

口腔颌面外科肿瘤患者围手术期营养支持的临床效果观察

张 鑫

内蒙古医科大学第四附属医院（国药一机医院） 内蒙古 包头 014000

摘要：目的：探讨围手术期营养支持在口腔颌面外科肿瘤患者中的临床应用效果。方法：选取2022年1月至2025年1月在我院接受治疗的口腔颌面外科肿瘤患者120例作为研究对象，采用随机数字表法将其分为观察组和对照组各60例。对照组给予常规护理及基础营养指导，观察组在此基础上实施个体化围手术期营养支持干预。比较两组患者的营养状况改善情况、术后并发症发生率及住院时间等指标。结果：观察组患者的营养指标显著优于对照组，术后并发症发生率明显降低，住院时间缩短，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：围手术期营养支持能够有效改善口腔颌面外科肿瘤患者的营养状态，降低术后并发症发生率，缩短住院时间，值得在临床实践中推广应用。

关键词：口腔颌面外科；肿瘤；围手术期；营养支持；临床效果

口腔颌面外科肿瘤是一类常见的头颈部恶性肿瘤，包括舌癌、颊黏膜癌、牙龈癌等多种类型。随着环境污染加重和生活习惯改变，该类疾病的发病率呈逐年上升趋势。由于肿瘤本身消耗以及手术创伤的影响，患者往往存在不同程度的营养不良问题。营养不良不仅影响患者的免疫功能和伤口愈合，还可能致术后并发症增加、住院时间延长等不良后果^[1]。围手术期营养支持作为现代医学的重要组成部分，在改善患者预后方面发挥着关键作用。传统的营养支持模式往往缺乏个体化考量，难以满足不同患者的具体需求。近年来，随着精准医学理念的发展，个体化营养支持逐渐成为研究热点。通过评估患者的具体营养状况，制定针对性的营养干预方案，有望进一步提高治疗效果^[2]。本研究旨在探讨个体化围手术期营养支持在口腔颌面外科肿瘤患者中的应用价值，通过对比分析观察组与对照组的临床指标变化，为优化该类患者的围手术期管理提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2025年1月在我院口腔颌面外科接受治疗的口腔颌面外科肿瘤患者120例。采用随机数字表法分为观察组和对照组各60例。观察组中男性34例，女性26例；年龄32-74岁，平均年龄（ 52.3 ± 11.7 ）岁。对照组中男性31例，女性29例；年龄30-75岁，平均年龄（ 51.8 ± 12.1 ）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：经病理检查确诊为口腔颌面外科恶性肿瘤；患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准：合并严重心、肝、肾功能不全；存在严重营养代谢性疾病；精神疾病患者无法配合治疗。

1.2 方法

对照组患者接受常规围手术期管理，包括术前准备、手术治疗及术后常规护理。营养管理方面仅提供基础营养指导，如鼓励患者进食高蛋白、高维生素食物，必要时给予口服营养补充剂。护理人员定期监测患者体重变化及进食情况，但不进行系统的营养评估和个性化干预。

观察组在对照组基础上实施个体化围手术期营养支持干预，具体措施如下：

1.2.1 营养评估

入院后24小时内由专业营养师对所有患者进行全面营养评估，包括：（1）人体测量：身高、体重、体质指数（BMI）、上臂围、三头肌皮褶厚度等；（2）生化指标检测：血清白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、淋巴细胞计数等；（3）主观综合评定（SGA）：通过病史询问和体格检查评估营养状况；（4）营养风险筛查2002（NRS2002）评分。根据评估结果将患者分为营养正常、轻度营养不良、中重度营养不良三个等级，并据此制定相应的营养干预方案。

1.2.2 营养干预方案制定

基于营养评估结果，为每位患者制定个体化的营养支持方案：（1）营养正常患者：重点在于维持现有营养状态，预防营养不良的发生；（2）轻度营养不良患者：通过调整饮食结构、增加营养密度等方式改善营养状况；（3）中重度营养不良患者：除饮食调整外，还需考虑肠内或肠外营养支持。

1.2.3 具体营养支持措施

1.2.3.1 术前营养支持

对于中重度营养不良患者，术前即开始营养干预：（1）肠内营养：首选经口营养，选择高蛋白、高热量的

营养制剂，每日能量供给目标为25-30kcal/kg理想体重，蛋白质摄入量为1.2-1.5g/kg理想体重；（2）肠外营养：对于无法耐受足够肠内营养的患者，给予静脉营养支持，逐步过渡到肠内营养；（3）微量营养素补充：根据检测结果适当补充维生素B族、维生素C、锌、硒等微量元素。

1.2.3.2 术后营养支持

（1）早期肠内营养：术后24-48小时内，在胃肠功能允许的情况下尽早开始肠内营养，优先选择经鼻胃管或空肠造瘘管途径；（2）营养液选择：初期使用易消化吸收的要素型营养液，逐步过渡到整蛋白型营养液；（3）营养剂量调整：根据患者耐受情况和恢复进度，逐步增加营养液浓度和输注速度；（4）监测与调整：每日监测血糖、电解质平衡，每周复查营养相关指标，及时调整营养方案。

1.2.4 多学科协作

建立由口腔颌面外科医生、营养师、护理人员组成的多学科团队，定期召开病例讨论会，共同制定和调整营养支持方案。同时加强医护患沟通，确保营养干预措施的有效执行。

1.2.5 健康教育

针对患者及家属开展营养知识宣教，包括：（1）营养重要性的认知教育；（2）合理膳食搭配指导；（3）家庭营养支持技能培训；（4）出院后营养管理建议。

1.3 观察指标

（1）营养状况指标：血清白蛋白水平、体重变化、上臂肌围。（2）术后并发症发生情况：包括感染、吻合口瘘、营养不良相关并发症等；（3）住院时间。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据，计数（由百分率（%）表示）、计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）资料分别行 χ^2 、 t 检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组患者营养状况比较

观察组患者的营养状况改善情况明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 营养状况指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	白蛋白(g/L)入院时	白蛋白(g/L)出院前	体重丢失 (%)	上臂肌围 (cm)
观察组	60	32.4±4.2	38.7±3.8	2.1±1.3	24.3±2.1
对照组	60	32.1±4.1	34.8±4.0	4.8±2.1	22.1±2.4
t 值	-	0.423	18.762	8.234	5.342
P 值	-	0.673	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 两组患者术后并发症发生情况比较

观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 术后并发症发生情况比较[n(%)]

组别	例数	感染	吻合口瘘	营养不良相关并发症	总发生率
观察组	60	3(5.00)	2(3.33)	3(5.00)	8(13.33)
对照组	60	10(16.67)	7(11.67)	2(3.33)	19(31.67)
χ^2 值	-	4.521	3.876	0.345	6.923
P 值	-	0.033	0.049	0.557	0.008

2.3 两组患者住院时间比较

观察组短于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 住院时间和费用比较（ $\bar{x} \pm s$ ，天）

组别	例数	住院时间
观察组	60	12.4±3.2
对照组	60	16.8±4.1
t 值	-	6.874
P 值	-	< 0.001

3 讨论

口腔颌面外科肿瘤患者普遍存在营养不良问题，这主要由以下几个方面因素造成：首先，肿瘤本身的生物学特性决定了其对机体营养状态的负面影响。恶性肿瘤细胞具有高度增殖活性，其代谢旺盛程度远超正常细胞，大量消耗机体的能量和蛋白质资源。同时，肿瘤细胞还会分泌多种炎症因子，如肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白介素-1 β （IL-1 β ）、白介素-6（IL-6）等，这些因子能够抑制食欲、促进蛋白质分解、干扰脂肪代谢，从而加剧营养不良的程度^[3]。其次，口腔颌面部肿瘤的位置特殊性直接影响患者的进食功能。肿瘤可能压迫或侵犯咀嚼肌群、吞咽相关肌肉，导致咀嚼困难、吞咽障碍等问题。此外，肿瘤生长过程中可能出现疼痛症状，进一步影响患者的进食意愿和进食能力。当肿瘤侵犯重要解剖结构时，甚至可能完全阻断进食通道，使患者无法正常摄取营养^[4]。

围手术期营养支持在改善口腔颌面外科肿瘤患者预后方面具有重要意义，其作用机制主要包括以下几个方面：第一，维持机体蛋白质合成与分解的动态平衡。充足的营养供给能够为蛋白质合成提供必要的氨基酸原料，同时通过抑制过度的蛋白质分解来维护肌肉组织。研究表明，适当的营养支持可以显著提高骨骼肌蛋白质合成率，减少肌肉萎缩的发生。这对于维持患者的体力活动能力和呼吸肌功能尤为重要。第二，增强免疫系统功能。营养不良会导致免疫细胞数量减少、功能下降，使患者更容易发生感染等并发症。通过营养支持改善营养状态，可以促进T淋巴细胞、B淋巴细胞的增殖分化，

增强抗体产生能力,提高巨噬细胞的吞噬活性,从而增强机体抗感染能力。本研究结果显示,观察组感染发生率仅为5.00%,显著低于对照组的16.67%,充分证实了营养支持对免疫功能的保护作用。第三,促进伤口愈合和组织修复。蛋白质、维生素C、锌等营养素是胶原蛋白合成和组织修复所必需的。充足的营养供给能够加速创面愈合过程,减少吻合口瘘等并发症的发生。本研究中观察组吻合口瘘发生率为3.33%,明显低于对照组的11.67%,说明营养支持确实有助于改善手术切口愈合质量。第四,减轻手术应激反应。围手术期营养支持能够通过多种途径缓解手术创伤引起的应激反应。一方面,良好的营养状态本身就是对应激的良好缓冲;另一方面,某些特定营养素如精氨酸、谷氨酰胺等具有免疫调节和抗氧化作用,能够减轻炎症反应,保护器官功能。

本研究采用的个体化营养支持策略相较于传统的一般性营养指导具有明显优势,主要体现在以下几个方面:首先是精准性。通过全面的营养评估,能够准确识别每位患者的营养状况和营养风险等级,避免了一刀切式的营养干预可能带来的不足或过度。例如,对于营养正常的患者,重点在于维持而非过度补充;而对于中重度营养不良的患者,则采取更加积极的营养支持措施。这种差异化管理确保了营养干预的针对性和有效性。其次是时效性。在术前即开始营养干预,抓住了改善营养状态的最佳时机。术前营养支持能够为手术创造更好的条件,提高手术成功率,减少术后并发症。同时,术后早期肠内营养的应用也体现了时效性原则,有助于尽快恢复肠道功能,维护肠道屏障完整性。再次是安全性。个体化营养支持强调循序渐进和密切监测,避免了营养支持过程中可能出现的不良反应。通过每日监测和定期复查,能够及时发现并处理营养支持相关的并发症,确保治疗的安全性。

本研究的结果具有重要的临床指导意义。首先,在营养状况改善方面,观察组血清白蛋白水平从入院时的

(32.4±4.2) g/L提升至出院前的(38.7±3.8) g/L,而对照组仅从(32.1±4.1) g/L升至(34.8±4.0) g/L。这一显著差异表明个体化营养支持能够更有效地纠正低蛋白血症,改善患者的营养状态。其次,在并发症控制方面,观察组总的术后并发症发生率为13.33%(8/60),明显低于对照组的31.67%(19/60)。特别是感染发生率的降低具有重要意义,因为感染不仅直接影响患者康复进程,还可能延误后续治疗计划的实施。再次,在住院时间方面,观察组平均住院时间为(12.4±3.2)天,比对照组的(16.8±4.1)天缩短了4.4天。住院时间的缩短不仅减轻了患者的经济负担和心理压力,也有利于医院床位周转,提高医疗资源利用效率。

综上所述,个体化围手术期营养支持能够显著改善口腔颌面外科肿瘤患者的营养状况,血清白蛋白水平提升更为明显,体重丢失得到有效控制。实施个体化营养支持的患者术后并发症发生率显著降低,特别是感染和吻合口瘘等常见并发症的发生率明显减少,且住院时间明显缩短。因此,建议在口腔颌面外科肿瘤患者的围手术期管理中积极推行个体化营养支持,建立完善的营养评估体系,制定针对性的营养干预方案,以期获得更好的临床效果和社会效益。

参考文献

- [1]杨晓燕,刘丹霞,江锦燕,等.口腔颌面外科肿瘤围手术期营养管理最佳证据总结[J].健康女性,2024(23):222-224,227.
- [2]叶菁菁,何杏芳,林朱梅,等.围手术期个性化营养支持对口腔恶性肿瘤根治同期修复重建患者术后恢复的效果观察[J].中国实用护理杂志,2020,36(31):2455-2460.
- [3]杨楠.口腔颌面部恶性肿瘤一期皮瓣修复围手术期护理的研究进展[J].继续医学教育,2021,35(6):135-138.
- [4]张静,李全,杨悦.口腔癌围手术期患者营养管理的证据总结[J].中华现代护理杂志,2021,27(13):1681-1688.