

基于奥马哈系统的精细化饮食干预在食管癌术后的应用

刘 慧, 凌红霞

(江苏省泰兴市人民医院 胸心外科, 江苏 泰兴, 225400)

摘要: 目的 分析基于奥马哈系统的精细化饮食干预对食管癌术后患者的应用价值。方法 选取 2021 年 2—12 月食管癌手术患者 86 例为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 每组 43 例。对照组患者术后给予常规护理, 观察组术后给予基于奥马哈系统的精细化饮食干预。比较 2 组患者护理前后主观整体营养评分、营养认知、营养素摄入量、营养状态。结果 护理后, 2 组主观整体营养评估(PG-SGA)评分低于护理前, 营养知识-态度-行为(KAP)问卷评分高于护理前, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组 PG-SGA 评分低于对照组, KAP 评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。护理后, 2 组碳水化合物、蛋白质、脂肪和总能量摄入量高于护理前, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2 组白蛋白、转铁蛋白和前清蛋白水平高于护理前, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 基于奥马哈系统的精细化饮食干预对食管癌术后患者的应用效果较优, 可改变患者对饮食干预的认知, 增加其营养素摄入量并改善营养状态。

关键词: 奥马哈系统; 精细化饮食干预; 食管癌; 营养状态

中图分类号: R 571; R 472 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2022)18-126-05 DOI: 10.7619/jcmp.20222010

Application of refined dietary intervention based on Omaha system after esophageal cancer surgery

LIU Hui, LING Hongxia

(Department of Cardiothoracic Surgery, Taixing People's Hospital of Jiangsu surgery Province, Taixing, Jiangsu, 225400)

Abstract: Objective To analyze the application value of refined dietary intervention based on Omaha system in postoperative patients with esophageal cancer. **Methods** A total of 86 patients with esophageal cancer undergoing surgery from February to December 2021 were selected as research objects, and randomly divided into control group and observation group, with 43 cases in each group. Patients in the control group were given routine nursing after operation, while patients in the observation group were given refined dietary intervention based on Omaha system after surgery. The subjective global nutritional score, nutritional cognition, nutrient intake and nutritional status were compared. **Results** After nursing, the scores of Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) in the two groups were significantly lower, and the scores of nutrition knowledge-attitude-practice (KAP) questionnaire in the two groups were significantly higher than those before nursing ($P < 0.05$); the PG-SGA score of the observation group was significantly lower, and the KAP score of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). The intake of carbohydrate, protein, fat and total energy in the two groups were significantly higher, and the observation group was significantly higher than the control group ($P < 0.05$). The levels of albumin, transferrin and prealbumin in the two groups were significantly higher, and were significantly higher in the observation group than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The refined dietary intervention based on Omaha system has a better application effect in postoperative patients with esophageal cancer, which can change patients' cognition of dietary intervention, increase their nutrient intake and improve their nutritional status.

Key words: Omaha system; refined diet intervention; esophageal cancer; nutritional status

食管癌为消化系统恶性肿瘤, 可导致患者吞咽困难, 影响其对营养物质的摄取, 进而出现营养

不良、体质量下降等全身性症状,需尽早接受治疗^[1]。外科手术对食管膈裂孔和食管下括约肌均有损伤,且在术后可引发胃肠功能障碍,影响患者恢复^[2]。术后常规护理多为知识宣教、饮食指导等,可改善患者营养不良状态,但难以满足患者个体化的饮食需求,且术后肠道功能和身体机能恢复慢^[3]。奥马哈系统可通过问题分类系统评估患者生理、心理、健康行为和环境,干预系统不间断干预,效果经系统评价^[4]。目前,以奥马哈系统为基础实施精细化饮食干预的研究较少。本研究探讨基于奥马哈系统的精细化饮食干预在食管癌术后中的应用价值,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年2—12月食管癌手术患者86例作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组43例。对照组男30例,女13例;年龄40~85岁,平均 (62.78 ± 2.14) 岁;病程6~12个月,平均 (9.18 ± 1.12) 个月;受教育年限0~18年,平均 (11.12 ± 1.18) 年。观察组男28例,女15例;年龄42~82岁,平均 (62.21 ± 2.32) 岁;病程1~14个月,平均 (9.27 ± 1.44) 个月;受教育年限0~16年,平均 (11.72 ± 1.32) 年。纳入标准:满足食管癌诊断标准^[5],均经病理检查确诊者;年龄为40~85岁者;满足手术指征者;状态良好,主动配合者。排除标准:重要脏器功能受损者;伴随其他恶性肿瘤者;其他因素所致营养不良者;肿瘤病灶转移者。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组按照常规方式进行饮食护理,根据患者生理状态予以共5个阶段的营养干预模式,通过静滴或管饲、口服等方式予以患者维生素、脂肪乳和复方氨基酸等营养物质;落实健康宣教,制作并发放营养指导手册,告知患者不同食物的烹饪方式,予以饮食指导,告知患者少食多餐,口味清淡,荤素搭配,摄入富含维生素、蛋白质和能量丰富的食物,戒除烟酒,不食用刺激性食物;加强饮食指导,存在恶心、呕吐等不适时,及时处理。

观察组联合使用基于奥马哈系统的精细化饮食干预,具体措施如下。

1.2.1 组建饮食干预小组:小组成员包括1名

护士长,1名主治医师,3名专科护士,定期学习基于奥马哈系统的精细化饮食干预理论知识和事件技巧,结合患者情况,制订具体干预措施。

1.2.2 构建基于奥马哈系统的饮食干预方案:经问题分类系统对患者生理、心理、环境和健康行为共4个领域进行评估(与饮食相关的问题和需求)。选择合适条目描述患者症状、体征,经结局评价系统评估患者行为、认知和状态,结合其存在的问题制订护理计划,并采用结局评价系统评分。

1.2.3 精细化饮食干预措施:①生理。患者存在疼痛、睡眠障碍及进食途径不畅、营养不良等问题。对应措施为科学管理患者术后疼痛,遵照医嘱,结合其疼痛程度予以止痛药或镇痛泵;评估营养状态,予以营养支持;将护理与治疗操作集中在日间,减少夜间操作。②心理。患者担心术后复发,对饮食知识缺乏。对应措施为加强患者心理疏导、饮食指导。医护人员适当对家庭照顾者进行更多的照顾技能培训,及时纠正饮食错误知识及观念,消除其对营养支持的疑惑^[6],以促进患者营养状况改善。定期举行术后恢复较好患者经验分享会;鼓励患者恢复社会活动。③环境。部分患者收入水平低,而医疗费用支出较高。对应措施为合理使用社保和医疗政策,办理特殊病种医保,对营养剂、保健品的选择进行指导。④健康行为。患者术后生理结构发生改变。对应措施为术后次日指导患者进行声门吞咽、声带闭合和口腔肌肉训练,每次10~15 min,每天1次;患者第1次饮水或进食时,护士应守在床旁进行观察指导;指导能自行进食患者保持抬头进食、低头吞咽的姿势。指导患者少食多餐,勿进食过饱,以免引起胸闷、气促、反流等现象;睡眠时采取高坡卧位,睡前2 h禁止进食;进餐后保持直立或坐位15~30 min,循序渐进增加进食量,进食种类由流质、半流质、软食及普食逐渐过渡,反流严重者采用食管pH值检测仪进行24 h反流监测;自术后第1天开始,指导患者进行胃肠功能恢复操训练,每天2次,每次8 min,以促进术后患者胃排空;食管癌手术患者围术期护理中应用健康教育提示卡,以提高其对术后饮食知识的掌握程度,促使患者日常营养摄入合理,提升患者营养状态及免疫状态,进而改善疾病预后^[7]。每周二由专科护士在胸心外科示教室开展照顾者座谈会及营养烹饪讲座,现场模拟健康教育提示卡流质、半流质、软食及普食的制作方法及要求,并以现场提

问的形式解决患者现存的问题。营养干预小组对患者营养风险及总能量、蛋白质需要量进行评估,患者机体能量的需要量按照患者体质量公式估算^[8]:非肥胖患者按 25~30 kcal/(kg·d) 进行计算;肥胖患者根据理想体质量进行计算[10~15 kcal/(kg·d)],能量摄入量为目标需要量的 70%~80%。患者蛋白质目标需要量为 1.5~2.0 g/(kg·d),逐渐达到目标喂养量。与患者生理状态和病情结合,为患者制订严格的饮食计划:

(1) 胃肠减压阶段。患者术后早期吻合口充血、水肿,需禁饮、禁食,期间持续胃肠减压,遵医嘱给予患者肠内外营养支持,术后 24 h 遵医嘱予以商品化营养液制剂如能全力、百普力、瑞代等经肠内营养管泵注,先用 1/4~1/2 全浓度(即等渗液),速度宜慢(25~50 mL/h),从 500~1 000 mL/d 开始,逐日增加速度、浓度,第 5~7 天达到患者能耐受的总需要量^[9]。根据患者年龄、病情及耐受性,逐日增加速度,最大可达 125 mL/h,12~24 h 输注完成;肠内不够时,肠外补充。

(2) 停止胃肠减压阶段。患者拔除胃管后,无吻合口瘘症状可试饮少量水,如无呛咳,开始流质饮食,先全清流质,如水冲稀藕粉、过筛米汤、过筛蔬菜汤、过筛排骨汤等,忌用蔗糖、牛乳、豆浆等产气食物,避免胀气,第 1 天每次 50 mL,每日 6~8 次;第 2 天每次 80 mL,每日 4~6 次;第 3 天每次 200 mL,每日 4 次;如无不适反应,拔管后 5~7 d 予半流质(外观呈半流体状态,易于咀嚼消化),如炖蛋、馄饨、小米烂肉粥等,宜采用限量、多餐次形式。拔管后 2 周,患者若无特殊不适,可进普食。根据患者体质量公式估算其经口进食量及种类,制订个性化饮食卡放于患者床尾,每日营养液及管饲匀浆膳饮食的品种、剂量,记录在执行单上,且执行人签名;每日责任护士查看是否达到预期需求量,并及时与管床医生沟通调整饮食计划。由护士长及小组专科护士每天检查饮食清单的执行情况。

1.3 观察指标

参照肿瘤患者主观整体营养评估(PG-SGA)量表和营养知识-态度-行为(KAP)问卷评估

2 组患者主观营养状态和营养认知情况^[10-11]。PG-SGA 包括自评分和医评分,患者自行评价体质量、进食、症状、活动和身体功能,护理人员对患者营养、代谢体格进行评价,总分为自评分与医评分之和,得分越高提示患者营养状态越差;KAP 分为知识、态度和行为共 3 项,各项均为 100 分,分数越高表明患者营养认知越好。

比较 2 组护理前后碳水化合物、蛋白质、脂肪和总能量摄入量。抽取患者护理前、护理 2 周后的空腹静脉血,以 3 000 转/min 离心处理,采集上层清液,使用全自动生化分析仪测定白蛋白(免疫比浊法)、转铁蛋白(胶体金免疫层析法)和前清蛋白水平(免疫比浊法)。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组护理前后主观整体营养和营养认知情况

护理前,2 组 PG-SGA、KAP 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。护理后,2 组 PG-SGA 评分低于护理前,KAP 评分高于护理前,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组 PG-SGA 评分低于对照组,KAP 评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组护理前后营养素和总能量摄入量

护理前,2 组各种营养素摄入量比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。护理后,2 组碳水化合物、蛋白质、脂肪和总能量摄入量高于护理前,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组护理前后营养状态

护理前,2 组白蛋白、转铁蛋白和前清蛋白水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。护理后,2 组白蛋白、转铁蛋白和前清蛋白水平高于护理前,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 2 组护理前后 PG-SGA、KAP 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PG-SGA 评分		KAP 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	43	6.56 ± 2.18	5.32 ± 1.12*	152.78 ± 20.32	210.56 ± 28.12*
观察组	43	6.72 ± 2.44	4.18 ± 0.56*#	154.21 ± 21.45	268.78 ± 19.24*#

PG-SGA: 主观整体营养评估量表; KAP: 营养知识-态度-行为。与护理前比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

表 2 2 组护理前后营养素和总能量摄入量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	碳水化合物/g		蛋白质/g		脂肪/g		总能量/kcal	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	43	158.45 ± 20.32	180.12 ± 15.75*	42.16 ± 10.12	52.18 ± 12.32*	19.48 ± 3.16	30.12 ± 2.78*	1 156.24 ± 117.21	1 478.96 ± 124.68*
观察组	43	160.12 ± 22.56	200.27 ± 16.21**	40.78 ± 9.48	60.72 ± 10.15**	20.12 ± 3.44	38.24 ± 3.12**	1 172.35 ± 120.21	1 712.44 ± 154.12**

与护理前比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

表 3 2 组护理前后营养状态比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	白蛋白/(g/L)		转铁蛋白/(g/L)		前清蛋白/(mg/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	43	32.16 ± 2.44	35.72 ± 2.14*	1.02 ± 0.18	1.32 ± 0.21*	105.12 ± 9.18	145.24 ± 12.16*
观察组	43	32.56 ± 2.18	40.18 ± 2.32**	1.06 ± 0.15	1.78 ± 0.25**	106.18 ± 9.72	172.28 ± 10.32**

与护理前比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

3 讨 论

肿瘤患者多发生代谢异常、放化疗不良反应, 对其营养状态产生影响, 进而出现体质量下降、消瘦、贫血、脏器功能衰退等表现, 影响术后恢复, 严重时增高死亡风险^[12]。因此, 应重视食管癌术后患者的饮食干预, 以改善其营养状态。基于奥马哈系统的饮食干预在慢性疾病患者的营养干预中被广泛应用, 对显著改善患者营养状态^[13]。食管癌患者受肿瘤疼痛、手术创伤等因素影响, 发生营养风险的概率较高, 且其缺乏足够的认知。本研究中, 观察组患者结合自身疾病、身体状态、经济条件和健康行为进行评估, 并根据评估结果制定饮食计划, 具体为通过床旁指导, 帮助患者恢复正常饮食, 改善其营养水平; 通过饮食指导促进其咀嚼与肠胃功能恢复, 加快患者对营养物质的吸收。本研究表明, 观察组护理后 PG-SGA 评分显著低于对照组, 提示基于奥马哈系统的精细化饮食干预对食管癌术后患者主观营养状态具有改善作用^[14]。奥马哈系统是一种简化的护理程序运作系统, 需要护理人员划分患者健康问题范畴, 描述其具体症状与特征, 从生理、心理、环境和健康行为共 4 个方面分析影响患者营养状态的因素, 并对存在的问题进行干预; 在此基础上为患者制订康复训练计划和饮食方案(肠内营养支持和普通饮食), 以满足患者营养需求, 改善营养状态。

食管癌患者的营养认知有限。在本研究中, 观察组定期由术后恢复良好者分享经验, 以提高患者认知水平, 有利于其恢复正常社交; 定期开展食品制作教学, 指导患者科学烹饪营养餐; 强调饮食知识的重要性, 提高患者对饮食干预的重视度, 主动参与饮食干预^[15]。本研究结果显示,

观察组 KAP 评分显著高于对照组, 证实基于奥马哈系统的精细化饮食护理可促进食管癌手术患者知识水平的提高, 改变其对术后饮食干预的态度, 主动采取健康行为。基于奥马哈系统实施精细化饮食干预, 需要护理人员综合分析患者不同层面存在的问题, 改变患者的错误认知, 提高其认知水平; 为患者解决实际存在的问题, 并帮助患者理解社保和医疗政策, 指导患者选择合适的营养补充剂。

食管癌患者术前营养物质消耗, 术后消化道重建, 机体未能适应新的饮食结构, 可发生营养不良, 且白蛋白、转铁蛋白和前清蛋白呈较低水平, 加上疾病本身影响, 营养元素摄入量减少, 导致碳水化合物、蛋白质、脂肪和总能量摄入量未达到推荐标准。基于奥马哈系统的精细化饮食指导更有助于改善食管癌术后患者的营养状态^[16]。本研究表明, 观察组护理后各项营养素摄入量和营养指标水平显著高于对照组, 分析原因可能是基于奥马哈系统的精细化饮食干预以问题为导向进行饮食干预, 可根据患者出现营养不良的原因, 采取针对性干预措施, 减少患者胃肠道刺激, 促进胃肠道黏膜修复; 此外, 根据患者胃肠功能恢复情况进行饮食指导, 改善其营养状态。饮食选择由肠内营养支持过渡至普通食物, 满足患者机体对不同类型食物的需求, 并根据患者口味和喜好制定具体食谱, 满足患者营养需求, 改善其营养指标水平。

综上所述, 基于奥马哈系统的精细化饮食干预, 可改变食管癌术后患者对饮食干预的认知, 增加其营养素的摄入量, 改善患者机体营养状态。

参考文献

[1] 何建冰, 段红兵, 康健乐, 等. 食管癌病人围手术期营养

- 状况对其术后恢复的影响[J]. 肠外与肠内营养, 2021, 28(2): 75-78.
- [2] 张海忠, 李群. 中药扶正复元方配合肠内营养对食管癌术后患者营养状况和生活质量的改善效果观察[J]. 中国中医药科技, 2022, 29(3): 499-500.
- [3] 范晓丽, 杨光明, 朱雪. 精细化饮食管理对食管癌切除术后患者营养状况及生活质量的影响[J]. 癌症进展, 2021, 19(18): 1930-1932, 1944.
- [4] 徐芳. 奥马哈系统的延续性护理对高血压性脑出血手术患者自理能力及生活质量的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31(8): 1012-1014.
- [5] 徐细明, 周中银, 杨继元. 消化系统恶性肿瘤的诊断与治疗[M]. 北京: 科学出版社, 2009: 11-13.
- [6] 于海荣, 周谊霞, 张彦. 食管癌术后出院患者进食改变体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2018, 33(11): 20-22.
- [7] 赵艳丽. 食管癌手术患者术后健康教育提示卡的应用效果[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(4): 123-126.
- [8] 于健春. 临床营养学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021: 235-238, 237.
- [9] 李乐之, 路潜. 外科护理学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 51-62.
- [10] 闫新欣, 席少枝, 林菁榕, 等. 社区恶性肿瘤患者早期营养风险筛查及规范化营养干预应用效果评价[J]. 中国医刊, 2020, 55(9): 1027-1030.
- [11] 顾媛媛, 王琬玥, 张晓, 等. 北京市居民中成药用药风险的知识-态度-行为调查研究[J]. 中国医院用药评价与分析, 2021, 21(6): 745-747, 751.
- [12] 张萍, 赵云, 孟爱凤, 等. 恶性肿瘤患者营养不良与心理痛苦的现状及其相关性[J]. 中国医药导报, 2020, 17(27): 70-73.
- [13] 潘玉佩, 张欢, 谢春香. 基于奥马哈系统护理模式对老年慢性阻塞性肺疾病稳定期患者肺功能、自我护理水平的影响[J]. 中国医药科学, 2021, 11(20): 127-130.
- [14] 李淑敏. 基于奥马哈系统的饮食护理对食管癌患者免疫及营养状况的影响[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2020, 42(6): 476-477.
- [15] 李惠霞, 赵雨晴, 肖珊, 等. 奥马哈系统理论在食管癌术后患者精细化饮食护理中的应用及效果观察[J]. 护士进修杂志, 2019, 34(11): 1015-1018.
- [16] 黄荔丽. 基于奥马哈系统的精细化饮食指导干预对食管癌术后患者营养状态及康复的影响[J]. 医学理论与实践, 2022, 35(9): 1590-1593.

(本文编辑: 周娟)

(上接第 125 面)

引流管, 缝线仅固定引管, 皮肤表面线结并不打紧, 拔管时同时拆除缝线, 不增加切口疤痕, 切口亦很美观。

参考文献

- [1] GONZALEZ-RIVAS D, DELGADO M, FIEIRA E, *et al.* Left lower sleeve lobectomy by uniportal video-assisted thoracoscopic approach [J]. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2014, 18(2): 237-239.
- [2] GONZALEZ-RIVAS D, FIEIRA E, DE LA TORRE M, *et al.* Bronchovascular right upper lobe reconstruction by uniportal video-assisted thoracoscopic surgery [J]. *J Thorac Dis*, 2014, 6(6): 861-863.
- [3] GONZALEZ-RIVAS D, DELGADO M, FIEIRA E, *et al.* Double sleeve uniportal video-assisted thoracoscopic lobectomy for non-small cell lung cancer [J]. *Ann Cardiothorac Surg*, 2014, 3(2): E2.
- [4] GONZALEZ-RIVAS D, MENDEZ L, DELGADO M, *et al.* Uniportal video-assisted thoracoscopic anatomic segmentectomy [J]. *J Thorac Dis*, 2013, 5(Suppl 3): S226-S233.
- [5] 邓豫, 郝志鹏, 付向宁. “精准医疗”理念下单孔 VATS 肺癌根治术的发展现状、应用细节和展望[J]. 中国肺癌杂志, 2016, 19(6): 371-376.
- [6] SIHOE A D. Uniportal video-assisted thoracic (VATS) lobectomy [J]. *Ann Cardiothorac Surg*, 2016, 5(2): 133-144.
- [7] 郝志鹏, 蔡奕欣, 付圣灵, 等. 单孔与三孔胸腔镜肺癌根治术对患者术后疼痛及短期生活质量的对比研究[J]. 中国肺癌杂志, 2016, 19(3): 122-128.
- [8] 张瑞杰, 郝志鹏, 张宽, 等. 小单孔胸腔镜“Z”形置管法和切口缝合技巧的改进[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2018, 34(8): 481-483.
- [9] 陈瑛琪, 刘岩, 顾松, 等. 双孔法全胸腔镜技术置换二尖瓣的可行性[J]. 中国医药导报, 2021, 18(31): 108-110, 114.
- [10] 王新连, 俞峥, 顾家榕, 等. 超细胸腔引流管在电视胸腔镜肺叶切除术中的应用效果分析[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(11): 106-108.
- [11] 丁宜林, 赵强, 赵肖, 等. 两种缝合方法在胸腔镜下肺叶切除术中的应用效果比较[J]. 中国当代医药, 2020, 27(18): 77-79, 83.
- [12] 陈磊, 陈勇兵, 吴雪杰, 等. 双根超细胸腔引流管在单孔胸腔镜肺部手术中的应用[J]. 中国肺癌杂志, 2021, 24(8): 577-582.
- [13] SON B S, PARK J M, SEOK J P, *et al.* Modified incision and closure techniques for single-incision thoracoscopic lobectomy [J]. *Ann Thorac Surg*, 2015, 99(1): 349-351.

(本文编辑: 吕振宇)