

· 调查分析 ·

肝脏疾病患者营养风险状况分析及对策^{*}

唐鹏琳¹, 陈利芬¹, 廖昌贵², 叶海丹², 高翔³, 方仕⁴, 赖佳明⁵

(中山大学附属第一医院1护理部; 2器官移植一区; 3药学部;

4营养科; 5肝胆外科; 广东广州, 510080)

[摘要] **目的** 了解肝脏疾病患者营养风险状况, 为制订相应的护理措施提供依据。**方法** 采用自行设计一般资料调查表和营养风险筛查量表 (nutritional risk screening 2002, NRS 2002) 对肝硬化、原发性肝癌和肝移植术后复诊患者各 40 例, 共 120 例患者进行调查, 比较 3 组患者营养风险发生率的差异。**结果** 120 例肝脏疾病患者营养风险发生率为 38.3% (46/120), 营养不良发生率为 12.5% (15/120); 肝硬化患者营养风险发生率较原发性肝癌与肝移植术后复诊患者高 (χ^2 值分别为 9.899 和 11.429, P 值分别为 0.002 和 0.001)。**结论** 护理人员应关注肝脏疾病患者尤其是肝硬化患者的营养风险, 采取有效措施, 以改善患者的营养状况, 降低患者营养风险的发生。

[关键词] 肝脏疾病; 营养风险; 护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283 (2014) 09-0001-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.09.001

Nutritional risks in hospitalized patients with liver diseases and the countermeasures

Tang Penglin, Chen Lifan, Liao Changgui, Ye Haidan, Gao Xiang, Fang Shi, Lai Jiaming/Modern Clinical Nursing, -2014, 13 (09):01.

[Abstract] **Objective** To investigate the nutritional risks in hospitalized patients with liver diseases and work out nursing countermeasures. **Methods** Forty patients with liver cirrhosis, 40 patients with primary liver cancer and another 40 revisiting after liver transplantation involved in the investigation with a self-designed general information questionnaire and the nutritional risk screening 2002. The three groups were compared in terms of nutritional risks. **Results** Among the total 120 patients, 38.3% (46/120) of them took the nutritional risk and even 12.5% (15/120) had the risk of undernourishment. The risk in the patients with liver cirrhosis was higher than that in the other two groups ($\chi^2=9.899$ and 11.4299 and $P=0.002$ and 0.001, respectively). **Conclusions** The nursing staffs should pay attention to the nutritional status of patients with liver diseases, especially the patients with liver cirrhosis. It is necessary to take effective measures in order to improve the nutritional status of the patients to reduce the nutritional risks.

[Key words] liver disease; nutritional risk; nursing

营养不良可引起患者器官功能与系统功能 (如免疫功能等) 不同程度的减退, 降低患者对手术、放疗、化疗等治疗的耐受性, 营养不良患者的并发症发生率及死亡率均明显高于营养良好者^[1-2]。肝脏是人体重要的代谢器官, 碳水化合物、脂质、蛋白质、维生素等营养物质的合成代谢, 都需要肝脏参与, 当肝脏发生病变时, 营养物质的合成代谢受到影响, 故肝脏疾病患者易发生营

养不良。为了解肝脏疾病患者营养风险状况, 为临床存在营养风险的肝脏疾病住院患者进行营养干预提供依据。本研究采用营养风险筛查量表 (nutritional risk screening 2002, NRS 2002) 对 120 例肝脏疾病患者进行调查, 现将结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取某三级甲等综合医院 2013 年 11 月 ~ 2014 年 3 月住院的肝硬化、原发性肝癌和肝移植术后复诊患者, 各 40 例。纳入标准: ①年龄 ≥ 18 岁; ②意识清楚, 能正确回答问题; ③患者入院后 24 h 内不进行手术; ④住院时间 1 d 以上; ⑤同意参加本

[基金项目] * 本课题为广东省医院药学研究基金课题, 项目编号为 2013YY17。

[收稿日期] 2014-06-15

[作者简介] 唐鹏琳 (1988-), 湖北人, 硕士在读。

[通信作者] 陈利芬, 护理部副主任, 主任护师, 硕士生导师, E-mail: chlife1121@126.com。

研究。排除标准:①恶液质患者;②合并其他导致营养不良的疾病,如胃癌、结直肠癌等。肝硬化组男 33 例,女 7 例,年龄 19~67 岁,平均 (48.0 ± 12.9) 岁;原发性肝癌组男 37 例,女 3 例,年龄 28~77 岁,平均 (50.2 ± 12.4) 岁;肝移植术后复诊组男 37 例,女 3 例,年龄 19~78 岁,平均 (48.0 ± 12.2) 岁,3 组患者一般资料比较,差异均无统计学分析($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 调查工具

1.2.1 患者一般资料调查问卷 调查问卷自行设计,内容包括患者姓名,年龄,诊断,文化程度,婚姻状况等。

1.2.2 NRS2002 NRS 2002 评分由疾病有关评分、营养受损评分和年龄评分(年龄 >70 岁者加 1 分)3 部分组成,其中,营养受损评分由体质指数、近期体重是否下降和 1 周内进食量是否减少 3 部分组成。总分 0~7 分。评分 ≥ 3 分说明存在营养风险,需给予营养支持^[3]。

1.3 营养不良判定标准

营养不良判定标准采用体质指数(body mass index, BMI), $BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身高 (m}^2\text{)}$ 。BMI <18.5 为营养不良, $18.5 \leq BMI < 24.0$ 为正常, $24.0 \leq BMI < 28.0$ 为超重, $28.0 \leq BMI$ 为肥胖^[4]。

1.4 调查方法

患者入院后第 2 天,由研究者完成 NRS 2002 测定。本次共发放调查问卷 126 份,回收有效问卷 120 份,有效回收率为 95.2%。身高和体重测定方法:患者入院后第 2 天早晨 6~8 时测定体重和身高。测定体重时,患者空腹、免鞋及仅着病房衣服,磅秤精确到 0.2 kg;测定身高时患者免鞋,标尺精确到 0.5 cm。

1.5 统计学方法

数据采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计学分析。患者一般资料,营养不良发生情况采用统计描述。肝脏疾病患者营养风险发生率比较采用 χ^2

检验。

2 结果

2.1 肝脏疾病患者营养风险和营养不良发生情况

本组 120 例肝脏疾病患者营养风险发生率为 38.3% (46/120),营养不良发生率为 12.5% (15/120)。

2.2 3 组肝脏疾病患者营养风险发生率比较

3 组组肝脏疾病患者营养风险发生率比较见表 1。从表 1 可见,3 组肝脏疾病患者营养风险发生率比较, $\chi^2 = 14.877$, $P < 0.001$,差异有统计学意义。进一步两两比较,肝硬化组与其他两组比较,差异均有统计学意义(χ^2 值分别为 9.899 和 11.429, P 值分别为 0.002 和 0.001);原发性肝癌组与肝移植术后复诊组比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.065$, $P = 0.799$)。

3 讨论

3.1 肝脏疾病患者营养风险发生情况分析

营养不良是患者死亡率和各种并发症罹患率增加的独立危险因素^[5]。通过对患者进行营养风险筛查,有助于判断是否需要给予患者营养支持^[6]。NRS 2002 是欧洲肠外肠内营养学会推荐使用的住院患者营养风险筛查的首选工具^[7],通过 NRS 2002 发现的营养风险,可独立地预测不良的临床结局^[8]。本研究结果显示,120 例肝脏疾病住院患者营养风险发生率为 38.3% (46/120),营养不良发生率为 12.5% (15/120),高于一般住院患者^[9-10],与方仕等^[11]调查消化内科患者营养风险的发生率一致。本调查还发现,3 组肝脏疾病患者营养风险发生率比较, $\chi^2 = 14.877$, $P < 0.001$,差异有统计学意义。肝硬化患者营养风险发生率为 62.5%,与杨中菊的研究结果相似^[12];原发性肝癌患者营养风险的发生率为 27.5%,与刘萍的研究结果相似^[13];肝移植

表 1 3 组肝脏疾病患者营养风险发生率比较

组别	n	存在营养风险		χ^2	P
		例数	百分率 (%)		
肝硬化组	40	25	62.5	14.877	< 0.001
原发性肝癌组	40	11	27.5		
肝移植术后复诊组	40	10	25.0		

术后复诊患者营养风险的发生率为 25.0%,但关于肝移植术后复诊患者营养风险的研究目前尚未见报道。本组肝硬化患者营养风险发生率较原发性肝癌与肝移植术后复诊患者高(χ^2 值分别为 9.899 和 11.429, P 值分别为 0.002 和 0.001)。肝硬化患者严重食欲下降是导致营养风险发生率较高的直接原因^[14]。本组肝硬化患者 75.0% 为乙肝肝硬化失代偿期,伴有严重食欲下降、低蛋白血症、腹水和上消化出血症状,从而导致患者营养不良。随着人们对医学常识的普及和对体检的重视,原发性肝癌通常发现较早,患者一般情况较为良好,肝移植术后复诊患者大多数病情趋于稳定,本研究中原发性肝癌及肝移植术后复诊患者营养风险发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.065$, $P = 0.799$),但两者营养风险发生率较一般住院患者高^[9-10],可能与其肝功能受损有关,故在临床工作中,其营养风险亦不容忽视。

3.2 对策

3.2.1 针对性进行饮食指导 在患者能进食的情况下,加强饮食及营养的健康宣教,保持高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食原则,并根据病情变化及时调整。告知患者饮食的注意事项,如有腹水时须低盐饮食,每日钠盐摄入量不超过 2 g;黄疸时禁食油腻食物;伴随食管胃底静脉曲张时,食物宜细软,禁食坚硬、辛辣、带刺和过烫的食品,可设立饮食温馨提示卡,随时提醒患者^[15]。对食欲严重下降的患者,可通过增加患者的舒适度来促进食欲,如做好口腔护理,保持皮肤清洁及衣物、床单位整洁,指导患者闻柠檬果皮香味,听音乐等。改善食物的色香味以增加进食量。

3.2.2 根据患者营养风险评分进行肠内外营养干预 NRS 2002 评分 ≥ 3 分即存在营养风险的患者,需向医生报告,给予营养支持。可口服营养补充剂,如安素营养粉等。在患者进食少或无法进食时,主动与管床医生沟通,结合肠外营养的方式改善患者的营养状况,以降低营养风险。定期评估患者的营养状态,及时发现营养问题及变化,行进一步的营养干预。

4 结论

本调查结果表明,120 例肝脏疾病患者营养

风险发生率较高;肝硬化患者营养风险发生率较原发性肝癌与肝移植术后复诊患者高。护理人员应关注肝脏疾病患者尤其是肝硬化患者的营养风险,采取有效措施,以改善患者的营养状况,降低营养风险的发生。

参考文献:

- [1] 吴国豪,张延伟,潘洪涛,等. 营养不良的胃肠道肿瘤患者术后营养支持的随机对照研究[J]. 中华胃肠外科杂志,2007,10(6):546-549.
- [2] 刘建中,张金生,兰涛,等. 营养不良的消化道肿瘤患者术后早期肠内免疫营养干预疗效分析[J]. 中国实用医药,2012,7(22):107-108.
- [3] 汪玉洁,陈锦秀. 营养评价工具在肿瘤患者中的应用研究进展[J]. 中华护理杂志,2012,47(7):663-669.
- [4] 陈春明. 中国成人体质指数分类的推荐意见简介[J]. 中华预防医学杂志,2001,35(5):349-350.
- [5] Stenvinkel P, Barany P, Chung SH, et al. A comparative analysis of nutritional parameters as predictors of outcome in male and female ESRD patients[J]. Nephrol Dial Transplant, 2002,17(7):1266-1274.
- [6] 王艳,蒋朱明,Marie T,等. 营养风险的概念分析[J]. 中华临床营养杂志,2009,17(2):104-106.
- [7] Kondrup J, Allison SP, Elia M, et al. ESPEN Guidelines for nutrition screening 2002[J]. Clin Nutr, 2003,22(4):415-21.
- [8] Sorensen M, Kondrup J, Prokopowicz J, et al. EuroOOPS an international multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome[J]. Clin Nutr, 2008,27(3):340-349.
- [9] 崔丽英,张澍田,于康,等. 北京大医院住院患者营养风险、营养不良(不足)、超重和肥胖发生率及营养支持应用状况[J]. 中国临床营养杂志,2008,16(6):341-345.
- [10] 曹翔,蔡东联,张玉珍,等. 3567例住院患者营养风险筛查和营养治疗率的研究[J]. 医学研究杂志,2010,39(2):51-53.
- [11] 方仕,龙健婷,彭俊生,等. 广州地区住院患者 NRS2002营养风险筛查的多中心研究[J]. 中华普通外科学文献(电子版),2013,7(1):45-51.
- [12] 杨中菊. 肝硬化住院患者营养状况调查及与预后分析的临床研究[D]. 安徽医科大学,2012.
- [13] 刘萍. 不同营养评价方法对原发性肝癌患者的适用性研究[D]. 天津医科大学,2013.
- [14] Campillo B, Richardet J P, Bories PN. Enteral nutrition in severely malnourished and anorectic cirrhotic patients in clinical practice[J]. Gastroenterol Clin Biol, 2005,29(6):645-651.