

- gland: an immunohistochemical study with CD200 and other stem cell markers [J]. *J Cutan Pathol*, 2015, 42(2): 90-101.
- 7 姚洁琼, 张帆, 林芳旭, 等. 隋唐以来10位著名医家汗证学术思想初探[J]. *中医杂志*, 2015, 56(7): 567-569.
 - 8 Reinholz M, Gauglitz GG, Giehl K, et al. Non-invasive diagnosis of sweat gland dysplasia using optical coherence tomography and reflectance confocal microscopy in a family with anhidrotic ectodermal dysplasia (Christ-Siemens-Touraine syndrome) [J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2016, 30(4): 677-682.
 - 9 Takeo N, Sakai T, Saito-Shono T, et al. Three cases of pigmented cosmetic dermatitis-like eruptions associated with primary Sjögren's syndrome or anti-SSA antibody [J]. *J Dermatol*, 2016, 43(8): 947-950.
 - 10 张欣, 关建敏, 吴敏, 等. 上海地区小儿汗证发病情况及五倍子脐贴疗法的疗效研究[J]. *河北中医药学报*, 2014, (2): 34-35.
 - 11 Scalais E, Connerotte AC, Despontin K, et al. Shwachman-Diamond syndrome presenting with early ichthyosis, associated dermal and epidermal intracellular lipid droplets, hypoglycemia, and later distinctive clinical SDS phenotype [J]. *Am J Med Genet A*, 2016, 170(7): 1799-805.
 - 12 郑东京, 许鑫, 郑伟达, 等. 郑伟达教授治疗汗证经验探析[J]. *世界中西医结合杂志*, 2014, 9(4): 341-343.
 - 13 何玲红, 章建芳. 原发性肝癌伴重度低血糖的护理体会[J]. *全科医学临床与教育*, 2014, 12(4): 472-473.
 - 14 Ridner SH, Shih YC, Doersam JK, et al. A pilot randomized trial evaluating lymphedema self-measurement with bioelectrical impedance, self-care adherence, and health outcomes [J]. *Lymphat Res Biol*, 2014, 12(4): 258-266.
 - 15 叶华芳, 谢玲女, 姚晓, 等. 延续护理对出院后直肠癌永久性肠造口患者的作用分析[J]. *全科医学临床与教育*, 2017, 15(2): 223-225.
- (收稿日期 2017-05-23)
(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

基于达标理论的饮食干预在肝硬化并发上消化道出血患者再次出血的预防作用

翟银平 顾秋娣 姜建琴

肝硬化并发上消化道出血患者的饮食干预的目的在于降低胃肠道负荷状态^[1],以保护胃肠细胞不受损伤,避免食管下段或胃底静脉曲张破裂所致出血。但饮食不当容易导致能量不足,造成患者消化道功能紊乱,还可能导致出现反复消化道出血^[2]。有研究指出,饮食知识掌握的局限性、护士宣教低效性、护士对饮食评价不及时性等诸多因素是造成患者饮食不当的主要原因^[3,4]。为了预防肝硬化并发上消化道出血患者再出血,提高饮食管理的有效性,本次研究运用达标理论制定科学的饮食管理计划,观察患者治疗期间营养状况,为探讨肝硬化并发上消化道出血患者营养支持提供参考。现报道如下。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.04.034

作者单位: 325000 浙江温州,温州医科大学附属第一医院消化内科

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取温州医科大学附属第一医院2015年7月至2016年6月收治的120例肝硬化并发上消化道出血患者作为研究对象,其中男性65例、女性55例;病程(2.61±0.48)年;Child-Pugh分级B级75例、C级45例。纳入标准:①符合肝硬化食管胃底静脉曲张性出血诊治指南诊断标准^[3];②内镜检查有食管-胃底静脉曲张并发现上消化道有出血病灶;③年龄≥18岁;④住院时间均≥14 d。排除:糖尿病患者;非静脉曲张上消化道出血者;并发肝性脑病、大量腹水者;严重的心肾脑疾病者;精神异常等患者。根据饮食干预方法不同将患者分为观察组(62例)与对照组(58例)。两组性别、年龄、病程、肝功能Child-Pugh分级等见表1,两组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表1 两组一般资料比较

组别	n	年龄/岁	性别(男/女)	病程/年	Child-Pugh分级/例	
					B级	C级
观察组	62	49.50± 9.13	34/28	2.70±0.53	40	22
对照组	58	50.70±10.55	31/27	2.56±0.67	35	23

1.2 方法 对照组给予常规饮食护理,即急性出血期禁食,允许经口进食后开始给予流质食物饮食,逐步过渡到半流质、软食、普食。观察组患者则采用基于达标理论的饮食干预,具体如下:

1.2.1 动态营养风险评估 应用营养风险筛查评估表(nutrition risk screening 2002, NRS2002)^[6]对患者各时间段营养状况进行评估,即分别于入院当天、开放饮食前、出院前1~2天三个时间段评估患者营养状况,并测量体重。该表包括原发疾病对机体营养影响程度,近1周体重改变,近1周饮食摄入量的变化,

体质指数四部分内容,并将年龄设为营养风险的因素之一,总分为0~7分,0分表示不存在营养风险,1~3分表示存在营养风险,>3分提示存在营养不足。

1.2.2 饮食方案具体计划表 根据少量多餐的原则及NRS评估结果,每天4~6餐,从患者开放饮食当天制订详细的“饮食方案”,该方案以不增加胃肠肝脏负担、保证充足热量为原则,按60%碳水化合物+20%蛋白质+20%脂肪比例搭配^[6],内容包括该患者进食天数、每餐进食时间、餐数、进食量、可选饮食种类及范围等,详见表2。

表2 饮食干预计划表

饮食种类	进食天数	目标能量	目标进食量	可选饮食	饮食禁忌
流质	第1天	2094 kJ	50~100 ml /餐,睡前加餐1次,4~6餐/d	首餐饮温水 50 ml,无不适,第2餐可进食米汤、面汤	1. 忌硬食不易消化食物:如硬面条、糯米类食物、油炸食物、带骨带刺食品; 2. 忌粗纤维食物:如竹笋、芹菜、韭菜、大蒜、菜梗等; 3. 产气食物:如黄豆、蚕豆、萝卜等; 4. 凉拌生冷食物及甜度高的水果; 5. 坚果类食物:如花生、瓜子、腰果、核桃等; 6. 忌食牛奶、豆浆饮品。
	第2天	4187 kJ	100~200 ml /餐,睡前加餐1次,6~8餐/d	主食:米汤、面汤(稠度可较第1天增加)辅食:果汁(无糖尿病)、蔬菜汁(糖尿病)、荤汤(鱼汤、鸡汤、排骨汤)	
	第3天	6281 kJ	100~200 ml /餐,睡前加餐1次,6~8餐/d	主食:米汤+适量米粒、(稠度较第2天增加)辅食:鸡蛋羹、稀藕粉	
半流质	第4天	105~126 kJ·kg ⁻¹ ·d ⁻¹	50~100 g/餐,睡前加餐1次,4~6餐/d	主食:稀米粥 50 g(第1餐)、稠米粥(第2餐起)、面糊 辅食:蔬菜汤、荤汤(鱼汤、鸡汤、排骨汤)	
	第5天	105~126 kJ·kg ⁻¹ ·d ⁻¹	50~100 g/餐,睡前加餐1次,4~6餐/d	主食:米粥(红薯粥、菜粥、皮蛋瘦肉粥等)、小馄饨、土豆泥、豆腐花 辅食:烂鱼肉、烂虾、烂排骨、肉泥、烂黄瓜、冬瓜、西红柿鸡蛋汤(去渣)	
	第6天	105~126 kJ·kg ⁻¹ ·d ⁻¹	150~200 g/餐,睡前加餐1次,3~5餐/d	主食:烂面条、蛋糕、去皮花卷 辅食:烂鱼肉、烂虾、烂排骨、肉泥、蒸蛋、烂蔬菜(去渣)	
	第7天	105~126 kJ·kg ⁻¹ ·d ⁻¹	150~200 g/餐,睡前加餐1次,3~5餐/d	主食:烂面条、蛋糕、去皮花卷 辅食:烂鱼肉、烂虾、烂排骨、肉泥、蒸蛋、烂蔬菜(去渣)	
软食	第8天起	105~126 kJ·kg ⁻¹ ·d ⁻¹	150~200 g/餐,3~5餐/d	根据患者适应程度增加主食种类及量	

1.2.3 进食监督 由责任护士负责发放量杯,监督并记录患者每日进食次数、进食种类及进时量等信息,以确保严格按饮食计划实施。研究过程中,针对患者饮食喜好调整食物搭配,对营养价值较高食物充分讲解其对疾病恢复作用,以利于患者接受;同时在饮食烹饪上做到相互融合,减少患者对不喜欢食物的不良视觉及心理感受。

1.3 观察指标

1.3.1 营养状况 于入院当日及2周清晨,抽取空腹血测定血清白蛋白,根据血清白蛋白值评价患者营养状况, >35 g/L为正常, $31\sim35$ g/L为轻度不良, $25\sim30$ g/L为中度不良, <25 g/L为严重不良^[7]。

1.3.2 饮食达标率 由责任护士根据患者实际进食餐数(<3 次为0分, $3\sim4$ 次为1分, $5\sim6$ 次为2分)、进食量(<300 ml或 300 g为0分, $300\sim500$ ml或 $300\sim500$ g为1分, >500 ml或 500 g为2分)、食物种类(违反饮食原则,过稀、过稠为0分;无饮食禁忌、稀稠合适为2分)进行评分。总分0~1分为差; $2\sim4$ 分为一般; $5\sim6$ 分为良好。

1.3.3 消化道症状 观察住院期间发生腹痛、腹胀、呕吐、腹泻、再出血等消化道症状情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行统计学分析。计数资料以例(率)描述,组间比较采用 χ^2 检验,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)描述,组间比较采用 t 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者入院当日及入院2周血清白蛋白比较见表3

表3 两组患者入院当日及入院2周血清白蛋白比较/g/L

组别	n	入院当日	入院2周
观察组	62	41.63 \pm 3.12	33.44 \pm 1.30*
对照组	58	41.27 \pm 2.23	27.41 \pm 1.08

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,在入院当日两组患者血清白蛋白比较,差异均无统计学意义($t=0.11$, $P>0.05$),入院后两组患者血清白蛋白均有一定程度下降,在病情稳定2周后,观察组血清蛋白明显高于对照组($t=5.13$, $P<0.05$)。

2.2 两组患者入院当日及入院2周饮食达标率比较见表4

由表4可见,在入院当日两组患者饮食达标率差异均无统计学意义($\chi^2=0.81$, $P>0.05$),在病情稳

定2周观察组饮食达标率明显高于对照组($\chi^2=4.78$, $P<0.05$)。

表4 两组患者入院当日及入院2周饮食达标率比较/例(%)

组别	n	入院当日	入院2周
观察组	62	18(29.03)	59(95.16)*
对照组	58	15(25.86)	48(82.76)

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.3 两组患者消化道不良反应比较见表5

表5 两组患者消化道不良反应比较/例(%)

组别	n	腹痛	腹胀	腹泻
观察组	62	0*	1(1.61)*	0*
对照组	58	4(2.16)	5(8.62)	4(2.61)

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表5可见,两组患者均未出现再出血、呕吐。观察组腹痛、腹胀、腹泻发生率明显低于对照组,差异有统计学意义(χ^2 分别= 2.49、2.51、2.49, P 均 <0.05)。

3 讨论

达标理论是重点阐述发生在人与人之间的相互作用,尤其是护士与患者在护理活动过程中通过共同参与,相互作用实现最佳健康目标的活动。本研究将达标理论用于肝硬化食管胃底静脉曲张患者的饮食干预,强调护士通过动态营养评估,“以患者为中心”饮食计划的设计、实施、监测评价,充分体现了人性化服务的理念。

有研究指出,消化道出血、胰腺疾病、炎症性肠病和肝胆疾病患者营养风险发生率最高,切实有效的肠内营养干预能降低患者的营养不良风险^[8]。本次研究基于达标理论,开展针对肝硬化并发消化道出血患者的饮食管理,体现在个性化的饮食评估,详细制订可执行饮食计划,采用60%碳水化合物、20%蛋白质和20%脂肪拟定饮食方案,为其提供充足的能量和营养成分,既弥补患者出血后营养消耗,纠正负氮平衡;又维持机体内环境的稳定,阻断营养不良,利于疾病康复。本次研究结果显示,两组患者在入院当日血清白蛋白无明显差异,而治疗2周后,两组患者血清白蛋白均有一定程度下降,但观察组血清蛋白明显高于对照组($P<0.05$),说明以达标理论制定饮食干预计划可有效保证患者治疗期间营养状况,更符合机体代谢生理需要,有助于及时改善营养不足情况。

大多消化道疾病患者缺乏合理饮食相关知识,

难以合理安排每日进食的饮食种类、数量、餐次等,尤其是消化道出血患者因担心进食会引起再出血,对饮食过于小心,更易导致能量摄入过低^[9]。因此,解决消化道出血后饮食问题成为预防患者再次发生消化道出血的重要手段^[10]。本次研究由责任护士应用达标理论对患者进行营养评估,明确饮食目标,制定达到目标可执行饮食计划,通过责任护士与患者共同行动,清除患者困惑和担心,掌握正确的饮食方法,对目标的制定与实现都很重要。在住院期间,观察组饮食达标率明显高于对照组($P<0.05$),说明以达标理论为依托的饮食干预计划使患者的饮食种类、进食餐数和进食量等得到合理的分配,有效提高了患者的饮食知识和饮食达标率。

本次研究结果还发现,两组患者均未出现再出血、呕吐,但观察组腹痛、腹胀、腹泻发生率明显低于对照组($P<0.05$),说明与消化道出血常规饮食护理相比,病情稳定后有序进食有效减轻消化道不良反应,降低消化道负担。本研究以达标理论制定饮食干预计划最大限度保证营养物质与能量供给,同时充分考虑到患者出血后康复需求,增加进食次数;饮食处方设计中既强调营养均衡,在预防保守治疗中消化道不良反应方面还侧重食物搭配、减轻肠道负担,降低饮食受限中营养素的失衡。相关研究指出,合理进食能保护肝硬化并发消化道出血胃肠道菌群、调控机体炎症反应,降低炎症因子对肠道损伤,减少消化道不良作用^[11,12]。

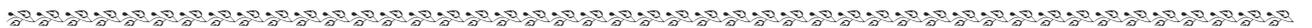
综上所述,以达标理论制定饮食干预计划有效减轻肝硬化并发消化道出血患者消化道负担,还能提供充足营养素及能量,纠正其营养不良状况,减少消化道并发症的发生,促进患者饮食达标。

参考文献

- 1 刘书然.上消化道出血患者的饮食管理[J].世界最新医学信息文摘,2016,(11):253-253.
- 2 邹小兰,魏建红,史晓芬,等.阶梯式精细化饮食管理对肝硬化并发消化道出血患者饮食控制的影响[J].中国实用护理杂志,2016,32(29):2254-2257.
- 3 谭李军,尹秀芬,王志刚,等.饮食干预联合腹部热敷缓解肝癌介入术后患者胃肠反应的效果观察[J].护理管理杂志,2013,13(2):145-146.
- 4 谭李军,尹旭明,尹秀芬,等.饮食干预联合腹部热敷对肝癌介入治疗患者胃肠反应的影响[J].中华现代护理杂志,2012,18(21):2532-2533.
- 5 石秀菊. 品管圈活动对肝硬化患者饮食依从性的影响[D].山东:山东大学,2014.
- 6 王秀玲.饮食干预对肝硬化上消化道出血病人取消禁食后的影响[J].国际护理学杂志,2011,30(10):1480-1481.
- 7 马乐. 饮食监督册在肝硬化并胃-食管静脉曲张患者饮食管理中的应用[J].中国保健营养(中旬刊),2014,(6):3963-3963.
- 8 刘凤荣,李毅.综合护理干预对消化道出血消化内镜治疗后再出血的影响[J].中国医药导刊,2016,18(2):193-194,190.
- 9 张瑞华,仇志敏.饮食护理干预对肝硬化并发上消化道出血后肝性脑病的作用[J].中国社区医师,2014,(19):147-148.
- 10 于林丽,于文娟.上消化道出血患者禁食后恢复饮食时机的选择与护理干预体会[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2014,(27):296-296.
- 11 李霄艳,邵海燕,杨光,等.探讨饮食护理干预对肝硬化再出血发生率的影响[J].中国卫生标准管理,2015,(26):197-198.
- 12 汪清.健康教育干预对预防肝硬化消化道出血的研究[J].中国保健营养(中旬刊),2014,(5):2873-2874.

(收稿日期 2017-01-10)

(本文编辑 蔡华波)



欢迎投稿

欢迎征订