

# 早期微生态肠内营养对老年食管癌术后患者免疫功能和胃肠道功能恢复

唐 敏

淮安市淮安区淮安医院营养科 江苏淮安 223200

〔摘要〕目的：分析老年食管癌术后患者采取早期微生态肠内营养对免疫与胃肠道功能恢复的影响。方法：选取本院 2022 年 4 月至 2024 年 4 月间 98 例老年食管癌术后患者作为观察对象，采取数字表法，分为对照组（肠外营养支持）和观察组（早期微生态肠内营养支持），各 49 例，比较应用效果。结果：观察组的免疫功能评分明显优于对照组，（ $P < 0.05$ ）。观察组的胃肠道功能恢复时间更短，（ $P < 0.05$ ）。结论：早期微生态肠内营养能够提高老年食管癌术后患者机体的免疫功能，促进其胃肠道功能的恢复。

〔关键词〕早期微生态肠内营养；食管癌术；免疫功能；胃肠道功能

〔中图分类号〕R734.2 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165（2024）08-019-02

食管癌属于消化道恶性肿瘤，在临床上比较常见，具有高代谢、进行性吞咽困难、能量消耗大营养缺乏等特点<sup>[1]</sup>。目前，食管癌治疗常用的手术治疗手段，但由于患者的身体长期处在高代谢和高应激状态，容易引起营养不良与肠黏膜萎缩，严重地影响患者的预后，而且，术后采取禁食，很容易造成患者的营养不良。所以，在手术康复治疗过程中，加强对患者的营养支持治疗非常重要<sup>[2]</sup>。本研究以本院老年食管癌术后患者为例，对基于早期微生态肠内营养支持展开了重点分析，报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2023 年 4 月至 2024 年 4 月间 98 例老年食管癌术后患者作为观察对象，依照不同治疗方法，分为对照组、观察组，各 49 例。对照组男 30 例，女 19 例；年龄 60~80 岁，均值（70.78±2.23）岁；体质指数 16.14~33.20kg/m<sup>2</sup>，均值（25.40±1.15）kg/m<sup>2</sup>。观察组男 28 例，女 21 例；年龄 61~81 岁，均值（70.69±2.31）岁；体质指数 16.18~33.18kg/m<sup>2</sup>，均值（25.35±1.10）kg/m<sup>2</sup>。上述资料对比无较大差异（ $P > 0.05$ ），符合比较标准。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

肠外营养支持：从手术第一日开始进行肠外营养，采用中心静脉输入的方式，营养的配比，糖与脂肪为 1:1、热量与氮比为 150 千卡：1 克。以复合氨基酸为碳源，以中长链脂肪乳剂为主要成分，以 5% 及 10% 葡萄糖为主要原料，经 7 天的肠外营养支持。若手术 7 天后，患者没有不良反应发生，可以开始经口进食，早期以流质饮食为主，逐渐过渡至半流质饮食与普食。

#### 1.2.2 观察组

早期微生态肠内营养支持：患者在食管癌术中放置胃肠营养管，并在术后第一日给予早期微生态肠内营养治疗。第一天用每小时 40 毫升的速度对营养液进行滴注，管饲 500 毫升（营养物质含量：碳水化合物 49%，蛋白质 16%，脂肪 35%，能量密度 4.184J/毫升）；与此同时，将杭州远大药业生产的双歧杆菌四联活菌片（500mg/粒）添加到该营养液中，每

次 1 粒，每天 2 次；在手术第二日进行营养液管饲 1000 毫升，输液速率提高至每小时 70 毫升；手术后第三日开始管饲 1500 毫升以上的营养液，但要视患者的需要而定，最多不能多于 2000 毫升，输液速率要持续提高至每小时 110 毫升；从第四天到第七天开始，持续管饲 2000 毫升营养液，输液速率为每小时 110 毫升。营养液温度保持在 38~42℃ 之间，共计 7 天。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 免疫功能

抽取 3 天静脉血 5 毫升，利用流式细胞仪对 T 淋巴细胞亚群 CD3+、CD4+、CD4+/CD8+ 水平进行检测。

#### 1.3.2 胃肠道功能

内容包括术后初次排气时间、初次排便时间、肠鸣音恢复时间。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS23.0 软件进行统计处理，以 % 表示计数资料，行卡方检验；以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量资料，行 t 检验， $P < 0.05$  表示差异存在统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 免疫功能

观察组的免疫功能评分明显优于对照组，（ $P < 0.05$ ）。见表 1：

表 1 免疫功能比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	例数	CD3+ (%)	CD4+ (%)	CD4+/CD8
对照组	49	52.90±2.23	33.16±2.16	1.25±0.16
观察组	49	61.13±2.12	42.19±2.48	1.73±0.81
t		18.723	19.220	4.070
P		0.000	0.000	0.000

### 2.2 胃肠道功能

观察组的胃肠道功能恢复时间更短，（ $P < 0.05$ ）。见表 2：

## 3 讨论

伴随老龄人口的增加，老年人的肿瘤发病率不断增加。食管癌是一种常见的恶性肿瘤，多发生在老年人群，在手术治疗后，还需要采取有效的康复措施。老年患者机体免疫力低下，手术后易发生感染和并发症；另外，术后对胃肠的损

（下转第 22 页）

台骨折多是由于高能量损伤引起的胫骨髁部严重骨折，因其具有创伤大、症状重、并发症多、预后差的特点一直是临床研究的重点问题<sup>[3]</sup>。

目前临床上对于复杂型胫骨平台骨折的治疗主要以外科手术为主。随着医疗水平的不断提高，治疗的方式也越来越多样化，例如临床常规的加压钢板及螺钉固定、外固定架、微创钢板内固定等，但因其均有一定的缺点因此治疗效果有限。对于复杂型胫骨平台骨折的治疗应以力求达到关节面解剖复位及妥善的固定，尽可能的纠正畸形、恢复正常的对线、对位，保持关节面的平整以及最大限度的恢复膝关节的功能为基本原则。而此次研究中两组患者分别采用双支持钢板治疗和外侧锁定钢板联合内侧支持钢板治疗后，在手术时间、术中出血量、骨折愈合时间、膝关节功能评分以及术后胫骨平台内翻角、胫骨平台后倾等均无明显差异说明两种方式均可以患者获得满意的效果。但观察组患者的完全负重时间要早于对照组，这可能是因为采用锁定钢板是一种更加坚固的内固定，有较强的剪切力，可以很好的支撑关节面，而且稳定性较高，

患者不容易复位角度，而且由于锁定钢板的架构较为特殊，因此可以有效的降低对骨膜的损伤，保证骨折部位的正常血运，因此可以更快的促进患者的关节功能恢复。

综上所述，对复杂胫骨平台骨折患者无论是采用外侧锁定钢板联合内侧支持钢板治疗还是双支持钢板治疗，都可以获得理想的治疗效果，但相对而言采用外侧锁定钢板联合内侧支持钢板患者可以更早完全负重。

[参考文献]

- [1] 安振. 双切口双钢板与锁定钢板内固定治疗复杂胫骨平台骨折的疗效比较 [J]. 当代医学, 2019, 22(07):19-20.
- [2] 韩建福, 严卫锋, 唐宏超, 等. 锁定钢板与双切口双钢板内固定治疗复杂性胫骨平台骨折的疗效比较 [J]. 中国现代医生, 2021, 24(10):73-77.
- [3] 童汉明, 陈辉. 双切口内侧支持钢板伴外侧锁定钢板治疗胫骨平台骨折的研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 25(04):25-26.

表 2 两组患者的骨折愈合时间等对比

组别	骨折愈合时间 (周)	膝关节功能评分	术后胫骨平台内翻角 (度)	胫骨平台后倾 (度)	完全负重时间 (周)
观察组	13.2±1.1	89.5±16.3	86.7±3.3	9.7±2.3	14.25±3.10
对照组	13.3±1.0	88.9±15.8	86.3±4.0	10.0±3.2	16.97±4.31
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

(上接第 19 页)

伤也是不可忽视的。如何更好地提升老年患者的机体免疫力，改善胃肠功能，是目前临床研究的重点<sup>[3]</sup>。

早期微生态肠内营养是通过肠内滴注专门配制的营养液，调节肠道菌群，促进肠黏膜修复，提升患者机体免疫功能，促进老年食管癌术后患者的康复。在实验中，对比两组的胃肠功能与免疫功能，观察组的评分更优，(P < 0.05)。说明对老年食管癌术后患者采取早期微生态肠内营养，可以改善胃肠功能，提高机体免疫力。通过调控益生菌的数量，减少益生菌的繁殖，维持肠道菌群的稳态。早期微生态肠内营养还可以提高肠道黏膜的保护能力，从而达到预防和治疗疾病的目的<sup>[4]</sup>。

总之，早期微生态肠内营养能够提高老年食管癌术后患者机体的免疫功能，促进其胃肠功能的恢复。

[参考文献]

- [1] 王玲. 医院—社区—家庭三元联动延伸护理服务对老年食管癌患者术后自我护理能力及生活质量的影响 [J]. 黑龙江

医学, 2023, 47(02):218-221.

- [2] 王莹. 围术期舒适护理对老年食管癌患者术后并发症、生活质量及护理满意度的影响 [J]. 黑龙江医学, 2022, 46(20):2555-2557.
- [3] 张文卿, 李方, 陈丽君, 宋佩杉, 李中荣, 吴海波. 中医辨证施护在老年食管癌患者支架置入术后持续性护理中的应用 [J]. 承德医学院学报, 2022, 39(04):325-328.
- [4] 李英, 孟发财, 贾杰, 吴邹钰. 白蛋白转铁蛋白和视黄醇结合蛋白水平检测对老年食管癌患者术后营养状态的评估价值 [J]. 山西医药杂志, 2022, 51(08):921-923.

表 2 对比胃肠功能 ( $\bar{x} \pm s$ )

分组	例数	初次排气时间 (h)	初次排便时间 (d)	肠鸣音恢复时间 (h)
对照组	49	70.81±2.21	5.36±1.51	49.25±2.26
观察组	49	62.13±2.13	4.19±1.08	40.23±2.15
t		19.796	4.412	20.242
P		0.000	0.000	0.000

(上接第 20 页)

的痔疮切除方法进行之后，患者经常出现长时间的疼痛，手术的创伤面积也较大，导致患者在伤口恢复期间有可能会引发感染。但是吻合器直肠下端黏膜环切术治疗痔疮的使用，则可以有效的患者的术后疼痛进行缓解，创伤面积也相对较小，因此术后恢复过程中的感染率也较低，手术疗效明显。因此吻合器直肠下端黏膜环切术治疗痔疮在临床痔疮诊疗中值得推广使用。

[参考文献]

- [1] 梁政, 宗房霞, 黄河. 吻合器痔上黏膜环切术治疗痔疮的疗效及对肛门失禁和肛管直肠测压的影响研究 [J]. 当代医

学, 2024(07):104-106.

- [2] 杜娟娟. 吻合器痔上黏膜环切术治疗重度痔疮的临床研究 [J]. 大家健康 (学术版), 2022(14):124.
- [3] 杨博, 杨润清, 张忠伟, 路明. 吻合器痔上黏膜环切术与直肠黏膜柱状缝扎术治疗出口梗阻型便秘的临床疗效对比 [J]. 新疆医科大学学报, 2024(04):464-467.
- [4] 郭君. 观察吻合器痔上黏膜环切术治疗重度痔疮的临床疗效 [J]. 中国继续医学教育, 2023(06):80-81.
- [5] 江余秋. 吻合器痔上黏膜环切术与传统痔疮切除术治疗痔疮的临床效果对比研究 [J]. 中外医学研究, 2024(05):137-138.