

门静脉高压症病人的护理 (*portal hypertension*)

谢萍

学习目标

识记

- 1、复述门静脉高压症的定义、分类及病因
- 2、描述门静脉高压症的临床表现和治疗原则
- 3、列出门静脉高压症常见的护理问题、护理目标
- 4、复述门静脉和腔静脉之间4组交通支、腹水形成的原因、Child-Pugh分级

学习目标

理解

- 1、能说明门静脉高压症病人护理评估的内容
- 2、能阐明食管胃底静脉曲张破裂出血病人的处理原则

运用

- 1、运用护理程序对食管胃底静脉曲张破裂出血病人提供护理及健康教育
- 2、运用护理知识对门静脉高压症病人常见并发症进行预防和护理

何谓门静脉高压症？



概述

门静脉压力正常值

1. 27-2. 35kPa (13 ~ 24cmH₂O)

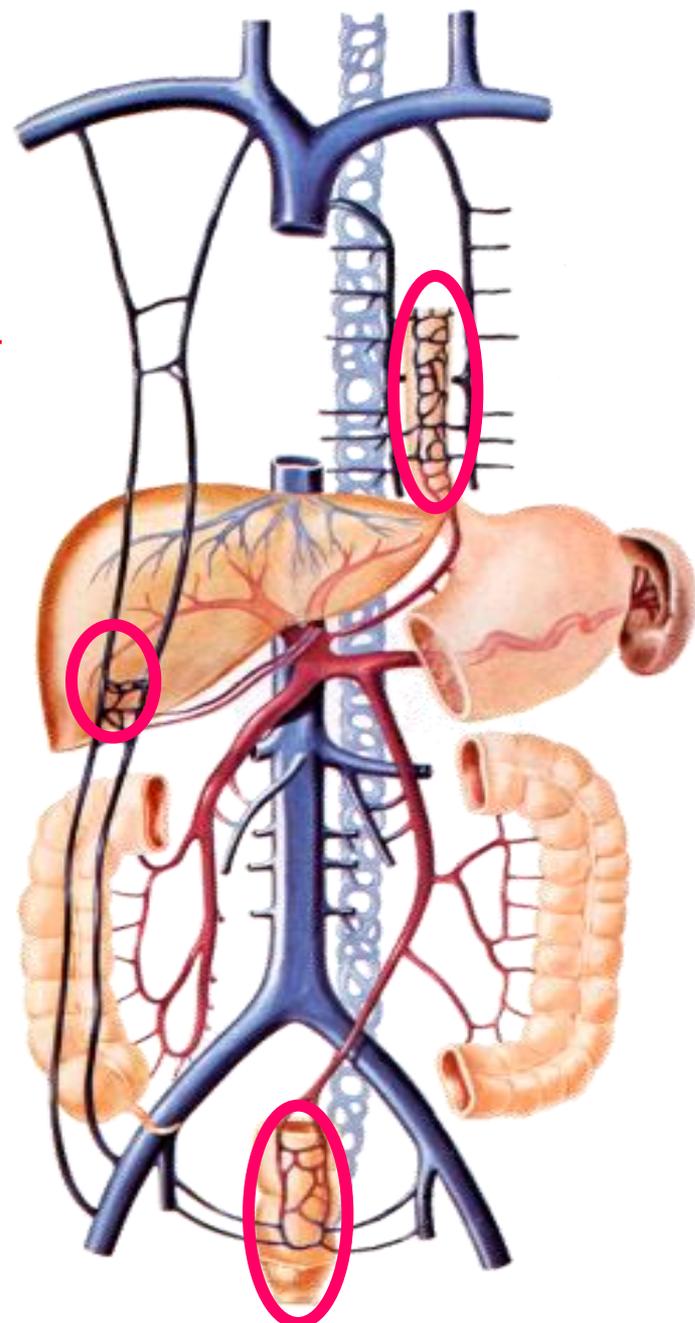
门静脉高压

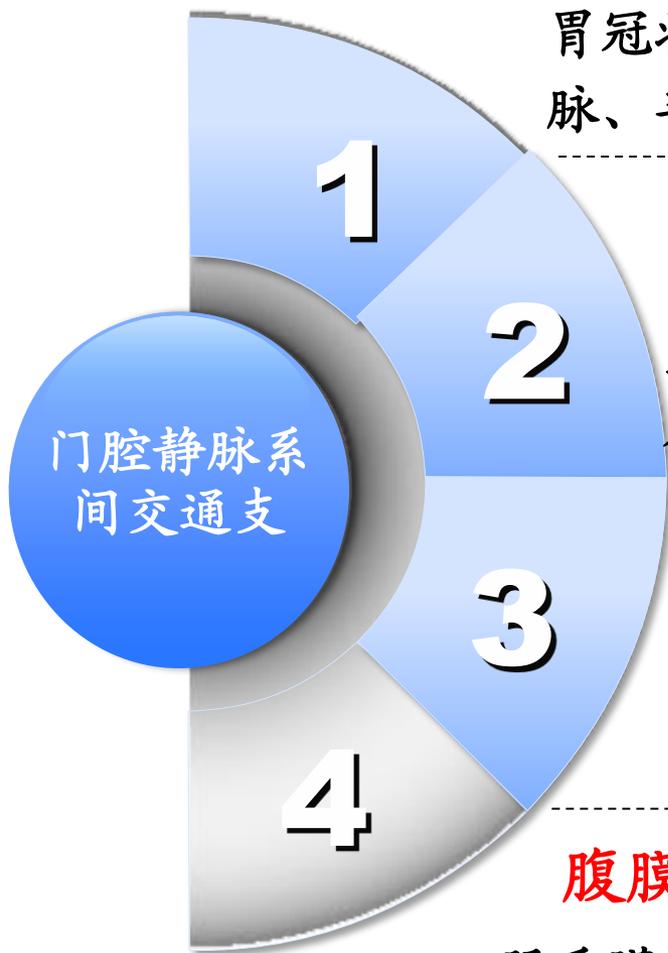
门脉压力2. 9-4. 0kPa (30 ~ 50cmH₂O)

定义

门静脉血流受阻、血液淤滞，导致门静脉及其属支压力升高而引起的脾大伴脾功能亢进、食管胃底静脉曲张破裂出血、腹水等一系列临床表现的疾病。

- 成人全肝血流 $1500\text{ml} / \text{min}$
门静脉血流量 $60\% - 80\%$
肝动脉血流量 25%
- 门静脉对肝脏供氧 50%
肝动脉对肝脏供氧 50%





门腔静脉系
间交通支

胃底、食管下端交通支 最重要

胃冠状静脉、胃短静脉通过食管胃底静脉与奇静脉、半奇静脉分支吻合，流入上腔静脉

直肠下端、肛管交通支

直肠上静脉与直肠下静脉、肛管静脉吻合，流入下腔静脉相通

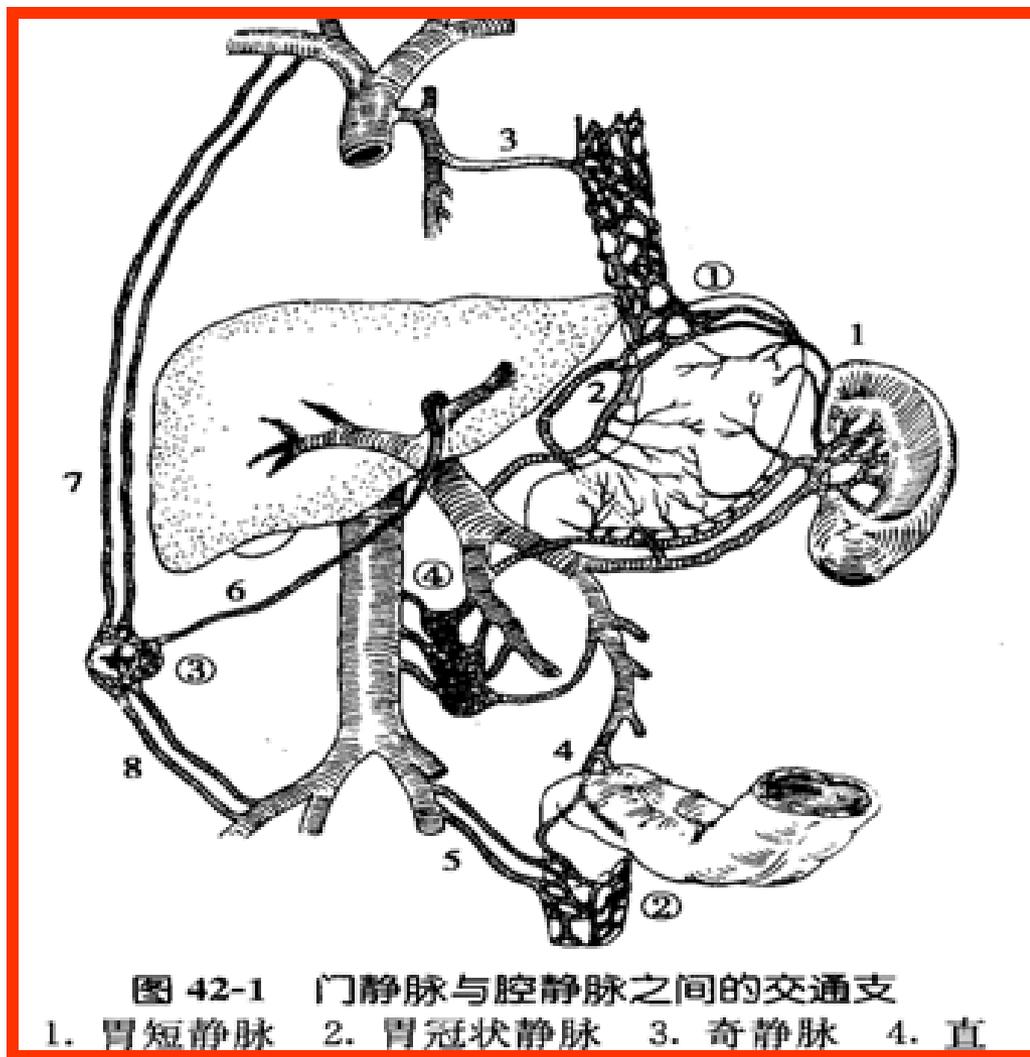
前腹壁交通支

脐旁静脉与腹壁上、下深静脉吻合，分别流入上、下腔静脉

腹膜后交通支

肠系膜上、下静脉分支与下腔静脉分支在腹膜后吻合

门腔静脉系间交通支



病因与分类



各种原因引起的肝硬化，占80%-90%



肝炎后肝硬化 中国、东南亚、南非



酒精性肝硬化

西方国家



酒精性肝病合并乙肝病毒感染时



病因与分类

1、原发性血流量增多

动脉-门静脉瘘（肝内、脾内、内脏），脾毛细血管瘤

2、原发性血流阻力增加

A、肝前型

肝外门静脉血栓、上腹部肿瘤压迫、门静脉主干先天性畸形

病因与分类

B、肝内型（发病率占95%） **窦型和窦后型**最常见

(1) 窦前性 **血吸虫病肝硬化**

(2) 窦性（混合性） **肝炎后肝硬化**

(3) 窦后性 **静脉阻塞性疾病、肝静脉栓塞**

C、肝后型 **下肢静脉闭塞性疾病、缩窄性心包炎**

肝前型预后 好于 **肝内型预后**

发病机制

1

Ohm流体力学定律 血管压力=血流×血管阻力

2

门静脉压力=流入血流量×流出阻力

3

血流流出阻力增加为始动因素，流入血流量增加对维护门静脉高压起重要作用

发病机制

各种学说

- 1、高阻力学说
- 2、门静脉系梗阻学说
- 3、肝脏结构紊乱学说
- 4、后向性血流学说
- 5、逆流学说
- 6、背向性理论
- 7、后向性机制

发病机制

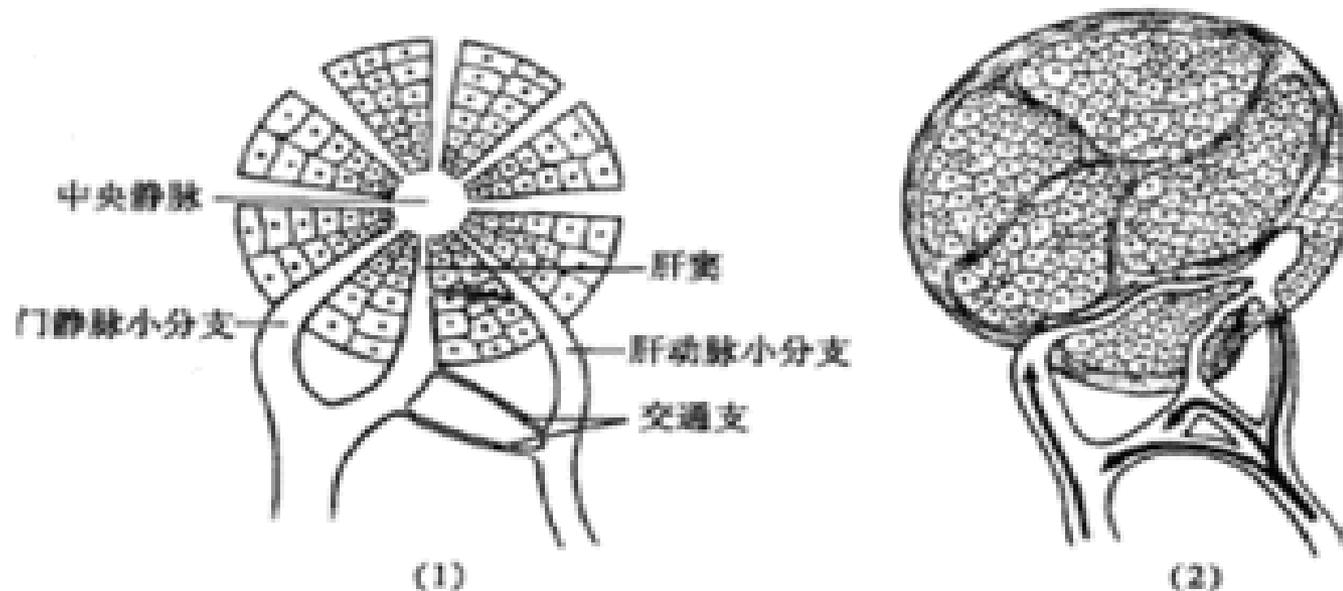


图 42-2 门静脉、肝动脉小分支之间的交通支
在门静脉高压症发病中的作用

(1) 正常时，门静脉、肝动脉小分支分别流入肝窦，它们之间的交通支细而不开放 (2) 肝硬化时，交通支开放，压力高的肝动脉血流注入压力低的门静脉，从而使门静脉高压更形增高

病理

- 脾肿大、脾功能亢进 **最早出现**

脾亢 指血液中红细胞、白细胞和血小板均减少

- 交通支扩张 胃底-食管静脉交通支 **最早和最显著**

- 腹水 **血浆胶体渗透压下降**

门静脉系毛细血管床滤过压增高

肝内淋巴液生成增多

醛固酮和抗利尿激素灭活减少

临床表现

1. 脾肿大、脾功能亢进

2. 呕血、黑便

3. 腹水

4. 非特异性全身症

呕血和黑便——最危急

- 部位 食管下段和胃上端
- 原因 食管胃底曲张静脉破裂出血
- 性状 鲜红色血液，柏油样黑便
- 并发症 失血性休克、肝功能衰竭
- 诱因
 - 1、进食质地较硬的粗糙食物
 - 2、剧烈咳嗽、呕吐、打喷嚏或用力排便
 - 3、酸性胃液反流入食管，形成溃疡
 - 4、进食刺激性较强的食物和饮料

首次出血后1-2年，50%-70%再次出血，再次出血病死率30%-50%

诊断 症状+体征+辅助检查

1、肝硬化的病史

2、症状和体征

--脾肿大、脾功能亢进、上消化道出血、腹水

3、实验室检查

--全血细胞下降，白 / 球蛋白比例倒置

4、影像学检查

--食管吞钡X线检查 呈蚯蚓状或串珠状负影

--胃镜 确定病变部位 急性出血期禁忌

国内常用Child-pugh分级（见下表）评估肝硬化程度和肝储备功能

项目	异常程度得分		
	1	2	3
胆红素 (mg/dl)	1-2	2.1-3	≥ 3.1
血浆清蛋白 (g/dl)	≥ 3.5	2.8-3.4	≤ 2.7
凝血酶原延长时间 (s)	1-4	4.1-6	≥ 6.1
腹水	无	轻度	中度
肝性脑病 (分级)	无	1或2	3或4

注 总分5-6分者肝功能良好（A级），7-9分者中等（B级），10-15分者肝功能差（C级）

治疗原则：

（早期、持续和终身治疗）

1 一般治疗 休息、饮食、对症治疗，支持、护肝、降酶、退黄治疗

2 预防和控制食管、胃底曲张静脉破裂引起的上消化道出血

3 解除或改善脾大、脾功能亢进

4 治疗顽固性腹水

监测生命体征

补充血容量 输新鲜血 2路通路

药物止血 生长抑素

内镜治疗

三腔二囊管压迫止血

介入治疗 TIPS

分流术 控制出血率高
肝性脑病发生率高

断流术 最有效

再出血率高

肝性脑病发生率低

脾切除+贲门周围血管离断术

肝移植

非手术治疗

手术治疗

食管胃底静脉曲张破裂出血

经颈静脉肝内门体分流术（TIPS）

定义 用介入法经颈静脉途径在肝内肝静脉与门静脉主要分支间置入支架建立通道而实现门体分流，内支撑管直径8-12mm

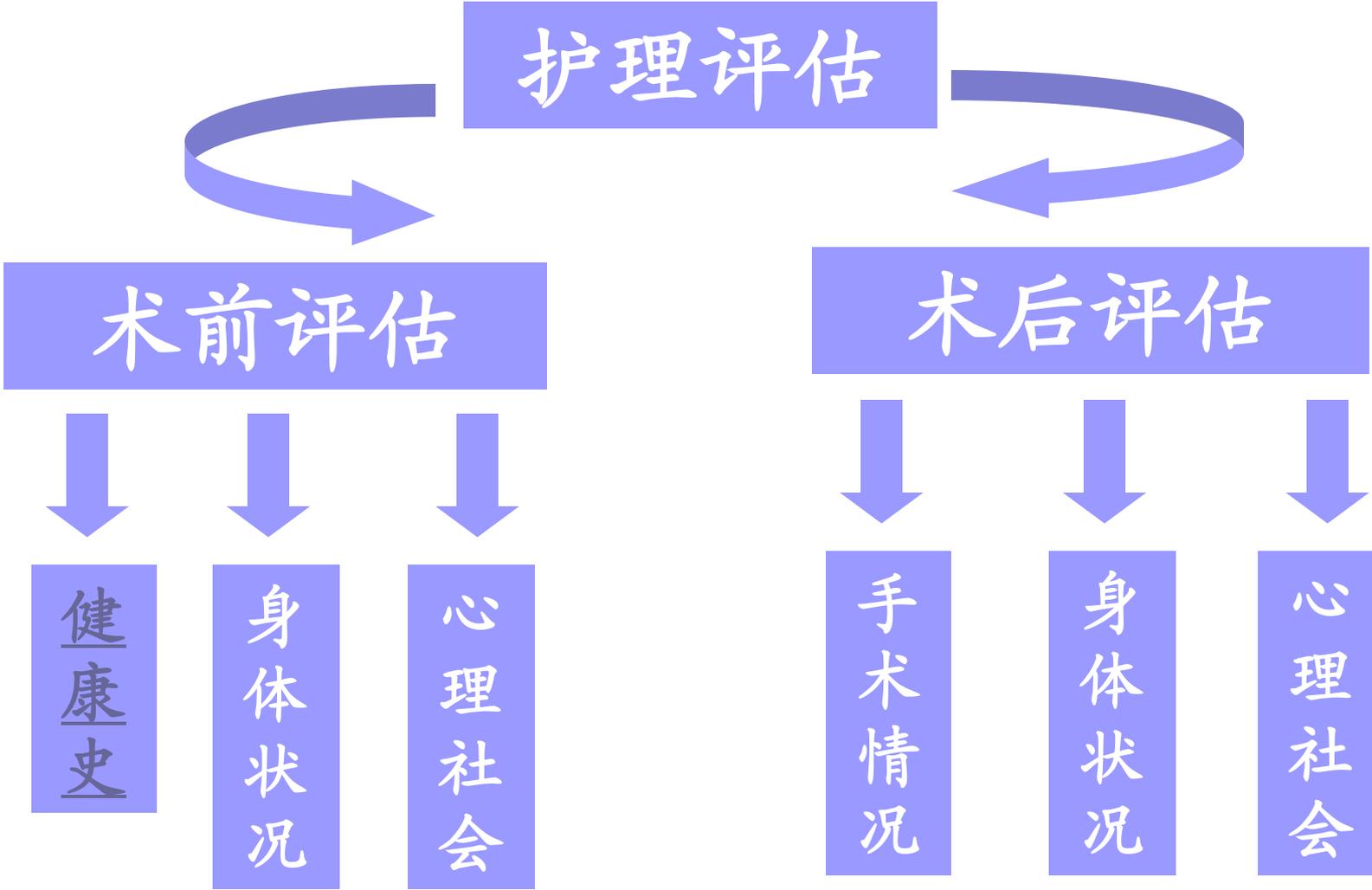
适应症 等待肝移植期间、顽固性腹水、内科治疗无效、肝功能差或手术失败的曲张静脉破裂出血

优点 止血效果好，肝性脑病发生率低，20%-40%

缺点 技术难度大 内支撑管堵塞率高，40%-50%



护理评估



```
graph TD; A[护理评估] --> B[术前评估]; A --> C[术后评估]; B --> B1[健康史]; B --> B2[身体状况]; B --> B3[心理社会]; C --> C1[手术情况]; C --> C2[身体状况]; C --> C3[心理社会];
```

The diagram illustrates the nursing assessment process. At the top is a box labeled '护理评估' (Nursing Assessment). Two curved arrows originate from this box, one pointing to the left and one to the right, leading to two main assessment stages: '术前评估' (Pre-operative Assessment) on the left and '术后评估' (Post-operative Assessment) on the right. Below '术前评估', three vertical arrows point down to three boxes: '健康史' (Health History), '身体状况' (Physical Status), and '心理社会' (Psychosocial). Below '术后评估', three vertical arrows point down to three boxes: '手术情况' (Surgical Status), '身体状况' (Physical Status), and '心理社会' (Psychosocial). The entire diagram is set against a white background with a blue header bar at the top left.

术前评估

健康史

身体状况

心理社会

术后评估

手术情况

身体状况

心理社会



健康
状况

既往史

现病史

过敏史

家族史

起病情况
与
患病时间

主要症状

病因
与
诱因

病情发展
与演变

伴随症状

诊治经过

病程中
一般情况

呕血与黑便的特点 量、性状、次数

出血量的评估



出血与出血原因的关系



出血量的估计

症状	出血量
大便隐血试验阳性	每天出血量 $> 5\text{ml}$
黑便	$50-70\text{ml}$
胃内积血	$250-300\text{ml}$
一般不引起全身症状	不超过 400ml
急性周围循环衰竭或休克	$> 1000\text{ml}$



	病史	呕血特点
门静脉高压	肝硬化	突发、大量、鲜红色、喷射状
消化性溃疡	周期性上腹痛	大量、暗红色
胃癌	渐进性消瘦、贫血、上腹不适	少量、持续性、黑褐色



护理问题

恐惧 与突然大出血、病情危重有关

体液不足 与上消化道大出血有关

体液过多 与低蛋白血症、有关

潜在并发症 肝性脑病、出血、感染、门静脉血栓形成、肝肾综合征

营养失调：低于机体需要量 与肝功能不良、胃肠消化功能不全有关

潜在的危险性伤害 与留置三腔二囊管有关

知识缺乏 缺乏预防再出血知识及自我保健

护理目标

病人恐惧感减轻

病人体液不足得到改善

病人腹水减少，体液平衡得到改善

病人未出现并发症

病人的营养状况得到改善

病人未出现危险性伤害

病人能正确描述预防再出血的知识

术前护理

1

心理护理

2

控制出血、维持体液平衡

3

病情观察

4

三腔二囊管压迫止血

术前护理

5

预防食管胃底曲张静脉出血

6

控制或减少腹水

7

保护肝功能，预防肝性脑病

8

术前准备

急性出血期护理

1、一般护理

- (1) 绝对卧床休息
- (2) 心理护理
- (3) 口腔护理

2、迅速补充血容量 输新鲜血 2路以上静脉通路

3、积极止血

- (1) 局部灌注止血

自胃底灌注冰盐水或冰盐水加血管收缩剂

- (2) 药物止血 遵医嘱用止血药

病情观察

- 1、生命体征、意识、性格、精神状态
- 2、呕吐物及排泄物次数、性状及量
- 3、24小时出入量，休克者记录小时尿量
- 4、每天测腹围（定时间、定部位、定体位），
每周测体重
- 5、动态监测血常规、肝功能、血氨等

三腔二囊管的护理

- 1、置管前准备 **认真检查，注意漏气**
 充分解释，争取配合
- 2、插管方法与注意事项 **注气先胃囊后食管囊**
- 3、置管后护理 **着重并发症的预防**
 - 吸入性肺炎
 - 鼻及口腔粘膜糜烂、坏死
 - 食管及胃底粘膜糜烂、坏死
 - 呼吸困难及窒息





预防食管胃底曲张静脉出血

- 1、注意休息、避免劳累
- 2、饮食护理 禁烟酒，少喝咖啡和浓茶，进无渣饮食，避免粗糙、干硬、带刺、油炸及辛辣食物，饮食不宜过热
- 3、避免腹内压升高的因素 咳嗽、用力排便、提举重物
- 4、术前**不放置胃管**，必须置入时，选择细软胃管
- 5、术前输全血，补充凝血因子

减少腹水形成和积聚

- 1、平卧位，增加肝肾血流灌注
- 2、限制水和盐（盐）的摄入
 - 钠 500 ~ 800mg / d
 - 盐 1.2 ~ 2.0g / d
 - 液体 1000ml / d
- 3、遵医嘱应用利尿剂
- 4、记录24小时出入量
- 5、定时测量腹围和体重
- 6、纠正低蛋白血症

预防肝性脑病、保护肝脏

- 1、卧床休息
- 2、改善营养状况 高热量、高维生素、适量蛋白
- 3、间断给氧
- 4、保肝药物应用
- 5、纠正水电解质、酸碱失衡
- 6、防止感染
- 7、保持肠道通畅

分流术前准备

- 1、术前2-3天口服肠道不吸收抗生素
- 2、术前晚清洁灌肠 **禁用肥皂水**
- 3、脾-肾分流术前明确肾功能是否正常

术后护理

断流和脾切除术
后 半卧位

分流术 平卧位
或低坡半卧位

1

休息与活动

2

病情观察

3

营养支持

4

并发症观察及护理

4、观察和预防并发症

1

出血

2

肝性脑病

3

感染

4

静脉血栓形成

出血

膈下引流管1-2h引流出血性液体200ml

1

术前改善凝血功能、避免胃肠减压

2

监测生命体征、出血情况

3

分流术后平卧位或低坡半卧位，卧床1周

4

纠正水电解质失衡，维持有效血容量

肝性脑病

1

避免诱发因素，限制蛋白质摄入量

2

术前肠道准备，术后监测肝功能

3

遵医嘱保肝治疗

感染

部位 腹腔、呼吸系统、泌尿系统

1

加强基础护理

2

加强引流管护理

3

遵医嘱抗感染治疗

静脉血栓

断流术发生率高，尤其是脾切除术后

1

监测凝血功能

血小板 $600 \times 10^9/L$

2

观察肠系膜血栓形成的临床表现和体征

3

遵医嘱抗凝治疗

护理评价

- 病人的情绪是否平稳,能否积极配合各项治疗、检查和护理
病人体液能否保持平衡,是否摄入足够的液体,生命体征是否稳定,有无脱水征,是否保持尿量30ml/h
- 病人有否出血、肝性脑病、感染或静脉血栓形成等并发症;若发生,能否得到及时的发现和处理
- 腹水程度有无减轻,腹水引起的身体不适有无减轻,腹围是否缩小
- 病人能否正确描述预防再出血的有关知识

健康教育

饮食指导

无渣饮食，避免粗糙、干硬及刺激性食物，

- ①肝功能损害较轻者
优质高蛋白50-70g/d,
- ②肝功能严重受损及分流术后 限制蛋白质摄入
- ③腹水病人限制水钠摄入

生活指导

- ①保证休息
- ②避免引起腹内压增高的因素 咳嗽、打喷嚏、用力排便、提举重物
- ③情绪稳定
- ④软毛刷刷牙
- ⑤戒烟、酒

定期复诊

- ①掌握出血先兆
- ②掌握观察方法
- ③掌握急救措施
- ④熟悉就诊途径和方法

脾切除、分流术后该注意什么？

- ▶ 保护肝脏、吸氧、禁用或少用有损肝脏的药物如巴H安类。
- ▶ 分流术后48小时内取平卧位或15°低坡卧位。
- ▶ 2-3日后改半卧位，避免过多活动，翻身时动作要轻柔，术后不宜过早下床活动，一般需卧床1周。
- ▶ 饮食从流质开始过渡到正常饮食，开始数天内禁食蛋白质和肉类，忌食粗糙和过热食物，禁烟、酒。预防血栓形成和肝性脑病。

健康教育

- ▶ 注意休息，避免劳累和较重的体力活动。
- ▶ 禁烟、酒、少喝咖啡、浓茶、避免粗糙、干硬、过热、辛辣食物。
- ▶ 用软牙刷刷牙，避免牙龈出血，防外伤。
- ▶ 服用保肝药物，定期复查肝功能。
- ▶ 保持心情舒畅，避免情绪波动诱发出血。



江苏省苏北人民医院八病区

地址：南通西路98号5号楼

电话：0514-7937508



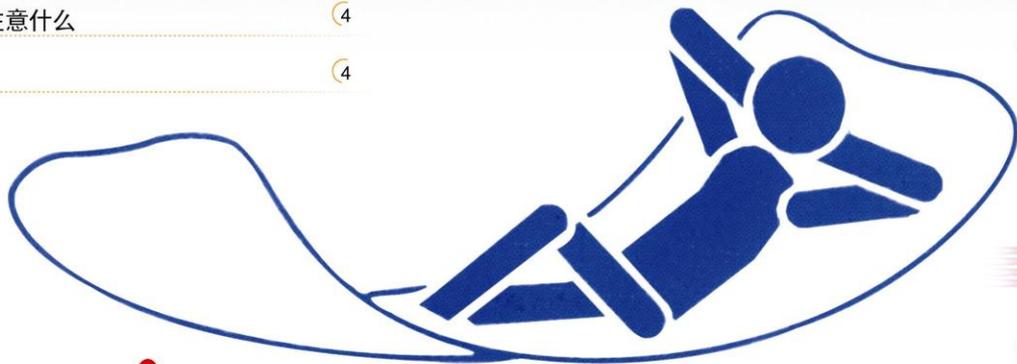
门脉高压症病人的护理

普外科八病区

什么是门静脉高压症	1
静脉高压是什么原因造成的	2
门静脉高压形成后,会造成什么样的后果	2
脉高压症有哪些临床表现	3
静脉高压症处理原则	3
脾切除、分流术后该注意什么	4
健康教育	4

静脉高压是什么原因造成的?

- ▶ 约90%以上的门静脉高压由肝硬变引起。南方地区,主要是血吸虫性肝硬化,其他地区主要是肝炎后硬化。国内乙型病毒性肝炎最常见。



什么是门静脉高压症?



▶ 正常的门静脉压力约为1.27—2.35kpa(13—24cmH₂o)。当门静脉血流受阻,血液淤滞,压力>24cmH₂o时,称为门静脉高压症。

门静脉高压形成后,会造成什么样的后果?

- ▶ 脾肿大、脾功能亢进:脾肿大一般为中到大,无触痛,部分为巨脾,当出现红细胞、白细胞和血小板减少,称为脾功能亢进。
- ▶ 交通支扩张:门静脉系和腔静脉系统之间存在四个交通支,其中以胃底管下段交通支承受压力差最大,静脉曲张改变最严重。

脉高压症有哪些临床表现?

- ▶ 以内科综合治疗为重点。制止食管胃底静脉破裂引起的上消化道大出血以三腔管压迫止血,硬化剂治疗较常见。
- ▶ 外科治疗主要针对肝硬化引起的顽固性腹水、脾肿大、脾功能亢进,以脾切除,同时作贲门周围血管离断或分流术。



静脉高压症处理原则?

- ▶ 保护肝脏、吸氧、禁用或少用有损肝脏的药物如巴H安类。
- ▶ 分流术后48小时内取平卧位或15°低坡卧位。
- ▶ 2-3日后改半卧位,避免过多活动,翻身时动作要轻柔,术后不宜过早下床活动,一般需卧床1周。
- ▶ 饮食从流质开始过渡到正常饮食,开始数天内禁食蛋白质和肉类,忌食粗糙和过热食物,戒烟、酒。预防血栓形成和肝性脑病。

习题

一、名词解释

- 1、门静脉高压症
- 2、TIPS

二、

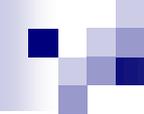
- 1、简述门静脉高压症的外科治疗原则
- 2、简述门静脉高压症病人术后并发症的观察与护理

■ 案例分析

黄女士，49岁，因乏力3年，反复呕血伴柏油样黑便1日入院。1日前进食油炸食物后突然呕血900ml，随后排2次柏油样黑便共500ml，病人嗜睡，胡言乱语。既往乙型肝炎病史6年。查体：贫血貌，定向力障碍，P108次/分，Bp82 / 60mmHg，胸前可见蜘蛛痣；腹软，蛙状腹，脾肋下3cm，移动性浊音（+）。血氨增高。B超示肝硬化，脾大，腹水。

请问：

- (1) 该病人消化道出血的诱因是什么？如何预防？
- (2) 此时病人存在哪些主要护理问题？
- (3) 应给予哪些护理措施？



谢谢