

# 饮食联合心理护理对胃癌根治性全胃切除术后远期营养状态的影响

李敦穹<sup>1</sup>, 李敦旭<sup>2</sup>

1. 海南省海口市人民医院肛肠科, 海南 海口 570206

2. 海南省海口市人民医院胃肠外科, 海南 海口 570206

**【摘要】** **目的** 探讨饮食联合心理护理在胃癌根治性全胃切除术中的应用价值及对患者远期营养状态的影响。**方法** 选取2014年5月~2015年10月收治的行胃癌根治性全胃切除术患者共49例, 采用随机数字表法分为两组, 实验组24例, 对照组25例。所有患者术后均接受常规护理管理, 包括预防感染、监测生命体征、评估病情改善等, 实验组在此基础上增加饮食联合心理护理, 观察并比较两组护理干预效果, 分析患者远期营养状态。**结果** 49例患者均顺利完成手术, 术后部分患者发生并发症, 处理后有效控制; 术后实验组通气时间与对照组比较无明显差异( $P>0.05$ ), 但排便时间、进流质时间、进半流质时间和术后住院时间均短于对照组( $P<0.05$ ); 两组术后短期体质改善及营养指标变化比较无明显差异( $P>0.05$ ), 但术后12月实验组患者BMI水平、上臂围度、皮褶厚度及前清蛋白、清蛋白水平均优于对照组( $P<0.05$ ); 术后实验组情绪状态改善优于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 对胃癌全切术患者开展加强饮食联合心理护理能有效促进术后恢复, 改善机体营养状态和负面情绪, 对提高患者预后质量有重要意义, 值得推广。

**【关键词】** 饮食护理; 心理护理; 胃癌全切术; 营养状态

## Effect of diet combined with psychological nursing on long-term nutritional status after total gastrectomy for gastric cancer

Li Dun-qiong<sup>1</sup>, Li Dun-xu<sup>2</sup>

1. Department of Anorectal Surgery, Haikou People's Hospital, Haikou 570206, China

2. Department of Gastroenterology Surgery, Haikou People's Hospital, Haikou 570206, China

**【Abstract】** **Objective** To explore the application value of diet combined with psychological nursing in total gastrectomy for gastric cancer and its effect on long-term nutritional status of patients. **Methods** A total of 49 patients with gastric cancer who underwent total gastrectomy from May 2014 to October 2015 were selected and divided into two groups according to the time of consultation, 24 in the experimental group and 25 in the control group. All patients received routine nursing management after operation, including prevention of infection, monitoring vital signs, evaluation of improvement of the condition, etc. On this basis, the experimental group added diet combined with psychological nursing, observed and compared the effect of nursing intervention between the two groups, and analyzed the long-term nutritional status of patients. **Result** All the 49 patients successfully completed the operation, and some patients had complications after operation, which were effectively controlled after treatment. There was no significant difference in ventilation time between the experimental group and the control group ( $P>0.05$ ), but defecation time, fluids time, half fluids time and hospitalization time after operation were shorter than those of the control group ( $P<0.05$ ). There was no significant difference ( $P>0.05$ ), but BMI level, upper arm circumference, skin fold thickness, prealbumin and albumin levels in the experimental group were better than those in the control group in 12 months after operation ( $P<0.05$ ), and the improvement of emotional state in the experimental group was better than that in the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Enhanced diet combined with psychological nursing can effectively promote the recovery of patients after total gastrectomy, improve the nutritional status and negative emotions

of the body, and improve the prognosis quality of patients with gastric cancer. It is worth promoting.

**【Key words】** Dietary nursing; Psychological nursing; Total gastrectomy for gastric cancer; Nutritional status

胃癌是临床最常见的恶性肿瘤之一,近年来患病人数不断增加,患病率一直呈逐年上升趋势,已成为威胁我国居民身心健康和生命安全的重要风险因素<sup>[1]</sup>。手术切除是目前临床治疗胃癌最主要也最有效的方法,根治性全胃切除术是手术方式中的一种。近年来有学者研究发现,胃癌患者行胃全切术后易发营养不良,若未及时控制,不仅影响手术效果,严重时还将引发其他合并症,缩短患者术后生存时间,如何改善胃全切术后患者营养状况是众多医务工作者研究的重点<sup>[2]</sup>。当前临床胃全切术后患者多接受常规护理,虽然有一定的辅助恢复效果,但并不令人满意,急需探寻一种更加有效的护理管理模式<sup>[3]</sup>。本文应用饮食联合心理护理对胃癌根治性全切术患者进行干预研究,探讨这一模式在全胃切除术中的应用效果及对患者远期营养状态的影响,以期为后续临床管理方案选择提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

1.1.1 研究对象选择与分组 根据两样本均数比较的

优效性试验设计<sup>[4]</sup>,样本量 $nc = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 \sigma^2 (1 + \frac{1}{K})}{(\mu_r - \mu_c - \Delta)^2}$ ,

$\alpha$  和  $\beta$  分别取 0.05 和 0.2;  $K$  为试验组与对照组例数比,取优效性界值  $\Delta=0$ 。实验组和对照组均数  $\mu_r$  和  $\mu_c$ , 标准差  $\sigma$  均参考既往文献<sup>[5]</sup>, 计算对照组样本量  $nc=21$ , 按 1:1 的比例两组样本量至少 42 例。根据样本量纳入 2014 年 5 月~2015 年 10 月期间就诊经影像学、胃镜和病理组织检验确诊为胃癌的患者。根据纳入标准共纳入 50 例患者作为研究对象, 其中 1 例根据排除标准剔除。将全部 49 例患者按入院顺序编号, 按随机数字表随机分为两组, 其中实验组 24 例, 对照组 25 例。TNM 分期按照中国临床肿瘤学会(CSCO)2018 年《胃癌诊疗指南》<sup>[6]</sup>标准。本次实验所有受试者均签署知情同意书, 并配合完成所有研究。

1.1.2 纳入和排除标准 纳入标准:(1)符合胃癌诊断,行胃癌根治性全胃切除术治疗,机体耐受良好,符合手术指征;(2)自愿参与研究;(3)病灶无

远处转移或明显外侵;(4)未伴有其他慢性基础性疾病,如糖尿病、冠心病、高血压等。排除标准:(1)其他实质性脏器(如心、肺、肝、肾)功能障碍;(2)伴免疫功能或凝血功能障碍,并发传染性、血液性疾病,需隔离接受治疗者;(3)伴其他恶性肿瘤疾病;(4)临床资料不全,研究中途退出或不能接受后期随访者;(5)胃切除术前行放疗治疗或新辅助治疗;(6)术中或术后严重合并症,术后大出血者;(7)伴精神障碍、智力障碍和神经功能障碍,不能正常配合治疗工作开展;(8)胃癌晚期,行姑息性手术者。

1.1.3 患者一般资料 实验组中,男 14 例,年龄 50~80 岁,平均(65.30±7.55)岁;女 10 例,年龄 50~78 岁,平均(64.30±7.03)岁。病程 1~4 年,平均(2.50±0.49)年。对照组中,男 13 例,年龄 50~79 岁,平均(65.03±6.96)岁;女 12 例,年龄 50~77 岁,平均(64.33±6.83)岁。病程 1~5 年,平均(2.63±0.59)年。研究上报伦理委员会获得批准,对比年龄、病程、术前 BMI 等一般资料,两组差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 1。

1.2 方法 所有患者在手术治疗后均接受常规基础护理,包括日常的疾病宣教,术后病情观察,监测各项生命指征,指导早期开展康复训练。术后有经过专业培训的护理人员协助开展综合干预,建立良好护患关系,术后监督患者用药,调查患者有无食物过敏史,同时加强日常生活饮食指导,常规抗感染治疗。保证病房内安静整洁,调节适当的温湿度,定时开窗通风,保证病房内空气流通,每日定期进行空气消毒。检查患者二便,观察神志、皮肤、出汗、脉象、面色等,记录是否出现不良反应;检查各导管有无堵塞情况,观察引流液颜色、性质和味道,做好记录,发现异常时及时通知医师并采取对症处理措施。

实验组在此基础上加强饮食联合心理护理和饮食护理,具体内容:(1)责任护士首先要了解患者的生活和饮食习惯,评估患者有无不良饮食习惯及影响治疗效果的不利因素,对患者进行集中教育,告知术后饮食禁忌,个别存在不良饮食习惯的患者单独开展教育。让患者了解加强饮食监管

表1 一般资料比较

项目	实验组(n=24)	对照组(n=25)	$t/\chi^2$	P值
性别(男/女)	14/10	13/12	0.152	0.554
年龄(岁)	63.60±6.83	64.20±6.80	0.201	0.732
病程(年)	2.50±0.49	2.63±0.59	0.315	0.685
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	-	-	-	-
术前	19.10±1.60	19.21±1.73	0.115	0.812
术后	20.10±0.89	20.05±0.93	0.242	0.759
TNM分期	-	-	-	-
II期	13(54.17)	12(48.00)	0.186	0.666
III期	11(45.83)	13(52.00)		
手术时间(min)	158.60±29.60	160.41±28.11	0.220	0.827
住院时间(d)	17.10±4.48	17.93±4.03	0.115	0.895

重要性和必要性,向患者讲解日常食物中所含的各种营养成分,根据患者实际情况,开展针对性的饮食指导。(2)对责任护士进行营养参数计算以及胃肠功能评估方法培训,并应用事先构架的标准病例进行考核,对每个人的评估结果进行评判,直至合格。责任护士在常规饮食控制的基础上,根据患者身高体重等信息,计算维持身体机能所需的营养物质总量,患者术后1~2周净进流食,因流质食物供能较少,每日应增加进餐次数;两周后评估患者胃肠功能恢复情况,适当增加半流质食物。(3)患者术后一个月左右,视胃肠功能恢复情况进普食,早期以易消化的食物为主,注意日常营养搭配,平衡膳食,荤素搭配,适当增加点心、水果等辅食,饮食宜清淡,禁食辛辣、生冷或刺激性食物,责任护士将患者每日需进食的食品种类、数量和烹制方法制作成食谱告知书,指导患者及家属,单日常食谱制作完成后,患者在每日依从食谱内容进食后,由患者家属签字确认。根据患者饮食习惯、食欲情况调整食谱种类和烹制方法,并制作1周食谱,每周循环,食谱循环使用1月后评估患者饮食情况,更新食谱内容。(4)为患者选择一名饮食监督员,主要由家属和保姆担任,护理人员将相关饮食资料及食谱交予饮食监督员,嘱咐其做好患者日常饮食监管,并在日常生活中客观地记录患者饮食状况,每月回院复查时汇报给医师和护理人员,视患者情况修订食谱。每周护理人员也需通过电话随访的方式了解患者病情恢复和生活情况,嘱其发现异常时及早回院复诊。

加强心理护理的主要内容:(1)术前和术中护理,术前有专业护理人员协助患者开展相关检查,带领患者熟悉医院环境,消除陌生感,告知患者检

查结果后及时做好心理疏导,向患者讲解疾病相关知识,包括起病原因、疾病危害、治疗方法等,嘱其保持身心放松,以提高麻醉质量。(2)术后护理,术后开展人性化护理,送回病房后根据患者具体情况调整合适的体位,以患者自觉舒适为佳。麻醉清醒后询问患者有无异常感受,告知患者手术十分顺利,术后三天内完成回访工作,询问患者是否有疼痛症状,检查手术切口有无红肿发热等类似感染情况。休养期间护理人员可向患者列举治疗成功的案例,增强患者治疗信心,术后加强康复指导,积极听取患者及家属主述,患者提出的疑惑及时解答,消除其心中的顾虑。

出院后随访:出院前所有患者均被告知严格遵医嘱服药,定期复诊。实验组出院时由责任护士为患者提供出院营养指导书,后附有自评记录表,由患者及家属落实自评并记录,每周一次。护理人员在电话回访中就患者的自评结果进行相应指导,每两周一次。并在患者复诊时查看患者自评记录。针对回访中患者反映出的问题,进行相应的心理支持、饮食干预、复诊检查等建议。并向患者提供联系电话,以便患者随时咨询。

1.3 观察指标 (1)比较两组恢复情况,包括术后通气时间、排便时间、进流质时间、进半流质时间和术后住院时间;(2)于术前、术后1月和术后12个月复诊时测定所有患者体质量指数(BMI)、上臂围度、皮褶厚度、前清蛋白和白蛋白水平,比较并评估两组患者术后营养状况;(3)于术前、术后7d和术后6个月复诊时使用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)测定患者情绪状态,SAS评分包含20个项目,4级评分,<50分为无焦虑、50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑、

>69分为重度焦虑;SDS评分包含20个项目,总分80分,以53分为分界值,轻度抑郁53~62分、中度抑郁63~72分,重度抑郁>72分。

1.4 统计学处理 使用统计学软件SPSS 19.0处理数据,术后通气、排便、进食、住院和营养指标、情绪量表评分等计量资料以“平均数±标准差”表示, $t$ 检验;率(%)表示计数资料,以 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 手术情况 实验组与对照组患者均顺利完成手术,两组平均手术时间无明显差异;对照组术后有4例发生吻合口粘膜出血,其中3例出血量<100 ml,1例出血量 $\geq$ 100 ml,均经保守治疗后好转,无患者入住ICU;实验组有2例发生吻合口粘膜出血,出血量均<100 ml,经保守治疗后好转,无入住ICU者;对照组术后住院期间,有7例出现消化道不适症状,表现为腹痛腹胀、恶心呕吐,1例肠道梗阻,2例切口感染、1例肺部感染、1例深静脉血栓,经积极对症处理后症状改善;实验组消化道不适症状3例,切口感染1例、肺部感染1例、深静脉血栓1例;两组围术期指标及术中、术

后并发症情况比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

2.2 术后恢复情况比较 术后,实验组通气时间与对照组比较无明显差异( $P>0.05$ ),但排便时间、进流质时间、进半流质时间和术后住院时间均短于对照组( $P<0.05$ ),见表2。

2.3 术后营养状态比较 两组术后短期体质改善及营养指标变化比较无明显差异( $P>0.05$ );术后随访12月后发现实验组患者BMI水平、上臂围度、皮褶厚度及前清蛋白均优于对照组( $P<0.05$ ),见表3。

2.4 术后情绪状态比较 两组术前SAS、SDS评分比较无差异( $P>0.05$ ),但术后不同时间段实验组SAS、SDS评分均低于对照组( $P<0.05$ ),见表4。

## 3 讨论

胃癌患者早期无典型症状,随病情进展后出现疼痛、呕血、黑便、贫血,确诊后病情往往已进展至中后期,另受恶性肿瘤高消耗影响,患者多伴有营养不良、消瘦等恶病质表现,治疗难度极大<sup>[7]</sup>。此外,胃癌患者在确诊病情后,常伴有焦虑、恐惧、抑郁等负面情绪,甚至失去生活和治疗信心,不仅影响治疗效果,还会进一步引起机体免疫力降低、

表2 两组术后恢复情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

项目	实验组(n=24)	对照组(n=25)	t值	P值
术后通气时间(d)	3.13±0.59	3.20±0.46	0.464	0.645
术后排便时间(d)	1.10±1.12	1.77±1.86	3.788	0.001
术后进流质时间(d)	2.10±1.06	3.88±1.73	6.748	<0.001
术后进半流质时间(d)	15.30±2.16	19.44±3.73	4.728	<0.001
术后住院时间(d)	22.10±3.11	27.10±5.96	3.658	0.001
胃管拔除时间(h)	67.60±12.10	78.93±15.22	4.895	<0.001

表3 两组手术前后营养状态比较( $\bar{x}\pm s$ )

项目	时间	实验组(n=24)	对照组(n=25)	t值	P值
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	术前	20.10±1.60	20.21±1.73	0.115	0.812
	术后1月	20.80±1.62	20.73±1.70	0.147	0.883
	术后12月	21.93±1.86*	20.98±1.05*	2.213	0.032
上臂围度(mm)	术前	11.20±0.53	11.26±0.49	0.412	0.682
	术后1月	11.89±0.60	11.72±0.70	0.115	0.842
	术后12月	12.93±1.12*	11.93±0.61*	3.903	0.001
皮褶厚度(mm)	术前	5.50±0.69	5.56±0.62	0.301	0.554
	术后1月	5.89±0.55	5.81±0.60	0.254	0.315
	术后12月	6.95±0.79*	5.93±0.71*	4.758	<0.001
前清蛋白(mg/L)	术前	250.30±45.11	246.11±43.80	0.228	0.715
	术后1月	268.96±50.41	261.75±45.22	0.135	0.883
	术后12月	297.46±42.83*	271.88±48.63*	5.131	<0.001

注:与术前和术后1月比较,\* $P<0.05$

表4 术后焦虑、抑郁评分结果比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

项目	时间	实验组(n=24)	对照组(n=25)	t 值	P 值
SAS	术前	56.60±7.22 <sup>*</sup>	56.29±7.16 <sup>*</sup>	0.151	0.881
	术后 7 d	42.11±5.10	48.96±6.93	3.927	0.001
	术后 6 个月	28.15±4.11	41.30±5.83	9.091	<0.001
SDS	术前	59.22±5.79 <sup>*</sup>	59.10±5.68 <sup>*</sup>	0.215	0.783
	术后 7 d	43.11±4.83	48.93±5.09	4.482	<0.001
	术后 6 个月	30.42±3.89	41.60±4.30	8.754	<0.001

注:与术后 7d 和术后 6 个月比较,<sup>\*</sup>P<0.05

神经衰弱,增加术后不良反应发生风险<sup>[8]</sup>。改善营养和情绪状态对提高胃癌患者治疗效果及生活质量均有积极意义<sup>[9]</sup>。

本文共纳入 49 例胃癌患者开展研究,均行胃全切除术治疗,术后给予不同护理干预模式,目的即通过对比研究评估两种护理模式的应用价值。结果发现,实验组患者术后恢复情况由于对照组,术后近期和远期营养状况、情绪状况也与对照组有明显差异,显示给予胃癌全切术患者饮食联合心理护理却有提高护理质量的效果。引起胃癌全切术患者术后营养不良的因素较多,如术后疼痛、胃肠道重建、化疗等,患者普遍食欲较低,加上临床饮食护理知识开展并不广泛,很多患者担心进食后影响吻合口,引起疼痛、感染,或出现消化不良症状,机体营养供给不足,自然易发营养不良<sup>[10]</sup>。汪丹丹等<sup>[11]</sup>对 52 例行手术治疗的胃癌患者开展研究,得出加强术后饮食管理,能显著提升患者营养状况的结论。开展饮食护理前,应进行全面的健康宣教,告知患者营养平衡对疾病恢复的重要性,提高患者和家属主动控制饮食和参与食谱制定的积极性。另外,开展饮食护理需要符合医学营养学理论,每日营养平衡和能量供应都应达到标准水平,实际操作中还可根据患者饮食习惯、市场供应等因素制定个体化饮食管理方案,面向各个阶层的患者<sup>[12]</sup>。

既往研究发现,家庭和社会支持良好的胃癌患者术后生活质量明显提升,医院安排专人为患者制定食谱,研究人员与患者、家属之间沟通频繁,充分体现了人文关怀和社会支持特点,患者配合度、依从性增高,饮食管理工作质量也得以提升<sup>[13]</sup>。本文主要通过测定 5 项营养学指标来评估患者营养状态,体质量指数是最简单、最直接,也最可靠的一种人营养状况评估办法,机体能量、蛋白质水平改变与 BMI 水平相平衡,营养状况变差,

BMI 水平会随之降低<sup>[14]</sup>。测量皮皱厚度是推算人体脂总量的方法之一,也是反映机体能量变化的重要指标,皮皱厚度低于标准水平,说明受测者体内能量不足,即处于营养不良状态<sup>[15]</sup>。前清蛋白和白蛋白是反映机体免疫力和营养状况的重要指标,低于正常水平也能间接反映受测者有营养不良风险<sup>[16]</sup>。本文通过对两组术后不同时间段 BMI、上臂围度、皮皱厚度、前清蛋白和白蛋白测定来评估胃癌术后患者的远期营养状态,结果显示实验组各项指标改善均优于对照组,体现出了饮食管理的长期优势,克服了营养不良问题,患者康复进程明显加快<sup>[17]</sup>。

本次研究还对两组患者术后不同时间段情绪状态进行测量评估,结果显示实验组术后各时间段焦虑、抑郁等负面情绪改善均优于对照组,显示心理护理应用于胃癌全切术患者中却有较佳效果。精神状况主要反映人多体力、耐力免疫力和营养状况,属于综合指标<sup>[18]</sup>。骆春兰<sup>[19]</sup>将 100 例胃癌患者分为两组,分别给予常规护理和针对性心理护理,并将两组护理后心理状态、生活质量和满意度进行对比分析,发现心理护理组患者负面情绪、生活质量改善优于对照组,患者治疗依从性、满意度也明显提高,认为心理护理可促进胃癌患者预后质量提升,与本次研究一致。实施心理护理纠正患者负面情绪,术前和术中注意保持行为和言语温和,有利于增加亲近感。向患者和家属讲解后续诊疗流程,告诉患者要相信医院、相信医务人员,开展各项护理操作前,向患者讲解操作的内容和目的,消除其紧张感。入室后,护理人员可鼓励患者,紧握双手为患者增加安全感,鼓励患者保持心态平和接受治疗,能有效减轻手术和肿瘤消耗引起的应激反应,提高食欲,患者每日保证充足的食物摄入,免疫力相应提升,康复速率加快,对延长其生存时间,提高存活率意义重大<sup>[20-22]</sup>。对比既往

研究,发现此次试验仍有不足之处,如纳入样本量过少、研究开展时间较短,未进行长期随访调查等,期待后续有更多更全面的研究以证实此结论。

综上所述,给予胃癌全切术患者饮食联合心理护理能有效促进术后恢复,改善机体营养状态和负面情绪,对提高患者预后质量有重要意义,值得推广。

#### 参考文献

- [1] Tanabe S, Hirabayashi S, Oda I, et al. Gastric cancer treated by endoscopic submucosal dissection or endoscopic mucosal resection in Japan from 2004 through 2006: JGCA nationwide registry conducted in 2013 [J]. *Gastric Cancer*, 2017,9(11):40-43.
- [2] Macalindong S S, Kim K H, Nam B H, et al. Effect of total number of harvested lymph nodes on survival outcomes after curative resection for gastric adenocarcinoma: findings from an eastern high-volume gastric cancer center [J]. *BMC Cancer*, 2018, 18(1):73-75.
- [3] 吴殿超, 霍志斌, 李华, 等. 腹腔镜辅助下根治性 D2 全胃切除术治疗胃癌的远期疗效及对生存质量的影响 [J]. *中华肿瘤防治杂志*, 2018, 25(S1):101-102.
- [4] 吴兴, 李婵娟, 丁伯福, 等. 两均数比较的优效性临床试验样本量估计 [J]. *数理医药学杂志*, 2013(5):517-519.
- [5] 乔汇, 徐波, 曲珊. 营养风险筛查与干预对食管癌术后康复效果的影响 [J]. *中国食物与营养*, 2019, 25(01):82-84.
- [6] Wang F H, Shen L, Li J, et al. The Chinese Society of Clinical Oncology (CSCO): clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastric cancer [J]. *Cancer Communications*, 2019, 39(1):10.
- [7] 李静, 颜月香, 刘雪莲, 等. 以问题为导向的护理干预对腹腔镜胃癌根治术后患者康复及生活质量的影响评价 [J]. *中华肿瘤防治杂志*, 2018, 25(S1):249-250.
- [8] Rosa F, Quero G, Fiorillo C, et al. Total vs proximal gastrectomy for adenocarcinoma of the upper third of the stomach: a propensity-score-matched analysis of a multicenter western experience (On behalf of the Italian Research Group for Gastric Cancer - GIRCG) [J]. *Gastric Cancer*, 2018,5 (7):60-63.
- [9] 丁军. NRS2002 和 MUST 量表在胃癌患者营养风险筛查中的应用 [J]. *消化肿瘤杂志(电子版)*, 2017,9(2):103-106.
- [10] 颜月香, 李静, 刘新磊, 等. 护理干预对胃癌术后早期肠内营养患者生存质量的影响 [J]. *中华肿瘤防治杂志*, 2018, 25(S1):246-247.
- [11] 汪丹丹, 郑蔚, 乔婷婷, 等. 胃癌术后患者参与饮食管理对其营养状况影响的研究 [J]. *中华护理杂志*, 2017,9(4):76-79.
- [12] 张威庆, 张花花. 腹腔镜辅助下 D2 根治术联合快速康复理念对进展期胃癌患者近期预后的影响 [J]. *中国内镜杂志*, 2018,9(8):67-72.
- [13] Kim N Y, Oh J S, Choi Y, et al. Relationship between socioeconomic status and accessibility for endoscopic resection among gastric cancer patients: using National Health Insurance Cohort in Korea: poverty and endoscopic resection [J]. *Gastric Cancer*, 2017, 20(1):61-69.
- [14] 王文霞, 唐玉洁, 阳艳青, 等. 早期功能锻炼对老年全膝关节置换术后心理状态及关节功能恢复的影响 [J]. *中国地方病防治杂志*, 2016,5(4):469-471.
- [15] Dai H B, Wang Z C, Feng X B, et al. Case report about a successful full robotic radical gastric cancer surgery with intracorporeal robot-sewn anastomosis in a patient with situs inversus totalis and a two-and-a-half-year follow-up study [J]. *World Journal of Surgical Oncology*, 2018, 16(1):41-43.
- [16] 王姗, 葛思堂, 周英, 等. 序贯性早期肠内营养在胃癌病人术后康复治疗中的应用效果 [J]. *肠外与肠内营养*, 2018,7(4):90-93.
- [17] 陈庆法, 徐燕, 薛方喜, 等. 年龄因素对行内镜黏膜下剥离术治疗早期单一病灶胃癌患者围手术期临床指标和肿瘤切除效果及并发症的影响 [J]. *中国内镜杂志*, 2017,5(2):70-73.
- [18] Karpińska-Kaczmarczyk Katarzyna, Magdalena L, Andrzej B, et al. Clinicopathologic characteristics and resection rates of papillary early gastric cancer removed by endoscopic submucosal dissection [J]. *Polish Journal of Pathology*, 2017, 1(6):11-15.
- [19] 骆春兰, 李永秀, 魏继棠. 心理护理干预对胃癌患者心理状态、生活质量及护理满意度的影响分析 [J]. *现代消化及介入诊疗*, 2017, 22(2):273-275.
- [20] 胡建昆, 赵林勇. 腹腔镜胃癌根治术的难点与争议 [J]. *中华普外科手术学杂志(电子版)*, 2018, 12(2):91-94.
- [21] 陈晓曦, 陈伟哲, 庄成乐, 等. 营养风险对腹腔镜辅助胃癌根治术后短期临床疗效的影响 [J]. *中华消化外科杂志*, 2017, 16(3):281-286.
- [22] Zhang G T, Zhang X D, Xue H Z. Open Versus Hand-assisted Laparoscopic Total Gastric Resection With D2 Lymph Node Dissection for Adenocarcinoma: A Case-Control Study [J]. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 2017, 27(1):42-45.