

基于 H2H 营养管理模式的延续护理在肝硬化失代偿期患者中的应用效果

任光英

秀山土家族苗族自治县人民医院 重庆 409900

【摘要】目的：分析肝硬化失代偿期（Decompensated Cirrhosis）行基于 H2H 营养管理模式的延续护理的效果。方法：选择本院 2025 年 1—2026 年 1 月收治的 60 例肝硬化失代偿期患者，其纳入随机数字表法将患者分为两组，每组各 30 例；对照组给予常规护理、观察组给予基于 H2H 营养管理模式的延续护理。比较两组肝功能（AST、ALT、TBil）、营养指标（ALB、PA）、并发症发生率。结果：干预 3 个月后，观察组 AST、ALT、TBil 低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组 ALB、PA 高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：DCC 行基于 H2H 营养管理模式的延续护理可改善患者肝功能与营养指标，减少并发症，具有较高实施价值。

【关键词】肝硬化失代偿期；H2H 营养管理模式；延续护理；营养指标；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.094

肝硬化为多种病因引发的慢性、进行性、弥漫性肝病，如病毒性肝炎、酒精性肝病等，其病理特征为肝细胞广泛坏死、纤维组织增生及假小叶形成，可破坏肝脏结构，造成肝功能衰竭^[1]。肝硬化失代偿期（Decompensated Cirrhosis）为肝硬化晚期阶段，易出现腹水、黄疸、肝性脑病、食管胃底静脉曲张破裂出血等严重并发症，肝功能减退显著，生活质量大幅降低，病死率较高^[2]。营养不良是肝硬化失代偿期常见合并症，且随着肝功能损害加重，营养不良的发生率及程度均可进一步升高。H2H 营养管理模式为国内学者首次提出的连续、个体化营养管理模式，可将患者医院营养诊疗管理延伸至院外，由单一治疗模式转变为多模式方案。此方案以患者为中心，由临床营养师、专科医生、社区护士、患者及家属共同参与，覆盖营养筛查、评估、干预、随访全程。本研究主要分析将此模式用于肝硬化失代偿期患者护理中的临床价值，旨在为同类患者护理方案优化提供支持。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2025 年 1—2026 年 1 月收治的 60 例肝硬化失代偿期患者，采用随机数字表法将患者分为两组，每组各 30 例；对照组年龄 39~78 岁，平均年龄（ 59.86 ± 5.47 ）岁；病程 1~8 年，平均病程（ 4.79 ± 1.02 ）年；男 19 例、女 11 例；Child-Pugh B 级 20 例、C 级 10 例。观察组年龄 39~77 岁，平均年龄（ 59.94 ± 5.85 ）岁；病程 1~9 年，平均病程（ 4.97 ± 1.05 ）年；男 17 例、女 13 例；Child-Pugh B 级 19 例、C 级 11 例。两组基线资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。本项目已经医学伦理审核通过，患者均签署知情同意。

纳入标准：①符合肝硬化失代偿期诊断^[3]，经实验室检查及影像学（超声、CT 或 MRI）检查确诊；②病历资料完整；③意识清晰，无认知或沟通障碍；④年龄 18~80 岁。

排除标准：①孕期或哺乳期女性；②合并原发性肝癌；③心、肺、肾功能不全；④合并其他恶性肿瘤；⑤严重精神或心理疾病；⑥严重肝性脑病（III 期及以上），或急性消化道大出血。

1.2 方法

对照组给予常规护理。患者住院阶段，责任护士按消化内科常规流程护理，包含病情观察、指导用药、低盐/优质蛋白饮食，口头宣教、答疑等。离院时责任护士进行常规出院指导，口头说明饮食注意事项，复诊时间，并提供纸质《肝硬化患者出院指导手册》，叮嘱患者按时复诊。

观察组在对照组基础上给予行基于 H2H 营养管理模式的延续护理。

（1）建立 H2H 营养管理团队。纳入消化内科、营养科医师各 1 名，主管护师 2 名，社区护士 1 名。研究实施前由营养师对全体成员开展专项培训，包含肝硬化患者代谢特点、营养筛查与评估、膳食方案制定、随访技巧等，通过考核后参与研究。

（2）住院阶段营养管理。入院 24 h 内，营养师以 NRS-2002 筛查营养风险， ≥ 3 分者进一步行 MNA-SF 详细评估，结合 Child-Pugh 分级、实验室指标制定个体化饮食方案。参考《中国肝硬化临床诊治共识意见》^[4]，控制能量摄入 25~35 kcal·kg⁻¹·d⁻¹；蛋白质 1.0~1.5 g·kg⁻¹·d⁻¹，优质蛋白为主，若伴随肝性脑病风险，优先植物蛋白、BCAA 制剂；控制碳水化合物、脂肪占比分别 55%~65%、20%~25%。4~6 餐/d，夜间加餐，睡前用含 50 g 碳水化合物的食物或 BCAA 制剂。腹水限钠， <2 g/d，遵医嘱指导补充相应维生素、微量元素。住院阶段营养师、责任护士对患者及家属开展个体化营养教育 ≥ 3 次，30 min/次，内容涉及膳食方案解读、低盐饮食技巧、食物交换

份法、夜间加餐意义等,采用回授法确认患者及家属的知识掌握情况。

(3) 出院阶段给予延续护理。离院前3 d 进行营养评估,填写《H2H 营养管理出院转介单》,内容涉及诊断、Child-Pugh 分级、营养指标、离院后膳食计划、随访计划等,交予患者,同步提供给社区护士。医院后社区护士、营养师协同随访:①第1周电话随访,对饮食执行情况确认;②第2周家庭访视,对膳食准备、食物选择评估,测体重、腹围,采血送检营养指标;③第4周电话随访;④第8、12周家庭访视。动态填写《H2H 营养管理随访记录单》,基于结果动态调整营养方案。构建微信群沟通渠道,患者可随时咨询,营养师、社区护士每日定时回复。离院后分别于第2、4、8、12周对患者监测肝功能与营养指标,若血清白蛋白(ALB)较前次降低 ≥ 3 g/L,或前白蛋白(PA)降低 ≥ 20 mg/L 则启动强化方案:增加蛋白质补充 $0.2\sim 0.3$ g·kg⁻¹·d⁻¹或增加BCAA 剂量,排查感染或腹水增多等影响因素。若体重降低 ≥ 2 kg,对能量摄入目标调整,并增加随访频次。

两组均随访3个月。

1.3 观察指标

(1) 肝功能指标:分别于干预前及干预3个月后,采集5 mL 空腹肘静脉血,离心(3000 r/min、15 min),以全自动生化分析仪测定总胆红素(TBil)、谷草转氨酶(AST)、谷丙转氨酶(ALT)。

(2) 营养指标:采血时机与方法同(1),以溴甲酚绿法检测ALB,免疫比浊法检测PA。

(3) 并发症发生率:统计腹水加重、自发性细菌性腹膜炎、肝性脑病、食管胃底静脉曲张破裂出血、感染发生情况。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 软件分析数据。 $n(\%)$ 表示计数项目, χ^2 检验。 $(\bar{x}\pm s)$ 表示计量项目,t 检验;对比数据, $P<0.05$ 时有意义。

2 结果

2.1 肝功能指标

干预前AST、ALT、TBil ($P>0.05$);干预3个月后,观察组较对照组低($P<0.05$)。见表1:

表1 肝功能指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别		对照组	观察组	t	P
例数		30	30		
TBil ($\mu\text{mol/L}$)	干预前	45.67 $\pm$ 12.23	47.12 $\pm$ 13.01	0.445	0.658
	干预 3 个月后	34.56 $\pm$ 9.34	26.78 $\pm$ 6.89	3.672	0.001

ALT	干预前	65.67 $\pm$ 15.12	68.34 $\pm$ 16.56	0.652	0.517
(U/L)	干预3个月后	48.34 $\pm$ 8.78	35.67 $\pm$ 6.23	6.446	<0.001
AST	干预前	78.34 $\pm$ 18.45	82.12 $\pm$ 17.67	0.810	0.421
(U/L)	干预3个月后	56.78 $\pm$ 11.34	42.34 $\pm$ 8.67	5.541	<0.001

2.2 营养指标

干预前ALB、PA ($P>0.05$);干预3个月后,观察组均较对照组高($P<0.05$)。见表2:

表2 营养指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别		对照组	观察组	t	P
例数		30	30		
ALB (g/L)	干预前	28.34±3.89	27.89±4.01	0.441	0.661
	干预 3 个月后	31.23±3.56	35.67±3.12	5.137	<0.001
PA (mg/L)	干预前	98.45±23.56	96.78±24.12	0.271	0.787
	干预 3 个月后	125.67±25.34	158.34±22.56	5.274	<0.001

2.3 并发症发生率

观察组总发生率较对照组低($P<0.05$)。见表3:

表3 并发症发生率 (%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	30	30		
腹水加重(n)	4	1	-	-
自发性细菌性腹膜炎(n)	2	0	-	-
肝性脑病(n)	3	1	-	-
食管胃底静脉曲张破裂出血(n)	1	0	-	-
感染(n)	2	1	-	-
总计(%)	40.00	10.00	7.200	0.007

3 讨论

肝硬化失代偿期患者因食欲减退、肝脏合成能力降低、高分解代谢状态、胃肠道吸收功能障碍等影响,易出现蛋白质-能量营养不良,使腹水、感染及肝性脑病等并发症的发生风险,形成“肝功能损害—营养不良—并发症加重”的恶性循环。因而针对DCC 患者的营养管理不应局限于院内,离院后延续性支持也十分重要。H2H 营养管理模式可通过连续化营养筛查、个体化方案制定、院内宣教与院外随访,实现营养管理在时间与空间维度的无缝衔接,实现院内治疗性营养干预延伸为出院后持续性营养行为^[5]。

本研究中, 观察组 AST、ALT、TBil 均低于对照组 ($P<0.05$), 表明 H2H 营养管理可促进肝功能恢复。但需注意, 此结果并非营养干预的直接药理效应, 而是多途径间接作用所致。精准的能量、蛋白质供给可为肝细胞提供充足的代谢底物, 满足细胞修复所需能量消耗、蛋白质合成原料需求。个体化设定能量目标、夜间加餐策略落实, 可减少因夜间空腹造成的脂肪酸动员、蛋白质分解, 对肝细胞能量代谢储备进行保护。足量优质蛋白供给则可为肝细胞的酶蛋白合成提供原料基础, 转氨酶活性恢复、肝细胞功能逐步重建可互为表里, 为肝功能逐步改善提供助力。

观察组 ALB、PA 均高于对照组 ($P<0.05$), 此结果为 H2H 管理最直接的作用靶点。此结果得益于多环节协同: 住院阶段营养教育中, 回授法可确保患者及家属掌握食物交换份法使用, 明确“该吃什么、怎么吃”, 降低执行难度; 离院后第 1 周电话随访、第 2 周的家访, 可使患者在脱离医院环境初期获得及时的专业支持, 避免初期不适应家庭饮食条件而造成营养摄入断崖式下降。家庭访视方面, 社区护士实地评估患者膳食内

容、食物称量、烹饪方式, 可及时纠正纸面方案与实际执行之间的偏差, 通过确保患者切实执行营养方案, 促进其营养指标整体改善。

观察组并发症少于对照组 ($P<0.05$), 此结果为营养状态改善的临床效果投射, 其中腹水加重、自发性细菌性腹膜炎差异较突出。腹水加重减少与低钠饮食严格执行、蛋白质供给优化直接相关, ALB 提升有助于恢复血浆胶体渗透压, 减少血管内液体向腹腔的渗漏, 此为腹水进展延缓的重要生理学基础。自发性细菌性腹膜炎零发生可能与营养状态整体改善后患者免疫功能获得一定修复有关。ALB、PA 的提升可为免疫活性细胞的代谢更新、免疫球蛋白的合成提供充足的物质基础, 可降低细菌易位、继发感染风险。观察组仅 1 例肝性脑病, 可能与蛋白质管理中针对肝性脑病风险患者的优先植物蛋白、BCAA 制剂策略有关。

综上, 基于 H2H 营养管理模式的延续护理可改善肝硬化失代偿期患者肝功能、营养指标, 降低并发症发生率, 具有较高实践价值。

参考文献:

- [1] 王龙娇, 陈丹. 延续性护理干预对肝硬化失代偿期患者自我护理能力和生活质量的影响研究[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(22): 2632-2634.
- [2] 俞海燕, 刘春涛, 萧云蕾, 等. “H2H”营养管理模式对肝硬化伴轻微型肝性脑病患者的影响[J]. 浙江临床医学, 2024, 26(12): 1868-1870.
- [3] 中华医学会肝病学会. 肝硬化临床诊治管理指南(2025 版)[J]. 中华肝脏病杂志, 2025, 33(10): 958-976.
- [4] 中华医学会消化病学分会. 中国肝硬化临床诊治共识意见[J]. 临床肝胆病杂志, 2023, 39(9): 2057-2073.
- [5] 黄威云, 李备, 杨慧英. 基于 H2H 营养管理模式的延续护理在肝硬化失代偿期患者中的应用[J]. 长治医学院学报, 2025, 39(6): 544-547.