

肝炎后肝硬化合并代谢综合征的临床特征和护理体会

程宏¹, 范小玲¹, 张维燕², 李蕴铷¹ (1.首都医科大学附属北京地坛医院, 北京 100015; 2. 清华大学华信医院, 北京 100016)

摘要: 目的 探讨肝炎后肝硬化患者伴发代谢综合征(MS)的临床特征及护理体会。方法 统计455例住院的肝硬化患者并发代谢紊乱的发生率, 分析其代谢紊乱的特征。结果 肝硬化患者高血糖、高血压、高血脂、肥胖及MS的发生率分别为43.95%、13.82%、14.83%、21.97%、10.86%。乙型肝炎肝硬化合并MS患者体重指数(BMI)、空腹血糖、高血压、总胆固醇、丙氨酸氨基转移酶(ALT)显著高于乙型肝炎肝硬化非MS患者(P 值分别为0.03、0.03、0.04、0.02、0.01)。丙型肝炎肝硬化合并MS患者BMI、高血压、三酰甘油显著高于丙型肝炎肝硬化非MS患者(P 值分别为0.04、0.04、0.02)。结论 肝炎后肝硬化合并MS很常见, 综合科学的护理方法可以提高患者的治疗效果, 改善患者的生活质量。

关键词: 肝炎后肝硬化; 代谢综合征; 护理

Clinical features and nursing experiences of liver cirrhosis patients complicated with metabolic syndrome

CHENG Hong¹, ZHANG Wei-yan², FAN Xiao-ling¹, LI Yun-ru¹ (1.Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100015, China; 2.Hua Xin Hospital First Hospital Tsinghua University, Beijing 100016, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical features and nursing experiences of patients with liver cirrhosis patients and metabolic disorder syndrome who were in charged in Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University. **Methods** The incidence rate and characteristics of metabolic disorders of 455 patients with liver cirrhosis were retrospectively analyzed. **Results** The incidence of hyperglycemia, hypertension, hyperlipidemia, obesity and MS in liver cirrhosis patients were 43.95%, 13.82%, 14.83%, 21.97%, and 10.86%, respectively. The body mass index (BMI), fasting blood glucose, hypertension, total cholesterol and alanine aminotransferase (ALT) of hepatitis B patients with liver cirrhosis and MS were significantly higher than those of non-MS patients ($P = 0.03, 0.03, 0.04, 0.02, 0.01$, respectively). The BMI, hypertension, three glycerol of hepatitis C patients with liver cirrhosis and MS were significantly higher than those of non-MS patients ($P = 0.04, 0.04, 0.02$, respectively). **Conclusions** Liver cirrhosis complicated with MS are common, and the standard nursing method of liver cirrhosis with MS patients can improve the effect of treatment and the life quality of patients.

Key words: Liver cirrhosis; Metabolic syndrome; Nursing care

MS诊断的主要依据。目前MS的发病机制尚未完全阐明, 长期不合理的饮食习惯如高盐、高脂肪、高糖、饱食以及长期的运动不足、睡眠不足、精神压力过大、过度的吸烟和饮酒都是MS的主要发病诱因, 护理工作对代谢综合征患者预后的影响也越来越

受到重视。目前尚未见肝炎后肝硬化合并MS的发生率以及临床特征和护理方面的报道, 笔者对乙型肝炎和丙型肝炎后肝硬化合并MS的临床资料进行分析, 抓住肝硬化患者合并MS的临床特征进行护理, 现将体会报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取2005年1月1日至2014年7月31日收

住首都医科大学附属北京地坛医院的455例肝炎后肝硬化患者为研究对象, 男性335例, 女性120例, 年龄26~86岁, 平均年龄(58.30 ± 9.60)岁。

1.2 诊断标准 肝硬化诊断标准采用2000年《病毒性肝炎防治方案》^[1]; 2型糖尿病和代谢综合征诊断依据2004年《中国糖尿病指南》标准, 符合以下4个组分中的3个或全部者考虑存在代谢综合征: 超重或肥胖、高血糖、高血压、高血脂。①超重或肥胖: 体重指数 $\geq 25.0 \text{ kg/m}^2$; ②高血糖: 空腹血糖 $\geq 6.1 \text{ mmol/L}$ (110 mg/dl) 和(或)糖负荷后血糖 $\geq 7.8 \text{ mmol/L}$ (140 mg/dl), 和(或)已确诊为糖尿病并治疗者; ③高血压: 舒张压/收缩压 $\geq 140/90 \text{ mmHg}$, 和(或)已确诊为高血压并治疗者; ④血脂紊乱: 空腹TG $\geq 1.7 \text{ mmol/L}$ (150 mg/dl), 和(或)空腹HDL-C男性 $\leq 0.9 \text{ mmol/L}$ (35 mg/dl), 女性 $\leq 1.0 \text{ mmol/L}$ (39 mg/dl)^[2]。

1.3 检测方法 血糖, 血脂, 肝功能等生化检测, 应用日立公司7170全自动生化分析仪器。肝炎病毒标志物试剂由美国雅培公司提供。

1.4 统计学方法 采用SPSS 10.0软件进行统计分析, 计量资料以均数 \pm 标准差表示, 各组之间均数的比较用 t 检验, 计数资料以率(%)表示, 各组之间率的比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肝硬化合并代谢异常情况 肝硬化患者高血糖、高血压、高血脂、肥胖及MS的发生率分别为46.59%、15.16%、15.96%、22.63%、13.33%。

2.2 乙型肝炎肝硬化合并MS各项指标比较 乙型肝炎肝硬化合并MS患者的BMI、FBG、TC和ALT水平高于乙型肝炎肝硬化非MS患者($P < 0.05$), 乙型肝炎肝硬化合并MS发生高血压的病例数低于乙型肝炎肝硬化非MS患者($P < 0.05$)。结果见表1。

2.3 丙型肝炎肝硬化合并MS各项指标比较 丙型肝炎肝硬化合并MS患者发生高血压例数、BMI、和TG水平高于乙型肝炎肝硬化非MS患者($P < 0.05$)。结果见表2。

3 护理体会

3.1 准确的体重、腰围、血糖和血压监测 本研究临床资料显示肝硬化合并MS并不少见, 而肝硬化患者以及肝病医生、护士可能更重视肝病的诊断、治疗和护理而忽略患者高血压、糖尿病、肥胖以及血脂异常的治疗和护理干预。因此, 肝硬化患者的体重、腰围、血糖、血压检测的准确性应该引起护士的重视。及时准确的检测结果是准确诊断患者是否合并代谢综合征的重要条件, 直接关系到医生对患者病情的判断和药物剂量的调整。临床中明确责任护士负责患者的体重、腰围、血糖、血压检测, 发现体重、腰围, 血糖、血压有上升或下降趋势时及时与医生沟通以便得到足够重视及合理的处理。

3.1.1 腰围测量方法和控制体重 对于肥胖或超重住院患者护士要帮助他们根据个人具体情况制定减轻体重的计划, 争取逐渐达到BMI ≤ 25 和腰围男性 $\leq 90 \text{ cm}$, 女性 $\leq 80 \text{ cm}$ ^[4]。每天在晨起空腹测量体重和腰围一次。

3.1.2 血糖监测 本组资料显示肝硬化患者有46.59%伴有血糖异常或糖尿病, 因此血糖的监测很重要, 护士要重点关注。根据患者血糖情况采取新住院患者连续三天测五点血糖, 即空腹、早餐后2小时、午餐后2小时、晚餐后2小时和睡前共5次血糖。对于血糖明显异常的时间段, 采取连续监测和药物重点控制的原则, 做好记录, 为调整降糖药物和饮食提供依据。责任护士在患者出院前教会患者或家属自我操作血糖仪, 养成定期自我监测血糖的习惯。

3.1.3 血压检测 要坚持四固定原则, 定时间、定部位、定体位、定血压计。每天6 am、6 pm检测两次。

3.2 改变生活方式 关于改变生活方式是否可减少糖尿病和心血管事件的发生率和病死率尚存在一定的争议, 但即便能发生作用可能也需要相当长的时间才能显现出来, 我国对大庆地区人群糖尿病干预的研究中发现, 在随访23年后才显示出生活方式干预可以降低糖耐量受损患者心血管疾病死亡风险^[4]。

表1 乙型肝炎肝硬化合并MS与乙型肝炎肝硬化非MS患者各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男/女 (例)	年龄(岁)	高血压 [例(%)]	BMI (kg/m^2)	FBG (mmol/L)	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)	ALT (U/L)
乙型肝炎肝硬化合并MS	29	24/5	49.24 ± 11.50	18 (62.07)	24.54 ± 1.52	9.20 ± 5.18	2.20 ± 0.79	5.32 ± 1.60	229.00 ± 59.01
乙型肝炎肝硬化非MS	322	245/77	53.22 ± 11.12	24 (7.45)	19.02 ± 2.01	7.03 ± 2.59	1.71 ± 0.54	3.18 ± 1.10	89.00 ± 28.12
t/χ^2	—	—	$t = 14.22$	$\chi^2 = 2.35$	$t = 9.65$	$t = 3.27$	$t = 6.74$	$t = 1.84$	$t = 1.21$
P	—	—	0.23	0.04	0.03	0.03	0.12	0.02	0.01

注: MS: 代谢综合征; BMI: 体重指数; FBG: 空腹血糖; TG: 三酰甘油; TC: 总胆固醇; ALT: 丙氨酸氨基转移酶

但Schellenberg ES等近期发表的一项meta分析结果显示,生活方式干预10年对2型糖尿病患者全因死亡并无显著影响^[5]。但即便如此,多国(包括我国)的糖尿病防治指南中仍然将控制生活方式作为糖尿病控制的主要措施^[6-8]。

3.2.1 重视患者饮食的管理 饮食疗法是MS的治疗基础,是控制疾病,预防并发症至关重要的一步。合理膳食主要指限制总热量,调整饮食种类的构成,应选用低脂、低盐、低饱和脂肪酸、低胆固醇饮食,减少简单糖类(如水果、果汁、蔗糖、糖浆、等)摄入,而增加复合糖类(如谷物、薯类、大豆、麦片)摄入,选择富含膳食纤维的食物(如蔬菜、粗粮、杂粮),对于肝硬化合并MS患者饮食控制不同于普通的MS患者,肝硬化患者糖调节能力下降,饮食要在严格控制的基础上适当放宽,保证患者营养,防止低血糖的发生^[9]。因此护士在日常护理过程中要注意改变患者不良的饮食习惯,建立科学的饮食观念。让患者认识到高盐、高脂肪、高糖、饮食过度 and 饮酒都是MS的主要发病诱因,肝硬化合并MS患者合理饮食、科学搭配既不会影响肝病的治疗,同时有利于对MS的改善和控制。

3.2.2 运动调节 建立良好的运动行为习惯,避免久坐少动,增加运动。运动是糖尿病治疗中的重要一环,适当有效的运动可以改善胰岛素抵抗,有利血糖控制,促进全身代谢^[10],对肝硬化合并MS患者的病情恢复也是至关重要。护士一定要根据患者年龄、性别、体力、病情制定运动处方,运动强度要遵循从轻到重,循序渐进的原则。每日坚持或每周3~4次,每次20~30 min,饭后1小时开始运动,主要以散步方式进行,可通过散步时间、距离、速度调整运动量,运动时心率应达到个体最大心率的80%~85%且持续10~20分钟,并持之以恒。肝硬化合并MS患者的运动不同于单纯的MS患者,护士要注意提醒患者要遵循循序渐进的原则,运动量要明显小于单纯的MS患者,要以运动后身体轻松、不感觉疲劳为原则。

3.2.3 戒烟、戒酒 饮酒与多元代谢紊乱关系密切。

过量饮酒不仅可以进一步损伤肝硬化患者的肝功能,有诱发肝衰竭的危险,同时也可增加肥胖、糖尿病、高甘油三酯血症、高血压的发病率,更容易促使肝硬化发生代谢综合征,因此护士在护理这类患者的过程中要求患者绝对戒酒^[11]。男性吸烟人群的代谢综合征患病率显著高于不吸烟人群,已戒烟男性随着戒烟时间的延长,代谢综合征的发生风险呈下降趋势。女性人群中吸烟仅与低HDL-C血症显著相关。提示男性吸烟仍是我国男性发生代谢综合征的高危因素^[12]。所以,护士有责任帮助患者认识到吸烟有害,尤其是男性肝硬化患者,建议其控烟、戒烟。

3.3 药物护理 肝硬化合并MS患者的治疗无特效药,并且无论是治疗肝病的还是控制MS的药都需要长期服用。帮助患者了解药物副作用和药物应用的必要性从而提高药物依从性非常重要。护士要提醒患者在医生的指导下用药,不可擅自调整用药的剂量、时间或停药。对于住院患者护士首先要了解药物的作用、用药方法、时间、剂量、药物的作用机理、类型、作用时间及可能出现的不良反应等。然后指导、监督患者正确用药。对代谢综合征的治疗强调综合治疗,药物治疗的目标:①严格血糖控制,特别是餐后高血糖使之正常化,常用拜糖平和胰岛素或胰岛素类似物;②改善异常的血脂可用他汀类和贝特类降脂药,但是要提醒患者定期复查肝功能的重要性^[13];③降低血压可用血管紧张素转化酶抑制剂,钙通道阻滞剂。

代谢综合征的药物治疗复杂,使用药物种类多,因此正确指导用药,防止各种并发症的发生非常重要。①使用降糖药时,应监测餐前及餐后血糖,防止低血糖发生,因此血糖监测以及尽早认识低血糖的症状很重要。拜糖平宜在餐时服用,因其容易引起腹胀,应该逐渐加量,并且让患者了解其不良反应避免出现紧张情绪,同时联合调节肠道菌群药物和助消化药物以缓解其不良反应,达到治疗目的。另外,胰岛素和胰岛素类似物对于肝硬化合并糖尿病患者是很好的选择,护士应该协助医生告

表2 丙型肝炎肝硬化合并MS与丙型肝炎肝硬化非MS患者各项指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男/女 (例)	年龄(岁)	高血压 [例(%)]	BMI (kg/m ²)	FBG (mmol/L)	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)	ALT (U/L)
丙型肝炎肝硬化合并MS	28	16/12	60.07 ± 8.06	16 (57.14)	24.54 ± 1.52	8.87 ± 2.64	1.83 ± 0.69	2.84 ± 1.21	70.72 ± 63.91
丙型肝炎肝硬化非MS	76	50/26	57.62 ± 10.14	11 (14.47)	18.02 ± 2.01	8.32 ± 2.59	0.83 ± 1.54	2.97 ± 1.30	89.00 ± 28.12
<i>t</i> / χ^2 值	—	—	<i>t</i> = 1.57	χ^2 = 3.55	<i>t</i> = 8.22	<i>t</i> = 1.14	<i>t</i> = 12.58	<i>t</i> = 1.25	<i>t</i> = 0.98
<i>P</i> 值	—	—	0.74	0.04	0.04	0.52	0.02	0.14	0.53

注: MS: 代谢综合征; BMI: 体重指数; FBG: 空腹血糖; TG: 三酰甘油; TC: 总胆固醇; ALT: 丙氨酸氨基转移酶

诉患者胰岛素的应用知识。②使用降压药应注意监测血压,特别是肝硬化合并高血压患者同时应用利尿剂时,一定密切监测血压,防止血压过低,同时注意观察有无头昏、头痛等症状,必要时减少降压药用量。

3.4 健康宣教心理指导 护士要根据患者不同的个体情况,给予患者科学、及时、正确、合理的健康教育和指导,向患者告知肥胖、高血脂、高血压、高血糖、肝硬化的基本常识,让患者了解肝硬化合并MS的长期性、难治性以及可能出现的并发症及严重危害性,引起患者的足够重视,提高患者全面配合治疗、护理的依从性。使患者逐步建立科学的生活方式,戒掉烟、酒,起居规律。对于患者焦虑、紧张、或不在乎情况给予即科学又人性化的个体建议和指导。使其达到最佳配合治疗护理状态。

4 讨论

慢性肝炎,尤其是肝硬化合并代谢综合征的研究越来越受到重视,二者之间可能会相互影响,慢性肝病特别是慢性丙型肝炎易导致代谢综合征,其高危因素与胰岛素抵抗、血糖和血脂代谢紊乱有关^[14],而代谢综合征可能通过合并脂肪肝或其他机制而影响慢性肝病的预后^[15]。另一方面肝硬化合并代谢综合征的高发病率的机制尚未完全明了,亦无特效的治疗方案,因此除了在药物应用过程应密切观察外,在护理上也应该实施个体化的护理方案,使得在治疗肝硬化过程中代谢综合征各指标尽量得以控制。

本文数据显示肝炎肝硬化MS发病率为13.33%,高血糖和肥胖的发病率分别为24.54%、22.63%,是最易出现的代谢异常,这和其他类型肝硬化合并MS相似^[16]。因此护士必须做好肝硬化患者的体重、腰围、血糖检测,为医生准确诊断MS提供依据。肝硬化患者高血糖和肥胖常见,重视肝炎后肝硬化患者糖尿病的筛选和肥胖的预防对减少肝硬化MS发生有着重要的意义。肝炎后肝硬化合并MS的护理既要重视肝硬化的护理又要关注MS的护理,肝硬化需要热量的补充,如糖的充足供给而MS要保证总热量的控制特别是糖的控制。两者能否协调、平衡是对做好护理工作的检验。不能顾此失彼。本课题组结合多年的临床护理工作实践认为,通过科学合理的护理方法对这些危险因素进行干预,使患者改变不健康的生活方式,对预防和治

疗MS以及提高患者的生活质量非常有效。

参考文献

- [1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会. 肝病学分病毒性肝炎防治方案[J]. 中华传染病杂志,2001,19:57-61
- [2] 《中国糖尿病防治指南》编写组. 中国糖尿病防治指南[M]. 第1版. 北京: 北京医科大学出版社,2014.
- [3] 贾伟平. 腰围和体重指数对代谢紊乱与心血管疾病风险的影响[J]. 中华内科杂志,2013,52:692.
- [4] Li G, Zhang P, Wang J, et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Daqing diabetes prevention study: a 23-year follow-up study[J]. Lancet Diabetes Endo,2014,2:474-480.
- [5] Schellenberg ES, Dryden DM, Vandermeer B, et al. Lifestyle interventions for patients with and at risk for type 2 diabetes: a systematic review and meta analysis[J]. Ann Intern Med,2013,159:543-551.
- [6] American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes.2013[J]. Diabetes Care,2013,36:S11-S66.
- [7] Ryden L, Grant PJ, Anker SD, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD)[J]. Eur Heart J,2013,34:3035-3087.
- [8] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2010年版)[J]. 中华内分泌代谢杂志,2012,12:S1-S36.
- [9] 病毒性肝炎相关性糖尿病治疗专家委员会. 病毒性肝炎相关性糖尿病治疗专家共识[J/CD]. 中国肝脏病杂志(电子版),2011,3:51-55.
- [10] 刘莉美, 李蕾, 薛鹏. 2型糖尿病新诊者实施运动和护理干预的效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2013,29:16-18.
- [11] 张鸿, 袁乐媛, 王炳元. 酒精性肝病与代谢综合征[J]. 胃肠病学和肝脏病学杂志,2013,2:826-829.
- [12] 王锦纹, 胡大一, 孙艺红, 等. 不同性别人群吸烟与代谢综合征危险因素相关性分析[J]. 中华医学杂志,2011,91:805-809.
- [13] 邓华摇, 雷招宝. 他汀类药物引起的肝损害[J]. 药物不良反应杂志,2012,14:88-92.
- [14] 巩雪俐, 张锦前, 凌伟, 等. 慢性丙型肝炎患者伴发代谢综合征的危险因素[J/CD]. 中国肝脏病杂志(电子版),2010,2:10-13.
- [15] 邱秀霞, 左苗, 孙鹏, 等. 脂肪肝与代谢障碍综合征的相关性分析[J/CD]. 中国肝脏病杂志(电子版),2012,4:6-8.
- [16] 刘丽莉, 温晓玉. 代谢综合征与原发性胆汁性肝硬化[J]. 临床肝胆病杂志,2014,30:555.

收稿日期: 2015-01-29