

[13] 聂文佳,徐帅师,张咏梅.蒲公英有效成分及其药理作用研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(7):140-145.

[14] 武飞,梁冰.中药天葵药理作用研究进展[J].贵阳医学院学报,2015,40(7):665-668.

[15] 宋妍.紫花地丁药理作用的研究现状[J].中医临床研究,2017,9(12):136-137.

(收稿日期:2022-04-06 修回日期:2022-09-18)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.02.030

个性化中医营养护理干预对乙型肝炎肝硬化腹水患者腹水消退情况和营养状况的影响

王菁华,黄怡寒,金丹英,张嘉玲

上海中医药大学附属曙光医院肝病科,上海 200021

摘要:目的 探讨个性化中医营养护理干预方案对乙型肝炎(简称乙肝)肝硬化腹水患者腹水消退情况和营养状况的影响。方法 选取2018年5月至2019年4月该院肝病科收治的150例乙肝肝硬化腹水患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组各75例。对照组采取常规营养护理干预,观察组在对照组的基础上实施个性化中医营养护理干预,比较观察组和对照组患者干预前后临床症状变化、腹水消退情况和营养状况。结果 观察组患者干预后恶心呕吐、食欲不振、腹胀、乏力改善情况均明显优于对照组干预后,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者干预后腹围及腹水深度均明显低于对照组干预后,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者腹水消退总有效率为96.00%,明显高于对照组的85.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者干预后外周血血红蛋白、血浆清蛋白、前清蛋白、视黄醇结合蛋白水平均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者干预后营养风险评分为(0.89±0.21)分,明显低于对照组的(1.23±0.35)分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 个性化中医营养护理干预方案能促进乙肝肝硬化腹水患者腹水消退,改善其营养不良情况。

关键词:个性化; 中医营养护理干预; 乙型肝炎肝硬化; 腹水; 营养状况

中图法分类号:R512.62;R575.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)02-0261-04

乙型肝炎(简称乙肝)肝硬化是由于乙肝病毒长期慢性毒害肝细胞而引起肝脏弥漫性纤维化、假小叶及再生结节形成的特征性慢性肝病。腹水是肝硬化最突出的临床表现之一,若腹水过多,会加重患者腹胀,甚至导致呼吸困难,还会引发肝性脑病、感染、肝肾综合征等严重并发症,危及患者生命^[1]。肝硬化腹水患者常伴有食欲不振、恶心呕吐、上腹饱胀、腹泻便秘、黄疸、厌食等营养不良症状。有研究指出,采取有效措施改善患者营养状况对于延缓病情发展及改善患者生活质量均有积极作用^[2]。目前,营养干预及饮食干预是肝硬化腹水治疗和护理的重要组成部分。近年来,随着中医理论在临床上的应用和发展,其在肝硬化等营养失调性疾病方面取得了较好的效果,但其方案比较笼统、单一,没有针对性。个性化中医营养护理干预是在中医辨证施护的基础上采取的个性化饮食营养干预方案,能为患者提供个性化、精确性、全方位的营养支持,可加快患者康复或延缓疾病发展^[3]。本研究将个性化中医营养护理干预应用到乙肝肝硬化腹水患者中,能促进患者腹水消退及改善其营养状况。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年5月至2019年4月本院肝病科收治的150例乙肝肝硬化腹水患者作为研

究对象,随机分为对照组和观察组,每组各75例。观察组男46例,女29例;年龄34~75岁,平均(51.36±10.01)岁;病程3个月至7年,平均(3.56±0.67)年;腹水1级11例,2级32例,3级32例。对照组男42例,女33例;年龄35~72岁,平均(50.11±9.45)岁;病程2个月至6年,平均(3.45±0.52)年;腹水1级10例,2级35例,3级30例。观察组和对照组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经本院伦理委员会审核批准,所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。纳入标准:(1)符合乙肝肝硬化腹水的诊断;(2)患者均住院治疗,且在医院过夜;(3)住院时间大于或等于2周;(4)患者无意识障碍;(5)参照参考文献^[4]对所有患者进行营养风险评分,总分 ≥ 3 分。排除标准:(1)其他类型的腹水患者;(2)合并肝脏其他疾病的患者;(3)合并恶性肿瘤或代谢性疾病的患者;(4)合并严重并发症,如上消化道出血、肝性脑病及肝肾综合征的患者;(5)神志不清的患者。

1.2 护理方法 对照组采取常规营养护理干预:(1)给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化、无刺激性及少纤维素的食物,禁烟酒、油腻、辛辣及坚硬食物;(2)限制膳食中钠的摄入量,低钠饮食每日不超过2g,无钠饮食每日不超过500mg,严格控制每日饮水量在

1 000 mL 以内；(3)增加蛋白质供给，全天蛋白质在 80~100 g，以鱼、奶制品、蛋类及瘦肉等优质蛋白质为主；(4)多食新鲜蔬菜、水果，以补充维生素和矿物质，尤其注意富含维生素 C 食物的补充；(5)限制脂肪的摄入，每日不超过 50 g，选择植物油；(6)以正常进食及补充甜食的方法增加碳水化合物的量，每日 400 g 左右；(7)少量多餐，每日进食 3~5 次，不要暴饮暴食，七八分饱为宜。观察组在对照组的基础上结合中医辨证分型原则，应用中医饮食理论实施个性化中医饮食营养干预，具体干预措施如下：(1)成立个性化中医营养护理干预小组，由护士长及 4 名科室骨干护士组成。小组成员全面学习中医辨证相关知识，并经医院营养科培训肝硬化腹水的相关营养方案，针对不同中医体质制订个性化食谱。(2)询问患者的饮食偏好，根据患者身体情况制订有针对性的个性化中医营养方案。(3)与患者及家属一对一讲解营养干预对肝硬化患者的重要性，讲解食谱并将食谱挂在床头，以便每日查看、核实。(4)对症营养干预。有部分患者晚间易出现低血糖，可以在晚间适当加餐，如水果、牛奶、酸奶等；自觉口苦、烦躁者可给予金银花茶；便秘者可给予蜂蜜水或荷叶茶，多食红薯、苹果、白萝卜等润肠食物。(5)个性化中医营养护理干预方案的实施。医院营养科每日将患者膳食送至病房由责任护士发给患者，指导其食用并做好记录。①主要表现为脾气虚弱、食欲不振，伴有腹胀、恶心呕吐、体虚乏力等症者，应以醒脾开胃食物为主进行调理，如陈皮、赤小豆、芡实、党参、山楂等；②主要表现为口干舌燥、脘腹胀满、胸闷气短、舌泛红等症者，应以清热利胆、疏肝解郁食物为主进行调理，如绿豆、冬瓜、苦瓜、赤小豆、海带等，还可选择淮山鲫鱼汤、红白鲫鱼汤等利水消肿；③主要表现为腹大胀满、面色暗黄暗沉、小便短少、腰膝酸软、脉沉而细等症者，应以温肾利水、疏肝健脾食物为主进行调理，如薏米、淮山、赤小豆、枸杞等，忌食生冷、油腻、偏硬的食物，如肥肉、油炸食品等；④主要表现为腹胀口燥、气血不足、畏寒、腹泻、精神不振等症者，应以健脾补肾，疏肝养血食物为主进

行调理，如山药、桂圆、木耳、红枣等，可熬制成粥，也可搭配鸭肉、鲤鱼熬制成汤。(6)营养护理干预的同时应注重患者心理护理，对患者进行情志疏导。两组患者均干预 2 周。

1.3 观察指标

1.3.1 临床症状改善情况 记录观察组和对照组患者干预前后各种临床症状(恶心呕吐、食欲不振、黄疸、腹胀、乏力及下肢浮肿)发生率。

1.3.2 腹水消退情况 比较观察组和对照组患者干预前后腹围、腹水深度及干预后腹水消退总有效率，参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]进行腹水疗效评定，治愈：B 超检查结果腹水(一)，其他临床症状缓解或消失；有效：B 超检查结果腹水明显减少，移动性浊音明显减轻或消失，腹围有所缩小；无效：腹水未减少甚至增加。腹水消退总有效率=(治愈例数+有效例数)/总例数×100%。

1.3.3 身体成分指标 比较观察组和对照组患者干预前后体质量、体质量指数(BMI)、肱三头肌皮褶厚度、肩胛下皮褶厚度及上臂围。

1.3.4 营养状况 比较观察组和对照组患者干预前后外周血血红蛋白、血浆清蛋白、前清蛋白、视黄醇结合蛋白及营养风险评分。

1.4 统计学处理 采用 SPSS24.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，两组间比较采用独立样本 *t* 检验，组内比较采用配对 *t* 检验；计数资料以例数或百分率表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组和对照组患者各种临床症状比较 观察组和对照组患者干预前各种临床症状比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。观察组和对照组患者干预后各种临床症状均明显缓解，与干预前比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；观察组患者干预后恶心呕吐、食欲不振、腹胀、乏力改善情况均明显优于对照组干预后，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 观察组和对照组患者干预前后各种临床症状比较[n(%)]

组别	n	恶心呕吐		食欲不振		黄疸	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	75	70(93.33)	10(13.33)*#	72(96.00)	7(9.33)*#	71(94.67)	14(18.67)*
对照组	75	72(96.00)	20(26.67)*	71(94.67)	16(21.33)*	70(93.33)	15(20.00)*

组别	n	腹胀		乏力		下肢水肿	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	75	75(100.00)	10(13.33)*#	75(100.00)	11(14.67)*#	54(72.00)	3(4.00)*
对照组	75	75(100.00)	20(26.67)*	75(100.00)	22(29.33)*	52(69.33)	6(8.00)*

注：与同组干预前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，# $P < 0.05$ 。

2.2 观察组和对照组患者腹水消退情况比较 观察组和对照组患者干预前腹围及腹水深度比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。观察组和对照组患者干预后腹围及腹水深度均明显下降,且观察组明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者干预后腹水消退总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 观察组和对照组患者身体成分指标比较 观察组和对照组患者干预前体质量、BMI、肱三头肌皮褶厚度、肩胛下皮褶厚度及上臂围比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);观察组患者干预后体质量、BMI、肱三头肌皮褶厚度均明显高于对照组,差异均有统计

学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 观察组和对照组患者营养生化指标及营养风险评分比较 观察组和对照组患者干预前外周血血红蛋白、血浆清蛋白、前清蛋白、视黄醇结合蛋白及营养风险评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。观察组和对照组患者干预后外周血血红蛋白、血浆清蛋白、前清蛋白、视黄醇结合蛋白水平均明显高于干预前,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组和对照组患者干预后营养风险评分均明显低于干预前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 2 观察组和对照组患者腹水消退情况比较($\bar{x}\pm s$ 或 $n(\%)$)

组别	n	腹围(cm)		腹水深度(mm)		腹水消退总有效
		干预前	干预后	干预前	干预后	
对照组	75	95.45±7.56	87.45±6.23 [*]	82.12±11.23	26.58±6.45 [*]	64(85.33)
观察组	75	96.23±8.21	85.23±4.89 ^{*#}	81.87±12.78	23.86±5.42 ^{*#}	72(96.00) [#]

注:与同组干预前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组干预后比较,[#] $P<0.05$ 。

表 3 观察组和对照组患者身体成分指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	体质量(kg)		BMI(kg/m ²)		肱三头肌皮褶厚度(mm)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	75	67.23±4.26	65.12±3.15 [*]	19.45±3.21	18.28±2.72 [*]	10.25±2.12	12.45±2.42 [*]
观察组	75	66.89±4.84	66.26±3.82 [#]	19.25±3.02	19.78±2.75 [#]	10.16±1.99	13.76±2.63 ^{*#}

组别	n	肩胛下皮褶厚度(mm)		上臂围(cm)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	75	13.23±2.11	14.16±3.41 [*]	22.16±2.25	22.98±2.56 [*]
观察组	75	13.20±3.23	14.40±3.83 [*]	22.87±2.03	23.66±2.76 [*]

注:与同组干预前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组干预后比较,[#] $P<0.05$ 。

表 4 观察组和对照组患者营养生化指标及营养风险评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	血红蛋白(g/L)		血浆清蛋白(g/L)		前清蛋白(mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	75	110.23±8.56	115.56±8.12 [*]	28.45±2.32	32.47±3.23 [*]	201.56±21.23	225.58±21.89 [*]
观察组	75	111.12±8.76	119.32±9.42 ^{*#}	27.78±2.19	35.12±4.06 ^{*#}	202.22±22.18	246.21±23.78 ^{*#}

组别	n	视黄醇结合蛋白($\mu\text{g/mL}$)		营养风险评分(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	75	15.23±2.12	18.12±3.41 [*]	4.13±1.98	1.23±0.35 [*]
观察组	75	15.56±1.58	19.45±3.78 ^{*#}	4.25±2.21	0.89±0.21 ^{*#}

注:与同组干预前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组干预后比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨 论

肝硬化是由一种或多种因素引起的肝脏弥漫性纤维化病变,是我国常见疾病及致死疾病之一,乙肝是其最常见的病因之一。肝硬化发展到失代偿期会出现肝功能减退,门静脉高压,血浆清蛋白减少,血浆胶体渗透压降低及淋巴液生成过多,导致有效循环血

量减少,腹腔组织液回收减少致游离液体增多出现腹水^[6]。腹水是肝硬化最突出的临床表现,临床上若不加以干预,会进一步导致肝肾综合征、肝性脑病等严重并发症,危及患者生命。营养不良是肝硬化腹水患者并发的主要表现,常导致患者病情进一步加重,影响其生活质量。有研究指出,肝硬化患者予以有效的

营养干预,可明显改善失代偿期患者的营养状况,对于保护肝功能具有积极作用^[7]。近年来,随着中医理论在临床上的应用和发展,中医营养干预在临床上针对营养失衡性疾病有其独特的效果及优势。个性化中医营养护理干预是以中医辨证施护为基础,根据“因人制宜”“因时制宜”的理念,通过性味归经为患者制订有针对性的个性化食谱,加强对患者的营养支持,改善其营养不良表现,同时,可改善患者肝功能,促进其腹水消退,改善临床症状。

本研究根据患者临床表现不同,所使用的营养干预亦不同,避免了常规营养护理上单一、笼统、无差别的营养干预,疗效更佳。本研究结果显示,观察组和对照组患者干预后各种临床症状发生率均明显下降,观察组患者干预后恶心呕吐、食欲不振、腹胀、乏力改善情况均明显优于对照组干预后。应用个性化中医营养护理干预,膳食中山楂、党参、陈皮等均有明显调理脾胃的作用,可提高食欲,增强脾胃消化功能,改善患者恶心呕吐、食欲不振的表现,从而改善了患者营养不良的状况,相应地其他临床症状也得到改善。观察组患者干预后黄疸、下肢水肿改善情况与对照组比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),可能与本研究样本量较少有关,也可能与本研究干预时间较短有关。

中医学认为,肝、脾、肾功能失调是导致肝硬化的关键病机,脾运失调会致水湿内停,日久蕴积生热,致肝脏疏泄不利形成黄疸^[8];《黄帝内经》记载:“肝肾同源”,肝肾相辅相成,紧密联系。肝脏疏泄不利,则致肾亏血瘀,形成虚实夹杂之症。因此,在营养干预上,肝硬化腹水患者根据不同病症采取疏肝利胆、清热化湿、活血化瘀、健脾调胃、滋养肝肾等方案。基于此,肝硬化患者采取个性化中医营养护理干预方案可以通络益气、活血通肝,恢复患者肝功能,提升患者血浆蛋白水平,患者低蛋白营养状况得到改善,血浆胶体渗透压升高,使腹腔游离液体吸收增加,腹水量减少,腹水深度随即下降,腹围减少。本研究结果显示,观察组和对照组患者干预后腹围及腹水深度均明显下降,且观察组明显低于对照组,干预后腹水消退总有效率高于对照组。提示营养干预对改善肝硬化腹水有效,个性化中医营养干预效果更佳。有研究表明,基于中医体质类型的中医营养护理在肝硬化腹水患者中应用,能降低患者的腹围及腹水深度,并且能缩短腹水消退时间^[9],与本研究结果一致。

本研究结果显示,观察组和对照组患者干预后体质量均有所下降,且对照组下降更明显,干预前肝硬化腹水患者因为腹腔中含有较多腹水,当腹水消退后,体质量会出现明显下降,但是随着营养物质的吸收,导致干预前后体质量变化不明显,BMI 变化与体质量一致。肱三头肌皮褶厚度、肩胛下皮褶厚度是指皮下脂肪的厚度,由于身体脂肪有一半储存在皮下,因此其可间接反映机体体脂含量,反映身体的营养状

况,上臂围也是反映身体营养状况的一项指标。本研究结果显示,观察组和对照组患者干预后肱三头肌皮褶厚度、肩胛下皮褶厚度及上臂围均升高,且观察组患者肱三头肌皮褶厚度明显高于对照组。由此推出,应用个性化中医营养护理干预对改善患者的营养状况效果更好;肩胛下皮褶厚度及上臂围差异不明显,可能与本研究样本量较小有关,需进一步研究。本研究结果显示,观察组和对照组患者干预后外周血血红蛋白、血浆清蛋白、前清蛋白、视黄醇结合蛋白水平均明显升高,且观察组高于对照组。血浆清蛋白、前清蛋白及视黄醇结合蛋白是反映机体蛋白质营养不良及肝功能异常的指标,其水平升高反映患者营养不良及肝功能异常情况得到改善。当营养不良的情况改善后,患者外周血血红蛋白水平也相应地得到提升。本研究结果显示,观察组和对照组患者干预后营养风险评分均下降,且观察组明显低于对照组,由此充分证明应用个性化中医营养护理干预方案有利于患者营养物质吸收,为患者提供了营养支持,有效改善了营养不良状况。有研究指出,使用中医营养干预能提升患者的肝功能,降低其营养风险评分,降低患者感染、肝性脑病等并发症发生率^[10]。

综上所述,对乙肝肝硬化腹水患者采取个性化中医营养护理干预方案可辨证施护,能明显改善患者营养不良状况,促进患者腹水消退和临床症状改善。

参考文献

- [1] 周文红,颜华东.乙型肝炎肝硬化预后影响因素分析[J].中国预防医学杂志,2019,20(12):1171-1174.
- [2] 邹小兰,魏建红.基于营养风险评估策略下的营养干预对肝硬化患者营养状况及肝功能的影响[J].中国实用护理杂志,2019,35(33):2575-2579.
- [3] 胡丽,唐晓雯,刘丽艳,等.基于“固本开渠”理论辨证施膳对肝硬化腹水患者中医证候积分的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(29):2287-2295.
- [4] 肖慧娟,叶青,齐玉梅,等.RFH-NPT 与 NRS2002 在肝硬化住院患者营养风险筛查中的比较研究[J].营养学报,2019,41(3):257-260.
- [5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:17-18.
- [6] 郑银城,韩超,李艳伟,等.2012 年与 2017 年 3 065 例肝硬化病因及其并发症对比分析[J].中国实用内科杂志,2019,39(3):278-281.
- [7] 江美娜,李修瑛,李佳睿,等.个体化饮食营养干预对老年肝癌患者肝动脉化疗栓塞术后营养状况及生活质量的影响[J].长春中医药大学学报,2019,35(1):3.
- [8] 马丽娜,郑霞,俞美定.个体化中医营养护理方案对肝硬化腹水伴营养不良患者肝功能、营养状况及生活质量的影响[J].中华全科医学,2020,21(1):142-145.
- [9] 王婷,马臻,其其格.营养相关指标预测肝硬化失代偿期患者预后的模型建立及研究[J].现代消化及介入诊疗,2019,23(2):197-201.