

肠内肠外联合营养支持在放射性肠炎治疗中的应用价值

蒋荣刚

摘要:目的:主要研究说明营养支持的实用性,将其应用在放射性肠炎患者中,观察其情况。方法:选取31例患者开展分析工作,所有患者营养支持有EN、PN,分析其体质指标情况。结果:治疗前Pr数值为(6.73±0.42)千克,脂肪数值为(1.81±0.37)千克,ECF数值为(11.27±0.36)升;治疗后Pr数值为(7.58±0.63)千克,ECF数值为(10.52±0.31)升,治疗前后有差异($P<0.05$)。对于肠梗阻情况,治疗前ALT数值为每升(14.81±2.37),HB数值为每升(102.38±5.73)克;治疗后ALT数值为每升(38.19±1.69),HB数值为每升(116.38±4.68)克,治疗前后有差异($P<0.05$)。对于肠痿情况,治疗前ALT数值为每升(22.87±2.31),HB数值为每升(101.03±2.73)升;治疗后ALT数值为每升(22.73±2.29),HB数值为每升(100.28±2.71)升,治疗前后无差异($P>0.05$)结论:应用此方式开展支持,其更具有高效性、严谨性,患者各项指标有所调整,机体有所改善。

此疾病对患者影响较大,若不开展治疗易出现腹痛、便血等情况,对于此其治疗所应用的方式应具有严谨性、科学性,治疗中结合营养支持才能更好的便于其恢复。本文主要选取31例患者作为探索,总结性说明不同支持方式的应用情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取31例患者开展分析工作,年龄在36.7岁-73.8岁,平均59.27岁,男性占比为19/31,女性占比为12/31。对于其学历情况说明,超过高中的情况占比为16/31。患者情况说明,肠梗阻情况占比为14/31,肠痿情况占比为17/31,所参与者排除失语以及其他不符合的情况。

1.2 方法

1.2.1 药物环节

对于此类患者治疗应做好引导、教育工作,其对疾病不了解,易出现烦躁感、焦虑感,应做好引导,其内心活动较多,应转移注意点,与其交谈其他话题,并简单讲述疾病,便于其思想上不排斥。对于其应用药物应确保应用量、次数无误,若其在应用药物中出现不良的情况不能自行处理,应及时告知医师^[1]。

1.2.2 开展营养支持工作

第一,准备环节。应先准备所用的营养物,确定其量,主要有葡萄糖、TPFTT、TPFD等,在应用前应掌握患者的情况,制定支持方案,并按照其方案开展。第二,营养环节。应综合分析其情况,开展营养补充工作,应对热量、Pr有规定,对于开展此工作应具有认真度、耐心度、缜密度,分析其补充情况^[2]。

1.2.3 检验工作

应做好支持期检验工作,所检验的项目较多,应做好分类工作,主要有体质、血液指数。应提前准备电子称、卷尺等便于检测其补充情况,并做好数据记录,其支持期为4周。

1.3 观察指标

观察体质情况,有上臀围、BMI、脂肪、ICF、ECF、Pr;观察血液指数,有ALT、HB、AST、FN、TP、TRF数值,应将不同类分类汇总,所记录的数据应无误。

1.4 统计学方法

对于所涉及的数据进行记录,分析各项情况,依据统计学方式统计所记录数据。综合数据所具有的相关性,计算相应的数据, $P<0.05$,有较大变化。

2 结果

2.1 治疗前Pr数值为(6.73±0.42)千克,BMI数值为(13.16±1.18),脂肪数值为(1.81±0.37)千克;治疗后Pr数值为(7.58±0.63)千克,BMI数值为(15.27±1.26),脂肪数值为(2.36±0.46)千克,详情见表1。

表1 体质各项情况观察表

类型	治疗前	治疗后
Pr	6.73±0.42	7.58±0.63
BMI	13.16±1.18	15.27±1.26
脂肪	1.81±0.37	2.36±0.46
上臀围	18.69±0.87	21.53±0.82
ICF	14.18±1.23	18.29±1.31
ECF	11.27±0.36	10.52±0.31

2.2 肠梗阻情况说明,治疗前ALT数值为每升(14.81±2.37),HB数值为每升(102.38±5.73)克,AST数值为每升(29.61±3.96);治疗后ALT数值为每升(38.19±1.69),HB数值为每升(116.38±4.68)克,AST数值为每升(51.49±4.95),详情见表2。

表2 血液指数观察表

类型	治疗前	治疗后
ALT	14.81±2.37	38.19±1.69
HB	102.38±5.73	116.38±4.68
AST	29.61±3.96	51.49±4.95
FN	203.27±11.83	242.57±10.13
TP	60.29±3.29	72.62±2.18
TRF	1.27±0.13	1.68±0.14

2.3 肠痿情况说明,治疗前ALT数值为每升(22.87±2.31),HB数值为每升(101.03±2.73)升,AST数值为每升(28.27±4.32);治疗后ALT数值为每升(22.73±2.29),HB数值为每升(100.28±2.71)升,AST数值为每升(28.23±4.36),详情见表3。

表3 血液指数观察表

类型	治疗前	治疗后
ALT	22.87±2.31	22.73±2.29
HB	101.03±2.73	100.28±2.71
AST	28.27±4.32	28.23±4.36
FN	211.32±8.68	211.13±9.76
TP	62.89±3.98	62.76±3.56
TRF	1.39±0.14	1.37±0.13

3 讨论

放疗易损伤机体,其放疗后机体内Pr减少、体重改变,肠道易出现溃疡,不利于其更好的恢复。对于此类患者应做好营养补充工作,及时补充体内所缺的元素才能更好地执行治疗方案。

3.1 治疗前BMI数值为(13.16±1.18),上臀围数值为(18.69±

(下转第29页)

[4]颜呈呈,张悦.端粒酶抑制剂伊美司他治疗骨髓增殖性肿瘤的研究进展与展望[J].国际输血及血液学杂志,2017,40(1):41-45.

[5]Kyohei Misawa, Hajime Yasuda, Marito Araki,等. Mutational subtypes of JAK2 and CALR correlate with different clinical features in Japanese patients with myeloproliferative neoplasms[J]. International Journal of Hematology, 2018, 107(6):1-8.

[6]智峰,包慎,冶秀鹏,et al.钙网蛋白基因突变的原发性血小板增多症二例并文献复习[J].肿瘤研究与临床,2018,30(2):132-134.

[7]李芳,李芹,白洁,等. BCR-ABL1 基因阴性骨髓增殖性肿瘤临床分析[J].宁夏医学杂志,2017,39(08):815-817+768.

[8]陈成坚,曲红,谢碧霞,等. Ph 染色体/BCR-ABL 融合基因阴性骨髓增殖性肿瘤患者治疗前后症状负荷评估[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(14):25-27.

[9]庄鑫. BCR-ABL 阴性骨髓增殖性肿瘤 NSD1-NUP98 融合和 BCOR 突变检测及其临床意义[D].湖南师范大学,2017.

[10]刘伟平,官凡琪,宋耀辉,等.慢性粒细胞白血病患者

(上接第26页)

及叶酸均较对照组更高,组间差异显著($P<0.05$),结果中也看出,患者的血脂代谢直接关联同型半胱氨酸水平,研究发现高水平下的同型半胱氨酸对于动脉粥样硬化以及血栓形成等具有紧密关联^[4]。发生机制临床认为患者的血管内皮细胞和肝细胞的胆固醇、蛋白调节过程以及未折叠蛋白反应在同型半胱氨酸作用下会得到活化,从而造成低密度脂蛋白氧化,打破了内源性固醇反应平衡,当动脉壁内出现脂质沉积时,会使得泡沫细胞上升^[5]。而本文另一结果也证实,pearson 分析后发现研究组中患者在血脂指标水平方面(TG、TC、LDL-C)和同型半胱氨酸存在相关性联系($r=0.47、0.40、0.46, P<0.05$),结果中叶酸在高脂血症中老年患者也较为缺乏,该物质在同型半胱氨酸代谢过程中扮演的作用也较为关键,可促使同型半胱氨酸转化为蛋氨酸并降低同型半胱氨酸水平。而有研究学者通过对高脂血症中应用马来依那普利叶酸片治疗后发现,患者叶酸水平上升后同型半胱氨酸随之降低^[6],进而说明了叶酸对于高脂血症的抑制和预防效果显著。

总而言之,通过同型半胱氨酸以及叶酸进行检测后发现在中老年高脂血症患者中与其血脂水平关系密切,可作为在诊治时重要的参考指标。

(上接第27页)

0.87)厘米,ICF的数值为(14.18±1.23)升;治疗后BMI数值为(15.27±1.26),上臀围数值为(21.53±0.82)厘米,ICF数值为(18.29±1.31)升,说明应用此方式更具有高效性,其各项指数有所变化。侯秋霞、王定春等^[3]研究人员对此问题开展分析,其在研究中所用方式与本文相同,不同的是所选用的例数。本次研究结果与侯秋霞、王定春研究具有一致性。说明对此患者开展PN与EN方式,其具有效果。

3.2 分析肠梗阻情况,治疗前AST数值为每升(29.61±3.96),FN数值为每升(203.27±11.83)克,TRF数值为每升(1.27±0.13)克;治疗前AST数值为每升(51.49±4.95),FN数值为每升(242.57±10.13)克,TRF数值为每升(1.68±0.14)克。说明应用此方式,其治疗前后ALT、HB、AST、FN、TP、TRF数值具有差异。分析肠痿情况,治疗前FN数值为每升(211.32±8.68)克,TP数值为每升(62.89±3.98)克;治疗前FN数值为每升(211.13±9.76)克,TP数值为每升(62.76±3.56)克。对于此类患者,其治疗前后ALT、HB、AST、FN、TP、TRF数值变化较小。

3.3 对于开展营养补充工作,其有PN、EN两种形式,对于实

BCR-ABL 融合基因 P210 表达对病程判断和预后评估的临床价值[J].现代检验医学杂志,2019,34(05):12-15.

[11]姜丽波,姚宇宁,霍梅,等.化疗联合TKIs靶向治疗BCR/ABL融合基因阳性急性淋巴细胞白血病的疗效观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40(17):2123-2125.

[12]崔文静,朱华锋,董莹,等.132例BCR-ABL融合基因阴性骨髓增殖性肿瘤患者JAK2、CALR及MPL基因突变的临床分析[J].现代肿瘤医学,2018,26(24):4011-4014.

[13]祖然姑丽·吐尔逊.新疆地区BCR-ABL阴性骨髓增殖性肿瘤患者与JAK2、MPL、CALR基因突变临床相关性研究[D].新疆医科大学,2018.

[14]杨艳.JAK2、CALR及MPL基因突变检测对BCR-ABL阴性骨髓增殖性肿瘤的诊断价值[D].安徽医科大学,2018.

[15]韦美萍.JAK2V617F和CALR基因突变在BCR/ABL融合基因阴性骨髓增殖性肿瘤中的表达及临床相关性研究[D].河北医科大学,2017.

(作者单位:广西桂林医学院附属医院血液科)

参考文献

[1]张萍,万萍,张忠东,等.亚甲基四氢叶酸还原酶基因多态性与高同型半胱氨酸血症、高脂血症及代谢综合征的相关性研究[J].实用临床医药杂志,2018,22(21):23-26.

[2]中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会.中国成人血脂异常防治指南(2016年修订版)[J].中国循环杂志,2016,16(10):15-35.

[3]徐红霞.高脂血症和血清同型半胱氨酸水平的相关性研究[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(20):172-173.

[4]池易曼.马来酸依那普利叶酸片治疗高脂血症合并H型高血压的疗效分析[J].海峡药学,2017,29(02):150-151.

[5]黑洁.郑州市中老年高脂血症患者同型半胱氨酸与维生素B₁₂及叶酸水平调查[J].中国社区医师,2015,31(04):96+98.

[6]李宗锋,李洪臣.中老年高脂血症患者同型半胱氨酸与维生素B₁₂及叶酸水平调查[J].中华实用诊断与治疗杂志,2014,28(05):516-517.

作者简介:黄祖雄(1985-)男;籍贯:广东南雄;民族:汉;职称:主检验技师;毕业于:韶关学院;学历:本科;从事工作:临床医学检验等工作。

(作者单位:广东省韶关市职业病防治院检验科)

施哪种方式应综合患者情况开展,若其消化道有问题则不能开展EN补充,应用EN补充方式,其更具有安全性、科学性,患者可以及时摄入所缺的元素,有助于机能恢复。对于应用PN补充,应注意不良情况。张春蕾、李红娟等^[3]研究人员对PN与EN结合方式开展研究,其在研究中指出EN方式可以更好的补充能量。应提高其关注度,若其肠道问题渐退应将PN方式转向EN方式。

参考文献

[1]欧海,徐达,张海涛.肠内肠外联合营养支持在放射性肠炎治疗中的应用价值[J].中国药物经济学,2017(12):189-190.

[2]黄迎春,张婷婷,李幼生,et al.肠内肠外联合营养支持在放射性肠炎治疗中的效果观察[J].医学研究生学报,2017,26(8):810-812.

[3]侯秋霞,王定春,张洁华.肠内肠外联合营养支持治疗放射性肠炎临床疗效分析[J].中国保健营养旬刊,2017,24(2):932-933.

[4]张春蕾,李红娟,马茜茜,et al.肠内肠外联合营养支持在放射性肠炎治疗中的效果观察[J].人人健康,2017(14):119-121.

(作者单位:桂林市中西医结合医院)