

- [9] 刘云,王丰瑞,郝瑾祎,等.加强医院护理环节质量管理的实践与体会[J].护理管理杂志,2010,10(2):118-119.
- [10] 王兵.加强医院护理环节质量管理的实践与体会[J].实用预防医学,2010,17(11):2308-2309.
- [11] 刘闫,杜丽娜,王国华,等.个性化护理在癌症患者化疗期间 PICC 置管中的应用[J].中华现代护理杂志,2013,19

(3):287-290.

- [12] 周娟,胡君娥.环节质量管理模式在乳腺癌患者 PICC 置管护理中的应用[J].长江大学学报:自科版医学,2014,11(7):80-81.

(收稿日期:2015-01-16 修回日期:2015-03-10)

• 临床探讨 •

营养干预对食管癌同步放化疗患者的影响

高 彤,王晓燕[△],赵丽霞,张继红,冯景见,檀军丽(河北省石家庄市第一医院肿瘤五科 050011)

【摘要】 目的 探讨局部晚期食管癌同步放化疗期间营养指标变化及营养干预的效果。**方法** 选择 2011 年 2 月至 2013 年 12 月在石家庄市第一医院治疗的局部晚期食管癌患者 48 例,分成对照组和营养组。两组均采用 6MV-X 射线三维适形放射治疗,总剂量 6 000 cGy/6 周,同步 TP 方案化疗。观察治疗期间两组患者体质量、卡氏(KPS)评分、血红蛋白、血清清蛋白、外周血淋巴细胞数目变化,并分析营养干预对两组患者营养指标的影响。**结果** 全部患者均在治疗过程中体质量及 KPS 评分随放化疗时间逐渐下降,第 4 周是体质量和 KPS 评分下降的拐点。营养干预后营养组患者各项指标下降得到抑制,而对照组患者的血红蛋白、清蛋白、淋巴细胞数目均较治疗前有明显下降($P<0.05$)。**结论** 食管癌同步放化疗期间营养状况明显下降,及时给予营养干预可明显改善患者营养状况,对于完成治疗保证疗效具有重要意义。

【关键词】 食管肿瘤; 同步放化疗; 营养干预; 体质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.13.056 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)13-1944-03

同步放化疗现已成为局部晚期食管癌的重要治疗手段,不但可以提高肿瘤局部控制率而且可以降低远处转移率^[1]。但接受同步放化疗患者的急性不良反应往往较为明显,且食管癌病变本身的机械性侵犯影响了营养物质的摄入和吸收,放化疗期间因不良反应可能使食管癌同步放化疗患者的营养状况恶化,使机体耐受性降低,并有可能导致治疗中断影响疗效^[2]。为了进一步探讨营养干预对局部晚期食管癌患者同步放化疗期间营养状况的变化及营养干预的效果,本文进行了下列研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 2 月至 2013 年 12 月在石家庄市第一医院治疗的局部晚期食管癌 48 例,病理证实均为食管鳞状细胞癌,预计生存期超过 6 个月。年龄 54~62 岁,平均(58.1±4.3)岁,其中男 29 例,女 19 例。将患者按照入院顺序以随机数字法随机分为营养组(放化疗+营养干预)24 例和对照组(单纯放化疗)24 例,两组性别、年龄、身高、体质量指数(BMI)等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 放疗方法及治疗计划 两组患者放射治疗方法相同,采用西门子直线加速器,常规分割,每次 200 cGy,6MV-X 射线实施三维适形放射治疗(3D-CRT),三维共面、多野照射。肿瘤区(GTV)的勾画:为食管癌原发病灶(参考上消化道造影、胃镜及 CT 结果共同确定其长度和位置)。肿大转移淋巴结为 GTVnd(参考 CT 显示的周围转移淋巴结)。临床靶区(CTV)为 GTV 向上下外扩 3.0 cm,前后左右各外扩 0.5 cm;淋巴结 CTVnd 包括邻近的食管周围淋巴结区。计划靶区(PTV)为 CTV 基础上四周外扩 0.5 cm。靶区处方剂量每 6 周,分 30 次,DT 6 000 cGy,周一至周五。剂量参考点定义为靶区中心

点,100%的等剂量曲线覆盖 95%以上的 PTV。PTV 的剂量均匀性为 95%~107%。正常组织限量:全肺 V20≤25%~30%,V30≤18%,心脏 V50<50%,脊髓最大剂量小于 4 500 cGy,治疗计划经主治以上医师审核及验证后开始实施。治疗期间每周检查血常规并观察不良反应,放疗结束后定期复查 CT 及 X 线钡餐。

1.2.2 化学药物 均采用 TP 方案,顺铂注射液(山东齐鲁制药有限公司),12.5 mg/(m²·d),连用 5 d;紫杉醇注射液(扬子江药业)135 mg/m²,28 d 为 1 个周期,化疗从放疗开始的第 1 天起同期应用,分别于第 1、5 周给予。

1.2.3 营养干预 入院后对营养组患者进行营养教育宣传,使患者及家属对食管癌的发病情况及放化疗的不良反应有认识,以提高患者的营养摄入意识,增加摄入量。肠外营养干预随放疗进行,每周一至周五给予 20%脂肪乳、复方氨基酸(18AA-IV)、10%葡萄糖注射液静脉滴注,5 d 为 1 个疗程。每天营养供给标准:能量 30~40 kcal/kg,蛋白质占总能量 10%~20%,液体总量达 50 mL/kg 以上。对照组患者按常规处理,未进行营养教育指导及系统营养干预,患者自行进食,以流食和半流食为主。仅当患者出现严重恶心、呕吐、腹泻或进食量比平时减少 1/2 等以上不良反应,或出现电解质紊乱、中重度贫血时,短期给予静脉营养及纠正电解质紊乱处理。

1.3 观察指标 每 2 周观察 48 例食管癌患者治疗中体质量、卡氏(KPS)评分、血红蛋白(Hb)、血清清蛋白(Alb)及外周血淋巴细胞计数(LYM)的变化情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,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 放化疗期间患者体质量及 KPS 评分变化 48 例食管癌患者治疗中体质量及 KPS 评分呈逐渐下降趋势,其中第 4 周下降程度最大;第 4 周及放化疗结束时患者体质量及 KPS 评分较放化疗初期比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 放化疗期间患者营养指标变化 食管癌患者同步放化疗结束时,对照组的 Hb、Alb、LYM 均较治疗前下降明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。而营养组上述指标较放化疗前差异均无统计学意义($P>0.05$)。放化疗结束后营养状况评价

指标中,营养组患者 Alb 及 LYM 明显高于对照组($P<0.05$),而 Hb 则差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 1 体质量及 KPS 变化与放化疗进程之间的关系($\bar{x}\pm s$)

项目	放化疗起始	第 2 周	第 4 周	放化疗结束
体质量(kg)	68.02±5.93	67.87±5.03	65.21±5.46*	65.17±5.35*
KPS 评分(分)	78.67±11.06	77.33±9.80	68.00±9.97*	67.33±8.74*

注:与放化疗起始比较,* $P<0.05$ 。

表 2 营养指标变化与放化疗进程之间的关系($\bar{x}\pm s$)

项目	组别	n	放化疗起始	第 2 周	第 4 周	放化疗结束
Hb(g/L)	对照组	24	125.76±10.13	122.43±11.09	117.03±11.12	115.06±11.59△
	营养组	24	123.46±9.85	121.80±10.24	116.68±9.24	114.94±9.63
Alb(g/L)	对照组	24	36.56±4.14	34.49±4.43	32.20±3.43	32.18±2.49△
	营养组	24	36.64±4.86	35.21±3.45	34.46±4.20*	34.23±3.90*
LYM(×10 ⁹ /L)	对照组	24	1.81±0.34	1.65±0.36	1.60±0.81	1.56±0.49△
	营养组	24	1.63±0.73	1.64±0.82	1.70±0.47	1.75±0.19*

注:与对照组比较,* $P<0.05$;与放化疗起始比较,△ $P<0.05$ 。

3 讨 论

食管癌既是局部区域性疾病,又是全身性疾病。尸检证实,许多临床上认为局限的食管癌,70%以上有广泛淋巴结转移,50%以上有远处转移^[3],这为同期放化疗提供了理论基础。然而由于食管癌患者多数存在机械性梗阻,在就诊时已呈现不同程度的营养不良,且放化疗常见不良反应如食欲不振、恶心、呕吐及放射性食管炎等可进一步影响食管癌患者的营养摄入,导致患者营养摄入远远不足,加重营养不良;营养不良与患者的免疫功能、治疗耐受性甚至预后有关,继而形成恶性循环^[4-5]。因此食管癌放化疗患者需要合理的营养干预,改善营养状况。本研究选择临床常用的指标,如体质量、KPS 评分、LYM、Hb、Alb 等,其方法经济实用、简单有效。

尽管食管癌的放疗通常为 6~7 周,但患者体质量丢失普遍存在。患者短期体质量丢失,实际上反映了身体组织的变化,包括肌肉功能的减弱,骨骼肌、心肌、呼吸肌的功能减退。体质量变化在食管癌精确放疗中有重要意义。体质量较放疗初下降明显,体膜固定体位重复性变差,患者不自主运动增加,降低了放疗的精确性和疗效,且体质量下降还可以使免疫力低下,继发感染,降低生活质量等^[6-7]。本研究发现放化疗期间随着治疗周数的增加,患者体质量呈持续下降趋势,其中从第 2 周至第 4 周放化疗阶段体质量最为明显,降低 1.3 kg,与 Isenring 等^[8]报道头颈部及胃肠道肿瘤放化疗中,患者生活质量评分在第 4 周最低相一致,说明此时患者放化疗不良反应最重,体质量及一般状况最令人担忧。

除此之外,一些生化免疫指标如 Hb、Alb、LYM 可提供客观、准确的营养评价状况^[9]。肿瘤患者由于疾病本身或放化疗毒性的原因可造成营养成分缺失,长期可导致患者营养不良并发病,影响患者生活质量,降低免疫力。本研究结果显示,48 例患者同步放化疗期间 Hb 和 Alb 均呈下降趋势,患者放化疗结束时对照组 Hb、LYM 及 Alb 较放化疗前下降,差异有统计

学意义($P<0.05$)。通过上述研究结果说明,营养干预不仅能较好地改善肿瘤放化疗患者的营养状况,而且能改善患者的免疫功能,提高患者对放化疗的耐受力 and 适应性,从而利于提高疗效和预后。其中健康教育和饮食干预能够使患者及家属在认识到营养状况重要性的基础上,做到规律饮食、保证足够的能量摄入。肠外营养支持则通过在放化疗的过程中通过静脉补充三大营养物质来保证患者机体能量供应,增强患者免疫功能。

综上所述,食管癌放化疗患者均处于不同程度的营养风险中,给予相应的营养干预能够有效改善营养状况,增强机体功能,对于疾病的治疗具有积极意义。

参考文献

[1] Minsky BD, Pajak TF, Ginsberg RJ, et al. INT0123(Radiation Therapy Oncology Group 94-05) phase III trial of combined-modality therapy for esophageal cancer: high-dose versus standard-dose radiation therapy[J]. J Clin Oncol, 2002, 20(5):1167-1174.

[2] 廖君, 解冬梅. 食管癌术后放疗患者的营养状况和对放疗不良反应的影响[J]. 河北医药, 2013, 35(7):1017-1018.

[3] 韩企夏, 施学辉, 范可成, 等. 现代肿瘤学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1993:455-484.

[4] 温筱照, 冯端浩. 重症监护患者营养支持用药分析[J]. 中国医药, 2012, 7(1):85-87.

[5] 黄翠花, 蔡威. 恶性肿瘤患者能量代谢及相关机制的研究进展[J]. 上海交通大学学报:医学版, 2010, 30(1):42-45.

[6] Bosaeus I, Daneryd P, Svanberg E, et al. Dietary intake and resting energy expenditure in relation to weight loss in unselected cancer patients[J]. Int J Cancer, 2001, 93(3):380-383.

[7] Vigano A, Bruera E, Jhangri GS, et al. Clinical survival

predictors in patients with advanced cancer[J]. Arch Intern Med, 2000, 160(6):861-868.

[8] Isenring E, Capra S, Bauer J. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area[J]. Br J Cancer, 2004, 9(91):447-452.

[9] 杨光凡,王淑君,胡晓翠,等. 103 例食道癌患者放疗期间的营养支持分析[J]. 湖南师范大学学报:医学版, 2010, 7(4):45-47.

(收稿日期:2015-01-20 修回日期:2015-03-18)

• 临床探讨 •

尿液红细胞的两种检验方法比较

王海鸥(黑龙江省海伦市人民医院 152300)

【摘要】 目的 比较尿液红细胞两种检验方法的临床结果。**方法** 选择 2013 年 2 月至 2014 年 2 月 400 例该院就诊患者的尿液标本,标本经过处理后分别用两种方法进行检验,尿分析仪检测法和显微镜红细胞计数法,记录检测结果并进行统计学分析。**结果** 显微镜检验方法的阳性检出率为 29.0%,尿液分析仪方法阳性检出率为 24.0%,两种方法的检出率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。以显微镜检出结果为标准,尿液分析仪方法检出的假阳性率为 9.55%,假阴性率为 4.41%。**结论** 尿液分析仪方法检测尿液红细胞虽然方法简便,但是与传统显微镜检测法比较仍然存在不足之处,任何一种检测方法均存在不足之处,应该根据检测方法的优缺点和临床需要进行选择使用。

【关键词】 尿液; 红细胞; 检验方法; 比较分析

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 13. 057 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)13-1946-02

尿常规检验是临床检查中一项初步筛查,患者在患有尿路感染、结石或者肾脏疾病时,尿常规的指标均会存在不同程度的改变。及时发现尿常规中的异常变化对于诊断泌尿系统疾病有着重要的作用。尿液红细胞检验是尿常规中一项较为重要的指标,尿液红细胞可提示泌尿系统存在的隐患^[1-2]。健康人的尿液红细胞检验结果为阴性,尿液红细胞检验结果为阳性的患者多为泌尿系统疾病,可提示临床医生进一步的检查,如尿路彩超、尿路造影等相关影像学检查。尿液红细胞可为临床医生诊断泌尿系统疾病提供有利的诊断线索。对于尿液红细胞的检验,传统检查方法为显微镜检查红细胞数量和形态^[3]。但是显微镜红细胞计数检验方法比较费时费力,随着现代检验手段的不断发展,尿液分析仪红细胞检验正在逐步取代传统显微镜检查法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 2 月至 2014 年 2 月在本院就诊的 400 例患者的尿液标本,其中男 206 例,女 184 例;门诊 238 例,住院 162 例;年龄 24~78 岁,平均 35.8 岁。

1.2 方法 分别采集 400 例患者的尿液标本 20 mL,经过简单处理后分别用两种方法进行检验,保证所有同一方法的检验仪器的一致性。采用全自动尿沉渣分析仪和配套的尿沉渣计数板进行全自动尿沉渣检测;采用普通双目生物显微镜进行显微镜红细胞计数检测。尿分析仪检测法^[4]:取 10 mL 尿液标本置于清洁试管中,将尿液试纸条浸入 1 s 后,取出尿液试纸条,放置于尿液分析仪中进行红细胞检测,全自动尿液分析仪将自动打印检测结果,报告分为 4 级(—,+,++,+++)。显微镜红细胞计数法^[5]:取 10 mL 尿液标本放入清洁试管中,然后进行离心处理,1 500 r/min 离心 5 min,然后吸出试管中的上清液。取出沉淀物 0.2 mL,混合处理后将 20 μ L 悬液滴于载玻片上,在显微镜下进行观察。显微镜的倍数由低倍数向高倍数进行调节。观察尿液沉渣,记录血红细胞的数量和形态,对 10 个不同视野中的红细胞数量和形态进行记录,计算其

平均值,结果用 n 表示。

1.3 统计学处理 采用 SPSS15.0 统计软件进行分析,计数资料以率表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两种方法的尿液红细胞检验结果 显微镜检验方法的阳性检出率高于尿液分析仪,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两种方法的尿液红细胞检验结果(n 或 %)					
方法	n	阳性结果	阴性结果	阳性率	阴性率
显微镜检验	400	116	284	29.0	71.0
尿液分析仪检验	400	96	304	24.0	76.0

2.2 两种方法的尿液红细胞检验的临床效果 以显微镜检出结果为标准,尿液分析仪方法检出的假阳性率为 9.55%,假阴性率为 4.41%。见表 2。

表 2 两种方法的尿液红细胞检验的临床效果(n)			
镜检结果	尿液分析仪检测结果		合计
	阳性	阴性	
阳性	84	12	96
阴性	8	272	280
合计	116	284	400

3 讨 论

本研究结果显示,显微镜检验方法的阳性检出率为 29.0%,尿液分析仪方法阳性检出率为 24.0%,两种方法的检出率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。以显微镜检出结果为标准,尿液分析仪方法检出的假阳性率为 9.55%,假阴性率为 4.41%。