

中药治疗结合营养干预对结肠癌患者围手术期营养状态的影响^{*}

钱雪梅¹, 胡德红¹, 钟美华¹, 喻清和¹, 梁玉玲²

(1 广州医学院第一附属医院外科, 广东广州, 510120; 2 广东省气象局医务室, 广东广州, 510080)

[摘要] 目的 探讨中药治疗结合营养干预对结肠癌患者围手术期营养状态的影响。方法 选择结肠癌患者 96 例, 按住院号的单、双号, 将患者分为干预组与对照组, 每组各 48 例。对照组给予常规营养干预, 干预组在此基础上, 给予补中益气汤加减。采用简易营养评价量表 (mini-nutrition assessment, MNA) 评价两组患者手术前后营养指标的变化及术后并发症的发生情况。结果 手术后, 除血红蛋白外, 干预组患者各项营养指标均优于对照组患者; 营养不良发生率和并发症发生率低于对照组患者, 两组比较, 均 $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。结论 中药治疗结合营养干预能有效地改善结肠癌患者的营养不良状况, 减少术后并发症的发生。

[关键词] 结肠癌; 围手术期; 营养状态; 饮食营养; 中药

[中图分类号] R248 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2013)03-0027-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.03.009

Effects of Chinese herbal medication combined with nutrition intervention on perioperative nutrition in patients with colon carcinoma

Qian Xuemei, Hu Dehong, Zhong Meihua, Yu Qinghe, Liang Yuling // Modern Clinical Nursing, -2013, 12(3):27.

[Abstract] **Objective** To investigate the effects of Chinese herbal medication combined with nutrition intervention on perioperative nutrition in patients with colon carcinoma. **Methods** Ninety-six patients with colon carcinoma were divided according to their odd or even number into the control group and the intervention group. The former were given routine nutrition and the latter Chinese herbal medication combined with nutrition intervention. Then the mini-nutritional assessment (MNA) was used to assess the changes before and after operation and the complications. **Results** The intervention group was significantly better than the control one in terms of all nutrition factors but hemoglobin ($P < 0.05$). The incidences of complication and dystrophy in the intervention group were lower than in control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of Chinese herbal medication combined with nursing intervention is important for the improvement of their nutrition and the reduction of postoperative complications.

[Key words] colon carcinoma; perioperative phrase; nutritional assessment; diet nutrition; Chinese herbs

结肠癌是人类最常见的恶性肿瘤之一, 全球每年约有 100 万以上的新发病例, 目前, 国内大城市结肠癌发病率和死亡率均居第 3 位^[1], 其治疗以手术根治性切除为主。结肠癌患者多因肠消化吸收功能受损, 肿瘤消耗、饥饿, 再加上手术创伤、应激导致明显营养不良, 影响术后的康复及后续治疗。补中益气汤加减具有益气健脾, 刺激骨髓增生, 补血养营填精, 促进白细胞显著增高等作用, 能预防或减轻恶性肿瘤化疗的毒副反应, 并提高疗效^[2-4]。自 2009 年 1 月 ~ 2011 年 12 月本科室在营养干预基础上对结肠癌患者采

用补中益气汤, 在改善患者营养状态方面取得较好的效果, 现将方法和结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2009 年 1 月 ~ 2011 年 12 月, 选择本科室收治的结肠癌行手术治疗的患者 96 例, 男 50 例, 女 46 例, 年龄 32 ~ 84 岁, 平均 (64.49 ± 9.75) 岁。肿瘤部位: 升结肠 9 例, 横结肠 17 例, 降结肠 12 例, 乙状结肠 58 例。排除标准: 急诊手术患者; 术前重度营养不良患者 (血浆白蛋白 $< 20 \text{ g/L}$); 肝肾功能严重障碍以及合并内分泌、代谢性疾病患者。按住院号的单、双号, 将患者分为干预组与对照组, 每组各 48 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 (均 $P > 0.05$), 具有可比性。

[基金项目] * 本课题为 2011 年广东省社会发展领域科技计划项目, 项目编号为粤科社 [2011] 106 号。

[收稿日期] 2012-05-16

[作者简介] 钱雪梅 (1963-), 女, 广东人, 副主任护师, 本科, 主要从事外科临床护理和护理教育工作。

1.2 方法

1.2.1 对照组 向患者讲解食物的三大营养物质的烹饪方法与消化吸收的关系,结肠对食物中营养素的吸收情况。根据患者的个体差异,有针对性进行饮食行为指导,指导患者根据自己的饮食爱好和习惯,结合自己的病情,制订饮食结构(营养搭配)、总量和三餐分配^[5],且符合自己的饮食计划,选择清淡、适量蛋白质、低热量、适量维生素、易消化的食物,少量多餐,注意色香、味调配,避免油腻、辛辣、冷冻的食物。中度及以上营养不良患者,增加口服安素肠内营养;无法经口进食患者给予肠外营养或留置胃管予肠内营养。

1.2.2 干预组 在对照组基础上,给予患者补中益气汤中药治疗。处方主要包括补中益气汤加减:黄芪、党参各 30 克,白术、当归各 12 克,陈皮、升麻各 9 克,柴胡 10 克,茯苓 15 克,炙甘草 6 克。若心气虚者,加麦冬、黄精各 15 克,五味子 6 克;肾气虚者,加杜仲、续断、山茱萸各 15 克。归脾汤加减:黄芪、党参各 30 克,当归、白术、茯苓各 12 克,龙眼肉、酸枣仁、熟地黄、白芍各 15 克,川芎 6 克,大枣 5 枚。水煎,每天 1 剂,分早、晚饭后 1 h 温服,术前服药 3~5 d,术后 2~3 d 恢复进食即开始加服中药(重新辨证,在术前用药的基础上加减成份)每天 1 剂,服药 5~7 d。

1.3 观察指标

1.3.1 营养状态 术前 2 d 及术后 7 d,采用简易营养评价量表(mini nutritional assessment, MNA)^[6]评估患者营养状况。MNA 评估内容包括:①人体测量指标:包括体重指数(body mass index, BMI)和近 3 个月体重丢失情况;②膳食问卷:包括食欲、食

物类型及液体摄入量、餐次、摄食行为模式、有无摄食障碍等;③整体评价:包括生活类型、医疗和用药情况、活动能力、有无应激和急性疾病,精神是否异常及主观对自身健康和营养状况的评价。总分 30 分,得分 ≥ 23.5 分为营养状况良好;17 分 \leq 且 < 23.5 分为潜在营养不良;得分 < 17 分为营养不良。营养不良及潜在营养不良均视为营养不良。

1.3.2 营养指标 监测两组患者手术前后营养指标变化情况,包括血清总蛋白、白蛋白、血红蛋白、前白蛋白、转铁蛋白等。

1.3.3 术后并发症 观察两组患者术后并发症发生情况,包括切口感染、尿路感染、肺部感染、肠吻合口瘘。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS 16.0 统计软件进行统计学分析。手术前后两组患者营养指标比较采用 t 检验;营养不良发生率和术后并发症发生率比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 手术前后两组患者营养指标比较

手术前后两组患者营养指标比较见表 1。从表 1 可见,除前白蛋白和转铁蛋白外,两组患者手术后营养指标均低于手术前;两组患者手术前后营养指标比较,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

2.2 手术后两组患者营养指标比较

手术后两组患者营养指标比较见表 2。从表 2 可见,除血红蛋白外,干预组患者各项营养指标均优于对照组患者,两组比较,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

表 1 手术前后两组患者营养指标比较 (g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	BMI	血红蛋白	血清白蛋白	血清总蛋白	前白蛋白 (mg/L)	转铁蛋白
对照组	术前	48	19.53 \pm 1.41	135.27 \pm 6.67	37.51 \pm 2.14	61.52 \pm 2.08	155.33 \pm 5.88	2.32 \pm 0.14
	术后	48	18.46 \pm 1.22	134.00 \pm 6.42	35.08 \pm 1.95	57.65 \pm 1.95	157.23 \pm 6.39	2.38 \pm 0.14
	t		16.59	10.76	35.67	32.25	-7.65	-6.16
	P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05
干预组	术前	48	20.38 \pm 1.67	137.10 \pm 5.85	37.98 \pm 1.57	62.08 \pm 1.60	157.35 \pm 4.93	2.38 \pm 0.10
	术后	48	19.48 \pm 1.51	135.60 \pm 5.69	36.65 \pm 1.48	61.23 \pm 1.54	161.35 \pm 4.91	2.50 \pm 0.08
	t		15.86	10.28	24.92	17.16	-21.24	-7.69
	P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表2 手术后两组患者营养指标比较 (g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	BMI	血红蛋白	血清白蛋白	血清总蛋白	前白蛋白 (mg/L)	转铁蛋白
对照组	48	18.46 ± 1.22	134.00 ± 6.42	35.08 ± 1.95	57.65 ± 1.95	157.23 ± 6.39	2.38 ± 0.14
干预组	48	19.48 ± 1.51	135.60 ± 5.69	36.65 ± 1.48	61.23 ± 1.54	161.35 ± 4.91	2.50 ± 0.08
t		-3.038	-1.012	-8.29	-3.835	-4.248	-3.088
P		< 0.05	0.314	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 手术前后两组患者营养不良发生率比较

手术前后两组患者营养不良发生率比较见表3。从表3可见,对照组患者术后营养不良发生率均高于术前和干预组,组内和组间比较,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

2.4 手术后两组患者并发症发生率比较

手术后两组患者并发症发生率比较见表4。从表4可见,干预组患者手术后并发症发生率低于对照组患者,两组比较, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

表3 手术前后两组患者营养不良发生率比较 n (%)

组别	n	术前	术后	χ^2	P
对照组	48	32 (66.67)	43 (89.58)	7.375	< 0.05
干预组	48	29 (60.42)	35 (72.92)	0.262	0.609
χ^2		0.405	4.376		
P		0.525	< 0.05		

表4 手术后两组患者并发症发生率比较 (n)

组别	n	切口感染	尿路感染	肺部感染	肠吻合口瘘	总发生率 (%)
对照组	48	3	3	5	2	27.08
干预组	48	2	2	1	0	10.42
χ^2						4.182
P						< 0.05

3 讨论

结肠癌患者由于结肠的病变导致消化吸收功能障碍,机体消耗大,体质弱,长时间进食状况不佳,大部分患者存在着不同程度的营养不良。本结果显示,结肠癌患者术前有 60.42% ~ 66.67% 患者存在营养不良及潜在营养不良。而手术后由于胃肠动力受到干扰,手术创伤、应激,使能量消耗增加,分解代谢增强,机体处于免疫抑制状态,同时术后早期禁食、能量摄入减少,使营养状况进一步下降。本结果显示,结肠癌患者术后有 72.92% ~ 89.58% 患者存在营养不良及潜在营养不良。两组患者手术后营养指标低于手术前,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。说明手术对患者的营养状况影响很大。由于患者存在营养不良和手术创伤,使腹腔脏器血液循环量减少,从而影响切口愈合;术后高代谢反应又导致患者低蛋白血症,更加重创口及吻合口的愈合。研究表明^[7-10],术

前营养支持的效果优于术后营养支持。在肠功能还完好时,肠内营养较肠外营养为优。肠内营养有助于维持肠黏膜细胞结构与功能的完整性,维护肠道黏膜屏障功能,刺激消化液和胃肠道激素的分泌,增加内脏血流,使代谢更符合生理需求,减少中心静脉置管、代谢、肝胆并发症的发生,而且以经口服营养吸收最全面,最有效。在平时工作中我们发现,营养干预不能有效地改善患者的营养状况,为此,我们在常规营养护理干预基础上加补中益气汤,结果显示,手术后除血红蛋白外,干预组患者各项营养指标均优于对照组患者;营养不良和并发症发生率低于对照组患者,两组比较,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。结果说明,中药治疗结合营养干预能有效地改善结肠癌患者的营养不良状况,减少术后并发症的发生。中医认为,恶性肿瘤多属虚实夹杂之证,结肠癌大部分有中气不足,手术耗气伤血,以致中气下陷,这种

营养不良在祖国医学上属“气血虚”范畴。干预组患者采用补中益气汤加减,用以补中益气,升阳固表,强健脾胃,主治脾胃气虚、中气下陷;归脾汤加减用以益气健脾、补血养心,主治心脾两虚,气血不足,从而改善患者脾胃功能,促进食欲和营养吸收,增进患者食欲,恢复肠黏膜的重吸收功能,有效改善患者的负氮平衡,提高患者对手术的耐受性,减少术后并发症的发生,促进疾病康复。

4 结论

结肠癌患者大多有营养不良,常规的治疗护理不能有效改善患者的营养状况。本结果显示,中药治疗结合营养干预能有效地改善结肠癌患者的营养不良状况,减少术后并发症的发生。

参考文献:

- [1] 万德森. 临床肿瘤学[M]. 2版. 北京:科技出版社, 2005:348-349.
- [2] 万能,毛丹. 补中益气汤加减治疗大肠癌术后腹泻26例临床观察[J]. 中医药导报,2009,15(10):

33-34.

- [3] 胡兵,安红梅,沈克平. 补中益气汤抗感染、抗肿瘤与免疫药理学研究[J]. 中南药学,2008,6(6):731-734.
- [4] 刘建吉. 加味补中益气汤治疗肿瘤放疗后白细胞减少症[J]. 中外健康文摘,2007,4(4):389.
- [5] 周晓舟,关向东,张得时,等. 饮食行为训练管理模式对2型糖尿病患者饮食行为的影响[J]. 现代临床护理,2012,11(7):4-5.
- [6] Guigoz Y, Vallas B J, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini-Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation[J]. Nutr Rev, 1996, 54:59-65.
- [7] 黎介寿. 营养、生长激素与胃肠道修复、重建[J]. 肠外与肠内营养,2004,11(5):257-259.
- [8] Mangiante G, Carluccio S, Casaril A, et al. Perioperative enteral nutrition[J]. Chir Ital, 2005, 57(3):293-299.
- [9] Stig Bengmark. 围手术期营养支持新观点:持续肠内营养[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(4):248-250.
- [10] 王庆华,张新晶,杨玉霞,等. 老年结肠癌患者手术前后营养状况与肠外营养支持的效果研究[J]. 解放军护理杂志,2009,26(1A):7-8.

[本文编辑:郑志惠]

• 编读往来 •

医学类论文中数字的用法

阿拉伯数字使用规则:①凡是可以使用阿拉伯数字而且很得体的地方,均应使用阿拉伯数字。②公历世纪、年代、年、月、日和时刻必须使用阿拉伯数字,年份不能简写。③计量单位前的数字和统计表中的数值一律使用阿拉伯数字。④多位数的阿拉伯数字不能拆开转行。

汉字数字的用法:①数字作为词素构成定型词、词组、惯用语、缩略语或具有修辞色彩的词句,应使用汉字。例如:十二指肠等。②邻近的两个数字并列连用表示概数时,应使用汉字,连用的两个数字之间不加标点,如三四家医院等。③不定数次一律用汉字。例如:任何一例患者,无一例死亡。

参与与偏差范围的表示:①数值范围号的使用应统一,一般使用浪纹连接号“~”。②单位相同的参数范围,只需写出后一个参数的单位,例如:35~45℃。③百分数范围:前一个参数的百分号不能省略,例如:50%~60%。

[本刊编辑部]