

• 临床探讨 •

胃肠肿瘤患者营养风险和营养支持与并发症关系

张莉红

(湖北省武汉市中心医院急诊科 430014)

摘要:目的 研究胃肠肿瘤患者营养风险和相应营养支持状况,分析其与并发症的关系,以期提高胃肠肿瘤患者的治愈率。
方法 选择 2014 年 1 月至 2016 年 2 月来该院就诊的 320 例胃肠肿瘤患者为研究对象,在患者入院时使用营养风险筛查工具 NRS2002 进行营养风险筛查,并调查住院期间的营养支持状况,统计患者的肿瘤分期及并发症发生率。**结果** 患者营养风险发生率为 41.9%,胃部肿瘤和结直肠肿瘤在 IV 期营养风险最高,而在 II A 期和 I 期内最低。存在营养风险患者并发症的发生率比无营养风险患者的并发症发生率高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。并且,有营养风险的患者在应用营养支持以后并发症发生率明显低于未使用营养支持的患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 营养风险与肿瘤的分期有关,并且在有营养风险的前提下不应用营养支持的患者比接受营养支持的患者并发症发生率高,可见营养支持和营养风险的结合使用能够降低并发症,提高患者的治愈效果。

关键词: 胃肠肿瘤; 营养风险; 营养支持

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)05-0725-02

随着社会的发展,饮食习惯的改变,引发的胃肠相关疾病患者数也在逐年上升^[1]。其中,胃癌是一种发病率和病死率都极高的一种恶性胃肠肿瘤,患病人数逐年增多,已经成为国际上主要防控的恶性肿瘤之一^[2]。胃肠肿瘤根据患者年龄、性别、区域的差异,也有很大不同。根据美国国立综合癌症网络报道的胃癌临床实践指南,胃癌的治疗主要还是依靠手术切除为主、化疗为辅的方法进行疾病的控制^[3]。但是因我国对胃癌相关性疾病的诊断水平有限,经常导致患者确诊时就已经处于癌症晚期,错过了治疗的最佳时机,严重影响了胃癌的治愈率。胃癌晚期的治疗难度很大,需要较高的医疗条件和技术水平,手术风险也随之增大^[4]。尽管随着医疗条件的改进,胃癌的治愈率有所提高,但是术后并发症仍然不可避免。如果不能解决术后并发症的问题,将会严重影响患者的健康恢复过程,导致病情进一步恶化。因此,胃肠肿瘤患者术后并发症的预防成为治疗胃肠肿瘤的重要内容。

近年来,我国胃肠肿瘤患者术后的营养不良现象不断发生,已成为目前急需解决的头等问题。患者术后营养不良会损伤体质、降低免疫力,也是导致胃肠肿瘤患者术后并发症的重要因素^[5-7]。本研究通过分析胃肠肿瘤患者营养风险和相应营养支持状况,以期为胃肠肿瘤患者的治疗提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2014 年 1 月至 2016 年 2 月收治的胃肠肿瘤患者为研究对象,采集病史并完善术前检查,按照胃肠肿瘤临床诊断标准进一步筛选试验对象。研究最终选取 320 例患者进行试验,其中男 180 例,女 140 例,年龄 30~50 岁,平均(42.28±6.17)岁,其中胃部肿瘤 175 例,结直肠肿瘤 145 例。所有受试者均自愿签订同意书,参加本研究。

1.2 方法 采用 NRS2002 营养风险筛选的方法,对患者进行营养情况分级。当 NRS2002 评分≥3 分,说明患者存在营养风险;当总分<3 分的时候,说明此时患者不存在营养风险,不需进行营养支持。

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行统计分析,计数资料以例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠肿瘤患者不同 TNM 分期的营养风险评分分析

胃肠肿瘤不同 TNM 分期的营养风险筛查结果表明,不同时期营养风险发生率不同,分期越晚则发生率越高。营养风险发生率最高的是 IV 期,其次是 III C 期,与 I 期和 II 期的发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。胃肠肿瘤总的营养风险发生率为 41.9%,其中胃部肿瘤为 50.3%,结直肠肿瘤为 31.7%。见表 1。

表 1 胃肠肿瘤患者不同 TNM 分期的营养风险评分分布(n)

| 肿瘤 TNM 分期 | 胃部肿瘤 NRS2002 评分 | | 结直肠肿瘤 NRS2002 评分 | | |
|-----------|-----------------|------|------------------|------|------|
| | n | ≥3 分 | n | ≥3 分 | |
| I | 8 | 2 | 8 | 1 | |
| II A | 15 | 3 | 20 | 8 | |
| II B | 22 | 5 | 36 | 8 | |
| III A | 27 | 11 | 20 | 6 | |
| III B | 35 | 20 | 35 | 10 | |
| III C | 41 | 23 | 12 | 5 | |
| IV | 27 | 24 | 14 | 8 | |
| 合计 | 175 | 88 | 145 | 46 | |
| P | | 0.01 | 0.01 | 0.02 | 0.03 |

2.2 营养风险、营养支持与胃肠肿瘤患者并发症的关系 研究结果表明,有营养风险患者并发症的发生率比没有营养风险患者的发生率高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。此外,对于有营养风险的 134 例患者,使用了营养支持的患者比没有使用营养支持的患者并发症的发生率低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2、3。

表 2 有无营养风险患者的并发症发生情况比较[n(%)]

| 营养风险 | n | 并发症 | | P |
|------|-----|----------|----------|---------|
| | | 有 | 无 | |
| 有 | 134 | 75(56.0) | 59(44.0) | 0.006 1 |
| 无 | 186 | 89(47.8) | 97(52.2) | 0.001 4 |

表 3 有无营养支持对有营养风险患者的并发症发生情况比较[n(%)]

| 营养支持 | n | 并发症发生情况 | | P |
|------|----|----------|----------|---------|
| | | 有 | 无 | |
| 有 | 77 | 34(43.9) | 43(56.1) | 0.039 8 |
| 无 | 77 | 48(61.8) | 29(42.7) | 0.026 9 |

3 讨 论

胃肠肿瘤患者在治疗后期由于消化道出血等因素造成体内代谢紊乱,患者术前术后往往伴随着营养的失衡,造成营养不良^[8]。如果患者不能及时得到充足的营养补充,机体将会消耗肌糖原、脂肪等储能来满足身体的需要,导致患者免疫力下降^[9]。同时,患者手术后各组织器官受到损伤,更加容易导致患者营养不良,使病情恶化^[10]。因此,胃肠肿瘤患者营养不良的发生率远远超过其他肿瘤患者,使得胃肠肿瘤患者的术后营养问题变得异常严峻。

本研究显示,胃肠肿瘤患者营养风险发生率为 41.9%,胃肿瘤和结直肠癌在Ⅳ期营养风险最高,而分别在ⅡA期和Ⅰ期内最低。存在营养风险患者并发症的发生率比没有营养风险患者的发生率明显增高。并且,有营养风险的患者在应用营养支持以后并发症发生率明显低于未使用营养支持的患者。本研究发现,胃肠肿瘤患者在围术期非常需要充足的营养支持。当然,术后患者的营养支持一定要在医生的指导下进行,确保患者进行正确的营养补充,使患者在术后恢复过程中机体各部分处在一个动态的平衡^[11-12]。

综上所述,本研究为胃肠道肿瘤患者术后的营养支持提供依据,证明了对伴有营养风险的胃肠道肿瘤患者在手术后进行营养支持还能够缓解病痛,减少术后并发症的发生。

参考文献

[1] 蒋虹,郑玲.恶性肿瘤患者 260 例营养状况评价[J].肿瘤学杂志,2010,16(10):825-826.
 [2] 邹小农,孙喜斌,陈万青,等.2003—2007 年中国胃癌发病

与死亡情况分析[J].肿瘤,2012,32(2):109-114.

[3] 陶亚玲,徐立春.天然药物单体联合西药抑制消化道肿瘤的研究进展[J].中国医药导报,2014,11(6):167-168.
 [4] 刘荫华,徐玲.第七版《AJCC 肿瘤分期手册》结直肠癌内容的更新与解读[J].中华胃肠外科杂志,2010,13(8):629-631.
 [5] Akbulut G. New perspective for nutritional support of cancer patients; Enteral/parenteral nutrition[J]. Exp Ther Med,2011,2(4):675-684.
 [6] 蒋朱明,陈伟,朱赛楠,等.中国东、中、西部大城市三甲医院营养不良(不足)、营养风险发生率及营养支持应用状况调查[J].中国临床营养杂志,2008,16(6):335-337.
 [7] Guo W, Ou G, Li X, et al. Screening of the nutritional risk of patients with gastric carcinoma before operation by NRS 2002 and its relationship with postoperative results [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2010, 25(4): 800-803.
 [8] 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,2011,18(12):1254-1258.
 [9] 徐降兴,习举云,唐金绍.胃癌患者营养状况的临床研究[J].中国医药指南,2012,10(18):443-444.
 [10] Kolonel LN. Nutritional risk factors for gastrointestinal cancers: the multiethnic cohort study[J]. World Rev Nutr Diet, 2008, 98(1): 131-149.
 [11] 陶亚玲,丁国平,陈平,等.胃癌患者术前营养风险筛查及预防性肠内营养支持[J].中华胃肠外科杂志,2009,12(2):141-144.
 [12] Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, et al. EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome [J]. Clin Nutr, 2008, 27(3): 340-349.

(收稿日期:2016-10-05 修回日期:2016-12-06)

• 临床探讨 •

以患者价值链理论为导向的门诊流程管理分析

李长宜

(辽宁省葫芦岛市中心医院门诊部 125001)

摘要:目的 寻找医生与患者的契合点,构建合理的患者价值链,优化门诊治疗流程,为患者提供更好的医疗服务,使医院具有更深厚的竞争资本。方法 采用了问卷调查、小组讨论、患者价值链分析、文献搜索、专家咨询、现状调查等方法,根据专家建议制订患者满意度问卷调查表,随机抽取该院各科的 300 位就诊患者,对患者满意度做一次调查测评,并对测评结果进行统计学分析,然后结合患者价值链理论对门诊流程管理进行分析。**结果** 患者价值链中的医疗质量、服务态度、医院环境、医疗价格、等待时间要素的影响系数比较大,且差异有统计学意义($P < 0.05$),这些要素是患者价值链中关键的价值链节点,并且对医院的竞争能力也有很大影响。应用患者价值链理论分析门诊流程这一方法是可行的。**结论** 应简化和优化患者价值链的各个价值链节点,对医院门诊流程进行改革和优化,提高患者满意度和医院的竞争能力。

关键词:患者价值链; 导向; 门诊流程管理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.052 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)05-0726-03

改革开放后,我国医疗事业取得了巨大的进步和空前的发展。医疗水平的提高,使广大人民群众的健康得到了保障。随

着医疗行业制度的不断完善,患者的权益基本上都得到了保障,在这样的发展形势下,依然要注意到“看病难,看病贵”和医