

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.24.050

个体化肠内营养护理对口腔癌术后合并高血糖患者的干预效果观察

王 喏

中南大学湘雅二医院口腔颌面外科监护室,湖南长沙 410011

摘 要:**目的** 观察个体化肠内营养护理对口腔癌术后合并高血糖患者的干预效果。**方法** 将 40 例口腔癌合并高血糖患者按随机数字表法分为对照组和试验组,每组 20 例。对照组患者采取常规肠内营养支持护理模式,试验组患者实施个体化肠内营养护理模式。对比两组患者血糖、转铁蛋白、清蛋白、前清蛋白、糖化血红蛋白、体质量、前臂肌围等指标水平,观察术后相关并发症发生情况。**结果** 术前,两组血糖、转铁蛋白、清蛋白、前清蛋白、糖化血红蛋白、体质量、前臂肌围比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);采取不同的护理模式后,试验组血糖低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组和试验组患者甲级伤口愈合患者所占比例分别为 75.0%和 85.0%,差异有统计学意义($P<0.05$);对照组住院时间与试验组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 个体化肠内营养支持护理有助于改善患者营养不良,稳定血糖水平,不良反应少,值得在临床推广应用。

关键词: 口腔癌; 高血糖; 肠内营养

中图法分类号: R473.78

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)24-3702-03

口腔癌(OC)是头颈部较常见的恶性肿瘤,其发病率在世界范围内呈上升趋势,好发于年轻女性,5 年生存率约为 50%^[1]。吸烟、饮酒、咀嚼槟榔与 OC 的发生具有一定相关性。目前,OC 治疗方法主要采用外科手术为主,放疗、化疗为辅的综合序列治疗。在本科,该病的治疗以 OC 联合根治术+股前外侧肌皮瓣转移修复术最为常见^[2]。

手术创伤常导致 OC 患者术后咀嚼吞咽功能受损且引起机体代谢失衡,因此术后加强 OC 患者的肠内营养支持就显得尤为重要。研究表明,肠内营养是导致 OC 患者发生高血糖的独立危险因素^[3]。为了保证 OC 合并高血糖患者获得足够营养的同时控制好血糖,本课题组采取了个体化肠内营养支持护理,取得了满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 9 月至 2018 年 6 月本院 40 例术后 OC 合并高血糖患者为研究对象。采用随机数字表法将患者分为对照组和试验组,每组 20 例。对照组中男 15 例,5 例;中位年龄 39.2 岁。试验组中男 14 例,女 6 例,中位年龄 38.9 岁。两组患者的年龄、性别构成等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)病理学上诊断颊、舌黏膜鳞状细胞癌并行 OC 联合根治术+游离皮瓣修复术患者;(2)术前血糖控制稳定,无其他基础代谢疾病;(3)年龄 35~50 岁,性别、文化程度、宗教不限;(4)疼痛数字评分(NRS) ≥ 3 分。两组患者均签署知情同意书,本研究通过本院伦理委员会的批准。

1.2 方法 对照组患者采取常规肠内营养支持护理模式。试验组患者实施个体化肠内营养护理模式。

1.2.1 肠内营养制剂的选择 根据基础能量代谢公式^[4]计算出每日所需能量。对照组采用整蛋白型普通肠内营养制剂 320 g+肠外营养;试验组采用糖尿病专用营养制剂 1 000 mL+肠外营养^[5]。肠内营养支持过程中,均监测血糖、营养指标,根据情况遵医嘱调整个人营养支持方案。补给营养的方法以经鼻胃管肠内营养为主,补充性肠外营养为辅。

1.2.2 肠内营养过程中的血糖监测 使用血糖仪采集毛细血管血液进行 8 段血糖的检测。8 段血糖分别为三餐前、三餐 2 h 后、睡前(23:00)、夜间(2:00)的血糖。三餐前后的血糖监测有利于调节药物的剂量、种类以及用药时间^[6]。睡前、夜间血糖的监测有利于了解夜间低血糖和空腹血糖产生的原因^[7-8]。血糖的监测有利于了解全天血糖是否整体控制在一定的目标范围内。

1.2.3 肠内营养泵的使用及输注速度的控制 对照组采用一次性给予肠内营养液输注方式,即改良鼻饲法。每 2~3 h 进行 1 次,每次 200~400 mL,清晨 8:00 开始管饲,夜间 23:00 以后停喂。全天共管饲 6 次,总管饲量约 1 600 mL^[9],达到标准浓度的 24%。对于糖尿病患者,鼻饲量及间隔时间的选择应尽量保证患者在接近生理的状态下实施肠内营养。试验组采用肠内营养泵持续泵入的方式,调节好营养液输注的速度,开始以 20 mL/h 的速度进行输注,每 6 h 增加 25 mL,观察患者是否出现腹泻及患者的肠道耐受程度,在一切正常后逐渐增加营养液输注速度,最终以 110 mL/h 匀速泵入^[10]。

1.2.4 心理护理、营养宣教 为了保持呼吸道通畅,防止窒息,常对 OC 患者进行预防性的气管切开术。术后患者无法进行语言沟通交流。对于试验组患者,

课题组制订了需求卡,加强护患沟通。同时,在床旁进行一对一的健康教育,强调肠内营养的安全性和必要性。评估患者的心理痛苦程度,了解患者的心理状态,针对性地进行心理护理。

1.2.5 相关并发症的处理 若患者出现腹胀,应在排除血糖异常因素后,遵医嘱予以调节营养液的输注速度,并辅以胃肠动力药后缓解。

1.3 两组患者的观察指标 每天监测 8 段血糖;在术后第 1、3、5、7 天分别检测患者的实验室营养指标(转铁蛋白、清蛋白和前清蛋白)及糖化蛋白;记录患者入院、出院体质量,上臂肌围,甲级和乙级伤口愈合数以及住院时间。

1.4 统计学处理 将数据录入 Excel 建立数据库,所

有数据采用 SPSS13.0 统计软件进行分析。计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 术前两组实验室营养指标及测量指标的分析 术前,两组各指标比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

2.2 术后两组实验室营养指标及测量指标的比较 结果显示,采取不同的护理模式后,试验组血糖低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);其他各指标比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 1 术前两组各指标的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	转铁蛋白(g/L)	清蛋白(g/L)	前清蛋白(mg/L)	糖化血红蛋白(%)	体质量(kg)	血糖(mmol/L)	前臂肌围(mm)
对照组	20	1.43±0.08	36.96±1.37	241.45±5.30	6.76±0.49	70.92±9.58	8.37±0.77	269.54±8.58
试验组	20	1.39±0.07	36.44±1.19	239.18±4.77	6.82±0.41	71.84±7.99	8.19±0.64	273.90±7.91
<i>t</i>		18.667	28.000	40.000	13.467	34.000	21.200	40.000
<i>P</i>		0.666	0.518	0.338	0.638	0.516	0.447	0.426

表 2 术后两组各指标的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	转铁蛋白(g/L)	清蛋白(g/L)	前清蛋白(mg/L)	糖化血红蛋白(%)	体质量(kg)	血糖(mmol/L)	前臂肌围(mm)
对照组	20	1.28±0.07	34.07±1.45	161.75±37.42	7.50±0.62	64.28±8.55	9.38±0.98	252.98±7.67
试验组	20	1.33±0.09	33.23±1.37	153.98±36.80	7.44±0.50	68.97±9.80	6.83±0.42	264.75±9.41
<i>t</i>		25.000	30.200	38.000	40.000	33.000	38.000	38.001
<i>P</i>		0.406	0.305	0.469	0.426	0.516	0.037	0.469

2.3 两组伤口愈合情况及住院时间的比较 对照组和试验组患者甲级伤口愈合患者所占比例分别为 75.0%和 85.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$);对照组住院时间与试验组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 术后对照组与试验组伤口愈合情况、住院时间的比较

组别	<i>n</i>	甲级伤口愈合 [<i>n</i> (%)]	乙级伤口愈合 [<i>n</i> (%)]	住院时间 ($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)
对照组	20	15(75.0)	5(25.0)	9.50±1.25
试验组	20	17(85.0)	3(15.0)	8.50±0.46

3 讨 论

头颈部恶性肿瘤患者手术往往对咀嚼器官造成损伤,影响患者进食功能^[11],因此患者术后存在较高的营养风险,根据加速康复理念及围术期营养支持指南^[12],推荐在术后早期对具有营养风险的患者进行营养支持。OC 合并高血糖患者行肠内营养支持时,血糖控制难度更大。因此,对于 OC 合并高血糖患者,

有效控制血糖水平具有重要意义。而采取个体化肠内营养护理,有利于改善血糖的控制效果,减少并发症的发生。

在 OC 合并高血糖患者个体化肠内营养支持过程中,一般性的护理工作也较为重要,如口腔护理。OC 患者术后的口腔护理效果直接关系到患者的伤口愈合、皮瓣存活以及全身感染的控制。由于患者张口受限,口内有伤口和皮瓣,本研究选择口腔冲洗法清洁口腔,其疼痛感较轻,且口腔舒适感和清洁程度更佳。

以往临床研究发现,OC 患者皮瓣危象发生在术后 72 h 内^[11]。为了提高皮瓣的存活率,要求患者颈部制动,只能在床上进行有限的运动,消化吸收功能也随之减弱。为了兼顾营养与患者消化系统的承受能力,在营养支持上是以早期肠内营养联合补充性肠外营养支持为主。肠内营养液输注速度过快或过慢,可引起患者血糖水平的明显波动,不利于营养物质的吸收和利用,甚至发生高渗非酮症性昏迷或低血糖反应及其他严重的代谢性并发症;同时还可造成或加重患者的胃肠道不适^[6]。临床上进行的前瞻性随机交

叉研究表明,采用输注泵辅助肠内喂养较采用重力滴注肠内喂养显著改善安全性,包括降低腹泻、呕吐、反流和吸入性肺炎的发生率,并且更有效地控制血糖^[7-8]。本研究结果显示,采取不同的护理模式后,试验组血糖高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);说明肠内营养泵持续泵入的方式可降低患者的血糖水平,保证患者的营养摄入。且试验组患者甲级伤口愈合患者所占比例高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);试验组住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明肠内营养泵持续泵入的方式治疗效果较为明显,值得临床推广应用。

针对 OC 合并高血糖患者肠内、肠外营养支持的研究仍在不断深入,临床上需根据患者的个体情况进行不断的动态调整。究竟如何运用肠内、肠外营养支持仍是值得探索的问题。

参考文献

[1] 郑家伟,李金忠,钟来平,等.口腔鳞状细胞癌临床流行病学研究现状[J].中国口腔颌面外科杂志,2007,5(2):83-90.
[2] 任振虎,吴汉江,谭宏宇,等.1 212 块股前外侧肌皮瓣在口腔颌面缺损修复中的应用[J].华西口腔医学杂志,2015,33(3):281-285.
[3] 孙璐,马建华.糖尿病患者肠内营养支持和血糖控制[J].中国糖尿病杂志,2016,24(3):279-281.
[4] 赵素平,袁军,李自如.重症缺血性卒中患者的能量评估研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(18):60-

62.
[5] 中华医学会糖尿病学分会,中国医师协会营养医师专业委员会.中国糖尿病医学营养治疗指南(2013)[J].中华糖尿病杂志,2015,7(2):289-307.
[6] STROUD M, DUNCAN H, NIGHTINGALE J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients[J]. Gut,2003,52(Suppl 7):viii-vii12.
[7] SHANG E, GEIGER N, STURM J W, et al. Pump-assisted enteral nutrition can prevent aspiration in bedridden percutaneous endoscopic gastrostomy patients[J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr,2004,28(3):180-183.
[8] HORIUCHI A, SAKAI R, TAMAKI M, et al. Gastric Emptying of Elemental Liquid Diets Versus Semisolid Diets in Bedridden Gastrostomy-fed Patients[J]. J Clin Gastroenterol,2019,53(3):373-378.
[9] 吴春树,余蓉,张虹婷.管饲量对喉癌术后患者胃肠道并发症影响的试验研究[J].护士进修杂志,2007,22(21):1935-1936.
[10] 房敏,罗琼,谢佩霞,等.消化道肿瘤合并糖尿病患者术后肠内营养滴速与血糖水平的关系[J].护理学杂志,2009,24(24):1-3.
[11] NGUYEN N, CHING K, FRASER R, et al. The relationship between blood glucose control and intolerance to enteral feeding during critical illness[J]. Intensive Care Med,2007,33(12):2085-2092.
[12] 中华医学会肠外肠内营养学分会.成人围手术期营养支持指南[J].中华外科杂志,2016,54(9):641-657.

(收稿日期:2019-04-26 修回日期:2019-08-12)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.24.051

p16 蛋白、Ki67 抗原检测在宫颈上皮内瘤变中的诊断价值

崔 凯¹,张利平^{2△}

1. 陕西省第四人民医院病理科,陕西西安 710043;2. 陕西省延安市延安大学附属医院产科二病区,陕西延安 716000

摘要:目的 探讨 p16 蛋白、Ki67 抗原检测在宫颈上皮内瘤变(CIN)中的诊断价值。方法 以陕西省第四人民医院 2017 年 12 月至 2018 年 12 月收治的 214 例患者为研究对象,收集患者的宫颈标本,运用免疫组织化学方法检测标本中 p16 蛋白、Ki67 抗原的表达,并分析其意义。结果 CIN I 级 p16 蛋白表达总阳性率为 75.4%,主要是点灶状表达;CIN II~III 级 p16 蛋白表达总阳性率为 100.0%,且大多数是带状表达;宫颈良性病变 p16 蛋白表达阴性,各组间差异有统计学意义($P<0.05$)。CIN I 级 Ki67 抗原表达总阳性率为 69.6%,主要分布在细胞核,位于上皮 1/3 内;CIN II~III 级 Ki67 抗原表达总阳性率为 100.0%,主要位于上皮 2/3 至全层;宫颈良性病变 Ki67 抗原表达较少,主要在基底层,各组间差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 检测 p16 蛋白及 Ki67 抗原的表达对 CIN 的分级诊断具有较高的价值,值得临床推广使用。

关键词:p16 蛋白; Ki67 抗原; 宫颈上皮内瘤变; 诊断价值
中图法分类号:R362 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2019)24-3704-03

宫颈癌是妇科常见恶性肿瘤,有研究发现,宫颈癌发病呈年轻化趋势,37 岁以下女性宫颈癌发病率逐渐上升^[1]。因此,对宫颈癌进行早期筛查及预防具有重要意义。宫颈上皮内瘤变(CIN)属于宫颈癌的癌前

△ 通信作者,E-mail:2282868923@qq.com。