

术前营养风险评估与干预对口腔癌患者预后的效果评价

罗珏

(中南大学湘雅医院 410005)

摘要:目的:探讨术前营养风险评估与干预对口腔癌患者预后的效果。方法:收集100例我院2017年6月-2019年4月口腔癌患者,随机分组。常规围手术期饮食指导组口腔癌50例患者采取常规围手术期饮食指导,术前营养风险评估与干预组口腔癌50例患者实施术前营养风险评估与干预。分析手术实施的时间、术后胃肠功能恢复时间、术后住院时间;治疗前后患者铁蛋白、转铁蛋白、视黄醇结合蛋白以及前白蛋白;切口感染、肺部感染等的发生率。结果:术前营养风险评估与干预组手术实施的时间、术后胃肠功能恢复时间、术后住院时间、切口感染、肺部感染等的发生率、铁蛋白、转铁蛋白、视黄醇结合蛋白以及前白蛋白均优于常规围手术期饮食指导组, $P < 0.05$ 。结论:口腔癌患者治疗过程采取微创手术术前营养风险评估与干预相对于常规围手术期饮食指导的优势在于改善了患者的营养情况,提高了其对抗感染的能力,缩短了住院的时间,减少了并发症。

关键词:术前营养风险评估与干预;口腔癌患者;预后;效果

口腔癌是常见的恶性肿瘤疾病,有唇癌、牙龈癌、舌癌等,发病率高,且对患者产生不同程度影响,需要及早进行手术治疗^[1-2]。而多数口腔癌患者免疫功能低下,营养风险评估和干预的实施十分重要。本研究分析了术前营养风险评估与干预对口腔癌患者预后的效果,如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集100例源于我院2017年6月-2019年4月口腔癌患者,随机分组。术前营养风险评估与干预组50例,男女35例和15例,年龄32-79(48.45 ± 2.71)岁。体重在45-82kg,平均的体重(59.21 ± 2.34)kg。

常规围手术期饮食指导组50例,男女36例和14例,年龄31-79(48.89 ± 2.57)岁。体重在45-82kg,平均的体重(59.78 ± 2.11)kg。两组资料 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

常规围手术期饮食指导组口腔癌患者采取常规围手术期饮食指导。术前营养风险评估与干预组口腔癌患者实施术前营养风险评估与干预。根据患者情况,术前进行两周的营养干预。①术前营养知识教育。常规说明围术期的饮食注意事项,给予饮食相关知识介

绍,方法健康手册,必要时给予患者添加肠内营养制剂,术后在血流动力学稳定后开始给予患者早期肠内营养干预。②个体化营养指导。根据患者营养状况和饮食习惯的差异,对其每天能量需求进行计算,并选择高蛋白、高热量、丰富维生素和低纤维素的食物进食。对于饮食不足的部分可给予补充肠内营养乳。③对经胃肠不能满足能量需求的给予增加营养制剂口服^[3-4]。

1.3 指标

分析手术实施的时间、术后胃肠功能恢复时间、术后住院时间;切口感染、肺部感染等的发生率。比较治疗前后患者铁蛋白、转铁蛋白、视黄醇结合蛋白以及前白蛋白。

1.4 统计学处理

SPSS24.0软件处理数据, $P < 0.05$ 表示差异显著。

2 结果

2.1 两组手术实施的时间、术后胃肠功能恢复时间、术后住院时间分析对比

术前营养风险评估与干预组手术实施的时间、术后胃肠功能恢复时间、术后住院时间短于常规围手术期饮食指导组, $P < 0.05$,见表1。

表1 两组手术实施的时间、术后胃肠功能恢复时间、术后住院时间分析对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	手术实施的时间(min)	术后胃肠功能恢复时间(h)	术后住院时间(d)
常规围手术期饮食指导组	50	89.21 ± 12.31	34.45 ± 2.34	8.21 ± 2.21
术前营养风险评估与干预组	50	79.21 ± 4.04	23.12 ± 2.31	6.21 ± 1.44
t		7.945	7.213	6.935
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组切口感染、肺部感染等的发生率分析对比

术前营养风险评估与干预组切口感染、肺部感染等的发生率低于常规围手术期饮食指导组, $P < 0.05$,术前营养风险评估与干预组切口感染、肺部感染等的发生率中,2例出现切口感染,发生率是4%。常规围手术期饮食指导组切口感染、肺部感染等的发生率中,2例出现切口感染,4例出现肺部感染,3例出现肺不张,发生率是18%。

2.3 治疗前后铁蛋白、转铁蛋白、视黄醇结合蛋白以及前白蛋白

统计学分析后,两组患者手术后的铁蛋白、转铁蛋白、视黄醇结合蛋白以及前白蛋白均优于手术前 ($p < 0.05$),且术前营养风险评估与干预组患者手术后的情况优于常规围手术期饮食指导组患者手术后的情况 ($p < 0.05$)。见表2。

表2 治疗前后铁蛋白、转铁蛋白、视黄醇结合蛋白以及前白蛋白比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时期	铁蛋白(μg/L)	转铁蛋白(μg/L)	视黄醇结合蛋白(μg/L)	前白蛋白(mg/L)
术前营养风险评估与干预组	50	治疗前	166.13 ± 16.91	2.67 ± 0.24	28.13 ± 5.91	247.25 ± 31.28
		治疗后	224.56 ± 33.21	3.34 ± 1.21	35.56 ± 7.21	277.19 ± 42.50
常规围手术期饮食指导组	50	治疗前	166.45 ± 16.56	2.66 ± 0.21	28.24 ± 5.56	247.13 ± 31.01
		治疗后	201.51 ± 21.01	3.01 ± 0.41	29.56 ± 8.25	257.21 ± 42.11

3 讨论

术前营养风险评估与干预对于口腔癌患者而言效果确切,研究

显示,营养不良可导致免疫功能降低,导致术后组织和伤口愈合难

(下转第28页)

(上接第 13 页)

度增大,增加术后感染的风险^[5-6]。通过术前营养风险评估与干预的实施,可改善营养状态和提高免疫功能,有利于维持术后代谢平衡,减少术后负氮平衡代谢状态的出现,可维持各个器官功能正常,加速围手术期恢复,减少并发症的发生,降低感染率,缩短住院时间和减少医疗费用^[7-8]。

本研究显示术前营养风险评估与干预组手术实施的时间、术后胃肠道功能恢复时间、术后住院时间、切口感染、肺部感染等的发生率、铁蛋白、转铁蛋白、视黄醇结合蛋白以及前白蛋白均优于常规围手术期饮食指导组, $P < 0.05$ 。

综上所述,口腔癌患者治疗过程采取微创手术术前营养风险评估与干预相对于常规围手术期饮食指导的优势在于改善了患者的营养情况,提高了其对抗感染的能力,缩短了住院的时间,减少了并发症。

参考文献:

[1]刘英,杭菲,彭巧君.集束化干预对口腔癌术后患者心理状态及生活质量改善效果的分析[J].癌症进展,2018,16(13):1680-1683.

[2]蔡瑞波.口腔癌患者术后护理干预对其卫生行为及并发症的影响观察[J].首都食品与医药,2019,26(18):166.

[3]徐中菊,唐健,汪春雨.早期饮食干预在口腔癌患者放疗中的临床研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(64):6-7.

[4]王舒,夏梦,朱竞.心理干预对口腔癌患者围术期疼痛、负性情绪及生活质量的影响[J].中国健康心理学杂志,2019,27(05):681-684.

[5]符馨予,李栩亭,欧阳娜,黄秋雨.口腔癌患者长期生活质量的影响因素及护理干预措施的研究现状[J].当代护士(下旬刊),2019,26(04):4-7.

[6]颜艳,吴明慧,李萍华.护理干预对口腔癌患者术后卫生行为及并发症的影响[J].黑龙江医药,2019,32(01):244-246.

[7]杨娜,宋欢.口腔癌联合根治术后并发肺部感染的预防及护理干预研究[J].全科口腔医学电子杂志,2018,5(36):88.

[8]章蕾,童熹,李国民,陈春晖,方旭,陈琨,李小芳.系统化干预对减少口腔癌患者术后呼吸道感染的效果分析[J].中华全科医学,2018,16(08):1290-1292+1328.