地反映患者院外营养素摄入情况,为下一步饮食指导提供依据;④《饮食指导单》,包括饮食总原则(高热量、高蛋白质、高维生素、低脂肪、少渣易消化饮食)、膳食搭配、等价交换食物表、食物禁忌、烹饪方法等。

1.2.3 调查方法 于观察组患者出院前 1 d 发放《患者饮食知识需求调查表》,患者填写完成后当天收回,同时对患者进行营养风险筛查。结合患者饮食知识需求调查结果和营养风险筛查 NRS2002 评估结果,延续饮食指导小组制定适合该患者的详细《饮食指导单》。出院当天,发放《健康教育手册》《饮食指导单》《7 d 饮食记录本》,普及营养知识并告知患者记录注意事项。建立电话随访登记本及微信随访平台,主要随访《7 d 饮食记录本》(前 3 个月 1 周 1 次,后 3 个月 2 周 1 次),叮嘱患者将其拍照并上传至微信随访平台,或通过电话随访了解患者饮食情况,督促遵守饮食计划,询问其是否出现饮食相关症状并答疑解惑,结合随访信息动态调整《饮食指导单》。在容易出现营养性并发症的时间节点上给予患者主动干预,比如积极纠正和预防贫血、补充维生素、矿物质。

1.3 观察指标

2 组患者在院期间的营养支持均采用肠内肠外营养结合的方式,研究发现全胃切除术后患者早期经口进食是安全的,且术后吻合口瘘、术后切口感染及术后梗阻等并发症发生率不会增加[11]。遵循快速康复理念,经口进食饮食指导遵从清流食 - 流质饮食 - 半流食 - 软食原则。出院后给予对照组患者常规饮食指导,部分按照第三版《成人护理学》里胃癌手术后出院饮食指导执行;给予观察组患者延续饮食指导。

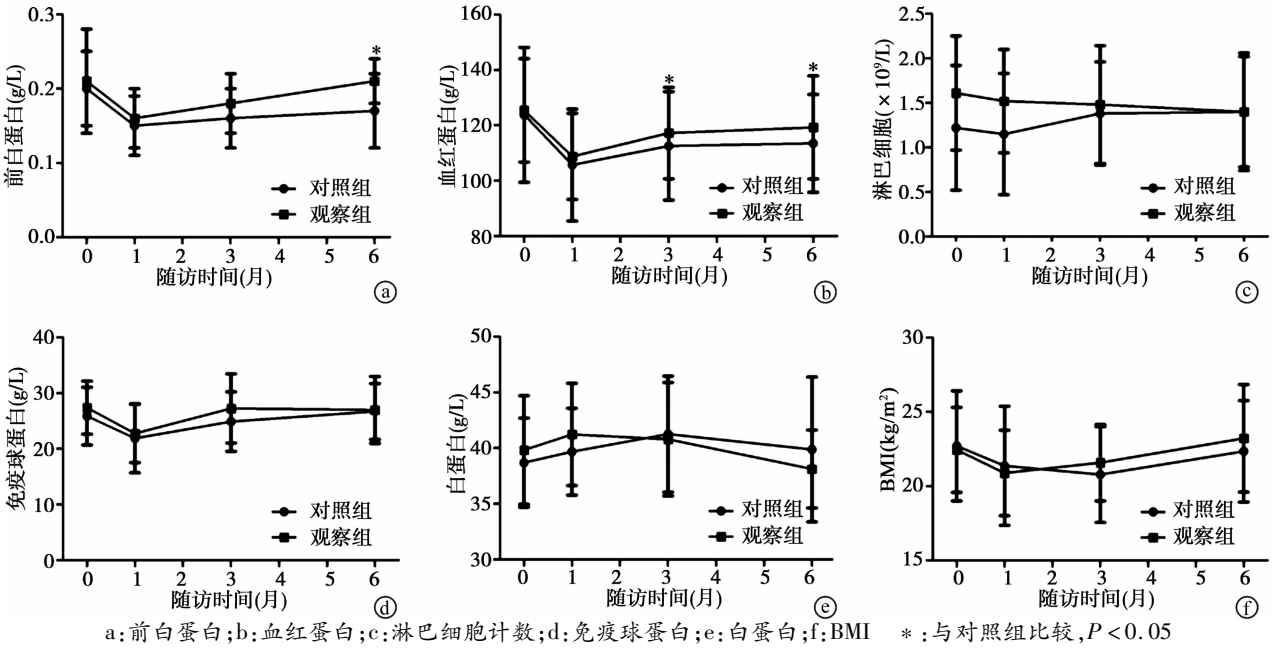
观察 2 组患者术前、术后第 1、3、6 个月的血清前白蛋白、白蛋白、免疫球蛋白、血红蛋白及淋巴细胞计数、BMI 的变化。采用 SPSS 22.0 及 GraphPad Prism 5 软件对数据进行处理和统计分析。计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

通过比较 2 组患者术前、术后第 1、3、6 个月各项营养指标发现,术后 1 个月 2 组患者白蛋白及血红蛋白水平较术前明显降低,术后 3 个月以后逐渐回升。术后 6 个月观察组患者血清前白蛋白水平及术后第 3、6 个月血红蛋白水平较对照组高,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见图 1。

3 讨论

2016 年,国家卫生和计划生育委员会在《全国护理事业发展规划(2016-2020 年)》中提出将开展延续性护理服务作为“十三五”重点规划,其中提到将护理服务延伸至社区、家庭,逐步完善服务内容和方式,保障护理服务的连续性[12]。胃癌术后患者对延续性护理服务的需求强烈,其对于延续性护理的需求率高达



a:前白蛋白;b:血红蛋白;c:淋巴细胞计数;d:免疫球蛋白;e:白蛋白;f:BMI ＊:与对照组比较,$P<0.05$

图1 2组患者术前、术后第1、3、6个月营养指标比较

94.9%,其中对饮食、复诊及后续治疗需求最高[13]。延续护理作为新的护理发展方向,近年来也逐步运用于胃癌患者术后管理中[14]。延续护理提高了患者的生活质量,但胃癌患者饮食恢复过程中仍面临许多问题与挑战:一方面患者营养知识,特别是专业营养知识缺乏,营养知识的教育势在必行,因此本研究中给患者发放了涵盖营养知识的健康教育手册并进行讲解;另一方面医务人员自身缺乏饮食知识,导致现有的饮食指导有很多不足之处,尤其是在指导内容和方法上,内容不够详细,患者在执行过程中存在困难,饮食指导没有体现出针对性和延续性[15-17]。

研究调查发现,在不给予任何干预的情况下,要使胃癌患者的营养状况恢复至术前水平至少需要6个月[18]。及时、良好的营养支持可以降低术后营养不良及并发症的发生[10]。饮食指导能增加患者对营养知识的了解,改善患者及家属的饮食行为,从而提高饮食质量,达到改善营养状况的目的。术后1个月2组患者白蛋白及血红蛋白水平较术前明显降低,可能是全胃切除后内因子分泌减少,盐酸缺乏,维生素 B_{12} 吸收不良,也可能是全胃切除后胃饥饿素的分泌减少,导致患者缺乏饥饿感,进食少所致[19]。提示延续护理小组可在这时加强随访,测定血清维生素 B_{12} 浓度,以便及时发现缺乏维生素 B_{12} 并补充。制定个性化的饮食指导,鼓励患者增加进餐次数,调整膳食搭配,多进食高蛋白、高维生素、少渣等易消化食物,适当补充维生素D和铁剂,以促进患者恢复体质,必要时可行肠外营养支持,降低营养不良发生率。前白蛋白半衰期只有1.9 d,半衰期越短则敏感性越高,其能在早期或者亚临床期检测人体的营养不良[20]。前白蛋白、血红蛋白水平均可作为衡量癌症患者营养状态的重要指标,本研究对全胃切除术后患者进行延续饮食指导,观察组患者术后6个月前白蛋白水平较对照组高,术后3个月、6个月血红蛋白水平较对照组高,差异有统计学意义。营养状态的改善是循序渐进的,6个月的延续饮食指导能够改善全胃切除术后患者的营养状态,在多次延续饮食指导和互动中与患者之间建立了信任关系,有利于提高患者依从性,保障饮食计划的实施,帮助患者增加营养知识,逐步养成良好的饮食习惯,从而达到改善营养状态的目的[21]。汪丹丹等[22]认为让患者参与饮食管理可提高胃癌术后患者的饮食依从性,改善患者的营养状况;金琳华等[23]认为胃癌根治术后对患者采取持续性护理,可有效缓解其负面情绪,改善机体营养状况,提高其生活质量;国外研究者对癌症术后患者进行参与式饮食干预,显著改善了患者的营养状况,本研究结果与之相吻合[24]。

综上所述,延续饮食指导可以改进患者的饮食行为,提供科学、延续、有针对性的饮食指导,从而改善患者的营养状态。但本研究只对行全胃切除术胃癌患者的营养状态进行了小样本量的临床观察,研究结果可能存在一定的局限性,以后还需要进行样本量更大、观察时间更长、观察指标更多的研究,期望通过不断的理论学习和临床实践,形成延续饮食护理路径,建立全胃切除术后系统的延续饮食指导平台,推广至近端胃及远端胃切除术后的饮食护理,服务广大患者,提高其生活质量。

[参考文献]

[1] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015 [J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115 - 132. doi: 10.3322/caac.21338.

[2] 季加孚. 我国胃癌防治研究三十年回顾[J]. 中国肿瘤临床, 2013, 40(22): 1346 - 1351. doi: 10.3969/j.issn.1000 - 8179.2013.19.50.

[3] 马 俊, 郁 飞, 黄德松, 等. 腹腔镜辅助下根治性全胃切除术治疗胃癌的近期疗效[J]. 江西医药, 2018, 44(10): 1209 - 1210. doi: 10.19460/j.cnki.0253 - 3685.2018.10.037.

[4] Drissi M, Cwieluch O, Lechner P, et al. Nutrition care in patients with cancer: a retrospective multicenter analysis of current practice-indications for further studies? [J]. Clin Nutr, 2015, 34(2): 207 - 211. doi: 10.1016/j.clnu.2014.03.002.

[5] 冯颖青. 标准化护理程序对胃癌患者疾病知识及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2016, 35(6): 803 - 806. doi: 10.3760/cma.j.issn.1673 - 4351.2016.06.029.

[6] Deans DA, Tan BH, Wigmore SJ, et al. The influence of systemic inflammation, dietary intake and stage of disease on rate of weight loss in patients with gastro-oesophageal cancer[J]. Br J Cancer, 2009, 100(1): 63 - 69. doi: 10.1038/sj.bjc.6604828.

[7] 金三丽, 路 潜, 马 玲. 对胃肠道恶性肿瘤病人手术前后营养状况的研究[J]. 肠外与肠内营养, 2013, 20(2): 89 - 92. doi: 10.16151/j.1007 - 810x.2013.02.021.

[8] 陈 熹, 刘 超, 纪宗正. 全胃切除术后营养相关并发症及处理[J]. 临床外科杂志, 2015, 23(10): 734 - 736. doi: 10.3969/j.issn.1005 - 6483.2015.10.004.

[9] 葛可佑. 中国营养师[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 342 - 620.

[10] Jia ZY, Yang J, Tong DN, et al. Screening of nutritional risk and nutritional support in general surgery patients: a survey from Shanghai, China [J]. Int Surg, 2015, 100(5): 841 - 848. doi: 10.9738/INTSURG - D - 14 - 00245.1.

[11] 吴海燕, 刘 燕, 刘东霞, 等. 胃癌病人行全胃切除术后早期经口饮食的护理[J]. 全科护理, 2010, 8(26): 2364 - 2365. doi: 10.3969/j.issn.1674 - 4748.2010.26.009.

[12] 国家卫生和计划生育委员会. 全国护理事业发展规划(2016 - 2020)[EB/OL]. [2016 - 11 - 22]. http://www.nhfpc.gov.cn/yzygj/.

[13] 李 慧, 梁秀凤. 胃癌术后患者对延续性护理服务需求的调查[J]. 中国实用护理杂志, 2017, 33(17): 1303 - 1305. doi: 10.3760/cma.j.issn.1672 - 7088.2017.17.006.

[14] 林雪梅, 全小明, 林瑶如, 等. 延续性护理对胃癌根治术后患者生活质量的影响[J]. 广西医学, 2017, 39(3): 360 - 363. doi: 10.11675/j.issn.0253 - 4304.2017.03.22.

[15] 黄英隆, 高 洁, 吴日英, 等. 胃癌病人围手术期营养知识调查[J]. 护理研究, 2015, 29(1): 343 - 344. doi: 10.3969/j.issn.10096493.2015.03.032.

[16] 英圣艳, 路 潜, 任 晖, 等. 胃癌根治术患者饮食及营养状况的调查[J]. 护理管理杂志, 2013, 13(8): 549 - 551. doi: 10.3969/j.issn.1671 - 315X.2013.08.007.

[17] 邱卫清, 蒋俊燕. 个体化营养干预对胃癌根治术后患者的作用[J]. 全科医学临床与教育, 2015, 13(4): 451 - 453. doi: 10.13558/j.cnki.issn1672 - 3686.2015.04.032.

[18] Abdiev S, Kodera Y, Fujiwara M, et al. Nutritional recovery after open and laparoscopic gastrectomies[J]. Gastric Cancer, 2011, 14(2): 144 - 149. doi: 10.1007/s10120 - 011 - 0021 - 9.

[19] Abizaid A, Horvath TL. Ghrelin and the central regulation of feeding and energy balance [J]. Indian J Endocrinol Metab, 2012, 16(Suppl3): 617 - 626. doi: 10.4103/2230 - 8210.105580.

[20] Davis CJ, Sowa D, Keim KS, et al. The use of prealbumin and C-reactive protein for monitoring nutrition support in adult patients receiving enteral nutrition in an urban medical center[J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2012, 36(2): 197 - 204. doi: 10.1177/0148607111413896.

[21] 张泽洪. 医患信任对患者依从行为的影响分析[J]. 河北科技大学学报(社会科学版), 2016, 16(1): 21 - 25. doi: 10.3969/j.issn.1671 - 1653.2016.01.004.

[22] 汪丹丹, 郑 蔚, 乔婷婷. 胃癌术后患者参与饮食管理对其营养状况的影响研究[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(4): 389 - 393. doi: 10.3761/j.issn.0254 - 1769.2017.04.001.

[23] 金琳华, 马 宁. 术后持续性护理模式对行胃癌根治术患者生活质量及营养指标的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2018, 26(11): 661 - 666. doi: 10.11569/wcjd.v26.i11.661.

[24] Kiln H, Suh EE, Lee HJ, et al. The effects of patient participation-based dietary intervention on nutritional and functional status for patients with gastrectomy: a randomized controlled trial[J]. Cancer Nurs, 2014, 37(2): e10 - e20. doi: 10.1097/NCC.0b013e31829193c8.

(编辑: 左艳芳)