

# 肝硬化出血疾病查房

主查老师：林海丽  
主查学生：于彤、蔡玲洁、  
苏雷霆、陈轩琰、梁霖宇

科室：消化内科16FB  
汇报时间：2020.11.25





## 查房目标：

- 01 熟悉肝硬化出血的相关知识
- 02 掌握活动性出血的临床判断
- 03 熟悉肝硬化出血的护理诊断和措施
- 04 了解肝硬化出血的健康宣教



# 目录

01

病史汇报

02

住院后病情与治疗

03

护理措施及健康教育

04

肝硬化出血相关知识



# 01 病史汇报

姓名：邱招娥

性别：女

年龄：74岁

出生地：浙江省台州市

职业：农民

婚姻：已婚

病史陈述者：患者本人及家属

入院时间：2020-11-05 14:05

主诉：呕血7小时

既往史：肝硬化失代偿期

食管胃底静脉曲张破裂出血

高血压病

家族史：无

过敏史：无

# 01 病史汇报

## ➤ 主诉:

呕血7小时

## ➤ 现病史:

患者于7小时前因家里阿公摔倒在地前去搀扶突发呕吐咖啡渣样液体1次，非喷射性，总量约30ml，无胆汁样物，大便未解，伴头昏、乏力，活动后明显，休息后稍好转，未于外院诊治，急来我院急诊科，途中无再发呕血、解黑便，查血常规示血红蛋白74g/L，考虑“上消化道出血、肝硬化失代偿期”，给予泮托拉唑针制酸护胃、生长抑素针降门脉压力止血、补液等治疗，为求进一步诊治处理拟“上消化道出血”收住我科。

患者有“慢性肝病”病史多年，发现有“肝硬化失代偿期”病史1年，曾有消化道出血病史，曾有行食管胃底静脉曲张内镜下聚桂醇+医用胶注射术病史。

自发病以来，神志清，精神、睡眠差，未进食，大便未解，小便无殊，体重无明显改变。

既往有“高血压病”史10余年，自行予药物降血压治疗，具体药物，具体血压监测、控制情况不详；患者自诉为预防脑梗塞，有服用活血药物，具体药物不详。

# 01 病史汇报

## ➤ 专科检查：

T: 36.5°C, P: 86次/分, R: 18次/分, Bp: 104/45mmHg, 意识清楚, 自主体位, 急性面容, 平车送入, 心肺听诊未见明显异常, 腹软, 无压痛、反跳痛, 肝脾肾未触及, 肠鸣音4次/分, 双下肢无水肿。

## ➤ 辅助检查：

(2020/11/05本院) CT上腹部平扫|CT中下腹平扫|CT胸部平扫:左肺斜裂区微小结节, 建议复查; 右肺上、中叶少许纤维增殖灶。慢性肝病表现、脾肿大; 食管下段、腹膜后静脉曲张; 胃底、贲门区胃壁可疑增厚, 胃周淋巴结肿大; 左肾重复畸形? 两肾周筋膜稍增厚; 少量盆腔积液; 宫腔节育器留置

(2020/11/05本院) 血常规 (急诊): 白细胞计数  $5.8 \times 10^9/L$ , 红细胞计数  $2.56 \times 10^{12}/L$ , 血红蛋白 74g/L, 红细胞压积 0.233, 血小板计数  $117 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比率 77.9%

(2020/11/05本院) 急诊生化: 肌酐  $90 \mu\text{mol}/L$ , 尿素  $4.97 \text{mmo}/L$ , 葡萄糖  $6.33 \text{mmo}/L$ , 氯  $108.3 \text{mmo}/L$ , 钙  $2.07 \text{mmo}/L$ .

# 01 病史汇报

初步诊断：

- 1、急性上消化道出血  
食管胃底静脉曲张破裂出血首先考虑
- 2、肝硬化失代偿期
- 3、高血压病

## 02 病情与治疗

(2020-11-05)：血红蛋白56g/L 患者有严重贫血貌，卧床休息。医嘱：予输血4U。  
CT：“右肺上，中叶少许纤维增殖灶。慢性肝病表现，脾肿大；胃底，贲门区胃壁可疑增厚；胃周淋巴结肿大；少量盆腔积液；左肺斜裂区见小结节状影，边界清直径0.3cm；食管下段，腹膜后静脉曲张。

(2020-11-06)：术前四项梅毒螺旋抗体：阳性（+），予接触隔离。

(2020-11-07)：患者解黑便一次，混有小便，予吸氧，心电监护生长抑素。嘱床上活动。

(2020-11-10)：测血糖3.5mmol/L 无心慌，无冷汗。立即予口服糖15g。

## 02 病情与治疗

(2020-11-11)：血红蛋白84g/L，予明日行经内镜食管胃静脉曲张治疗术。

(2020-11-12)：主诉有恶心感无其他不适，给予盐酸甲氧氯普胺注射液肌注。患者呕吐一次，为白色胃内容物，予加用护胃药物。

手术：胃底6处曲张静脉团予三明治法注射聚桂醇+医用胶6点共12ml，食管先段见2条蓝色静脉曲张部分呈结节状，直径大于5mm，红色征阳性，予钛夹夹闭联合三明治法注射聚桂醇+医用胶2点共2ml，手中无出血。





## C3 护理措施及健康教育



# 护理问题

(一)：体液不足 与呕血引起体液丢失过多，液体摄入不足有关。

(二)：潜在并发症 窒息。

(三)：活动无耐力 与血容量减少有关。

(四)：焦虑 与健康受到威胁，担心疾病预后有关

# 护理措施

体液不足 与呕血引起体液丢失过多，液体摄入不足有关。

- 1、迅速建立2条静脉通路，遵医嘱快速补充液体，立即配血，做好输血准备。
- 2、用遥测心电监护，严密监测呼吸、心率、血压的波动情况。
- 3、严密观察头晕，心悸，四肢厥冷，出汗，晕厥等失血性周围循环衰竭症状。
- 4、严密观察病人神志变化，皮肤和甲床的色泽，肢体是否温暖和周围静脉，尤其是颈静脉充盈情况。
- 5、准确记录每天出入量和呕血、黑便情况，估计病人出血量。
- 6、给予舒适的体位，头偏向一侧，防止窒息的发生。呕血后指导病人漱口，做好口腔护理。



# 护理措施



活动无耐力 与血容量减少有关。

- 1、提供安静舒适的环境，注意保暖。协助病人日常基本生活。
- 2、卧床休息至出血停止，保持充足的睡眠和休息。出血停止后适当室内活动，逐渐增加。
- 3、和病人制定活动计划，逐渐提高活动耐力。

# 护理措施



潜在并发症 窒息。

- 1、加强观察生命体征和呕吐情况。
- 2、保持病人身心两方面的休息，减少交流时间。
- 3、指导病人在呕血时，采取侧卧位或仰卧位脸侧向一边，使呕吐物易于呕出，防止窒息。
- 4、病人大量出血时，应及时通知医生。
- 5、床边准备抢救器械，如负压吸引，气管切开包等。



# 护理措施

焦虑 与健康受到威胁，担心疾病预后有关

- 1、耐心细致的讲解病人的症状、体征和病情发展，治疗过程。
- 2、尽量主动满足病人生理、心理需求，减轻病人紧张、不安和恐惧心理。



# 疾病康复指导

## 一、心理指导

肝硬化是一种慢性进行性疾病，对于并发上[消化道出血](#)的病人来说，突然大量呕血、黑便必然加剧其生理、心理等反应，加重病情，影响治疗。在药物治疗的同时给予心理治疗与心理护理，可以调整病人的心理状态，使其主动配合治疗，因此，要把心理护理贯穿于病人的整个治疗过程。消除病人的恐惧心理，缓解焦虑抑郁情绪。出血时要关心安慰病人，消除紧张心理，使病人保持安静，进行心理劝导，以增强战胜疾病的自我信心。病人病情稳定后，用鼓励法鼓励其重新战胜疾病的信心和勇气，以配合进一步治疗。



# 疾病康复指导

## 二、一般生活指导

- 1、注意休息，劳逸结合，避免劳累及重体力劳动。保持乐观情绪。
- 2、饮食指导：宜进高热量、高维生素、适量蛋白饮食，避免酸辣、粗硬及带刺的食物，戒酒，忌饮浓茶、咖啡。
- 3、保持大便通畅，防止便秘，以免诱发出血。
- 4、根据天气变化，增减衣服，预防感冒。





# 疾病康复指导

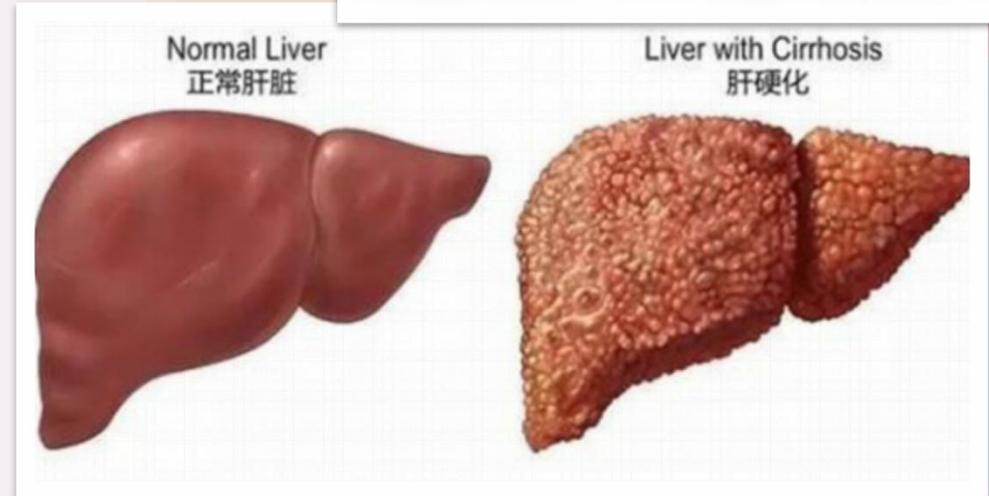
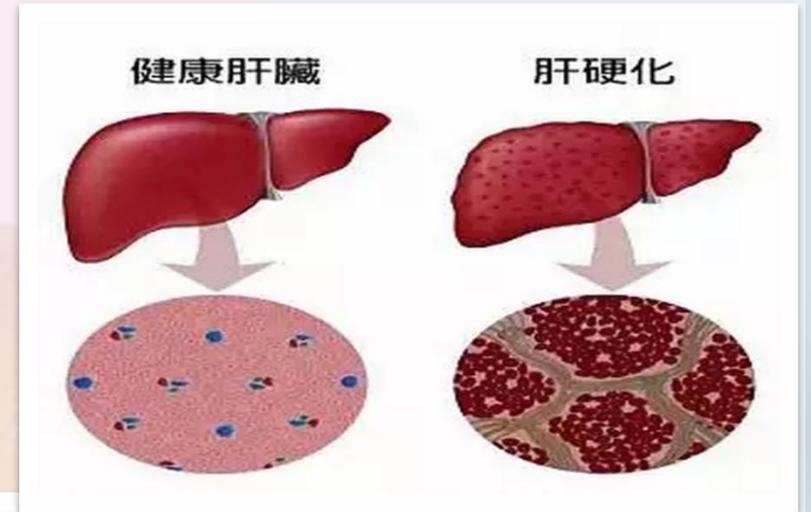
## 三、预防再出血：

1. 避免出血的诱因：避免劳累、情绪激动、避免增加腹内压的动作，如咳嗽、负重、用力排便等。
2. 告知病人怎样判断上消化道出血
  - (1)呕吐物的颜色为鲜红色、暗红色或咖啡色。
  - (2)大便的颜色为黑色、柏油样或暗红色、鲜红色。
  - (3)量大者可伴有头晕、心悸、出汗、口渴、[晕厥](#)等，出现上述症状应注意有上消化道出血的可能，应及时到医院就诊，及时治疗。

## 04 相关知识

### 肝硬化(hepatic sclerosis)

- 是临床常见的慢性进行性肝病，是一种由不同病因引起的慢性进行性形成弥漫性肝病。病理特点为广泛的肝细胞坏死、再生结节形成、纤维组织增生，导致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。



# 04 相关知识

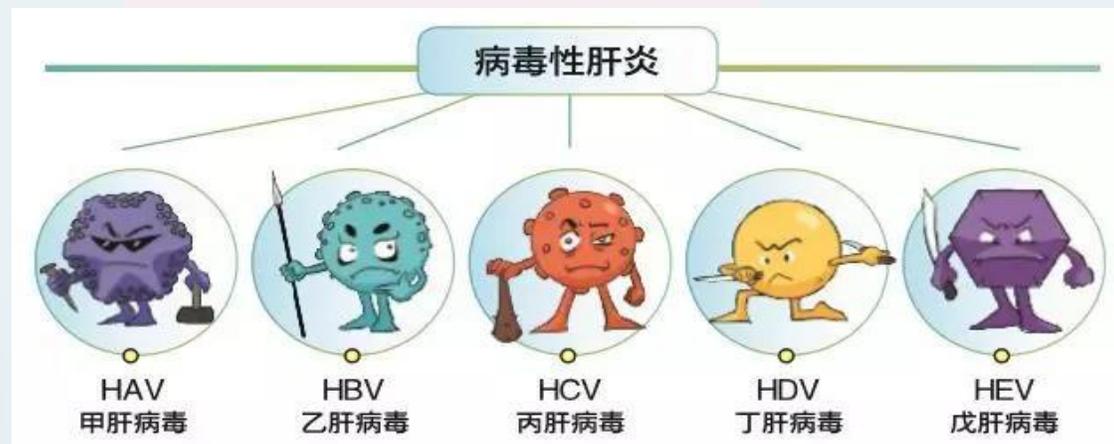
## 1、病毒性肝炎

目前在中国，病毒性肝炎尤其是慢性乙型、丙型肝炎，是引起门静脉性肝硬化的主要因素。

## 2、酒精中毒

长期大量酗酒，是引起肝硬化的因素之一。（国外的常见原因）

## 病因



## 3、其他病因

营养障碍

循环障碍

胆汁淤积

工业毒物或药物

代谢障碍

血吸虫病

## 临床表现：

(一) 代偿期肝硬化：早期无症状或症状轻，以乏力、食欲不振、低热为主要表现。

(二) 失代偿期肝硬化：主要为肝功能减退和门静脉高压所致的全身多系统症状和体征。

### 1. 肝功能减退的临床表现：

(1) 全身症状和体征：疲倦、乏力、消瘦、肝病面容（面色灰暗黝黑）

(2) 消化系统症状：食欲减退为最常见症状，伴有恶心、呕吐，易引起腹泻，可出现黄疸

(3) 出血和贫血：易发生皮肤粘膜出血，女性常有月经过多

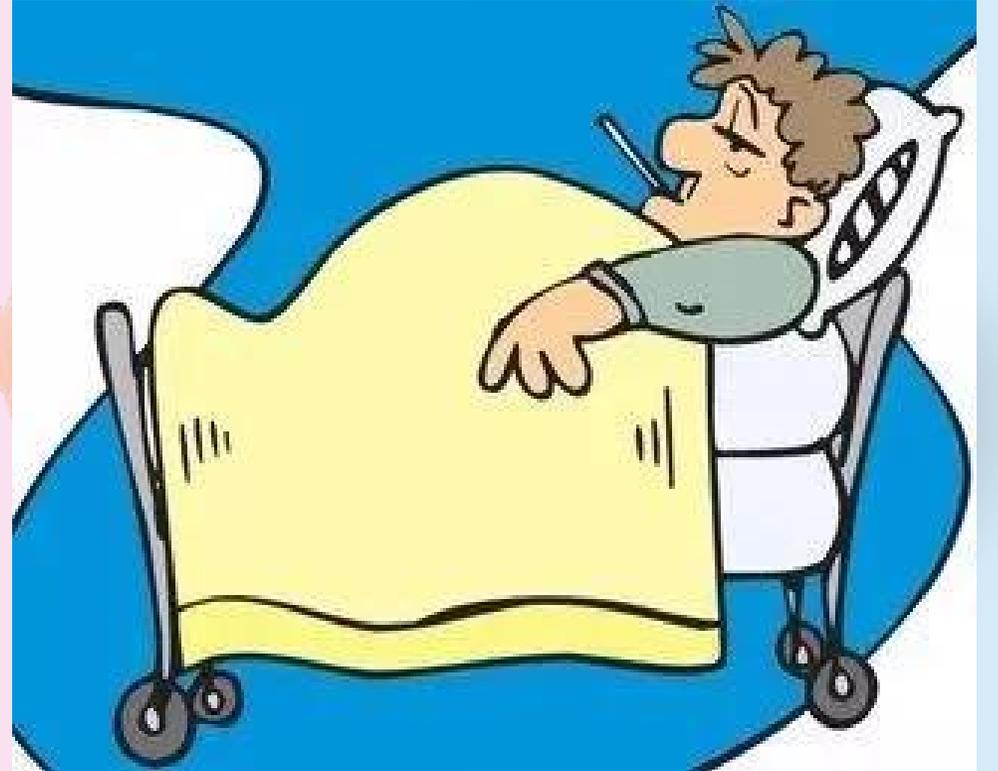
(4) 内分泌失调：蜘蛛痣、肝掌、低血糖、男性乳房发育



## 2. 门静脉高压的临床表现:

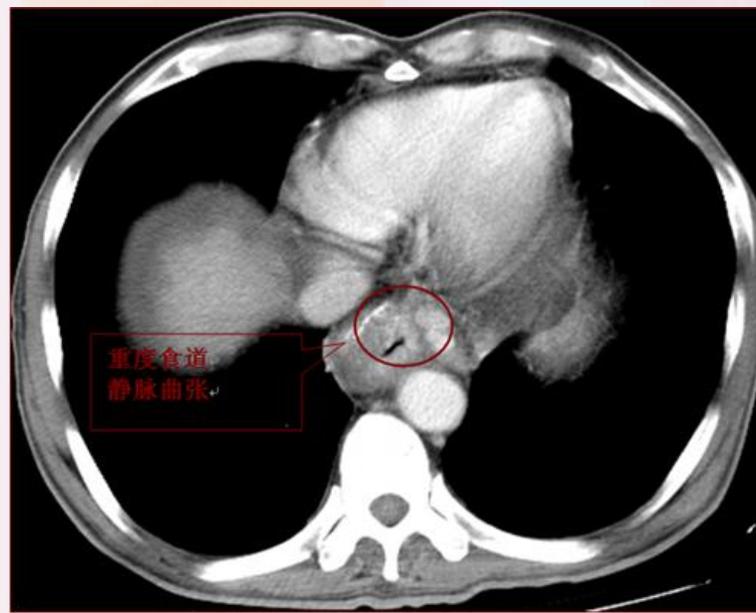
- 1) 脾大
- 2) 侧支循环的建立和开放——门静脉高压的特异性表现
  - ① 食管下段和胃底静脉曲张
  - ② 腹壁静脉曲张
  - ③ 痔静脉曲张
- 3) 腹水: 是肝硬化功能失代偿期最为显著的临床表现

3. 肝脏情况: 早期肝脏增大, 表面尚平滑, 质中等硬, 晚期肝脏缩小, 表面可呈结节状, 质地坚硬。



## 肝硬化出血的相关检查

- (1) 血常规 血红蛋白（血色素）、血小板、白细胞数降低。
- (2) 肝功能实验 代偿期正常或轻度异常，失代偿期血清蛋白降低，球蛋白升高，清蛋白/球蛋白比值倒置。
- (3) X线检查 食管-胃底钡剂造影，可显示虫蚀样或蚯蚓状变化。
- (4) 内镜检查 可在并发上消化道出血时，通过急诊[胃镜检查](#)可判明出血部位和病因，并进行止血治疗。
- (5) 肝活组织检查 **可作为代偿期肝硬化诊断的金标准**



## 目前临床有哪些止血方法？

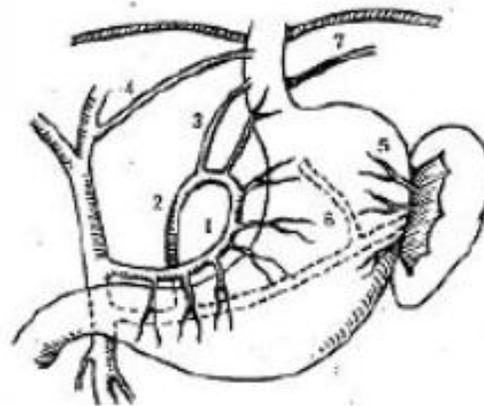
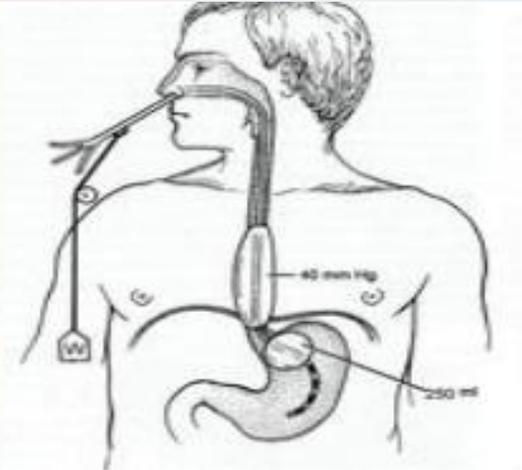
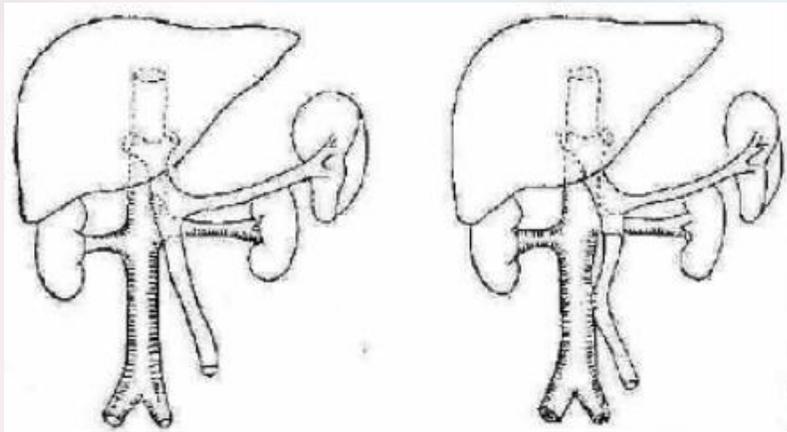
药物止血：奥曲肽、生长抑素

机械压迫：三腔二囊管、四腔三囊管

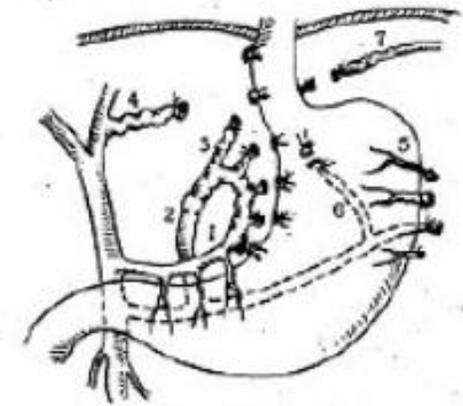
内镜治疗：EVS、EVL

介入治疗：经颈静脉肝内门体分流术

外科手术：断流术、分流术



(1) 贲门周围血管局部解剖示意图



(2) 贲门周围血管离断术示意图

图 42-6

1. 胃文 2. 食管文 3. 高位食管文 4. 异位高位食管文 5. 胃短静脉  
6. 胃后静脉 7. 左膈下静脉



每2~3小时检查气囊内压力一次，如压力不足应及时注气增压。每8~12小时食管气囊放气并放松牵引一次，同时将三腔管再稍深入，使胃囊与胃底粘膜分离，放气前先口服液体石蜡15~20 ml，以防胃底粘膜与气囊粘连或坏死。30分钟后再使气囊充气加压。



出血停止24小时后，取下牵引砂袋并将食管气囊和胃气囊放气，继续留置于胃内观察24小时，如未再出血，可嘱病人口服液体石蜡15~20 ml，然后抽尽双囊气体，缓缓将三腔管拔出。

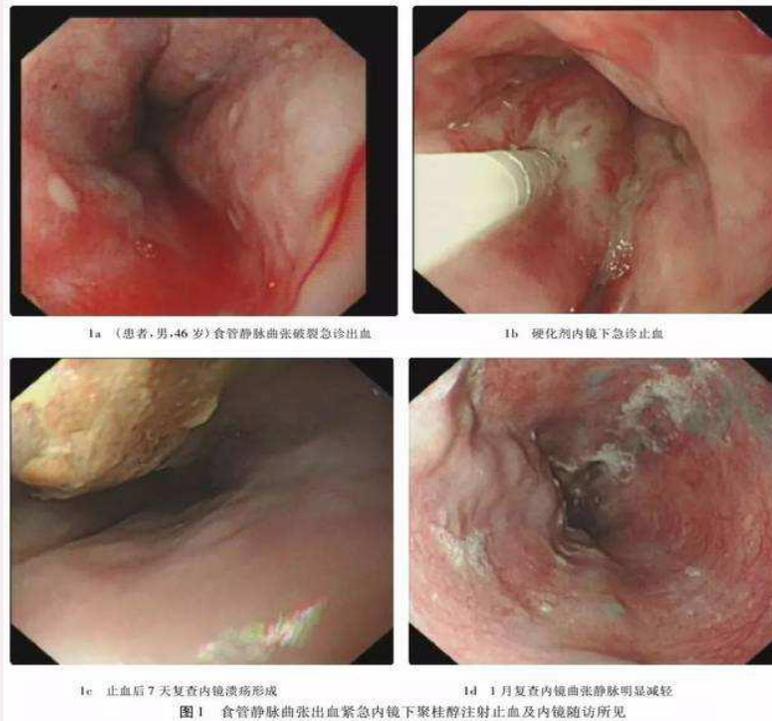


该患者曾有行食管胃底静脉曲张内镜下聚桂醇+医用胶注射术病史。

**聚桂醇注射液** 化学名为聚氧乙烯桂醇醚，具有有效控制出血及消除食管静脉曲张的作用。

**曲张静脉硬化治疗术内镜下硬化治疗术** (Endoscopic Injection Sclerotherapy, EIS) 是将硬化剂直接注射入曲张的静脉内，造成局部血管内皮无菌性损伤，从而闭塞曲张的静脉，还可在曲张静脉旁注射，以产生粘膜下的纤维化，反复治疗可逐渐使曲张静脉管腔缩小和血管闭塞消失。

**医用胶** 属于生物学特殊功能性胶粘剂。由于提高了单体纯度，优化医用胶的综合性能，配备了各种适用工具，使医用胶在许多科室成为必需品，已发展成为医用胶治疗学。广泛应用于普外、腹腔镜、神经外、心胸、妇产、泌尿、骨科、口腔、耳鼻喉、烧伤整形等20个科室手术中。具有止血、封闭、粘合、堵漏、栓塞、防粘连、固定粉碎性骨折等作用。



## 继续出血或再出血的判断：

反复呕血，甚至呕吐物由咖啡色转为鲜红色。

外周循环衰竭经补液及输血后未见改善或经短时好转而又恶化；经快速补液输血，中心静脉压仍有波动，稍有稳定又再下降。

黑便次数增多，粪便稀薄，转为暗红色，伴有肠鸣音亢进。

门静脉高压病人原有脾大，出血后缩小，如不见脾恢复肿大提示出血未止。

# 消化道大出血的急救护理：



●运用三腔二囊管止血时食管囊压力为多少，胃囊压力为多少？

100-150ml 200-250ml

●出血量多少会造成呕血？

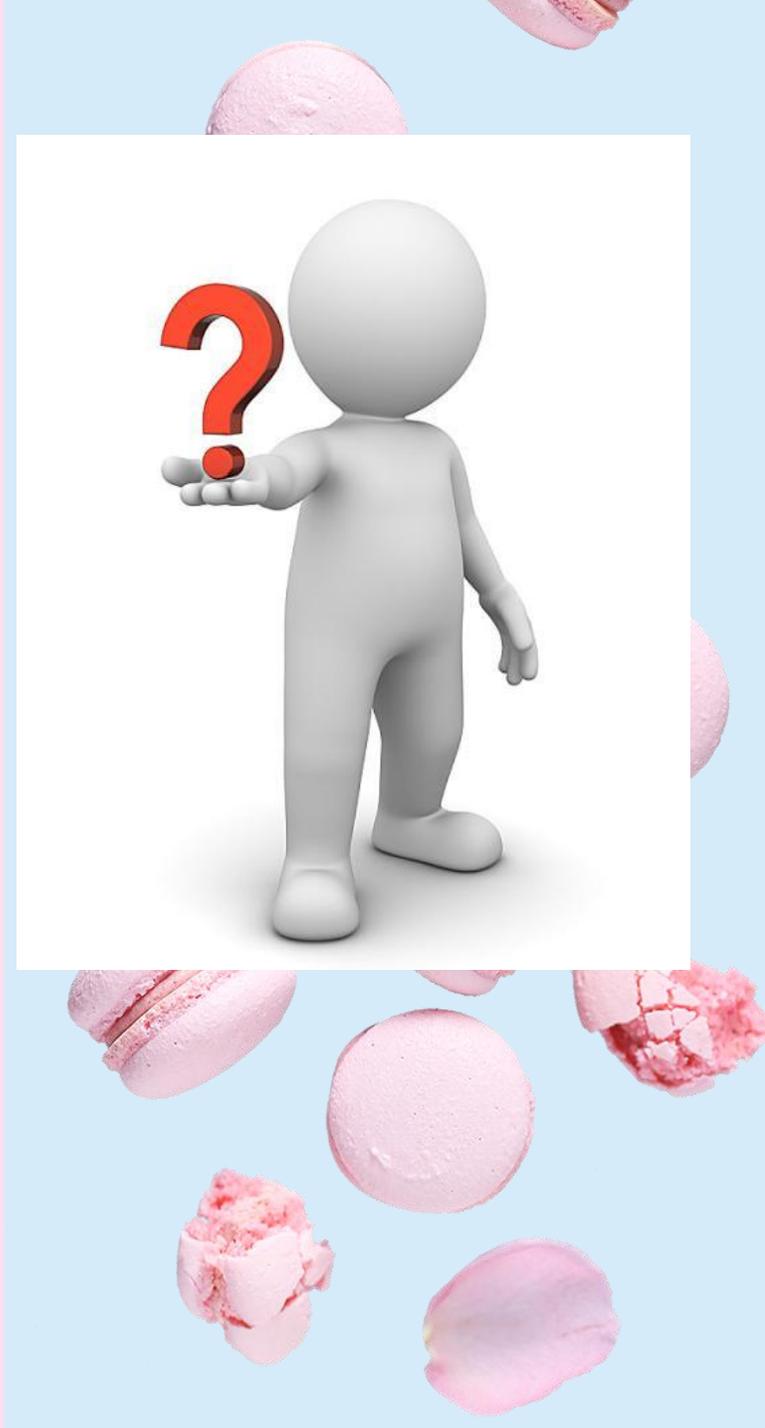
胃内积血量达230-300ml

●出血量多少会造成黑便？

50-100ml

●出血停止多少时间后，可取下牵引沙袋并将食管气囊和胃气囊放气？

24小时



# 肝硬化病人可以吃苹果吗？

可以。  
但是最好榨成汁或者放在水  
里面煮软，减少对胃肠道的  
刺激，防止再次出血



恩泽医疗

# 感谢您的欣赏

汇报时间：2020.11.25

