

• 临床研究 •

132 例恶性淋巴瘤患者营养干预的研究

江巧珠 林 艳 杨秀玉

福建省肿瘤医院 福建福州 350014

【摘要】目的 探讨恶性淋巴瘤化疗患者营养风险发生率和营养干预对患者的影响。**方法** 对恶性淋巴瘤患者化疗前营养风险进行评估。将 NRS 阳性组中的患者进行随机分组分为实验组和对照组。对照组患者采用常规饮食护理, 实验组患者在常规护理基础上施行饮食干预。对比两组患者在化疗后营养指标及不良反应。**结果** 在 132 例病人中, 评分 ≥ 3 分者 96 例, 占全部病例数的 72%。研究组并发症发生率和化疗期间住院时间低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 恶性淋巴瘤患者实施营养干预后化疗风险低于未干预组。

【关键词】 恶性淋巴瘤患者; 营养风险; 营养调查; NRS2002

【中图分类号】 R733.4

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-3179 (2018) 09-088-02

恶性淋巴瘤临床表现为发热、盗汗和体重减轻为主的全身症状。患者在营养不良的情况下, 反复多次地进行化疗^[1]。通常, 当患者因严重的体力不支、生化指标下降时, 才开始实施营养支持干预, 但此时患者不但营养不良不易恢复, 可能导致丧失营养支持治疗的最佳时机^[2]。患者营养状态的好坏在一定意义上决定着诊治用药、疾病预后、并发症的发生及住院费用等。^[3] 因此, 对我院恶性淋巴瘤患者的营养风险进行调查分析, 以对临床营养支持提供依据。

1 资料与方法

1.1 入组对象

2018 年 1 月-2018 年 6 月间入院某三级甲等肿瘤专科医院的恶性淋巴瘤患者。纳入标准: 病理明确诊断为恶性淋巴瘤且准备进行化疗的患者; 年龄 18-80 岁; 神志清醒; 能够听、说中文; 愿意接受评定者。一共入组 132 例。排除标准: 年龄小于 18 岁或大于 80 岁; 患者拒绝参加本研究; 神志不清; 精神病患者; 无法获得体重身高的基本参数者。质量控制: 调查由经专门培训的护士及调查者本人共同完成。测量身高和体重须在早晨患者空腹时进行, 患者免鞋, 着病号服, 使用经过校正的标尺及体重计, 身高精确至 0.5cm, 体重精确至 0.2kg。体重丢失计算: 三个月前体重减去现在体重。

1.2 营养风险筛查量表

在化疗前采用欧洲营养风险筛查量表 (NRS2002) 进行营养评估与风险程度筛查。总评分 0 分为不存在营养风险; 总评分 1~2 分为存在营养风险, 需要及时的营养指导和早期的营养干预; ≥ 3 分为存在营养不足, 营养状况差, 需要肠内肠外的营养干预。

1.3 观察指标

1) 营养指标: 分别检测两组患者化疗前后血清白蛋白 (ALB)、血红蛋白 (HB) 等营养学相关指标; 2) 骨髓抑制情况; 3) 恶心呕吐。

1.4 统计学处理

应用 SPSS18.0 软件进行统计分析。P < 0.05 差异有统计

学意义。

2 营养干预方法

2.1 对照组实施常规护理, 与患者建立良好关系, 了解患者病情, 告诉患者放化疗的不良反应, 由临床营养护士提供膳食指导; 讲解疼痛缓解的方法, 必要时给予药物治疗; 对口腔及食管黏膜反应较重者, 给予半流质或流质饮食, 进食困难、呕吐严重者及时补液和对症处理; 要定期复查血常规, 对于白细胞减少的要及时给予升高白细胞药物等。

2.2 实验组在对照组的基础上实施早期 (化疗前) 营养干预。采用饮食宣教、食谱制订对恶性淋巴瘤化疗患者进行饮食干预。1) 化疗前向患者详细介绍常见食物中营养素的比例及各营养素与恶性淋巴瘤化疗的关系, 使患者对营养治疗有了初步的了解, 有利于后期的饮食配合。2) 然后护士根据各患者的饮食习惯、年龄及机体状况、身高、体重、活动量等。参照膳食平衡的宝塔结构和《中国居民膳食营养素参考摄入量》为患者制订个体化食谱。

3 结果

表 1: 入组患者基本情况

内容	例数 (%)
性别男	71 (55)
性别女	61 (45)
年龄 18-49	90 (68)
年龄 50-80	42 (33)
文化初中及以下	38 (29)
文化高中及中专	64 (49)
文化大专及以上	30 (23)
首次诊断	40 (31)
连续化疗	92 (59)

表 2: 化疗前后患者 NRS2002 评分情况

分组	< 3 分例数 (%)	≥ 3 分例数 (%)
化疗前	76 (58)	56 (42)
化疗后	36 (27)	96 (73)

表 3: 不同 NRS2002 评分患者化疗后情况例数 (%)

组别	骨髓抑制				恶心呕吐	血清白蛋白 < 30g/L
	I	II	III	IV		
≥ 3 分	22 (23)	32 (33)	34 (35)	8 (8)	59 (45)	39 (45)
< 3 分	9 (25)	8 (22)	5 (13)	2 (5)	33 (25)	11 (30)

4 讨论

(下转第 90 页)

表 2: 两组病人的动脉氧分压以及二氧化碳分压水平对比 (mmHg)

组别	例数		动脉氧分压	二氧化碳分压
研究组	50	治疗之前	57.6±11.4	60.3±12.4
		治疗之后	90.3±9.7	40.0±8.8
对照组	50	治疗之前	58.0±11.8	60.6±11.5
		治疗之后	72.1±9.9	50.1±7.9

3 讨论

文献资料显示,慢性呼吸衰竭病人的氧分压水平比较低,二氧化碳分压上升期间会伴随肺性脑病的出现,临床治疗难度比较大。临床治疗慢性呼吸衰竭合并肺性脑病主要采取吸氧、解痉、抗感染、纠正机体酸碱平衡和电解质紊乱以及持续低流量吸氧等,但是根据文献资料显示,治疗之后的总体有效率不理想,由于病人长期处在低氧血症状态,导致肺性脑病进展加速,严重影响到病人后期治疗以及预后效果^[3]。

盐酸纳洛酮能够竞争性阻断 β 内啡肽和中枢以及外周神经的阿片受体相互结合,拮抗 β 内啡肽引发的广泛病理生理效应,逆转循环、呼吸和神经抑制效果,造成呼吸中枢兴奋,从而解除呼吸抑制,有效纠正病人呼吸衰竭^[4]。根据本文的研究显示,对于我们医院在过去一年之内所收治的慢性呼吸衰竭合并肺性脑病病人资料 100 例施行分析,根据随机法对所选病人施行分组,给予对照组病人常规治疗,给予研究组病人早期应用盐酸纳洛酮治疗,对比两组病人的临床治疗效果和产生不良反应情况,将所得各项数据施行统计学计算,

结果表明,两组病人接受不同治疗措施之后,临床治疗总体有效率对比具备统计学意义;两组病人接受不同治疗措施之后,动脉氧分压以及二氧化碳分压水平对比具备统计学意义;两组病人接受治疗过程中产生不良反应几率对比不具备统计学意义。对于慢性呼吸衰竭合并肺性脑病人开展早期盐酸纳洛酮治疗效果理想,作用机制为降低心脑血管神经中枢抑制,有效控制外周血管平滑肌收缩,使缺血神经细胞紊乱获得改善,恢复线粒体氧化磷酸化和能量攻击,缓解脑细胞坏死,对于细胞凋亡起到抑制作用,从而改善病人中枢性呼吸衰竭,加快网状上行激动系统功能的恢复速度^[5]。

综上所述,对于慢性呼吸衰竭合并肺性脑病开展早期盐酸纳洛酮治疗,能够有效逆转循环、呼吸以及神经抑制,保证呼吸中枢兴奋,对于呼吸抑制起到解除作用,缓解病人的呼吸衰竭症状,具有临床推广价值。

参考文献:

- [1] 吴亚男.早期药物治疗慢性呼吸衰竭并肺性脑病临床观察[J].中国实用神经疾病杂志,2012,15(6):60-61.
- [2] 张淑平.早期应用药物治疗慢性呼吸衰竭并肺性脑病临床分析[J].中国实用医药,2012,7(18):165-166.
- [3] 李玲.早期应用纳洛酮治疗慢性呼吸衰竭并肺性脑病临床分析[J].航空航天医学杂志,2013,24(4):464-465.
- [4] 姜艳华.慢性呼吸衰竭并肺性脑病早期应用药物治疗的护理干预[J].中国实用医药,2012,7(22):221-222.
- [5] 程瑞明.早期药物治疗慢性呼吸衰竭合并肺性脑病临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2014,25(6):1259-1260.

(上接第 87 页)

病情控制难度的增大。

针对老年人上消化道出血情况进行全面的方法统筹,寻找出一些可以有效预防、缓解并治疗老年人上消化道出血的方法,并加以实际利用,确保老年人身体健康^[4]。其具体方法如下:1. 加强对身体的锻炼及保持心情的舒畅度,这种方式可以有效的帮助老年人进行身体机能的增强,从而增强体内各项器官的健康运作,减少上消化道出血的发生。2. 消化功能欠佳或长期具有胃酸的老年人可以适当的进行少食多餐且长期服用一些碱性物质进行胃酸的中和,确保老年人因为胃酸过多引起上消化道出血;3. 戒掉抽烟喝酒等一系列的不良生活习惯。长期的喝酒抽烟对老年人自身的伤害巨大,在危害身体各项内脏器官的同时危害着老年人的免疫系统。改掉这些不良的生活习惯可以有效的提升改善老年人的身体健康,减少癌症等疾病的发病几率,同时也减少了老年人上

消化道出血人数的比例。

综上所述,上消化道出血症状在老年人身上的发病几率高且不易察觉,在进行日常预防的过程中,老年人应该尽量做到结合自身身体的锻炼及用药的注意进行全面的预防,确保老年患者的生命安全和健康。

参考文献:

- [1] 石莉,梁浩.老年人上消化道出血的临床特点观察[J].世界华人消化杂志,1998(s2):466-466.
- [2] 宁丽娟.急性老年人上消化道出血 190 例临床特点和预后观察[J].临床合理用药杂志,2016,9(14):110-111.
- [3] 肖祖华,钟德福,丁富莲,等.老年人急性非食管静脉曲张性上消化道出血的临床特征研究[J].中国当代医药,2015(7):34-36.
- [4] 周阳祥,肖麟.老年急性非食管胃底静脉曲张性上消化道出血的临床特征分析[J].医学信息,2016,29(9):112-113.

(上接第 88 页)

恶性淋巴瘤患者化疗前后患者 NRS2002 评分 ≥ 3 分由 42% 上升到 73%。恶性淋巴瘤患者营养状态:首先恶性淋巴瘤患者由于炎症介质导致的发热,在接受治疗前,大多存在营养高消耗导致的消瘦。其次,恶性淋巴瘤的主要治疗方法是化疗。化疗引起的急性口腔黏膜反应,使得患者食物摄入不足、肿瘤自身营养消耗和肿瘤代谢分泌的各种产物均可导致恶病质的出现,从而导致各种抗肿瘤治疗疗效下降、并发症增多。有研究表明在恶性淋巴瘤治疗中,重度黏膜炎(尤其口腔黏膜炎)使患者经口进食困难,延长了住院时间、增加住院费用明显降低患者生活质量、增加医疗资源消耗。再者,化疗导致骨髓抑制及继发感染不但影响机体代谢水平,而且影响

机体组织功能恢复及细胞免疫,干扰正常治疗的顺利实施,降低患者生活质量,增加感染等并发症及死亡率。临床工作中常仅着眼于疾病的治疗,对患者整体的营养评估和治疗存在不足或缺。因此,在恶性淋巴瘤患者化疗期间进行营养干预是必要的。

参考文献:

- [1] 李玉红.胃肿瘤术后早期应用肠内营养护理的临床效果观察[J].中国社区医师,2015,(14):126-128.
- [2] 朱金梅.饮食干预对恶性淋巴瘤患者营养状态的影响[J].中外健康文摘,2014,(23):93-93.
- [3] 张霓,秦侃.T 细胞恶性淋巴瘤患者化疗期间营养支持方案的探讨[J].中南药学,2017,(01):112-114.