

# 应用早期肠内营养联合多学科协作心理社会干预 对胃肠恶性肿瘤手术患者的效果分析

何艳, 耿立丹\*

(绵阳市中心医院肿瘤科, 四川 绵阳 621000)

**摘要:** **目的** 探讨早期肠内营养联合多学科协作心理社会干预治疗胃肠恶性肿瘤术后患者, 对其胃肠功能恢复效果与营养状况的影响。**方法** 按照随机数字表法将2020年5月至2021年10月绵阳市中心医院收治的86例行胃肠恶性肿瘤根治术治疗的患者分为对照组和观察组, 各43例。给予对照组患者术后肠外营养治疗, 给予观察组患者术后早期肠内营养治疗, 且治疗期间均给予两组患者多学科协作的心理社会干预, 均连续治疗7d并干预至出院。比较两组患者临床相关指标, 术前与术后7d的营养状况、免疫指标, 以及治疗期间的并发症。**结果** 观察组患者排气、排便及住院时间均短于对照组; 与术前比较, 术后7d两组患者血清总蛋白(TP)、白蛋白(ALB)、前白蛋白(PA)、转铁蛋白(TRF)及血清免疫球蛋白A(IgA)、免疫球蛋白G(IgG)、免疫球蛋白M(IgM)水平均降低, 但观察组高于对照组; 治疗期间观察组患者并发症总发生率低于对照组(均 $P<0.05$ )。**结论** 应用早期肠内营养联合多学科协作心理社会干预胃肠恶性肿瘤可加速患者胃肠功能恢复, 有效改善患者营养状况, 提高免疫功能, 降低并发症发生率, 效果良好。

**关键词:** 胃肠恶性肿瘤; 早期肠内营养; 多学科协作心理社会干预; 营养状况; 免疫功能

**中图分类号:** R735.2

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.15.0128.04

**作者简介:** 何艳, 大学本科, 护师, 研究方向: 营养护理。

**通信作者:** 耿立丹, 大学本科, 住院医师, 研究方向: 胃肠肿瘤的诊疗。E-mail: 503579509@qq.com

者不良心理情绪、调节胃肠道功能, 进而促进患者生理健康的恢复, 并降低疼痛感。此外, 乌司他丁是从健康男性的尿液中所提取, 其主要对蛋白酶活性产生影响, 且不会对患者呼吸系统、消化系统等器官功能产生影响, 因此未增加患者不良反应的发生率<sup>[12]</sup>。

综上, 乌司他丁联合循证护理干预可有效减轻重症急性胰腺炎患者的炎症反应, 改善免疫功能, 并促进患者生理健康的恢复, 减轻疼痛, 且安全性良好。但由于重症急性胰腺炎患者的发病机制错综复杂, 且本研究仅在治疗期间内对患者病情变化进行了观察, 未进行长期跟踪随访, 因此后续可通过对患者进行随访, 来获得乌司他丁治疗联合循证护理干预对重症胰腺炎的具体作用机制与远期疗效。

## 参考文献

- [1] 姚建国. 急性胰腺炎患者的乌司他丁和醋酸奥曲肽注射液联合治疗效果观察[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(19): 2810-2812.
- [2] 潘龙飞, 王立明, 牛泽群, 等. 乌司他丁联合奥曲肽对重症急性胰腺炎患者炎症风暴和肺损伤的作用及机制[J]. 肝胆胰外科杂志, 2021, 33(3): 147-151.
- [3] 张国梅. 循证护理对重症急性胰腺炎患者病情缓解、生存质量及C-反应蛋白水平的影响观察[J]. 河北医药, 2019, 41(22): 3502-3505, 3509.
- [4] 张圣道, 雷若庆. 重症急性胰腺炎诊治指南[J]. 中华外科杂志, 2007, 45(11): 727-729.
- [5] 何文华, 郑西, 祝荫, 等. 基于大样本数据库比较APACHE II、Ranson、BISAP和CTSI评分在早期预测急性胰腺炎病情严重程度价值的价值[J]. 中华胰腺病杂志, 2019, 19(3): 172-176.
- [6] 严广斌. 视觉模拟评分法[J/CD]. 中华关节外科杂志(电子版), 2014, 8(2): 273.
- [7] 王慧江. 乌司他丁配合预防性护理对重症急性胰腺炎患者肝功能及血清TNF- $\alpha$ 、IL-6、IL-10水平的影响[J]. 河北医药, 2021, 43(4): 631-634.
- [8] 孙洁. 循证护理对重症急性胰腺炎患者临床疗效及体内淀粉酶水平的影响[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(12): 2128-2129.
- [9] 朱云祥, 韩波, 李昊晋, 等. 重症急性胰腺炎继发脓毒症与肠道细菌易位、炎症及免疫抑制的关系[J]. 中国病原生物学杂志, 2017, 12(10): 1010-1013.
- [10] 李霞, 庄伟, 马冲, 等. 丙氨酰谷氨酰胺辅助乌司他丁治疗重症急性胰腺炎肺损伤的效果及对肺功能、炎症反应、免疫功能的影响[J]. 中国医药导报, 2022, 19(7): 92-95.
- [11] 刘敏, 陈建永, 赵丽, 等. 奥曲肽联合乌司他丁在改善老年重型急性胰腺炎患者预后中的应用[J]. 中华老年医学杂志, 2021, 40(2): 182-187.
- [12] 郑盛, 杨涓, 张帆, 等. 生长抑素联合乌司他丁治疗重症急性胰腺炎临床疗效及安全性分析[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(30): 5941-5944.

胃肠恶性肿瘤是一种临床发病率与病死率均较高的疾病,对于患者消化道的营养吸收功能与基础代谢功能均可产生较大的损伤,随着病情进展,患者的营养状况和免疫功能也会受到影响<sup>[1]</sup>。手术治疗为临床常用的治疗手段,但手术所造成的创伤加上患者自身营养不良症状,不利于患者的预后恢复,因此采取一定的营养支持至关重要。肠外营养治疗主要通过静脉注射的方式,使营养液随着患者的血液循环发挥作用,但由于其不经过肠道进行营养吸收,不利于患者胃肠道功能的恢复且长期使用易使得各项生理功能发生紊乱<sup>[2]</sup>。而肠内营养可通过胃造瘘口、鼻肠管、口服等多种方式将营养液送至胃肠道,通过胃肠道消化吸收的方式补充所需要的营养,可以连续且长期使用。有研究表明,小肠的吸收、蠕动等功能通常在术后12~24 h就能恢复,而且只要肠道功能良好,可首选肠内营养<sup>[3]</sup>。多学科协作心理社会干预通过建立多专业小组,联合多个学科的护理人员对患者进行干预,提供系统化、规范化且全面的护理措施,有助于调节患者的心理状态,提高生活质量<sup>[4]</sup>。基于此,本研究旨在探讨早期应用肠内营养联合多学科协作的心理社会干预胃肠恶性肿瘤患者的效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 按照随机数字表法将2020年5月至2021年10月绵阳市中心医院收治的86例行胃肠恶性肿瘤根治手术治疗的患者分为对照组和观察组,各43例。对照组患者中男性22例,女性21例;年龄20~70岁,平均 $(51.78 \pm 6.51)$ 岁;肿瘤类型:直肠癌11例,结肠癌13例,胃癌19例。观察组患者中男性20例,女性23例;年龄21~69岁,平均 $(51.82 \pm 6.43)$ 岁;肿瘤类型:直肠癌12例,结肠癌14例,胃癌17例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),组间具有可比性。诊断标准:参照《实用胃肠恶性肿瘤诊疗学(上卷)》<sup>[5]</sup>中关于胃肠恶性肿瘤的诊断标准。纳入标准:符合上述诊断标准者;术前均经病理学检查确诊且行肿瘤根治术者;经影像学检查显示,在Ⅰ~Ⅲ期,且无远处转移者;近1个月未使用过免疫抑制剂或激素者等。排除标准:存在严重代谢功能障碍或糖尿病者;术前合并严重感染者;患有严重免疫系统相关疾病者等。本研究已经院内医学伦理委员会批准,且所有患者及其家属均已签署知情同意书。

## 1.2 治疗与护理方法

**1.2.1 治疗方法** 所有患者均行胃肠恶性肿瘤根治手术。对照组患者术后行深静脉置管,在术后第1天经深静脉导管给予肠外营养液,主要包括:50%葡萄糖注射液(沈阳志鹰药业有限公司,国药准字H20045176,规

格:100 mL:葡萄糖10 g)400 mL,20%中/长链脂肪乳注射液(C8-24Ve)(黑龙江博宇制药有限公司,国药准字H20173373,规格:每瓶250 mL含大豆油25 g与中链甘油三酸酯25 g)250 mL,复方氨基酸注射液(18 AA)(济民健康管理股份有限公司,国药准字H20023168,规格:250 mL:12.5 g)750 mL,注射用水溶性维生素(海南灵康制药有限公司,国药准字H20064086,规格:每瓶含有硝酸硫胺3.1 mg;核黄素磷酸钠4.9 mg;烟酰胺40 mg;盐酸吡多辛4.9 mg;泛酸钠16.5 mg;维生素C钠113 mg;生物素60 μg;叶酸0.4 mg;维生素B 125.0 μg)2瓶,胰岛素注射液(安徽宏业药业有限公司,国药准字H34021279,规格:10 mL:800 U)20 U,10%葡萄糖注射液1 500 mL,以上均加入3 L输液袋混合为肠内营养液进行静脉滴注,滴速设置为25 mL/h,术后第1天给予总剂量的1/2,术后第2天给予全量。观察组患者接受早期肠内营养治疗,术中患者消化道重建结束后,经鼻置入鼻肠管,末端穿过最远端吻合口10~15 cm后固定。在术后第1天给予肠内营养混悬液(TP)[纽迪希亚制药(无锡)有限公司,国药准字H20051444,规格:500 mL/袋]500 mL,滴注治疗,滴速设置为20~30 mL/h;在术后第2天给予1 000 mL,滴速设置为35~45 mL/h;在术后第3~7天给予1 500 mL,滴速设置为60~100 mL/h。两组患者均连续治疗7 d。

**1.2.2 护理方法** 两组患者均采用多学科合作心理社会干预。①建立多学科协作干预团队。包括肿瘤科胃肠组医师、护士、心理科医师、志愿者及社工部工作人员等,并协调多学科协作团队组成;多学科干预团队通过开展专题研讨会讨论并确定干预方案的内容及干预过程中需要注意的事项;同时建立微信沟通平台,保证及时有效的沟通,遇到问题及时沟通解决。②根据团队成员的学科特色进行分工。心理科医师主要负责常规心理社会支持;肿瘤科专科护士主要负责对不良反应的相关知识与检查过程中的注意事项等进行讲解,并及时对患者的躯体状态进行评估,给予针对性的沟通交流;肿瘤科胃肠组医师主要负责将疾病相关知识、治疗方法、注意事项等以集体授课的方式告知患者;志愿者可通过座谈会的方式与患者分享治疗过程中的自身经验,鼓励患者积极面对,保持良好的心态;社工部工作人员主要负责与患者的沟通疏导,如何应对家庭关系的变化、压力的缓解等问题。③进行微信及纸质手册干预。在干预前给予患者胃肠肿瘤化疗科普手册;在现场干预完成后,将讲座与活动的内容进行整理并微信推送,确保每个患者均能接受心理社会干预。两组患者均干预至出院。

**1.3 观察指标** ①记录并比较两组患者排气、排便及住

院时间。②分别于术前、术后 7 d，采集两组患者 5 mL 的肘静脉血，以 3 000 r/min 转速离心 15 min 后取血清，采用免疫比浊法检测血清总蛋白（TP）、白蛋白（ALB）、前白蛋白（PA）、转铁蛋白（TRF）水平。③血液采集与血清制备方法同②，采用免疫比浊法检测免疫球蛋白 A（IgA）、免疫球蛋白 G（IgG）、免疫球蛋白 M（IgM）水平。④统计两组患者治疗期间并发症的发生情况，包括腹痛、腹胀、腹泻、静脉炎。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 20.0 统计学软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用  $\chi^2$  检验；计量资料均经 K-S 法检验确定符合正态分布，并以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，两组间比较采用  $t$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床相关指标比较** 观察组患者排气、排便及住院时间均短于对照组，差异均有统计学意义（均  $P < 0.05$ ），见表 1。

**2.2 两组患者营养状况指标比较** 与术前比，术后 7 d 两组患者血清 TP、ALB、PA、TRF 水平均降低，但观察组高于对照组，差异均有统计学意义（均  $P < 0.05$ ），见

表 2。

**2.3 两组患者免疫功能指标比较** 与术前比，术后 7 d 两组患者血清 IgA、IgG、IgM 水平均降低，但观察组均高于对照组，差异均有统计学意义（均  $P < 0.05$ ），见表 3。

**2.4 两组患者并发症发生情况比较** 治疗期间观察组患者并发症总发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 4。

## 3 讨论

胃肠恶性肿瘤属于一种慢性消耗性疾病，术前由于患者肿瘤消耗，肠道消化功能下降，导致营养摄入能力减退，而术后患者机体处于高分解代谢状态，因此，导致大部分患者出现营养不良、体质虚弱及免疫力低下等现象，影响患者预后。研究显示，术后采取合理的营养支持可改善胃肠恶性肿瘤患者的胃肠道功能，肠外营养治疗是通过静脉注射营养液的方式补充患者机体能量，随血液循环传输至全身各处，可有效改善营养不良症状<sup>[6]</sup>。但长期的肠外营养容易使患者胃肠功能出现紊乱、菌群移位，因此，导致临床使用存在一定的局限性。

有学者发现，胃肠道术后患者的胃与大肠功能恢复较

表 1 两组患者临床相关指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	排气时间 (h)	排便时间 (h)	住院时间 (d)
对照组	43	69.18±10.14	76.89±10.46	21.62±3.39
观察组	43	43.22±6.19	56.11±7.23	18.54±3.17
$t$ 值		14.329	10.716	4.352
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组患者营养状况指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	TP(g/L)		ALB(g/L)		PA(mg/L)		TRF(g/L)	
		术前	术后 7 d	术前	术后 7 d	术前	术后 7 d	术前	术后 7 d
对照组	43	67.85±5.92	61.17±6.19*	38.69±4.21	31.24±5.13*	263.77±39.06	225.35±39.67*	2.77±0.46	1.65±0.37*
观察组	43	67.82±5.88	65.32±5.73*	38.66±4.19	34.17±5.02*	262.65±40.85	242.68±40.74*	2.71±0.42	2.04±0.33*
$t$ 值		0.024	3.226	0.033	2.677	0.130	1.998	0.632	5.158
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与术前比，\* $P < 0.05$ 。TP：总蛋白；ALB：白蛋白；PA：前白蛋白；TRF：转铁蛋白。

表 3 两组患者免疫功能指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ , g/L)

组别	例数	IgA		IgG		IgM	
		术前	术后 7 d	术前	术后 7 d	术前	术后 7 d
对照组	43	2.39±0.24	1.31±0.31*	12.54±4.12	7.55±3.45*	1.25±0.34	0.72±0.27*
观察组	43	2.42±0.17	2.02±0.16*	12.47±4.09	10.26±3.07*	1.27±0.32	1.11±0.14*
$t$ 值		0.669	13.346	0.079	3.848	0.281	8.409
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与术前比，\* $P < 0.05$ 。IgA：免疫球蛋白 A；IgG：免疫球蛋白 G；IgM：免疫球蛋白 M。



表 4 两组患者并发症发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	腹痛	腹胀	腹泻	静脉炎	总发生
对照组	43	6(13.95)	4(9.30)	5(11.63)	3(6.98)	18(41.86)
观察组	43	2(4.65)	1(2.33)	1(2.33)	1(2.33)	5(11.63)
$\chi^2$ 值						10.030
P 值						<0.05

慢,而小肠功能在术后数小时即可恢复<sup>[7]</sup>。早期的肠内营养支持是通过向胃肠道灌入营养液的方式有效激活肠道内分泌系统,促进胃肠激素与消化液的大量分泌,进而增加患者内脏的血流量,保护胃肠黏膜屏障,减少腹痛、腹泻等并发症的发生;同时肠内营养剂进入肠道后,可促进肠道功能的恢复,对肠内营养剂的吸收率显著提升,从而缩短胃肠功能恢复时间,有利于患者快速恢复。多学科协作心理社会干预可结合多学科的自身特色对患者进行全面的干预,在多学科团队成员的帮助下,患者可以积极改变错误认知,提高应对能力,感知到家庭和社会的支持;同时,在患者与志愿者交流的过程中,可以增强患者对抗疾病的信心,从而有利于患者积极配合治疗<sup>[8]</sup>。本研究结果中,观察组患者排气、排便及住院时间均短于对照组,且治疗期间并发症总发生率低于对照组,可见早期应用肠内营养联合多学科协作的心理社会干预胃肠恶性肿瘤术后患者,可有效保护患者的肠黏膜屏障功能,加速胃肠功能恢复,减少术后并发症的发生。

血清 TP、ALB、PA、TR 均由机体内的肝细胞所产生,临床常用来评估患者肝细胞合成蛋白的能力,进而对机体的营养状况作出判断,当胃肠道功能出现异常或代谢毒素过多时,该蛋白指标可被大量消耗并呈现低水平状态<sup>[9]</sup>。本研究中,术后 7 d 观察组患者血清 TP、ALB、PA、TRF 水平均高于对照组,说明相较于肠外营养治疗,早期应用肠内营养联合多学科协作心理社会干预胃肠恶性肿瘤术后患者,更有利于患者整体的营养状态的改善。可能是由于肠内营养刺激肠血流量和回肝血流量升高,促进有害物质经肝代谢分解,而且肝血流量的升高也有利于胆汁淤积的缓解,从而一定程度上保护了肝功能,进而利于血清 TP、ALB、PA、TR 等蛋白的合成。IgA、IgG、IgM 是常见的评估机体免疫功能的指标,其与免疫功能呈正相关。早期肠内营养是经过胃肠道提供代谢所需的营养物质和其他营养素的营养支持方法,而且早期肠内营养支持可以有效地维持患者机体肠黏膜营养状态,促进肠黏膜功能恢复,避免了肠黏膜通透性降低,从而保证了术后患者肠道的正常屏障功能,有效地维持患者免疫功能,增强患者的抵抗力<sup>[10]</sup>。此外,多学科协作心理社会干预可通过授课或团体活动的方式,帮助患者正确认识疾病和治疗过程,以及相关注意

事项等,可辅助治疗效果的提升。本研究结果显示,术后 7 d 观察组患者血清 IgA、IgG、IgM 水平均高于对照组,表明应用早期肠内营养联合多学科协作心理社会干预治疗胃肠恶性肿瘤可有效促进患者术后免疫功能的恢复,效果良好。

综上,应用早期肠内营养联合多学科协作心理社会干预胃肠恶性肿瘤可加速患者胃肠功能恢复,有效改善患者营养状况,提高免疫功能,降低并发症发生率,效果良好,值得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1] 左婷婷,郑荣寿,曾红梅,等.中国胃癌流行病学现状[J].中国肿瘤临床,2017,44(1): 52-58.
- [2] 毛祖泽.老年胃癌胃切除患者术后早期肠内营养与全肠外营养的临床对比研究[J].中国中西医结合消化杂志,2015,23(6): 442-444.
- [3] 关慧慧,孙威.早期肠内与肠外营养结合在胃癌全胃切除术后应用效果[J].中国医药导报,2015,12(26): 78-81.
- [4] 周同,胡雁,彭健,等.胃肠恶性肿瘤化疗患者多学科合作心理社会干预方案的构建[J].护理学杂志,2020,35(16): 80-83.
- [5] 王天宝.实用胃肠恶性肿瘤诊疗学(上卷)[M].广州:广东科技出版社,2012: 174-180.
- [6] 李晨,陈贵进,郭玉霖,等.胃癌全胃切除术后早期肠内营养结合肠外营养的疗效观察[J].解放军医学院学报,2016,37(6): 599-602.
- [7] 张东,陆昌荣,卢挺斌.早期肠内营养在胃恶性肿瘤术后的应用研究[J].广西医学,2015,37(2): 270-272.
- [8] 马玉琴.以护理结局为导向的多学科合作模式护理对胃癌患者术后护理干预效果探究[J].山西医药杂志,2020,49(20): 2839-2841.
- [9] 金晓波,刘轲,甘建春,等.免疫肠内营养制剂对胃肠道肿瘤病人营养状况和免疫功能的影响[J].肠外与肠内营养,2016,23(2): 91-93.
- [10] 黄龙华,程芙蓉,黄艳.肠内营养对胃恶性肿瘤患者术后免疫功能和肠功能的影响[J].现代肿瘤医学,2016,24(13): 2119-2122.