

肝硬化合并上消化道出血的护理分析

徐桂玲, 黄晓兰, 王绪山(江苏省连云港市灌云县人民医院 222200)

【关键词】 肝硬化; 止消化道出血; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.080 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)16-2196-01

肝硬化是一种常见的由不同原因引起的以肝组织弥漫性纤维化、假小叶和再生结节形成的慢性肝病。肝硬化晚期有多种常见并发症, 上消化道出血是肝硬化最常见的致死性并发症, 其特点是出血量大, 来势迅猛, 病情凶险, 病死率高达 40%~70%, 约 30%~50% 的食管胃底曲张静脉可能破裂出血, 约半数患者在 1~2 年内会发生再出血^[1]。出血诱发的肝昏迷和肝功能衰竭会加速患者的死亡。积极寻找诱因, 从护理环节采取干预措施, 预防再出血, 可延长患者生存期, 降低死亡率。对本科 2010 年 12 月至 2011 年 12 月收治的 25 例肝硬化合并上消化道出血患者采取的护理措施报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科 2010 年 12 月至 2011 年 12 月收治 25 例肝硬化合并上消化道出血患者, 其中男 18 例, 女 7 例, 年龄 43~65 岁, 平均(53.4±7.92)岁。出血原因包括: 饮食刺激 14 例, 过度劳累 8 例, 排便用力 2 例, 无明显诱因 1 例。出血量小于 500 mL 12 例; 500~1 000 mL 8 例, >1000 mL 5 例。临床诊断为上消化道出血, 乙型肝炎肝硬化(失代偿期)。

1.2 治疗要点 所有患者入院后均采取禁食, 卧床休息, 保持安静与呼吸道通畅, 吸氧; 迅速补充血容量, 抗休克, 并根据不同病因选择相应药物止血; 加强心电监护, 密切观察生命体征。同时给予保肝、抑酸、补钾、抗感染、输血等常规治疗。

1.3 护理方法

1.3.1 预见性护理

1.3.1.1 中、重度出血者应绝对卧床休息, 以节省体力, 有利于改善肝脏血液循环, 促进肝细胞再生, 避免再出血。保持呼吸道通畅, 防止误吸窒息。休克时应采取休克位, 吸氧, 床上大小便, 禁止下床或入厕大小便。必要时建立 2 条静脉通路, 以便快速输血、输液。

1.3.1.2 尽早发现出血先兆, 如出现喉部痒感、异物感、胃部饱胀不适、灼心、恶心等症状, 应考虑有出血的可能, 预见性地判断病情, 及早采取相应的预防措施避免出现严重后果, 提高抢救成功率^[2]。密切关注患者脉搏、血压、心率、呼吸、意识、面色、皮肤温度、中心静脉压等, 给予心电监护, 记录尿量、呕吐物、大便颜色、量及性质, 做好一切抢救准备。加强出血高发时间段的病情观察, 做好抢救准备, 严格执行抢救程序, 提前备好抢救药品及物品以备抢救时需要, 从而使各项抢救工作即使在人员不足的情况下也能有条不紊地尽快实施。同时在抢救过程中, 应超前进行预防性护理, 避免因治疗和护理不当导致并发症, 及时发现病情, 争取抢救时机, 降低出血死亡率^[3]。

1.3.2 针对性护理

1.3.2.1 口腔和皮肤护理 由于呕血、禁食, 口腔内的血腥味可引起患者恶心、呕吐, 因此必须做好口腔护理, 用清水或淡盐水漱口, 霉菌感染时用 2%~3% 的苏打水清洁口腔。由于患者绝对卧床, 应每天定时翻身, 检查受压部位, 保持床单平整、清洁、干燥, 以免发生压疮。

1.3.2.2 预防感染 肝硬化患者长期卧床, 机体抵抗力下降, 易导致呼吸道感染。护理人员应定时协助患者翻身拍背, 鼓励患者咳嗽, 病室定期消毒, 室内空气流通, 限制陪护人数, 尤其

是呼吸道感染患者禁止探视, 杜绝院内感染的发生^[4]。

1.3.2.3 输液的观察 急性出血期, 根据患者脉搏、血压、尿量和血红蛋白来掌握输血量、输血速度和量。心功能好者, 可补液 300 mL/h 以上, 并遵医嘱给红细胞悬液 2~4 U 或全血 300~400 mL; 收缩压 80 mm Hg 时, 输液速度可适当减慢, 防止发生心力衰竭、肺水肿及血压过度升高而导致再度出血^[5]。应控制输液、输血速度, 若为 2 条静脉通路, 则累计输入速度小于 70 滴/分^[6]。

1.3.2.4 止血和药物治疗的护理 应建立专用止血药物的静脉通道。常用止血药物有垂体后叶素和生长抑素, 垂体后叶素静脉滴注时要防止液体外渗, 同时要注意速度和浓度的控制, 防止患者腹痛、大便次数增多。因此应严格控制速度, 尽量用输液泵保持 24 h 匀速输入。出血停止后, 用心得安时, 应将药物碾成粉末服用, 防止药片经过食管机械摩擦引起再出血。根据肝硬化消化道出血与昼夜时间的关系, 将心得安放在 3 个出血时间高峰之前服用, 可明显减少肝硬化患者夜间出血次数。当心率小于 60 次/分, 停止服用, 并咨询医生^[7]。

1.3.2.5 三腔气囊管压迫止血的护理 利用充气的气囊分别压迫胃底和食道下段曲张静脉, 以达到止血的目的。使用三腔气囊管时, 护理上应注意, 置管期间应使患者侧卧或头部侧转, 便于口腔分泌物流出, 随时吸痰防止吸入性肺炎的发生。置管时间以不超过 3~5 d 为宜。每隔 12 h 将气囊排空 10~20 min, 如有出血再充气压迫。三腔管一般放置 24 h, 如出血停止可先抽空气囊, 观察 12 h、24 h, 如确已止血, 嘱患者吞服 50 mL 石蜡油, 再缓慢拔出三腔管。插管期间禁食、禁饮, 拔管后前 2 d 先进流食, 逐步过渡到正常饮食。

1.3.3 心理护理 肝硬化病程长, 病情不稳定易反复发作, 特别是当患者突然出现大出血严重并发症, 直接威胁生命时, 易产生紧张、恐惧、濒死感等消极心理^[7]。大量出血对患者的心理冲击, 反复住院, 沉重的经济负担带来的悲观心理也会给患者造成很大的心理压力 and 极度的悲观情绪。尽可能减轻或消除患者的不良情绪, 帮助患者树立战胜疾病的信心, 是成功治疗的基础^[8]。护理人员应主动、耐心地与患者交流, 在抢救过程中做到耐心、细致、关心体贴, 构建和谐气氛, 设法取得患者的信任, 稳定患者的情绪, 正确运用解释、鼓励、安慰、暗示等支持性治疗方法解决患者存在的问题, 积极为患者提供心理上的支持。允许家属陪伴, 必要时可安排特护, 让患者有安全感。做好家属工作, 取得其积极的配合和支持, 鼓励家属多理解患者, 不要流露出厌烦、恐惧的情绪; 告知家属探视的话题不要常集中在病情上, 应以良好的情绪和积极的态度鼓励和安慰患者^[9]。

1.3.4 恢复期护理及出院指导

1.3.4.1 恢复期护理 上消化道出血因饮食不当而复发性高, 因此恢复期的饮食宣教十分重要, 应从少量全流食向全量全流食过度, 半流食向普通饮食过度, 护士要加强巡视, 严格把关, 认真检查患者食物, 避免食用粗糙坚硬或刺激性食物。嘱患者少食多餐, 进食时细嚼慢咽, 口服片剂要研碎后服用, 以进无渣饮食为宜, 保持大便通畅, 多饮水适当运(下转第 2203 页)