

## 低盐饮食护理干预对肝豆状核变性所致肝硬化腹水的影响

刘永凤

**[摘要]** 目的 探讨低盐饮食对肝豆状核变性(WD)肝硬化腹水的影响。方法 选取2010年1月至2012年1月住院确诊的WD伴有肝硬化腹水的60例患者,分为普通饮食和低盐饮食组,各30例患者。两组患者分别观察腹围、体质量和腹水量变化,同时予以检测血浆渗透压和尿渗透压,以30d为观察时间重点。结果 30d后低盐饮食组的腹围、体质量、腹水量与普通组比较均差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),血浆和尿渗透压比较又有明显差异。结论 WD伴有肝硬化腹水的患者在积极予以中西医结合治疗的同时,需要加强护理的干预,尤其是要严格低盐饮食,但需要注意预防电解质失衡而加重病情。

**[关键词]** 肝豆状核变性;肝硬化腹水;低盐饮食

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2012.09.056

肝豆状核变性(hepatolenticular degeneration, HLD)又称Wilson病(Wilson's disease, WD)是一种常染色体隐性遗传性铜代谢障碍疾病,临床主要表现为锥体外系症状和肝肾损害为主。多数患者长期存在误诊、误治而耽误病情<sup>[1]</sup>,部分患者甚至出现肝硬化失代偿期表现,出现肝硬化腹水、脾肿大、侧枝循环的建立和开放,严重者可以出现肝性脑病、消化道出血、肝肾综合征等并发症危及生命。为进一步有效改善肝豆状核变性所致肝硬化腹水的治疗,我们采取针对性的护理干预,并通过相关指标的监测,评估护理干预前后患者的腹水变化情况,报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取安徽中医学院神经病学研究所附属医院神经科2010年1月至2012年1月住院符合HLD诊断标准<sup>[2]</sup>和伴有肝硬化腹水的60例患者,所有病例均在入院前未接受过正规静脉排铜治疗。其中男性34例,女性26例;年龄10~38岁,平均(18.52±10.48)岁;病程1~6年,平均(1.5±2.4)年。所有患者均行Chile-Pugh评分<sup>[3]</sup>,均为B级。以30d作为观察时间终点。其中腹水量由2名专业彩超医师操作,取其平均值;测量腹围和体质量均在每天的固定时间,均为清晨空腹的状况下进行。

**1.2 方法** 将上述60例患者随即分为两组:普通护理组(即常规饮食)和低盐饮食护理组各30例。上述两组患者在分组时体质量、腹围、腹水量(以彩超探及的腹水深度)差异无统计学意义,具有可比性。上述两组均予以保肝和静脉二巯丙磺钠驱铜治疗(剂量为20 mg/kg)。其中低盐饮食方法:每天供给钠2 g。除了食物本身所含钠外,允许在烹调或食用时加食盐2~3 g或酱油10~15 ml。食盐含钠391 mg/g或相当于酱油10 ml,1 d副食含钠量应<1 500 mg。饮食中忌用一切高钠或咸味食品,如腌制食品(咸菜、咸鱼、咸肉等)、腐乳、咸蛋、香肠、腊肠等。上述两组予以分别监测腹围、体质量、血浆和尿渗透压、血及尿钠浓度和腹水状况等。

### 1.3 护理

**1.3.1 一般护理** 患者注意休息并卧床,以减轻肝脏负担和

增加肝脏血液的回流。饮食上进食易消化含高热量、高蛋白、低脂肪饮食,保证足够热量和维生素。避免进食锋利坚硬食物,以免引起食管曲张静脉破裂出血;肝性脑病患者应严格控制动物蛋白质摄入,适当增加植物蛋白的摄入;自发性腹膜炎和腹水感染的患者予以常规腹水穿刺和培养,选择敏感抗生素抗感染处理。避免使用有肝损害或增加肝脏负担的药物。适当选用增强肝脏解毒、促进肝细胞再生的药物。有肝性脑病的患者,禁止使用传统的抗精神剂和安定类药物,以免加重肝脏负担或损伤肝脏而致病情加重。同时进行心理护理,鼓励患者树立战胜疾病的信心。

**1.3.2 水的护理** 对各组采取正常饮食和低盐饮食,低盐饮食按照前述方法。低蛋白血症患者,可适当输入血清蛋白或全血。慎重选用利尿剂,将排钾性利尿剂(双氢克尿噻及呋塞米)和保钾性利尿剂(安体舒通和氨苯喋啶)交差配伍(每组使用利尿剂的剂量和配伍均相同),记录24 h出入量,并监测腹围、体质量,血钾、钠、氯和尿尿渗透压等,利尿效果以每天体质量下降0.5 kg为理想。加强皮肤护理,对臀部、外阴、下肢应用气圈或棉垫保护,经常用热毛巾按摩,防止皮肤损伤及压疮的发生。

**1.4 数据统计方法** 采用SPSS 11.5统计软件对数据进行分析,统计数据以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,数据进行独立样本t检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

低盐饮食护理组30d后腹围、体质量、腹水量较普通护理组均有明显下降,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ (见表1)。

**表1 30天后普通护理组和低盐饮食护理组腹围、体质量和腹水量比较**

组别	n	腹围(cm)	体质量(kg)	腹水量(mm)
普通护理组	30	53±3.5	45±6.4	65±8.5
低盐饮食组	30	48±2.8*	41±4.4*	20±3.6**

注:和普通护理组比较,\*为 $P < 0.05$ ;\*\*为 $P < 0.01$

低盐饮食护理组30d后血浆渗透压和尿渗透压与普通护理组比较差异均有统计学意义(见表2)。

作者单位:230061 合肥 安徽中医学院神经病学研究所附属医院

表2 30 d后普通护理组和低盐饮食  
护理组血浆和尿渗透压比较(mmol/l)

组别	n	血浆渗透压	尿渗透压
普通护理组	30	285.6 ± 8.7	765.8 ± 24.8
低盐饮食组	30	272.1 ± 9.4*	751.6 ± 22.5**

注:和普通护理组比较,\*为 $P < 0.05$ ;\*\*为 $P < 0.01$

### 3 讨论

临床对于肝硬化的护理一致是一个棘手的问题。相对病毒性肝炎后肝硬化患者来说,患者和医护人员的知晓率较低,故出现患者长期误诊的情况。相对于病毒性肝炎后肝硬化失代偿期出现腹水的治疗极为困难来说,而HLD主要为遗传性铜代谢障碍,我院对HLD患者早期采取中西医结合治疗取得显著的疗效<sup>[5]</sup>。

对于肝硬化腹水的护理,目前主要表现在腹水本身的护理上和并发症的护理:消化道出血、自发性腹膜炎、肝性脑病、肝肾综合征等<sup>[6-10]</sup>,而对于HLD所致肝硬化腹水的护理报道不多<sup>[11]</sup>,且未针对肝硬化所致腹水的护理进行研究。我们从常规肝硬化腹水的治疗角度采取了低盐饮食对HLD所致腹水的护理研究,得出了积极的结果。另外我们此次选择患者均为Chile-Pugh评分为B级患者,在早期予以积极静脉驱铜治疗后病情可以得到有效缓解,相对预后较好。对于HLD伴有肝硬化腹水的患者在积极予以中西医结合治疗的同时,需要加强护理的干预,尤其是要严格低盐饮食。但在行低盐饮食的同时需要注意监测血电解质、血尿渗透压的监测,以免导致患者电解质失衡,及诱发肝性脑病的可能,进而加重病情。

由于普遍中国人饮食偏咸,对于HLD患者在行低盐饮食时也有一定的困难。目前我国人群每人每天平均摄入量(包括所有食物中所含的钠折合食盐)为7~20g,明显高于世界卫生组织的建议量(每人每天摄入食盐6g以下)<sup>[12]</sup>,故在执行过程中存在一定的困难,需要医护人员的耐心解释和坚持,同时也

需要取得患者的积极配合,从而获得最终良好的临床转归。对于部分Chile-Pugh评分为C级患者的临床治疗和积极护理的干预,我们有待进一步研究。

### 参考文献

- [1] 胡纪源,吕达平,王共强,等. 肝豆状核变性的临床误治研究. 中华医学杂志, 2001, 81(11): 642-644.
- [2] Sternlieb A. Perspectives on Wilson's disease. Hepatology, 1990, 12(5): 1234-1239.
- [3] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会肝病学会. 病毒性肝炎诊断标准. 中西医结合肝病杂志, 2001, 11(1): 56-60.
- [4] 杨任民. 肝豆状核变性驱铜的治疗再认识. 世界临床药物, 2010, 31(5): 257-260.
- [5] 程楠,胡纪源,王训,等. 中西医结合除铜治疗对肝豆状核变性患者肝硬化的长期疗效观察. 安徽中医学院学报, 2009, 28(3): 6-8.
- [6] 杨树新,葛琴. 肝硬化腹水患者的护理. 实用医药杂志, 2011, 28(12): 1096-1097.
- [7] 王晓慧. 老年肝硬化并原发性腹膜炎的观察与护理. 中华护理杂志, 1994, 29(8): 477-479.
- [8] 马桂清,薛润梅. 肝硬化常见并发症的护理体会. 护理实践与研究, 2011, 8(18): 54-55.
- [9] 庄美芳. 肝硬化门静脉高压食管静脉曲张出血的护理. 河南外科学杂志, 2012, 18(1): 110-111.
- [10] 黄颖. 肝硬化上消化道出血病人的护理. 全科护理, 2010, 8(11): 3044-3045.
- [11] 付晓红. 2例肝豆状核变性病人的护理. 护理研究, 2007, 21(1): 277-278.
- [12] 柴华旗. 低盐饮食怎么吃. 健康博览, 2011, 3: 54-56.

(2012-05-13 收稿 2012-06-10 修回)

· 读者 作者 编者 ·

## 本刊对论文中化学元素与核素符号书写的要求

根据国家标准 GB3100~3102-1993《量和单位》,本刊对论文中化学元素与核素符号的书写规定如下。

- (1) 化学元素符号使用罗马(正)体,首字母大写,在符号后不加圆点。
- (2) 核素的核子数(质量数)标注在元素符号的左上角。例如:<sup>14</sup>N, <sup>60</sup>Co, 不写成<sup>14</sup>氮或N<sup>14</sup>, <sup>60</sup>钴或Co<sup>60</sup>。
- (3) 分子中核素的原子数标注在核素符号的右下角。例如:<sup>14</sup>N<sub>2</sub>。
- (4) 质子数(原子序数)标注在元素符号的左下角。例如:<sub>82</sub>Pb, <sub>26</sub>Fe。
- (5) 离子价和表明阴、阳离子的符号“+”或“-”标注于元素符号的右上角,离子价数写在符号前。例如:正2价的镁离子,应写成Mg<sup>2+</sup>,不宜写成Mg<sup>++</sup>。
- (6) 激发态标注在元素符号的右上角。例如:<sup>99m</sup>Tc, 不写成<sup>99</sup>钨、Tc<sup>99m</sup>Tc。