一例肝硬化伴食管胃底静脉曲张破裂出血患者的护理

刘冬春

肝硬化（hepatic sclerosis）是-种由不同病因引起的慢性进行性弥漫性肝病，病理特点为广泛的肝组胞变性坏死、再生结节形成、纤维组织增生，正常肝小叶结构破坏和假小叶形成，肝脏逐渐变形，变硬而发展为肝硬化。在我国大多数为肝炎后肝硬化，少部分为酒精性肝硬化和血吸虫性肝硬化，病人以青壮年男性多见，35~50岁为发病高峰年龄[1]。临床表现以肝功能损害和门脉高压症为主，并有多系统受累，晚期常出现上消化道出血，肝性脑病，继发性感染，脾功能亢进，腹水，癌变等并发症。而食管胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化患者最常见的并发症和主要死亡原因，具有起病急、病情进展迅速、病死率高的特征。2021年1月本科室收治了了一例肝硬化伴食管胃底静脉曲张破裂出血患者，经过精心护理，患者病情得到有效控制，现将护理经验报告如下。

# 1、病例简介

## 1.1一般情况

患者伍某，男性，50岁，个体经营者，已婚，于2021年1月27日15：08pm由急诊收至消化内科，平车入院。

## 1.2主诉

黑便一周，间断呕血4天。

## 1.3简要病史

### 1.3.1现病史

患者1周前开始无明显诱因出现解柏油样黑便，量约100g/次，共解5-6次，伴有腹部阵发性胀痛，无畏寒发热，无恶心呕吐，患者未重视。4天前进食甜酒后出现上腹胀痛，卧床休息后未缓解，并呕吐咖啡色液体一次，量约120ml，伴有头晕乏力，但患者仍未就诊。近4天未进食，仅饮用热水，仍有反复上腹胀痛，症状无改善。今上午再次出现呕血一次，鲜红色，量约250ml，为求治疗遂呼叫120至我院急诊，急查血色素38g/l；急诊予以抑酸、护胃、降门脉压、止血处理后以“消化道出血”收至我科。患者起病以来，精神、食欲较差，睡眠一般，大便如上所述，小便尚可，体重无明显变化。

### 1.3.2既往史

既往未体检，否认“肝炎、结核、伤寒、痢疾”等传染病史，否认“高血压、冠心病、糖尿病”病史，无重大外伤手术史，无输血史，无药物及食物过敏史，预防接种史不详。

### 1.3.3个人史

生于原籍，久居本地，否认“血吸虫疫水”接触史，否认毒物接触史，无重大精神创伤史。否认烟酒等不良嗜好。

## 1.4体格检查

体温: 36.8C， 脉搏： 89次/分， 呼吸：20次/分， 血压：134/67mmHg

营养-一般，重度贫血貌，神志清楚，精神欠佳，睑结膜稍苍白。双下肺闻及湿性哕音。右下腹压痛，余腹无明显压痛及反跳痛，肝脾肋缘下未触及，腹部移动性浊音阳性，肠鸣音6-8次/分。

## 1.5辅助检查

①　血常规:WBC 9.68×10^9/L，N69.2%, RBC 1.77×10^12/L，HBG 38g/L, PLT 134×10^9/L

②　大便常规：颜色黑色，大便隐血阳性（3+）。

③　离子：K 3.48mmol/L；肾功能、心肌酶、淀粉酶未见异常。

④　丙型肝炎病毒抗体(化学发光法)15.400S/CO。

⑤　心脏彩超示:左室舒张功能轻度减低；腹腔积液(64mm)。

⑥　腹部彩超示:肝实质弥漫性病变、门静脉增宽、脾大、病理胆囊:提示肝硬化失代偿。

⑦　上腹部增强CT示：肝硬化，腹水，静脉曲张，脾大，双侧胸腔积液，双肺内感染性病变。

⑧　急诊胃镜示:食管静脉曲张(重度)。

## 1.6入院诊断

①　肝炎后肝硬化（失代偿期）并食管胃底静脉曲张破裂出血 腹腔积液 脾大

②　失血性贫血（重度）

③　肺部感染 胸腔积液

④　病毒性肝炎（慢性 丙型）

## 1.7治疗方案

给予止血、抑酸、护肝、保护胃粘膜、抗感染、输B型RH阳性去白细胞悬浮红细胞、呋塞米、白蛋白、普萘洛尔降门脉压等对症支持治疗，行胃底食管静脉曲张套扎术及胃底静脉曲张组织胶注射术，并予加强饮食健康宣教。

## 1.8转归

患者症状得到控制，于2021年2月4日8：00am出院，共住院8天。

# 2. 护理

## 2.1出血的护理

食管胃底静脉曲张破裂出血量大、出血速度快、再出血率和死亡率高，可出现呕血、便血、血压急速下降甚至休克等症状，因此护理时需尽快建立静脉输液通道，遵医嘱快速补充血容量，使用止血药物，并注意观察治疗效果及不良反应；嘱患者卧床休息，同时给与心电监护密切监测患者生命体征的变化，记录24h出入量，注意观察呕血的量，呕吐时头偏向一侧，防止窒息或误吸，必要时用负压吸引器清除气道内分泌物、血液和呕吐物，保持呼吸道通畅，给予氧气吸入。注意观察呕血和黑便的次数、量和性状。门静脉高压是食管胃底静脉曲张破裂出血的根本原因，因此在出血控制后，仍需密切注意是否有呕血、黑便、脉搏细速、面色苍白、全身冷汗、血压下降、血红蛋白浓度下降等出血症状，预防活动性出血或再次出血。

## 2.2食管胃底静脉曲张套扎术的护理

### 2.2.1术前准备

(1) 术前向病人解释止血术的目的、方法、注意事项，解除其顾虑，取得配合。(2)观察病人全身情况和生命体征，术前常规禁食8小时。

(3) 术前常规检查血常规、出凝血时间，准备足量的新鲜血以备用。

(4)建立静脉通道(选用静脉留置针)。第一次做硬化剂注射或曲张静脉套扎术者可在术前和术中静滴降门脉压药物(如生长抑素等),以后酌情应用。

(5)术前半小时按医嘱酌情给予镇静药及解痉药。

### 2.2.2术后护理

(1)患者术后安返病房，遵医嘱静脉输液，给予氧气吸入，卧床休息24h，半卧位，头偏向一侧，床旁备吸痰用物。

(3) 术后禁食24小时，并遵医嘱静脉补液，24小时无出血可进冷流质，之后逐渐过渡到半流质饮食，2周后软食，避免进食粗糙、坚硬和刺激性食物，活动性出血期间继续禁食。

(3)严密观察病情变化，监测生命体征，观察有无呕血、便血，注意有无迟发性出血、溃疡、穿孔、狭窄等并发症出现，并给予积极处理。

## 2.3饮食护理

据相关报道，饮食不当是食管胃底静脉曲张破裂出血和再出血的主要诱因，食管胃底曲张静脉易因粗糙食物刺激导致破裂出血[2]，因此加强饮食护理对预防再出血具有重要意义；指导患者进食高热量、高蛋白质、高维生素、易消化饮食，避免进食辛辣刺激性食物，蛋白质是肝细胞修复和维持血浆清蛋白正常水平的重要物质基础，应保证其摄入量。指导患者进食豆制品、鸡蛋、牛奶、鱼、鸡肉、瘦猪肉等蛋白质含量高的食物，食用新鲜的蔬菜和水果，例如西红柿、柑橘等富含维生素C,以保证维生素的摄取。血氨升高时应限制或禁食蛋白质保证蛋白质和维生素的摄入；有腹水者应限制钠和水的摄入，食管胃底曲张静脉管壁薄弱、缺乏弹性收缩，一旦损伤难以止血，死亡率高，因此，食管胃底静脉曲张者应食菜泥、肉末、软食，进餐时细嚼慢咽，避免进食粗糙坚硬的食物，以防损伤曲张的静脉导致出血，患者出血期间应禁食。

## 2.4生活护理

指导患者戒烟禁酒，养成健康的生活习惯，避免过度劳累，保持大便通畅，避免因用力排便、剧烈咳嗽和打喷嚏而造成腹内压骤增而引起出血；患者呕吐后及时清理口鼻分泌物，做好口腔护理，预防口腔感染；患者因皮肤干燥、水肿、黄疸易出现皮肤瘙痒，以及长期卧床等因素易发生皮肤破损和继发感染，沐浴时应避免水温过高或使用刺激性皂类，勿用手抓挠皮肤，协助患者床上解大小便，保持会阴部和肛周的皮肤清洁干燥，做好会阴护理。

## 2.5心理护理

情绪激动可使交感神经兴奋性增高诱发再次出血，可见心理因素对疾病的发生、发展、转归和预后有重要影响[3]，因此，护士要指导家属理解和关心病人，给予精神支持，告知患者焦虑、紧张和恐惧心理不利于止血，向患者及其家属解释疾病的相关知识，减轻患者心理压力，保持心情愉悦，积极配合治疗，增强战胜疾病的信心和勇气。

## 2.6出院指导

出院后遵医嘱按时服药，不滥服药物，定期来医院复查，帮助患者和家属掌握肝硬化上消化道出血的基本知识，避免诱因，养成规律的生活习惯，保持乐观情绪，合理规律饮食，保持大便通畅，每次解大便后观察大便颜色，出现呕血、黑便时，及时来医院就诊。

# 3.护理体会

在带教老师的指导下，经过参与该患者的护理实践，加深了我对肝硬化的相关疾病知识，肝硬化是一种慢性肝病，食管胃底静脉曲张破裂出血是上消化道出血最常见的并发症，常在恶心、呕吐、咳嗽、负重等使腹内压突然开高，或因粗糙食物机械损伤、胃酸反流腐蚀损伤时，引起突然大量的呕血和黑便，可导致出血性休克或诱发肝性脑病，危及病人生命，对于这种危重病人，必须加强护理，监测病人生命体征，密切观察病情变化，根据患者的病情做好相关护理，给病人做好健康宣教，普及相关疾病知识，告知患者每次解大便后观察大便颜色，有无出血，出现呕血、黑便时及时通知医生处理。避免引起出血的诱因，保持生活规律，避免进食粗糙、辛辣刺激性食物，要遵医嘱服药，避免服用对肝脏有损害的药物，平时保持大便通畅，定期来医院复查，这些措施对促进患者的康复具有重要作用。此外，通过对该病人的护理，我掌握了食管胃底静脉曲张套扎术的相关护理，受益匪浅。在护理的过程中，我也有不足的地方，在护理中缺乏对病人的相关健康宣教，对病人的病情观察不如老师仔细，以后要多向老师学习，不断增强自己的知识储备，在对待病人时更加细心仔细。

# 参考文献

[1] 尤黎明，吴瑛.内科护理学【M】.第六版.北京.人民卫生出版社,2017:318-322.

[2] 盘晓慧,覃晓莉.肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血的观察护

理[J].医学信息,2010,23(1):163-164.

[3] 楼乐清.肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血的诱因分析及护理对策.中国实用护理杂志2011，27(18)：44-45.