

循证护理在肝硬化肝性脑病护理中的应用研究

田宇红 王 欣 张雅茗 霍世英 王 玮

(解放军海军总医院 北京 100049)

摘要 目的 探究循证护理在肝硬化肝性脑病护理中的临床应用价值。方法 回顾性分析 2009 年 1 月~2010 年 12 月在我院就诊的 50 例肝硬化肝性脑病(HE)患者的临床资料 随机分为研究组和对照组 观察分析采用循证护理和常规护理的方法在 HE 护理中的效果。结果 研究组和对照组的有效率分别为 84%、60% 将两组患者的有效率进行卡方检验 差异有统计学意义($X^2=10.23$, $P<0.05$)。结论 循证护理在肝硬化肝性脑病护理中有重要的临床应用价值 值得在临床上推广应用。

关键词 循证护理 肝硬化 肝性脑病

中图分类号 R575.2 R47 文献标识码 A 文章编号 :1673-6273(2012)22-4347-02

The Study of Evigence-Based Nursing in Hepatic Encephalopathy

TIAN Yu-hong, WANG Xin, ZHANG Ya-ming, HUO Shi-ying, WANG Wei

(Navy General Hospital of PLA, Beijing, 100049)

ABSTRACT Objective: To investigate the clinical significance of evigence-based nursing in hepatic encephalopathy. **Methods:** Select 50 cases with HE during January 2009 to December 2010 in our hospital. And put them into two groups as therapy group and control group, observed the effect of evigence-based nursing and general nursing in hepatic encephalopathy. **Results:** There were significant differences between two groups in effective rate ($X^2=10.23$, $P<0.05$). **Conclusion:** The results show evigence-based nursing has obvious clinical value in hepatic encephalopathy care, which is worthy of clinical promotion.

Key words: Evigence-based nursing; hepatic encephalopathy; Cirrhosis

Chinese Library Classification: R575.2, R47 **Document code:** A

Article ID:1673-6273(2012)22-4347-02

前言

肝性脑病(hepatic encephalopathy, HE)是一种由严重肝病引起的、以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的综合征,多由各种肝硬化引起。临床上常规护理是防止稀释性低钾及低钠血症、心力衰竭、肺水肿以及脑水肿的发生,但常常不能取得满意的效果。随着临床医学的不断发展,近年来逐渐将循证护理(Evigence-based nursing, EBN)的思想融入了肝硬化肝性脑病的护理过程中,即将法学的思想融入护理理念中,承认“证据”在护理过程中起着至关重要的作用^[1-3]。一系列护理过程的中心理念就是秉承“以人为本”的理念,从患者自身实际情况出发,进行个体化的护理^[4,5]。随着经济和生活的不断发展,人们对生活质量的要求也越来越高,因此对肝硬化肝性脑病护理的要求也越来越高,本文共收集 50 例 2009 年 1 月~2010 年 12 月在我院就诊的肝硬化肝性脑病的患者,分别给予不同的护理措施,分析两组患者的情况,探究循证护理在肝硬化肝性脑病护理中的临床应用价值,为以后在肝硬化肝性脑病护理中实施循证护理提供更加充分的依据。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

2009 年 1 月~2010 年 12 月在本医院共收集 50 例肝硬化肝性脑病护理患者,年龄 34~72 岁,平均年龄(51.5 ± 4.6)岁,病程

1~8 年,平均病程(3.6 ± 1.2)年,其中男性 30 例,女性 20 例,根据肝性脑病的临床分期标准^[2]分为: 期 9 例, 期 16 例, 期 20 例, 期 5 例。腹水按文献标准分为三种情况: 轻度腹水 14 例, 中度腹水 28 例, 重度腹水 8 例。将上述患者随机分为两组,研究组和对照组,研究组患者给予循证护理,对照组患者给予常规护理。两组患者的基本情况如年龄、性别、病程、病情严重程度等各项指标经统计学分析, $P>0.05$, 差异均无统计学意义。

1.2 入选标准

(1)在本医院就诊的肝硬化肝性脑病患者;(2)以上病例均根据 2000 年西安第 10 次学术会议制定的《病毒性肝炎防治方案》^[3]中的诊断标准确诊为肝硬化肝性脑病。排除标准:(1)合并心脏、肾脏等其他严重的全身性疾病;(2)患有其他严重的急性或慢性疾病;(3)患有精神性疾病等严重影响研究进程的疾病。

1.3 研究方法

1.3.1 对照组 给予肝硬化肝性脑病的常规护理。

1.3.2 研究组 在常规护理的基础上给予循证护理措施。

1.4 统计学方法

采用 SPSS18.0 统计软件进行统计学分析,率的比较采用卡方检验, $P<0.05$ 具有统计学意义,相反则无统计学意义。

2 结果

对两组患者给予不同的护理措施后,取得了不同的疗效,研究组和对照组的有效率分别为 84%、60%,将两组患者的有效率进行卡方检验, $X^2=10.23$, P 值 <0.05 , 差异有统计学意义,说明研究组的有效率明显优于对照组,循证护理在肝硬化肝性脑病护理中有重要的临床应用价值,详见表 1。

作者简介:田宇红(1971-),主管护师,研究方向:老年慢性病
(收稿日期:2012-02-13 接受日期:2012-03-17)

表 1 两组患者疗效的比较

Table 1 The Comparison of efficacy in two groups of patients

Group	Cases	Fully awake	Coma	Dead	Efficiency(%)
Research group	25	21	3	1	21(84)
Control group	25	15	7	3	15(60)
X2					10.23
P					<0.05

3 护理体会

肝性脑病(hepatic encephalopathy, HE)是一种由严重肝病引起的、以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的综合症。本病的主要临床表现是意识障碍、行为失常、甚至昏迷等^[6,7]。新的循证护理理念是以有价值的、可信的科学研究结果为证据,通过提出问题,寻找支持,给患者提供最佳的护理服务。具体的循证护理注意事项总结如下:

3.1 提出循证问题

针对每一位住院的肝硬化肝性脑病患者,根据患者的实际情况,由护理经验丰富、专业知识扎实、责任心强的资深护理工作人员进行沟通交流,询问了解病人及其家属的难题,确定循证问题。例如:(1)患者在治疗前、治疗时、治疗后容易出现电解质紊乱;(2)不合理的饮食会加重患者的病情,危及患者的生命健康;(3)容易并发全身各组织器官的感染;(4)合并其他严重并发症等。

3.2 给予循证支持

针对上述循证问题进行实证文献检索,得到与临床、经济、决策制定相关的证据。(1)肝硬化肝性脑病患者常伴有不同程度的腹水,当使用大剂量利尿剂或大量排放腹水,同时患者纳差、进食较少,长时间呕吐、消化道出血等造成患者发生电解质紊乱,常发生低钾性碱中毒,促进氨的吸收并可通过患者的血-脑屏障,同时低钠血症造成脑水肿^[8-10],均能诱发甚至加重病情的发展。因此 HE 患者应经常通过检测血清电解质、血气分析等,一旦发现低血钾、低血钠或碱中毒应及时纠正纠正电解质和酸碱平衡紊乱。(2)HE 患者常伴有负氮平衡,因此应补充足够蛋白质,而过度的高蛋白饮食加重了患者肝脏负荷,可诱发肝性脑病,因此对本病患者应根据具体病情限制蛋白质摄入,同时保证充足的热量^[11]。(3)HE 患者由于自身抵抗力的下降、各器官功能的降低等均容易诱发感染的发生,加重病情。(4)本病患者常合并消化道出血,积血在肠道被分解形成氨^[12],同时循环血流量的降低等均可促进肝性脑病的发生发展。

3.3 护理

在上述循证问题和循证支持的基础上,结合患者病情给予护理干预,主要涉及以下四个方面:(1)肝硬化肝性脑病患者常伴有不同程度的腹水,避免快速利尿或大量排放腹水,当患者因腹水严重影响呼吸和血液循环功能时,根据临床医嘱及时给予利尿剂,如效果欠佳,则协助医生排放适量腹水缓解症状^[13]。在使用利尿剂时,注意患者小便量、颜色、浑浊度等,排放腹水时,密切观察患者生命体征的变化,意识是否清醒,一旦出现昏睡、淡漠、幻觉等异常反应,立即停止操作,密切配合医生给予相应处理;与此同时,避免大量输液(每日输液总量不超过

2500ml 为宜)注意输液速度,监测血清电解质和血气的变化,防止发生电解质紊乱。(2)HE 患者常伴有负氮平衡,因此应补充足够蛋白质,当患者无肝性脑病倾向时,可适当补充蛋白质;一旦出现,则进食低蛋白饮食,每日蛋白质摄入量<30 克;当出现昏迷征兆时,禁食蛋白质^[14]。在进食的食物中含有足量的维生素,以高糖补充热能。昏迷不能进食者给与鼻饲流汁。(3)针对 HE 患者合并的各种感染,需及时诊断,并根据药敏实验结果给予抗感染治疗。(4)本病患者常合并食管胃静脉曲张,容易发生消化道出血,因此要避免粗糙、刺激性强的饮食,给予降压药物(如口服硝苯地平^[15]),当出现消化道出血时,立即止血,并补充新鲜血液。

综上所述,以病人为中心,从病人的实际情况出发,实行个体化的循证护理,能取得满意的效果,因此其应用面将会越来越广,值得在临床上推广应用。

参考文献(References)

- [1] Liu Jian-ping. And practice of evidence-based nursing [M]. Beijing: Science Press, 2007:7-8(In Chinese)
- [2] Ye Ren-gao, Lu Zai-ying. Medicine[M]. Beijing: People's Health Publishing House, 2004:458-459(In Chinese)
- [3] Chinese Medical Association. Viral hepatitis prevention and control programs [J]. Chinese Journal of Hepatology, 2000,8 (6):324-329(In Chinese)
- [4] Zhu Jin-hong, Ruan Bing. The cirrhosis seroperitoneum clinical analysis of hyponatremia[J]. Hepatol, 2000,7:140-141(In Chinese)
- [5] Feng Ke-jie, He Zheng-guang, Zheng Jin-ju, et al. The application of evidence-based care in cirrhosis with hepatic encephalopathy care[J]. Modern Nursing, 2009,6(4):94-95(In Chinese)
- [6] Liao Qiao-ling, Jiang Ke-song. The observation and care of the rescue of upper gastrointestinal bleeding [J]. Hebei Medical, 2007,13(5):612 (In Chinese)
- [7] Nguyen TA, Diodati JG, Pharand C. Resistance to clopidogrel: a review of the evidence[J]. J Am Coll Cardiol, 2005, 45(9): 1157-1164
- [8] Steffel J, Luscher TF, Tanner FC. Tissue factor in cardiovascular diseases: molecular mechanisms and clinical implications [J]. Circulation, 2006,113(5):722-731
- [9] Van Cleave J, Devine P, Odom-Ball P. Multidisciplinary care of hepatocellular carcinoma[J]. Cancer Pract, 1999,7(6):302-308
- [10] Vázquez Calatayud M, Carrión Torre M, García-Fernández N. Enferm Intensiva MARS (Molecular Adsorbents Recirculating System). New technique of extracorporeal depuration in liver failure[J]. Enferm Intensiva, 2005,16(3):119-126
- [11] McGuinness A. Role of the nurse in managing patients with hepatic cerebral oedema[J]. Br J Nurs, 2007,16(6):340-343

(下转第 4359 页)

细胞的器具是一般的高温高压的器具(未经去热源处理),培养的细胞形态就多呈梭形,传代中消化非常困难(胰酶消化20min后效果很差,用细胞刮刮取都很难刮取干净)。通过改善细胞的培养环境(换用250mL flask培养瓶,玻璃器皿经高温烘烤处理,采用一次性器具)后,细胞形态转为主要以细长伪足的细胞和类圆形的透亮细胞为主了,但是很难达到更为理想的细胞形态。

3 RAW264.7 的传代

胰酶的消化效果与细胞的形态有紧密的关系。细胞的伪足多而长,会使细胞很难消化,用细胞刮对细胞损伤较大,需要的贴壁的时间更长,增值速度也会很慢。因此往往RAW264.7的消化是传代中工作量最大的步骤^[4]。本文作者的做法是:1)待培养瓶中RAW264.7细胞的密度达到80%,弃去培养基;2)用HBSS洗液洗涤两次,完全去除含胎牛血清的培养基(以免影响胰酶的消化效果);3)0.25%胰酶消化5-10min。形态好(指小、圆形)的细胞5min就可达到理想的消化效果;4)弯嘴吸管稍用力均匀吹打,重复一次,即可将RAW264.7细胞吹打下来。但是形态不好(多触角、长梭形)的细胞即使消化10min后,镜下观察,悬浮的RAW264.7细胞都很少,这时的细胞状态就不太好,对后续的实验有较大的影响。

4 RAW264.7 的冻存及复苏

RAW264.7的冻存过程应尽量减少热源对细胞的影响,这样对细胞种子的洁净度有更好的保障^[5]。该细胞对空间状态很敏感,所以复苏的细胞密度应适中,如果密度太高复苏时细胞增殖太快,过密的生长会加剧细胞的营养缺乏,促使细胞老化。一般接种或复苏的细胞数量控制在 10^4 - 10^5 为宜,这种密度接种75cm²药瓶培养瓶2天细胞的密度即可达到70-80%,状态好的话就可以进行后续的试验或者冻存了。细胞培养的其它步骤同一般的贴壁细胞^[6]。

5 结论

RAW264.7细胞具有很强的黏附和吞噬抗原的能力,是研究免疫中抗原递呈、微生物中宿主与病原体相互作用的常用菌

株。但是RAW264.7又是很“娇气”的细胞,对空间很敏感,喜聚集成片生长,易吞噬抗原、易老化、易发生形态的变异,研究中对于细胞的状态很难把握。本文作者觉得,多角的、梭形的细胞形态可能指示细胞的生长状态不好。因为这时的RAW264.7因为接触了太多的抗原成分,致使细胞的各种生理状态发生变化,后续的实验会受到很大的影响,尤其是做一些抗原递呈相关的实验。类单核状态的巨噬细胞会比老化的巨噬细胞对抗原的反应更强烈^[7]。通过实验我们知道,在去除热源的情况下,细胞是可以达到很理想的细胞形态的,而且这种小、圆形的细胞才是RAW264.7细胞形态的本来面目。本文结合文献资料和自身的培养经验教训,旨在能为同仁们提供一定的借鉴,节约宝贵的研究时间。

参考文献(References)

- [1] Lee SJ, Lim KT. Phytoglycoprotein inhibits interleukin-1beta and interleukin-6 via p38 mitogen-activated protein kinase in lipopolysaccharide-stimulated RAW 264.7 cells Naunyn Schmiedebergs[J]. Arch Pharmacol, 2008, 377(1): 45-54
- [2] <http://cell.dxy.cn/bbs/thread/8399629?keywords=小鼠巨噬细胞#8399629>
- [3] <http://wenku.baidu.com/view/88795d1efad6195f312ba694.html>
- [4] Zhou HY, Shin EM, Guo LY, et al. Anti-inflammatory activity of 4-methoxyhonokiol is a function of the inhibition of iNOS and COX-2 expression in RAW 264.7 macrophages via NF-kappaB, JNK and p38 MAPK inactivation[J]. Eur J Pharmacol, 2008, 586(1-3):340-349
- [5] Norris, M.H., et al. The Burkholderia pseudomallei {Delta}asd mutant exhibits attenuated intracellular infectivity and imparts protection against acute inhalation melioidosis in mice[J]. Infect Immun, 2011, 79(10):4010-4018
- [6] Cheng YW, Cheah KP, Lin CW, et al. Myrrh mediates haem oxygenase-1 expression to suppress the lipopolysaccharide-induced inflammatory response in RAW264.7 macrophages[J]. J Pharm Pharmacol, 2011, 63(9): 1211-1218
- [7] Na YS, et al. Purification, characterization and immunostimulating activity of water-soluble polysaccharide isolated from Capsosiphon fulvescens[J]. Int Immunopharmacol, 2010, 10(3): 364-370

(上接第4348页)

- [12] Toftengi F, Larsen FS. Management of patients with fulminant hepatic failure and brain edema[J]. Metab Brain Dis, 2004,19(3-4):207-214
- [13] Rinella ME, Sanyal A. Intensive management of hepatic failure[J]. Semin Respir Crit Care Med, 2006,27(3):241-261
- [14] Wendon J, Lee W. Encephalopathy and cerebral edema in the setting

of acute liver failure: pathogenesis and management [J]. Neurocrit Care, 2008,9(1):97-102

- [15] Acute Liver Failure Study Group. Intensive care of patients with acute liver failure: recommendations of the U.S.[J]. Crit Care Med, 2007,35(11):2498-2508