

〔文章编号〕 1007-0893(2021)03-0130-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.063

营养支持对晚期肿瘤患者的应用价值

李东亮 崔娟娟

(驻马店市中心医院, 河南 驻马店 463000)

〔摘要〕 目的: 研究针对晚期肿瘤患者实施营养支持的效果和价值。方法: 选择驻马店市中心医院2015年9月至2019年9月收治的130例晚期肿瘤患者为研究对象, 根据患者入院编号分组, 分为对照组和观察组, 各65例。对照组采用保守治疗措施, 观察组应用营养支持治疗措施, 比较这两组患者的治疗效果。结果: 干预后两组的微型营养评估法(MNA)评分、体质量指数(BMI)以及血红蛋白(HGB)、白蛋白(ALB)水平较干预前均有不同程度提升, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。且干预后观察组的MNA评分、BMI以及HGB、ALB水平均高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者不良反应发生率(7.69%)低于对照组(23.08%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 针对晚期肿瘤患者, 采取营养支持的治疗方式, 能保障患者的生活质量, 稳定患者各方面的指标。

〔关键词〕 晚期肿瘤; 营养支持; 微型营养评估法

〔中图分类号〕 R 459.3; R 73 〔文献标识码〕 B

肿瘤属于消耗性疾病, 约有一半的肿瘤患者存在营养不良问题, 这是引发恶病质的重要原因。晚期肿瘤患者会出现早饱、厌食、水肿、贫血、虚弱等问题, 这会加快肿瘤的发展。晚期肿瘤患者出现营养不良趋势和营养不良情况, 和患者的全身炎症、低摄入、高消耗有着一定的关系。长期无法有效吸收药物和食物, 会提升不良反应的发生几率, 同时降低患者的生活质量, 伤口难以有效愈合, 时机生存率比较低。针对晚期肿瘤患者实施营养支持有着重要价值和意义, 以下是具体研究内容。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院2015年9月至2019年9月收治的130例晚期肿瘤患者为研究对象, 根据患者入院编号分组, 分为对照组和观察组, 各65例。纳入标准: 患者确诊为晚期肿瘤^[1], 患者或者家属知情同意本研究。排除标准: 患者意识不清, 存在认知功能障碍或者肝肾功能障碍。观察组包括31例男性和34例女性, 年龄在45~80岁之间, 平均年龄(60 ± 10.5)岁; 疾病类型如下: 肺癌27例, 胃癌21例, 乳腺癌8例, 肝癌6例, 结直肠癌3例。对照组包括32例男性和33例女性, 年龄在47~78岁之间, 平均年龄(62 ± 9.8)岁; 疾病类型如下: 肺癌25例, 胃癌20例, 乳腺癌10例, 肝癌7例, 结直肠癌3例。两组患者性别、年龄、疾病类型等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 应用保守治疗措施, 指导患者食用容易消化、清淡和富含营养的常规流质食物、半流质食物和软食,

同时结合患者情况实施基础护理。(1) 重视患者的机体体征变化, 如果发现出现心功能、肾功能、造血功能异常问题, 及时配合医生进行处置, 应用合理治疗方法, 预防肺部感染和全身性感染。(2) 加强对患者呼吸功能的监测, 对于呼吸道异物和分泌物, 通过及时清理保持通畅。(3) 给予晚期肿瘤患者气管插管和机械通气, 实施抗感染治疗措施, 保持患者电解质平衡并且纠正患者机体酸碱失衡。

1.2.2 观察组 应用营养支持治疗措施。在患者十二指肠或者胃内放置鼻饲管, 根据患者情况持续输注营养液, 合理控制输注量, 一般控制在 $800 \sim 1000 \text{ mL} \cdot \text{d}^{-1}$, 输液的初始阶段避免速度过高, 如果发现患者没有出现不良反应或者胃肠道不耐受问题, 那么在 $36 \sim 48 \text{ h}$ 之内提升管饲速率, 保障患者获得必要热量。控制营养液的构成, (1) 热量密度是 $1.0 \text{ kcal} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。热量构成如下: 34.4% 碳水化合物, 其中有20.4% 大豆多糖、18.8% 果糖、60.9% 麦芽糖; 49.1% 的脂肪, 包括高油红花油8.0% (富含单不饱和脂肪酸)、菜籽油10.1%、卵磷脂5.0%。16.7% 蛋白, 包括酪蛋白酸钠和酪蛋白酸钠钙。(2) 重量克分子渗透压浓度: 水为 $356 \text{ mOsm} \cdot \text{kg}^{-1}$, 克分子渗透压浓度数值是 $329 \text{ mOsm} \cdot \text{L}^{-1}$, 肾溶质负荷数值是 $360 \text{ mOsm} \cdot \text{L}^{-1}$ 。首次输注 $16 \sim 20 \text{ h}$, 如果营养支持不充分, 需要利用静脉输注的模式, 保障患者热量充分。科学控制摄入量, 分析患者在接受治疗期间的能量需要, 遵循多元化饮食原则, 避免营养不良。

1.3 观察指标

(1) 两组患者接受干预1个月之后, 评价患者的具体营养状况, 使用微型营养评估法(mini nutritional assessment, MNA)判断。良好的标准: 评分 > 24 分; 不良的标准:

〔收稿日期〕 2020-11-26

〔作者简介〕 李东亮, 男, 住院医师, 主要研究方向是肿瘤学。

评分在 17~24 分之间；低下的标准：评分低于 17 分。

(2) 测量患者的身高和体质量，分析体质量指数 (body mass index, BMI)， $BMI = \text{体质量 (kg)} / \text{身高 (m)}^2$ 。

(3) 测量两组患者的血红蛋白 (hemoglobin, HGB) 和白蛋白 (albumin, ALB) 水平，观察两组患者不良反应发生状况，其中有腹胀、腹泻、感染等。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，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 两组患者干预前后营养指标比较

干预后两组的 MNA 评分、BMI 以及 HGB、ALB 水平较干预前均有不同程度提升，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。且干预后观察组的 MNA 评分、BMI 以及 HGB、ALB 水平均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者干预前后营养指标比较 ($n = 65, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	MNA 评分 / 分	BMI / $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$	HGB / $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	ALB / $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	干预前	10.1 ± 1.3	12.3 ± 1.4	90.8 ± 14.1	28.3 ± 3.2
	干预后	13.4 ± 2.9	13.4 ± 1.3	100.1 ± 14.9	30.2 ± 2.5
观察组	干预前	10.2 ± 0.9	13.9 ± 2.1	92.1 ± 16.4	27.9 ± 2.9
	干预后	17.3 ± 1.9 ^a	14.7 ± 2.3 ^a	120.5 ± 12.7 ^a	35.8 ± 3.9 ^a

与同组治疗前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^b $P < 0.05$ ；注：MNA 一微型营养评估法；BMI 一体质量指数；HGB 一血红蛋白；ALB 一白蛋白

2.2 两组患者不良反应发生率比较

观察组不良反应发生率 (7.69%) 低于对照组 (23.08%)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率比较 ($n = 65, \text{例}$)

组别	感染	腹泻	腹胀	总发生 / n (%)
对照组	6	4	5	15(23.08)
观察组	2	2	1	5(7.69) ^c

与对照组比较，^c $P < 0.05$

3 讨论

在晚期肿瘤患者治疗中，主要采用肠内营养和肠外营养两种方式。

肠内营养指的是患者通过胃肠道获取需要营养的营养支持模式，包括管饲和口服。和肠外营养相比，这种方式少了较多的营养制剂种类限制，特殊配方制剂、大分子聚合物制剂均可^[1]。口服营养补充比较接近人体正常进食的状态，能降低住院费用、住院时间，保障患者的生存质量。晚期肿瘤患者需要接受化疗，他们的营养消耗比较大，仅仅通过经口营养支持模式难以达到营养需求。利用多种营养支持方法比较重要，管饲包括经皮胃肠造瘘术、经鼻空肠营养管和鼻饲胃管方式。鼻饲管经过咽部最终到达胃部，能达到营养支持

和肠胃减压的目的。近些年来，随着内镜技术的进步，胃肠造瘘术和经鼻空肠营养管置入技术也有显著进步。在内镜的指引下，能保障位置准确性，避免出现吸入性肺炎、胃肠返流或者移位问题，在降低治疗成本的同时，提升了营养支持的效果。经皮胃肠造瘘术适合晚期肿瘤患者，如果患者难以经过食道或者鼻进行喂养，那么适合采用这种方式，有利于让患者保持良好心态和外观^[2]。

在肠外营养支持模式下，需要通过静脉为患者提供需要的营养素。比较适合高消耗、应激、功能障碍、胃肠结构破坏的患者^[3]。晚期肿瘤患者的营养消耗速度比较快，在肿瘤的侵犯、转移、压迫等作用下，他们难以正常进食，营养状态受到影响。需要及时补充场外营养，进而快速恢复身体机能。一般来说，肠外营养液包括维生素、矿物质、碳水化合物、脂肪、氨基酸和水等，能让患者获得必要的营养成分。这种方法有着疗效确切、作用比较快的特点，能提升患者的生存期。需要注意的是，晚期肿瘤患者需要在化疗过程中置入输入性导管，这样能开展营养、给药、化疗、抽血等操作^[4]。在营养支持过程中，可能出现继续损伤、断裂、堵塞、渗漏、导管移位、空气栓塞、血管硬化、形成静脉血栓等问题，这些问题或者并发症可能危及患者生命。如果患者有着良好血管状态，并且不需要长期给予营养支持，那么优先采用滞留针模式，这样能降低并发症和感染的几率^[5]。晚期肿瘤患者消耗蛋白质和糖类的速度比较快，可能出现肝功能损害、电解质紊乱、糖代谢异常、脂肪酸缺乏等问题，进而形成结石或者胆囊内胆泥，需要特别关注这些问题。

本研究中，观察组的 MNA 评分、BMI 以及 HGB、ALB 水平均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率 (7.69%) 低于对照组 (23.08%)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。这个结果符合当前对营养支持疗法的研究结论，证明针对晚期肿瘤患者采用这种疗法有着较高的价值。

综上，在晚期肿瘤治疗过程中，应用营养支持的治疗方式，能保障患者的生活质量，稳定患者各方面的指标。

〔参考文献〕

- (1) 孙丽慧. 现代肿瘤学 (M). 长春: 吉林科学技术出版社, 2011.
- (2) 王书敏, 贾军梅, 平梅. 肠内免疫营养支持联合化疗治疗晚期胃癌的研究 (J). 肿瘤综合治疗电子杂志, 2019, 5(4): 36-39.
- (3) 翁玉英, 吕时花. 联合营养支持管理在肿瘤内科住院患者中的应用 (J). 中医院管理杂志, 2020, 28(11): 150-152.
- (4) 陈婵娟, 钟建雄, 陈凤琴, 等. 主动行为干预在恶性肿瘤放疗患者生活质量中的作用 (J). 首都食品与医药, 2019, 26(22): 9-10.
- (5) 蔡君. 肿瘤晚期营养不良患者肠内营养、肠外营养的疗效评价 (J). 人人健康, 2019, 38(11): 58-59.
- (6) 张新胜, 刘芳, 刘钊, 等. 个体化营养管理对放疗患者营养状况、生活质量及放疗耐受性的影响 (J). 实用预防医学, 2017, 24(4): 433-436.