

- effects of dexmedetomidine on the development of cognitive dysfunction following systemic inflammation in aged rats [J]. *J Anesthesiol*, 2017, 31(1): 25-35.
- [14] KLINE R, WONG E, HAILE M, et al. Peri-operative inflammatory cytokines in plasma of the elderly correlate in prospective study with postoperative changes in cognitive test scores [J]. *Int J Anesthesiol Res*, 2016, 4(8): 313-321.
- [15] 蔡娜莉, 付亚林. NES和S-100蛋白的检测在判断新生儿脑损伤预后中的临床应用价值[J]. *中国妇幼保健*, 2012, 27(22): 3512-3514.
- [16] LACROIX M, BATTISTA M C, DOYON M, et al. Lower vitamin D levels at first trimester are associated with higher risk of developing gestational diabetes mellitus [J]. *Acta Diabetol*, 2014, 51(4): 609-616.
- [17] LIU YE, TONG CC, ZHANG YB, et al. Effect of dexmedetomidine on rats with renal ischemia-reperfusion injury and the expression of tight junction protein in kidney [J]. *Int J Clin Exp Med*, 2015, 8(10): 18751-18757.
- [18] LIU Z, WANG Y, WANG Y, et al. Dexmedetomidine attenuates inflammatory reaction in the lung tissues of septic mice by activating cholinergic anti-inflammatory pathway [J]. *Int Immunopharmacol*, 2016, 35: 210-216.
- [19] PENDLEBURY ST, MARKWICK A, JAGER CA, et al. Difference in cognitive profile between TIA, stroke and elderly memory research subjects: a comparison of the mmse and moca [J]. *Cerebrovas Dis*, 2012, 34(1): 48-54.
- [20] 葛莉, 马才梅. 右美托咪定对上腹部手术后全麻苏醒期的影响[J]. *临床麻醉学杂志*, 2014, 30(5): 476-478.
- (收稿日期: 2018-06-11, 修回日期: 2018-08-25)

doi: 10.3969/j.issn.1009-6469.2019.11.040

◇ 药物与临床 ◇

十全大补汤联合肠内营养支持对老年胃癌术后 气血两虚证病人营养状况和免疫功能的影响

王玉梅¹, 刘博², 张莉¹, 周少英², 石彦科³, 尹清臣²作者单位:¹邯郸市第一医院中西医结合科, 河北 邯郸 056002; ²邯郸市中心医院普通外科, 河北 邯郸 056008

通信作者: 刘博, 男, 副主任医师, 硕士生导师, 研究方向为消化道肿瘤肠内营养支持治疗, E-mail: 13363000189@qq.com

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目(2017294)

摘要:目的 探讨十全大补汤联合肠内营养支持对老年胃癌术后气血两虚证病人营养状况和免疫功能的影响。方法 选取2016年1月至2017年12月邯郸市第一医院老年胃癌手术后气血两虚证病人76例, 按照随机数字表法分为观察组38例和对照组38例。对照组给予常规肠内营养支持治疗, 观察组在对照组基础上辅助使用中药十全大补汤, 给予中西医结合肠内营养支持治疗。经治疗后, 比较两组病人肠鸣音恢复时间及排气、排便时间。对比两组病人在治疗前、治疗第8天后病人的营养状况和免疫功能指标的变化情况。结果 观察组在术后肠鸣音恢复时间(41.2±5.2)h及排气(69.5±7.8)h、排便时间(81.5±9.8)h上显著快于对照组(49.5±6.5)h、(73.6±8.6)h、(88.2±10.5)h, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗8 d后, 观察组总蛋白(TP)(64.09±5.07)g·L⁻¹、转铁蛋白(TRF)(2.10±0.18)g·L⁻¹及血红蛋白(Hb)(117.59±14.32)g·L⁻¹上升幅度均显著高于对照组(61.16±5.01)、(1.99±0.19)、(110.45±16.42)g·L⁻¹($P < 0.05$); 观察组血清IgA、IgG、IgM水平升高幅度均显著高于对照组($P < 0.05$)。两组病人治疗8 d后CD4⁺均升高($P < 0.05$), 但观察组高于对照组($P < 0.05$); 两组病人CD8⁺均降低($P < 0.05$), 但观察组低于对照组($P < 0.05$); 两组病人CD4⁺/CD8⁺均提升($P < 0.05$), 但观察组高于对照组($P < 0.05$)。结论 对于老年胃癌术后气血两虚证病人, 运用中西医结合理念, 应用十全大补汤联合肠内营养支持不仅可在一定程度上促进肠功能恢复、改善机体营养状况, 而且还能提高机体免疫力, 起到了促进病人早日康复的目的。

关键词: 胃肿瘤; 肠道营养; 十全大补汤; 气血两虚证; 中西医结合; 老年人

Effect of shiquandabu decoction combined with enteral nutrition support on the nutritional status and immune function of postoperative elderly patients with deficiency of both Qi and Blood syndrome of gastric cancer

WANG Yumei¹, LIU Bo², ZHANG Li¹, ZHOU Shaoying², SHI Yanke², YIN Qingchen²

Author Affiliation: ¹Department of Chinese and Western Medicine, Handan First Hospital, Handan, Hebei 056002, China; ²Department of General surgery, Handan Central Hospital, Handan, Hebei 056008, China

Abstract: Objective To explore the effect of shiquandabu decoction combined with enteral nutrition support on the nutritional sta-

tus and immune function of postoperative elderly patients with deficiency of both Qi and Blood syndrome of gastric cancer. **Methods** 76 elderly patients with deficiency of both Qi and Blood syndrome of gastric cancer in Handan First Hospital from January 2016 to December 2019 were selected and randomly divided into the observation group 38 cases and the control group 38 cases. The patients of the control group were given conventional enteral nutrition support treatment, on this basis, the patients of the observation group were supplemented the shiquandabu decoction, using Integrated Traditional Chinese and Western Medicine enteral nutrition support treatment. After treatment, the recovery time of bowel sounds, exhaust time and defecation time were compared. Changes in nutritional status and immune function indicators were compared between the two groups before and after treatment on day 8. **Results** The observation group were significantly faster than the control group in the recovery time of postoperative bowel sounds [(41.2 ± 5.2)h vs. (49.5 ± 6.5)h], the exhaust [(69.5 ± 7.8)h vs. (73.6 ± 8.6)h] and defecation time [(81.5 ± 9.8)h vs. (88.2 ± 10.5)h] and the difference were statistically significant ($P < 0.05$). After 8 days treatment, TP [(64.09 ± 5.07) g · L⁻¹ vs. (61.16 ± 5.01) g · L⁻¹], TRF [(2.10 ± 0.18) g · L⁻¹ vs. (1.99 ± 0.19) g · L⁻¹] and Hb [(117.59 ± 14.32) g · L⁻¹ vs. (110.45 ± 16.42) g · L⁻¹] of the observation group were higher than that of the control group and the difference were statistically significant ($P < 0.05$). Meanwhile, IgA, IgG, IgM of the observation group were better than those of the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After 8 days treatment, CD4⁺ was increased in both groups ($P < 0.05$), however, the optimal control group in the observation group ($P < 0.05$); CD8⁺ was decreased in both groups ($P < 0.05$), but the observation group was superior to the control group ($P < 0.05$). CD4⁺/CD8⁺ was increased in both groups ($P < 0.05$), but the observation group was superior to the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** For postoperative elderly patients with deficiency of both Qi and Blood syndrome of gastric cancer, guiding by Integrated Traditional Chinese and Western Medicine idea, the application of shiquandabu decoction combined with enteral nutrition support not only can promote the intestinal function recovery and improve the nutritive condition of the body, but also can improve the body immunity. This method serves to promote the patient's early recovery.

Key words: Stomach neoplasms; Enteral nutrition; Shiquandabu decoction; Deficiency of both qi and blood; Integrated traditional Chinese and western medicine; gastric cancer; Elderly

胃癌是发病率较高的恶性肿瘤,随着老龄化进程加快,老年胃癌病人比例逐年上升^[1]。目前根治胃癌最有效的方法仍是手术切除肿瘤和淋巴结清扫^[2]。老年胃癌病人是营养不良的高发人群,围手术期营养不良的总体发生率可达17.5%^[3],营养不良可增加术后并发症发生率及手术死亡率^[4]。术后早期进行肠内营养(enteral nutrition, EN)有利于胃肠功能和形态的恢复,改善术后营养不良状态,提高机体免疫功能,进而降低因严重的营养不良带来的并发症及死亡率^[5]。中医认为胃癌病人术中失气失血,导致气血两虚,术后宜补益气血。经典益气补血方十全大补汤的多糖成分在体内外均有明显的抗肿瘤活性^[6],同时中医药在减轻症状、增强机体免疫力、延长生存期、提高生存质量等方面具有积极作用^[7]。我们对胃癌术后气血两虚证病人使用十全大补汤配合EN的中西医结合营养支持治疗,取得了理想的效果,现将其报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月至2017年12月邯

郸市第一医院普通外科行胃癌手术治疗的76例老年病人的资料,按照随机数字表法分为对照组38例和观察组38例。两组病人年龄、体质量、性别、病变部位、手术方式等资料比较均差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求。

1.2 诊断标准 (1)胃癌及其分期诊断标准:所有病人经胃镜和病理检查确诊,胃癌的TNM分期和病理类型按2016年国际抗癌联盟(UICC)相关标准制定^[8]。(2)中医证候诊断标准:胃癌术后符合气血两虚证病人,主症为神疲乏力,面色少华,头晕目眩;次症为心悸气短,畏寒肢冷,舌淡苔薄,边有齿痕,脉沉细无力^[9]。

1.3 纳入和排除标准 (1)纳入标准:①有明确病理学诊断,符合诊断标准;②生命体征平稳,无明显恶病质;③年龄≥65岁的老年病人;④知情同意并签署同意书;⑤术前未进行放疗或化疗;⑥胃癌术后证型符合气血两虚证。(2)排除标准:①入院时存在严重心、脑、肝、肾等疾病或合并其他严重慢性疾

表1 老年胃癌术后气血两虚证76例观察组和对照组一般资料比较

组别	例数	年龄/ (岁, $\bar{x} \pm s$)	体质量/ (kg, $\bar{x} \pm s$)	性别/例		病变部位/例			根治手术方式/例		
				男	女	贲门胃底癌	胃体癌	胃窦癌	近端切除	全胃切除	远端切除
对照组	38	69.6 ± 7.6	65.8 ± 9.2	20	18	17	12	9	16	15	7
观察组	38	71.3 ± 8.1	64.3 ± 10.3	23	15	19	13	6	16	16	6
$t(\chi^2)$ 值		0.944	0.670	(0.480)		(0.751)			(0.112)		
P 值		0.348	0.505	0.488		0.687			0.946		

病,影响临床观察者;②胃癌术后复发再次手术病人;③术前发现肿瘤远处转移,有明显恶病质行姑息手术的晚期病人;④半年内曾使用免疫抑制剂;⑤胃肠功能障碍,术后2 d内肠功能未恢复者;⑥胃癌术后证型不符合气血两虚证的病人。

1.4 治疗方法 对照组:术前置胃空肠营养管,术中 将空肠营养管置入吻合口下方输出襻空肠 30 cm 以下处。术后给予规范化治疗:预防感染、胃肠减压、禁食水、维持水、电解质、酸碱平衡等。术后先行肠外营养(parenteral nutrition, PN)支持治疗,供给热量按 $125.61 \text{ kJ} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 计算^[10]。术后第 1 天予 250 mL 生理氯化钠液经空肠营养管缓慢匀速注入,第 2 天开始使用整蛋白肠内营养制剂(能全力,规格:4.187 kJ/mL,纽迪希亚制药(无锡)有限公司,生产批号 20160012),起始输注量 500 mL/d 缓慢进入,滴速为 30~50 mL/h。根据病人耐受情况逐渐增量,通常在 2 d 内能全力渐渐过渡到 1 500 mL/d,滴速维持在 100~120 mL/h。连续使用至术后第 8 天,逐步停用 EN 经口进食半流饮食。

观察组:治疗方法同对照组,同时术后第 2 天开始辅助使用中药“十全大补汤”:人参 10 g、肉桂 10 g、熟地 12 g、川芎 12 g、当归 12 g、茯苓 10 g、白术 10 g、白芍 10 g、黄芪 20 g、甘草 6 g。由本院中药房制剂室浓煎(每剂 100 mL/d),滴速为 30~50 mL/h。滴注的时间注意与能全力隔开 1 h 以上。连续使用至术后第 8 天,逐步经口进食半流饮食后改为口服中药。

两组病人给予等氮、等热量营养支持,每日所需营养如 EN 供给不足,其余部分由 PN 补给。注意观察胃肠反应的发生情况,病人治疗期间注意保持大便畅通根据病情给予通便灌肠。

1.5 观察指标及其评价方法

1.5.1 胃肠功能恢复情况 术后 8 h 起由责任护士巡视病房时(每次 2 h)听诊记录两组术后肠鸣音恢复时间。嘱病人家属自行记录术后首次排气和排便时间。将两组肠鸣音恢复时间、术后首次排气和排便时间进行对比分析。

1.5.2 营养状况改善情况 检测总蛋白(TP)、转铁蛋白(TRF)及血红蛋白(Hb),通过治疗前及手术 8 d 后指标的变化情况来评价。TP、TRF 选择酶联免疫吸附法检测,使用贝克曼 AU5400 全自动生化分析仪及配套试剂;Hb 使用希森美康血液分析仪及配套试剂检测。

1.5.3 免疫功能恢复情况 ①体液免疫恢复情况 检测血清 IgA、IgG 及 IgM,通过治疗前及手术 8 d 后指标的变化情况来评价。血清 IgA、IgG、IgM 选择免疫比浊法检测,使用贝克曼 AU5400 全自动生化分

析仪及配套试剂。②细胞免疫恢复情况 检测 T 淋巴细胞亚群 CD4^+ 、 CD8^+ 、 $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$,通过治疗前及手术 8 d 后指标的变化情况来评价。 CD4^+ 、 CD8^+ 、 $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$ 选择流式细胞法检测,使用美国 BD 公司流式细胞仪及配套试剂检测。

1.5.4 胃肠不良反应情况 注意观察并记录两组病人出现恶心、呕吐、腹痛、腹胀及腹泻等胃肠反应症状发生的例数。

1.6 统计学方法 使用 IBM SPSS Statistics 22.0 统计学软件进行研究数据分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组样本比较分析采用 t 检验(组内为配对 t 检验,组间为成组 t 检验)。计数资料采用 χ^2 检验。均以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组病人术后肠功能恢复情况比较 术后观察组病人的肠鸣音恢复时间及排气、排便时间显著快于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组病人治疗前后营养状况比较 两组病人治疗前 TP、TRF、Hb 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 8 d 后,观察组病人 TP、TRF、Hb 上升幅度均显著高于对照组($P < 0.05$)。此外,各组治疗前后比较,均差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 老年胃癌术后气血两虚证 76 例观察组和对照组术后肠功能恢复情况比较/(h, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肠鸣音恢复时间	排气时间	排便时间
对照组	38	49.5±6.5	73.6±8.6	88.2±10.5
观察组	38	41.2±5.2	69.5±7.8	81.5±9.8
t 值		6.147	2.177	2.876
P 值		0.000	0.033	0.005

表 3 老年胃癌术后气血两虚证 76 例观察组和对照组治疗前后营养状况对比/(g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TP	TRF	Hb
对照组	38			
治疗前		59.25±5.40	1.68±0.12	107.93±18.61
治疗后		61.16±5.01	1.99±0.19	110.45±16.42
差值		1.91±4.48	0.31±0.19	2.52±6.56
配对 t 值, P 值		2.621, 0.013	9.909, 0.000	2.365, 0.023
观察组	38			
治疗前		60.31±5.05	1.71±0.12	106.61±17.40
治疗后		64.09±5.07	2.10±0.18	117.59±14.32
差值		3.78±6.34	0.39±0.22	10.98±17.46
配对 t 值, P 值		3.682, 0.001	11.240, 0.000	3.876, 0.000
成组 t 值, P 值				
治疗前		0.878, 0.383	1.037, 0.303	0.318, 0.751
治疗后		2.539, 0.013	2.659, 0.010	2.021, 0.047

2.3 两组病人治疗前后血清 IgA、IgG、IgM 比较 两组病人治疗前血清 IgA、IgG、IgM 水平对比,差异

无统计学意义($P > 0.05$);治疗8 d后,观察组病人IgA、IgG、IgM升高幅度均显著高于对照组($P < 0.05$)。此外,各组治疗前后比较,均差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 老年胃癌术后气血两虚证76例观察组和对照组治疗前后血清IgA、IgG、IgM比较/(g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IgA	IgG	IgM
对照组	38			
治疗前		2.12±0.34	11.58±1.20	1.38±0.43
治疗后		2.33±0.30	15.82±1.08	2.44±0.50
差值		0.21±0.34	4.24±0.78	1.06±0.21
配对 t 值, P 值		3.782,0.001	33.455,0.000	31.140,0.000
观察组	38			
治疗前		2.19±0.36	11.42±1.12	1.47±0.44
治疗后		2.50±0.42	16.30±0.76	2.72±0.57
差值		0.32±0.43	4.88±1.31	1.25±0.54
配对 t 值, P 值		4.524,0.000	22.967,0.000	14.302,0.000
成组 t 值, P 值				
治疗前		0.853,0.396	0.603,0.549	0.916,0.362
治疗后		2.085,0.041	2.226,0.029	2.276,0.026

2.4 两组病人治疗前后CD4⁺、CD8⁺和CD4⁺/CD8⁺对比 两组病人治疗前的CD4⁺、CD8⁺和CD4⁺/CD8⁺水平对比,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗8 d后,两组病人的CD4⁺均出现了升高,与治疗前相比差异有统计学意义($P < 0.05$),且观察组较对照组升高更为显著($P < 0.05$);两组病人的CD8⁺均出现了降低,与治疗前相比差异有统计学意义($P < 0.05$),且观察组较对照组降低更为显著($P < 0.05$);两组病人的CD4⁺/CD8⁺均出现了提升($P < 0.05$),与治疗前数据相比差异有统计学意义($P < 0.05$),且观察组较对照组提升更为显著($P < 0.05$)。见表5。

表5 老年胃癌术后气血两虚证76例观察组和对照组治疗前后CD4⁺、CD8⁺和CD4⁺/CD8⁺对比/ $\bar{x} \pm s$

组别	例数	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	38			
治疗前		29.52±3.16	34.55±3.66	0.84±0.14
治疗后		34.37±3.57	31.22±3.85	1.10±0.23
差值		4.85±2.55	3.33±5.68	0.26±0.30
配对 t 值, P 值		11.707,0.000	3.611,0.001	5.140,0.000
观察组	38			
治疗前		30.33±3.59	33.73±3.09	0.89±0.15
治疗后		36.23±3.90	29.67±2.77	1.22±0.26
差值		5.90±4.69	4.06±4.42	0.33±0.32
配对 t 值, P 值		7.754,0.000	5.658,0.000	6.346,0.000
成组 t 值, P 值				
治疗前		1.043,0.300	1.050,0.297	1.446,0.152
治疗后		2.174,0.033	2.005,0.049	2.159,0.034

2.5 两组病人肠内营养支持胃肠不良反应比较 两组病人均顺利完成治疗出院,对照组1例出现恶心、呕吐症状,2例出现腹胀症状。观察组2例出现恶心症状,2例出现腹胀症状,通过对症处理后,均症状缓解。两组病人肠内营养支持胃肠不良反应对比无统计学意义。

3 讨论

对老年胃癌术后气血两虚证病人给予良好的营养支持既可以避免由于营养不良导致的感染、吻合口瘘及切口延迟愈合等并发症,还能提高自身抵抗围手术期应激的能力。早期EN能刺激术后病人内分泌激素和消化液的分泌,增加内脏血流,促进肠黏膜的生长和肠蠕动的恢复^[11]。EN较PN有诸多的优点:保护维持肠黏膜的结构和功能的完整,减少肠道细菌易位和感染的发生,改善肠黏膜缺血症状,提高防御机制,调节免疫反应,降低术后炎症反应,减少感染等并发症的发生。只要肠道功能许可首选EN^[12]。2017年欧洲临床营养与代谢学会(ESPEN)发布外科临床营养指南提出:术后早期EN推荐大部分病人使用标准整蛋白配方,自制匀浆膳食不推荐使用^[13]。但使用EN治疗时部分病人会出现腹痛、腹胀、腹泻、恶心、呕吐等并发症,进而影响临床疗效。采取中西医结合肠内营养支持方式不仅能很好地改善胃癌术后的营养状况,也能减少EN并发症,促进肠道功能恢复^[14]。对老年胃癌术后气血两虚证病人使用补益气血中药汤剂十全大补汤配合EN,既能提供机体所需营养,又能利用十全大补汤来温补气血、调理机体^[15]。药理学研究也显示十全大补汤组方含有多种调节物质,具有抗肿瘤、抗炎、抗氧化活性、调节免疫功能等作用^[16]。

祖国传统医学认为胃癌归属“胃脘痛”“积聚”“胃反”“癥瘕”等范畴,病因病机多由饮食不节、情志失调等多种因素引起机体肝胃不和、脾运失常等损伤脾胃的情况下,气滞、食积、痰瘀、热结相互作用形成胃瘤肿块。胃癌术后病人因长期癌肿耗伤正气,脾虚失运,气血生化无源,且术中失血,导致气血两虚^[17]。而十全大补汤为气血双补的著名方剂,具有温补气血之功效。方中人参益气扶正,健脾养胃。熟地滋阴养血,养血益气,与人参相配共为君药。茯苓、黄芪、白术补气健脾渗湿,协助益气补脾;当归、白芍养血合营,助补益阴血,均为臣药。川芎活血行气、理气和胃,使诸药补而不滞;肉桂能助补益之力,共为使药。甘草性甘、平,补脾益气,调和诸药。纵观全方温补气血,健脾行气和中培元,不但具有舒养心肝、补脾益气的功效,还能通过

促进粒细胞集落刺激因子的生成,增强免疫力,并可改善脾胃不适的症状,优于单纯的西医营养支持。动物实验也显示十全大补汤可通过改善小鼠的食欲来改善其营养状态,提高血清中必需氨基酸的水平,有补脾益气的功效^[18]。本研究也显示了手术后观察组病人的肠功能恢复显著快于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

血清总蛋白(TP)在机体中具有重要的生理功能,除了用于疾病诊断,还是最常用的机体营养状态监测指标。转铁蛋白(TRF)用于贫血的诊断,TRF在应激反应时常随着白蛋白同时下降,因此也可以作为营养状态的一项指标。血红蛋白(Hb)能很好地反映贫血程度,也间接地反应出机体的营养状态。在本研究中,两组病人治疗前TP、TRF、Hb对比差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗8 d后,两组病人TP、TRF、Hb均较治疗前提升,观察组较同时时间段的对照组为优,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明经过十全大补汤联合肠内营养支持的中西医结合方法治疗后,病人营养状况显著好转,且各项指标明显优于对照组。

免疫球蛋白是临床检测的一项重要指标,它们是反映机体体液免疫功能的一种具有抗体活性的蛋白质。同时一种或多种免疫球蛋白水平降低或升高亦会对机体所处状态进行预示。T淋巴细胞是人体免疫系统的重要组成部分,包括CD4⁺和CD8⁺等多个亚型,其中CD4⁺是辅助型的T细胞,主要作用为免疫调节,CD8⁺为抑制型的T细胞,主要作用是抑制CD4⁺细胞^[19]。肿瘤疾病及手术创伤均可以导致身体的免疫功能受到抑制,进而影响机体的免疫功能。故对上述指标进行检测,可更加直观的对老年胃癌术后气血两虚证病人免疫功能进行观察。本研究结果显示,两组病人治疗前血清IgA、IgG、IgM及CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗8 d后,观察组血清IgA、IgG、IgM水平较同时时间段的对照组为优,比较差异有统计学意义($P < 0.05$);两组病人CD4⁺比例均出现了上升,CD8⁺比例均出现了下降,所以CD4⁺/CD8⁺的比值也均出现了上升,但是从结果数据看,观察组CD4⁺的上升幅度要大于对照组,CD8⁺的下降幅度也大于对照组,CD4⁺/CD8⁺的比值上升幅度也是观察组大于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明经过该方法治疗后,观察组病人免疫功能显著提高,各项指标明显优于对照组。但是本研究尚存在一定的不足,在研究的结果中,还应重点着眼于是否能够延长病人的生存期,在今后的研究中进一步完善。

综上所述,采取十全大补汤联合肠内营养支持治疗老年胃癌术后气血两虚证病人,不仅可在一定程度上促进肠功能恢复、改善机体营养状况,而且还能提高机体免疫力,起到了促进病人早日康复的目的。

参考文献

- [1] 管佳佳,梁伟,何新阳,等.探讨老年胃癌患者腹腔镜辅助远端胃大部切除术后短期疗效及并发症发生情况[J].安徽医药,2015,19(7):1355-1357.
- [2] 李卫国,朱盼盼,党诚学.老年胃癌患者术后并发症发生情况分析[J].实用癌症杂志,2015,30(9):1342-1343,1353.
- [3] 陈博,徐阿曼,胡孔旺,等.围手术期消化道肿瘤患者营养风险与营养支持情况分析[J].安徽医药,2016,20(2):271-274.
- [4] 王维维,章新琼.胃癌患者术后营养不良影响因素的研究进展[J].安徽医药,2014,18(3):565-567.
- [5] 梁涛,闵宇兰,伍晓汀.胃癌术后早期肠内营养的临床应用[J].中国普外基础与临床杂志,2018,25(2):197-201.
- [6] 杜春海,戎瑞雪,王梦,等.十全大补汤多糖成分抑瘤及免疫调节作用的初步研究[J].河北中医药学报,2014,29(4):3-6.
- [7] 关芳,艾梦环,李卫强.胃癌中医药临床研究简况[J].实用中医内科杂志,2017,31(6):77-80.
- [8] 陕飞,李子禹,张连海,等.国际抗癌联盟及美国肿瘤联合会胃癌TNM分期系统(第8版)简介及解读[J].中国实用外科杂志,2017,37(1):15-17.
- [9] 雷耀晨,崔德利,黄小兵,等.老年晚期胃癌中医证型与预后相关性研究[J].广西中医药大学学报,2016,19(3):13-15.
- [10] 覃艳琼,万鸿,万里鹏,等.免疫肠内营养支持对老年重症脑卒中病人营养状况和免疫功能的影响[J].安徽医药,2017,21(1):133-136.
- [11] 江仲.60例胃癌术后早期肠内肠外营养支持应用体会[J].安徽医药,2015,19(2):346-348.
- [12] 郑才锋.EN与PN对胃癌根治术患者临床疗效的影响[J].实用癌症杂志,2017,32(2):274-276,279.
- [13] 袁凯涛,石汉平.《欧洲临床营养和代谢学会指南:外科临床营养》解读[J].中国实用外科杂志,2017,37(10):1132-1134.
- [14] 高颂辉,戴高中.香砂六君子加减方联合早期肠内营养对高龄胃癌患者术后的肠胃及免疫功能影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2018,15(2):91-94.
- [15] 任华,沈初.观察十全大补汤联合肠内营养对食管癌术后患者免疫功能的影响[J].新中医,2016,48(10):204-206.
- [16] 杜锦涛,禹雯琦,周诣,等.十全大补汤对结肠癌原发瘤切除后转移瘤生长及NK细胞的影响[J].上海中医药杂志,2017,51(12):79-83.
- [17] 王少言,初巍巍.四物汤对胃癌术后早期营养状态及免疫功能的影响[J].解放军医药杂志,2015,27(6):83-86.
- [18] 伍继成,赵爽,伍威,等.十全大补汤对SV40 T抗原转基因小鼠晶状体自发肿瘤的抑制作用及其分子机制[J].吉林大学学报(医学版),2018,44(1):13-17.
- [19] 杜鹃,亢留玉,龚璇,等.盐酸羟考酮注射液复合丙泊酚麻醉用于老年患者内镜下逆行胰胆管造影术的血流动力学和机体免疫功能[J].安徽医药,2018,22(3):493-497.

(收稿日期:2018-06-13,修回日期:2018-08-08)