doi:10.11659/jjssx.07E015151

直肠癌老年患者术前不同营养状态对术后康复影响的研究

刘玉华[1],**范亚东**[2] (1.内蒙古医科大学附属医院高压氧,内蒙古 呼和浩特 010050;2.内蒙古医科大学附属医院内科,内蒙古 呼和浩特 010050)

[**摘 要**] **目的** 探讨直肠癌切除术老年患者术前不同营养状态对患者手术后恢复的影响为合理的营养支持及改善预后提供帮助。**方法** 选取我院肿瘤科直肠癌老年患者(年龄64~70岁)100例,使用营养风险筛查法NRS2002进行手术前营养风险筛查。将评分为1~2分的患者作为A组;评分不低于3分的患者作为B组;比较2组患者中接受和未接受肠内营养支持患者各项指标恢复情况。**结果** 经NRS2002量表评定,76例患者存在营养风险,其中37例进行了营养支持,其各项恢复情况明显优于无营养支持的营养风险性患者,术后胃管拔出时间(1.8±0.4)d *vs.* (2.9±1.5)d、排气时间(2.4±0.6)d *vs.* (4.3±0.9)d、进食时间(2.9±0.5)d *vs.* (4.5±1.1)d、住院时间(10.8±0.9)d *vs.* (14.1±1.3)d、感染相关性并发症发生率0 *vs.* 5.13%,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 直肠癌老年患者手术前已存在不同程度的营养流失问题,对患者营养风险程度进行客观评估并进行针对性护理及营养支持可显著改善患者术后营养情况并促进术后胃肠功能进行恢复。

[**关键词**] 直肠癌老年患者;术前营养风险筛查;术后康复情况;影响

[**中图分类号**] R657.1 [**文献标识码**] A [**收稿日期**] 2015-07-20

Effect of different nutritional status of elderly patients with rectal cancer before surgery on postoperative rehabilitation

LIU Yu-hua[1],FAN Ya-dong[2] (1.Hyperbaric Oxygen Chamber,Affiliated Hospital of Inner Mongolia Medical University,Hohhot Inner Mongolia 010050,China;2.Medical Department,Affiliated Hospital of Inner Mongolia Medical University, Hohhot Inner Mongolia 010050,China)

Abstract: Objective To summarize the prognosis of elderly patients with colorectal cancer excision who were divided into different groups by the nutritional status before their surgery. **Methods** In our hospital,100 patients (age from 64 to 70) with colorectal cancer were performed the screening of nutritional risk by NRS2002 before surgery. Patients with score from 1 to 2 were as the group A group,and patients with score over 3 were as group B. The related indexes and recovery between two groups were compared. **Results** The NRS2002 rating scale score showed that 76 patients were at nutritional risk,37 cases among them received nutrition support and had faster recovery of intestinal function[the time of tube pulled out after operation(1.8±0.4)d *vs.* (2.9±1.5)d,exhaust time(2.4±0.6)d *vs.* (4.3±0.9)d,time of intake food(2.9±0.5)d *vs.* (4.5±1.1)d,length of stay(10.8±0.9)d *vs.* (14.1±1.3)d,incidence of infection related complications 0 *vs.* 5.13%],the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** Problems exist in varying degrees of loss of nutrition in elderly colorectal cancer patients before surgery,an objective assessment of the extent and targeted care and nutritional support can significantly improve the postoperative nutrition and to facilitate recovery of gastrointestinal function after surgery.

[**通信作者**] 范亚东,E-mail:1328228602@qq.com

[参考文献]

[1] 杨兰钫.腹腔镜胆道探查术后胆管一期缝合与T管引流的疗效比较[J].中国社区医师,2014,30(20):21-23.

[2] 黄长伟,周克水,孙伟君.腹腔镜下胆囊切除胆总管切开取石并T管引流术60例分析[J].中国社区医师(医学专业),2013,15(5):85-86.

[3] Wang B,Ding YM,Nie YG,et al. The Clinical Evaluation of Laparoscopic Transcystic Duct Common Bile Duct Exploration in Elderly Choledocholithiasis[J]. Hepatogastroenterology,2014,61(132):892-896.

[4] 杨光涛.胆囊结石患者行腹腔镜胆囊切除术的病例分析[J].当代医学,2013,119(23):34-35.

[5] 周 纲.腹腔镜下胆总管切开取石T管引流术疗效分析[J].基层医学论坛,2014,18(34):4646-4647.

[6] Yang YL,Zhang C,Zhang HW,et al. Common bile duct injury by fibrin glue:report of a rare complication[J]. World J Gastroenterol,2015,21(9):2854-2857.

[7] 颜桂兰,李国祥,苟 欣,等.优质护理在微创治疗胆总管结石中的应用[J].护士进修杂志,2012,27(3):281-282.

[8] Muzaffar I,Zula P,Yimit Y,et al. Randomized comparison of postoperative short-term and mid-term complications between T-tube and primary closure after CBD exploration[J]. J Coll Physicians Surg Pak,2014,24(11):810-814

[9] 徐舒畅.探讨用不置T管腹腔镜辅助肝切除术治疗肝内外胆管结石的可行性[J].当代医药论丛,2014,12(1):117-118.

[10] 陶 锐,周晓宏,张 祥,等.腹腔镜联合胆道镜治疗肝内外胆管结石在基层医院的应用[J].局解手术学杂志,2013,22(2):170-172.

(编辑:左艳芳)

Keywords: elderly patients with colorectal cancer; preoperative nutritional risk screening; postoperative rehabilitation; influence

住院患者中有10% ~50%存在不同程度的营养不良,恶性肿瘤患者营养不良发生率高达55% ~80%[1-2]。对于直肠癌患者来说,围手术期常发生营养不良及免疫功能下降,且易引发相关并发症。癌灶除对自身营养进行消耗外还对机体营养吸收造成障碍;尤其是老年患者,疾病导致机体能量消耗并对蛋白质需求增加,营养物质摄取不足,炎症反应造成分解代谢增加。另外,由于患者在生理代谢逐渐缓慢、器官功能衰退的同时可能还有其他基础疾病,更加重了营养不良。患者自身营养状况可对手术后疾病治疗效果及预后情况产生直接影响。因此,合理的营养支持对促进疾病治疗及改善预后具有重要意义。存在营养不良风险的患者中,获得营养支持患者术后并发症及感染性并发症发生率显著降低,且身体恢复时间及部分营养指标改善时间较未获得营养支持患者更短[3]。本研究通过对直肠癌老年患者术前营养风险筛查情况进行评估并对其手术恢复情况进行分析,探讨患者术前营养风险状况对直肠癌术后恢复及预后的影响,现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院2013年7月至2014年7月100例直肠癌老年患者作为研究对象,其中男56例,女44例;年龄64 ~70岁,平均(67.2 ±3.1)岁。所有患者均经肠镜检查取活检病理后确诊为直肠癌并需接受手术治疗。所有患者入院前均未接受过其他抗肿瘤治疗,入院后需行根治性手术进行治疗。根据国际抗癌联盟及美国癌症协会对肿瘤的TNM分期标准包括0期6例,Ⅰ期32例,Ⅱ期36例,Ⅲ期20例,Ⅳ期6例。100例患者入院时基本资料无显著差异性,具有可比性。

1.2 数据收集

患者入院后对其姓名、年龄、身高、体质量、主要诊断、亚组分析、术前体质指数(BMI)评分等进行详细记录[4],回顾性调查其最近2周及近3个月体质量变化及饮食摄入情况。应用NRS2002评分系统根据患者近1 ~3个月BM改变及体质量变化,饮食改变情况及患者年龄、疾病严重程度等,对其可能存在的营养风险进行评估。年龄超过70岁作为营养风险因素之一,风险程度评分加1分。手术根据腹部大手术评分视为中度2分。根据NRS-2002对患者进行筛查,评分为0分患者为无营养风险;评分1 ~2分患者为可能具有潜在营养风险;评分不低于3分为存在营养不良风险需给予营养支持[5-6]。临床一般将NRS2002量表的Kappa值定为0.67,经专家评价后表明其具有较好的内容效度。

1.3 营养支持

营养不良风险患者采用潘炳权等[7]推荐的肠内营养支持方法,在手术过程中放置鼻肠营养管,术后经该管输注肠内营养制剂能全力,全量能全力热量为104.6 KJ(25 kcal·kg^{-1}·d^{-1},氮量为0.15 g·kg^{-1}·d^{-1})。术后第1天输注全量的1/3,输注速度为20 ~30 mL/h;第2天输注全量的2/3,输注速度为40 ~50 mL/h;术后第3 ~7天输注全量的营养制剂,输注速度为80 ~120 mL/h,到第7天结束。

1.4 观察指标

对患者手术前后体质量变化进行记录,并比较营养风险程度不同,患者术后各项指标恢复时间及并发症发生人数。

1.5 统计学处理

采用SPSS 18.0软件系统分析所有数据,计数资料采用χ^2检验,计量资料采用t检验,$P<0.05$表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 术前营养风险筛查结果

所有患者经NRS2002量表评定后均存在营养风险。其中评分1 ~2分患者共24例,将其作为A组,可能存在潜在营养风险。评分不低于3分患者共76例作为B组,营养风险阳性,需进行预防性营养支持。患者术前BMI比较无显著差异($P>0.05$),见表1。在B组中随机选择37例患者进行营养支持,B组剩余39例和A组24例患者未进行营养支持。

表1 患者术前营养风险筛查结果

组别	n	NRS评分(分)	BMI(kg/m^2)
A组	24	3.4 ±0.3	19.3 ±2.1*
B组	76	3.6 ±0.8	19.2 ±2.2

*:与B组比较,$P>0.05$

2.2 2组营养风险患者手术后恢复情况比较

A组24例存在潜在营养风险患者未进行营养支持,其术后各项指标恢复时间,总治疗时间及相关并发症发生人数与B组39例术前存在营养风险未进行预防性营养支持的患者术后各项指标无显著差异($P>0.05$)。37例术前存在营养风险的患者进行营养

支持后,术后胃管拔出时间、排气时间、进食时间、住院时间、感染相关性并发症发生率均优于无营养支持的存在营养风险的患者,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组营养支持的营养风险患者手术后恢复情况比较

组别		胃管拔出时间(d)	排气时间(d)	进食时间(d)	住院时间(d)	感染相关性并发症发生率(%)
A组		2.4±1.3	3.9±0.8	4.2±1.0	12.2±1.0	4.17
B组	无营养支持	2.9±1.5*	4.3±0.9*	4.5±1.1*	14.1±1.3*	5.13*
	营养支持	1.8±0.4#	2.4±0.6#	2.9±0.5#	10.8±0.9#	0#

*:与A组比较,$P>0.05$;#:与B组无营养支持患者比较,$P<0.05$

3 讨论

近年来,直肠癌作为消化道最常见的恶性肿瘤发病率显著增加。约30%的结直肠癌患者存在不同程度的营养不良,主要原因是恶性肿瘤本身的消耗和肿瘤疼痛对食欲的影响[8]。直肠癌老年患者由于年龄因素,机体味觉、嗅觉等功能日益衰退,导致其饮食摄入量减少;手术应激造成患者蛋白动员增加造成能量消耗巨大,患者自身营养状况不佳;再加上老年患者全身组织器官发生退行性改变,组织再生修复能力较差[9-11],这些因素导致直肠癌老年患者营养不良、免疫功能下降,使并发症、感染和肿瘤复发的几率增加[12]。本研究通过对100例直肠癌老年患者进行术前营养风险评估后发现,患者均存在不同程度营养风险。因此,对于年龄超过60岁患者来说,入院时需及时对其营养风险进行评估,并根据结果对营养风险患者进行必要的营养支持[13]。

近年来,随着肠内营养技术的进步和患者对其认识水平的提高,胃肠道肿瘤术后肠内营养受到重视,并得到进一步的临床推广[14]。肠内营养支持能促进肠道蠕动,维护肠道黏膜屏障,减少肠源性感染的发生。钟磊等[15]研究表明,肠内营养支持方案的优势在于并发症发生率低、胃肠道功能恢复快、营养支持费用和感染治疗费用低。阮戈[16]研究发现,胃肠道恶性肿瘤患者在围手术期应用肠内营养支持后,可以有效改善患者营养状况和免疫功能,提高手术效果,促进术后康复,减少并发症发生。本研究结果显示,对患者进行术前营养风险筛查并对37例存在营养风险患者进行肠内营养支持,手术后营养支持患者各项指标恢复情况及并发症发生率明显优于无营养支持的营养风险患者,提示直肠癌老年患者术前多存在营养不良或潜在营养风险。对存在营养风险的直肠癌老年患者,进行积极的营养支持,可更好地促进术后胃肠功能恢复,降低相关并发症发生率,缩短住院时间,对加快患者恢复速度,改善预后情况具有重要意义。

[参考文献]

[1] 赵艳芳. 胃癌营养风险筛查与营养支持治疗的调查分析[D]. 昆明:昆明医科大学,2013.

[2] 杨 平,陈 博,伍晓汀. 胃癌住院患者营养风险及临床营养支持现状调查[J]. 中国普外基础与临床杂志,2011,13(6):620-624.

[3] 于 康,周晓容,郭亚芳. 恶性肿瘤住院患者营养风险和营养不足发生率及营养支持应用状况调查[J]. 肿瘤学杂志,2011,18(6):408-411.

[4] 贾震易,秦环龙. 胃肠肿瘤患者营养风险与营养支持调查分析[J]. 中国普外基础与临床杂志,2011,12(7):1254-1258.

[5] 魏 娜. 老年直肠癌患者围手术期营养风险的研究[D]. 天津:天津医科大学,2010.

[6] 梅天明,倪进斌,魏 俊. 直肠癌低位前切术后吻合口漏的早期肠内营养治疗[J]. 安徽医学,2014,11(2):215-217.

[7] 潘炳权,王 伟,葛晓军. 早期肠内营养支持对胃癌根治术后患者的疗效观察[J]. 中国普通外科杂志,2011,20(7):778-780.

[8] 陈治明,周 克,吴 平,等. 早期肠内肠外营养支持对结直肠癌患者术后影响[J]. 局解手术学杂志,2015,24(1):85-87.

[9] 商景荣. 直肠癌前切除术后吻合口瘘与营养风险关系分析[J]. 实用临床医药杂志,2015,12(7):109-110.

[10] 易国华,李 强,王 勇,等. 直肠癌术后低位吻合口瘘的非手术治疗[J]. 实用临床医药杂志,2011,23(11):61-62.

[11] 刘战丛,王乃忠,王金柱,等. 早期肠内营养对结直肠癌患者术后恢复的影响[J]. 医药论坛杂志,2011,18(11):122-124.

[12] 吴国豪. 恶性肿瘤患者营养不良的原因及防治对策[J]. 中华胃肠外科杂志,2010,13(3):170-172.

[13] 费伯健,潘菊萍,吴浩荣,等. 术前营养风险筛查对结直肠癌患者围手术期营养支持治疗的临床意义[J]. 中华胃肠外科杂志,2014,(6):582-585.

[14] 王 华,简玉华. 老年胃癌患者术后早期肠内营养的应用价值分析[J]. 局解手术学杂志,2013,22(3):280-281.

[15] 钟 磊,陈叶恒,董 宁,等. 结直肠癌患者术后不同营养支持途径的对比分析[J]. 重庆医学,2014,(35):4808-4809.

[16] 阮 戈. 肠内营养支持在胃肠道恶性肿瘤患者围手术期的应用[J]. 中国普通外科杂志,2012,21(6):749-752.

(编辑:左艳芳)