

七单元 上消化道大量出血病人的护理

上消化道大量出血 (upper gastrointestinal massive hemorrhage) 指屈氏 (Treitz) 韧带以上的消化道, 包括食管、胃、十二指肠、胰腺、胆道及胃空肠吻合术后的空肠病变引起的出血。在数小时内其失血量超过 1000ml 或循环血容量的 20%, 主要表现为呕血和 (或) 黑便, 常伴有急性周围循环衰竭, 甚至引起失血性休克而危及病人生命, 是临床上的常见急症。因此, 尽早识别出血征象, 密切观察病情变化, 及时有效的急救措施及认真细致的护理, 是抢救病人生命的重要环节。

【病因】上消化道大量出血的病因很多, 消化系统疾病及全身性疾病均可引起, 临床上最常见的有消化性溃疡、食管胃底静脉曲张、急性胃黏膜损害和胃癌等。

(一) 上消化道疾病

1. 食管疾病如食管炎 (反流性食管炎、食管憩室炎)、食管癌和食管损伤 (物理损伤、化学损伤)。

2. 胃十二指肠疾病如消化性溃疡、急性糜烂出血性胃炎、胃癌、促胃液素瘤、胃黏膜脱垂、急性胃扩张、胃扭转、十二指肠憩室炎、胃手术后病变 (吻合口溃疡、吻合口或残胃黏膜糜烂、残胃癌)、重度钩虫病、胃或十二指肠克罗恩病。

3. 空肠疾病如空肠克罗恩病、胃肠吻合术后空肠溃疡。

(二) 门静脉高压引起的食管、胃底静脉曲张破裂

(三) 上消化道邻近器官或组织疾病

1. 胰腺疾病 累及十二指肠如胰腺癌、急性胰腺炎并发脓肿破溃。

2. 胆道出血 胆囊或胆管结石、胆道蛔虫、胆囊或胆管癌等, 以及术后胆总管引流管引起的胆道受压坏死、肝脓肿、肝血管瘤或肝癌破入胆道等。

3. 其他 如纵隔肿瘤破入食管, 主动脉瘤破入食管、胃或十二指肠。

(四) 全身性疾病

1. 血管性疾病如遗传性出血性毛细血管扩张、过敏性紫癜。

2. 血液病如血小板减少性紫癜、白血病、血友病、弥散性血管内凝血。

3. 应激性溃疡使用糖皮质激素、严重感染、大手术、脑血管意外、烧伤、休克等引起的应激状态, 导致急性胃黏膜损伤。

4. 其他如系统性红斑狼疮等风湿性疾病、尿毒症、流行性出血热。

【护理评估】

(一) 健康史

询问病人有无消化性溃疡、肝硬化、胃癌、胆道、胰腺疾病等病史; 有无消化道手术史; 有无服用肾上腺糖皮质激素、非留体类抗炎药等, 出血前有无进食粗硬或刺激性食物、酗酒、过度劳累、精神紧张等; 近期是否有重大创伤、脑血管意外、严重心力衰竭、休克及急性传染病病史; 既往有无出血及诊治情况。

(二) 身体状况

上消化道出血的临床表现主要取决于出血部位、量、性质及出血速度。

1. 呕血与黑便 是上消化道出血的特征性表现。

(1) 上消化道大量出血之后, 既有黑便, 也有呕血。①出血部位在幽门以上者, 常伴有呕血; ②幽门以下部位若出血量大、出血速度快, 因血反流入胃而表现为呕血; ③出血量较少、出血速度慢者, 仅见黑便。

(2) 呕血与黑便的颜色与性状 取决于出血量及血液在胃或肠道内停留的时间。①若出血量大, 在胃内停留的时间短, 则呕血颜色呈鲜红色或暗红色; ②若在胃内停留时间长, 因血红蛋白和胃酸作用生成酸化正铁血红蛋白, 则呕血颜色为棕褐色, 呈咖啡渣样; ③上消化道出血时, 由于血红蛋白中的铁在肠道内与硫化物作用形成黑色的硫化铁, 使粪便呈

黏稠而发亮的柏油样；④当出血量大时，血液在肠道内停留时间短，粪便可呈暗红或鲜红色。

2. 失血性周围循环衰竭 急性大量失血时，循环血容量迅速减少，导致周围循环衰竭，表现为头晕、乏力、心悸，突然起立发生晕厥、出汗、四肢厥冷等。严重者呈休克状态，表现为面色苍白、脉搏细速、血压下降、呼吸急促、精神烦躁不安或意识不清等。

3. 氮质血症 上消化道大量出血后，血中尿素氮浓度暂时增高，其原因是大量血液进入肠道后，血液中蛋白质的消化产物在肠道内被吸收，故称其为肠源性氮质血症。一般于大出血后数小时血尿素氮开始上升，24~48小时达高峰，不超出14.3mmol/L(40mg/dl)，3~4

日后降至正常。

4. 发热 上消化道大量出血后，多数病人在24小时内出现低热，一般不超过38.5℃，持续3~5日。引起发热的原因不明，可能与周围循环衰竭，导致体温调节中枢的功能障碍或出现失血性贫血等因素有关。

5. 血象变化 急性大量出血后均有失血性贫血，在3~4小时后出现。①出血早期：红细胞计数、血红蛋白浓度及血细胞比容无明显改变；②急性出血：为正细胞正色素性贫血出血后骨髓明显代偿性增生，暂呈大细胞性贫血；③慢性失血：为小细胞低色素性贫血；④出血24小时内：网织红细胞即可增高，随着出血停止，逐渐降至正常。⑤上消化道大量出血后：白细胞计数出现轻至中度升高，止血后2~3日即恢复正常。但肝硬化合并脾功能亢进者，白细胞不增高。

(三) 心理-社会状况

由于呕血量大，黑便次数多，甚至出现周围循环衰竭，病人易产生烦躁、紧张、焦虑、恐惧等负性情绪；应评估病人紧张、焦虑、悲观、沮丧、恐惧等不良情绪反应；评估病人及家属的应对能力，以及社会支持情况。

(四) 辅助检查

1. 实验室检查 红细胞、血红蛋白、网织红细胞、白细胞及血小板计数、肝功能、肾功能、粪便隐血试验、血尿素氮等，对于估计出血量及动态观察活动性出血、进行病因诊断等有帮助。

2. 内镜检查 出血后24~48小时内行急诊内镜检查，可直接观察出血部位，明确出血病因，同时做紧急止血治疗，是上消化道出血病因诊断的首选检查。

3. X线钡餐造影检查 在出血已停止或病情稳定数日后进行。用于胃镜检查禁忌者及不愿行胃镜检查者。

4. 其他内镜检查 无阳性发现或不宜做内镜检查者，行选择性动脉造影检查。

(五) 治疗原则及主要措施

因病情危急、变化快，严重者危及生命，应积极采取抢救措施：迅速补充血容量、纠正水电解质失衡、抗休克、止血治疗等。

1. 一般抢救措施 卧位休息，保持呼吸道通畅，避免呕血时因误吸引起窒息，必要时吸氧。活动性出血期间禁食。

2. 积极补充血容量 立即建立有效静脉通道，查血型及配血，迅速补充血容量，先输生理盐水或葡萄糖盐水、林格液、右旋糖酐。必要时及早输血，一般输浓缩红细胞；若为严重活动性大出血，则输全血，以尽早恢复血容量。肝硬化病人应输新鲜血，因库存血内氨过多，易诱发肝性脑病。

3. 止血措施

(1) 药物止血：①消化性溃疡及急性胃黏膜损害引起出血者，给予H₂受体拮抗剂或质子泵抑制剂，减少胃酸分泌。②食管胃底静脉曲张破裂出血者，使用垂体后叶素，但冠心病

病、高血压、妊娠者禁用。生长抑素及其类似物，如奥曲肽等，止血效果较好，且短期内使用无严重不良反应，因此，该类药物为临床治疗食管胃底静脉曲张破裂出血的常用药物。

(2) 内镜直视下止血：在进行内镜检查过程中，若见有活动性出血或暴露血管的溃疡，可行内镜直视下止血，方法有高频电灼、热探头、微波、激光、注射疗法等。食管胃底静脉曲张破裂出血者，在进行急诊内镜检查的同时，可注射硬化剂或组织粘合剂至曲张静脉或用皮圈套扎曲张静脉，既能达到止血目的，还可有效预防再出血。

(3) 气囊压迫止血：适用于食管胃底静脉曲张破裂出血。一般能获得良好的止血效果，但目前仅限于药物不能控制出血时，作为暂时的止血措施。

(4) 手术治疗：大量出血内科治疗无效且危及生命时，行外科手术。

(5) 介入治疗：既无法行内镜治疗，又不能耐受手术者，行血管栓塞治疗。

【常见护理诊断/问题】

1. 体液不足 与上消化道大出血有关。
2. 活动无耐力 与上消化道大出血引起失血性周围循环衰竭有关。
3. 有窒息的危险 与血液反流入气管有关。
4. 恐惧 与突然发生上消化道大出血及害怕其对生命有威胁有关。
5. 潜在并发症：休克。

【护理目标】

1. 病人无继续出血征象。
2. 病人日常活动耐力能够增加。
3. 病人无误吸和窒息出现。
4. 病人恐惧感减轻或消失。
5. 病人未发生休克，或休克被及时发现并得到及时处理。

【护理措施】

(一) 一般护理

1. 休息与体位 大出血时绝对卧床休息，取舒适体位或去枕平卧位，下肢略抬高，保证脑部供血。呕血时头偏向一侧，避免误吸或窒息，床边备吸引器，及时清除气道内的血液及呕吐物，保持呼吸道通畅，必要时给予吸氧。

2. 饮食护理 大量出血者暂禁食；少量出血、无呕吐者，给予温凉流质饮食，待出血停止 24~48 小时后，进食营养丰富、易消化的半流质饮食或软食，注意少量多餐，逐步过渡到正常饮食。嘱病人定时、定量进餐，避免食用生、冷、硬、粗糙、刺激性的食物，劝其戒烟戒酒。食管胃底静脉曲张破裂出血者，止血后限制摄入钠和蛋白质食物，以免加重腹水及诱发肝性脑病。

(二) 病情观察

1. 观察生命体征 密切观察生命体征、神志、尿量、皮肤色泽及肢端温度的变化，准确记录 24 小时出入量，若病人出现烦躁不安、血压下降、心率加快、脉搏细数、面色苍白、出冷汗、皮肤湿冷等，提示微循环血流灌注不足，应及时通知医生，并配合抢救。

2. 估计出血量 详细询问并观察呕血及黑便的颜色、性状、量及次数，正确估计出血量和速度。成人粪便隐血试验阳性提示出血量 $>5\sim10\text{ml/d}$ ；出血量达 $50\sim100\text{ml/d}$ 出现黑便；胃内积血量在 $250\sim300\text{ml}$ 以上引起呕血。一次出血量 $<400\text{ml}$ 时，不会引起全身症状；若出血量 $>400\sim500\text{ml}$ ，可出现头晕、心慌、乏力等全身症状；若短时间内出血量 $>1000\text{ml}$ ，可出现急性周围循环衰竭表现，甚至引起失血性休克。

3. 判断有无继续或再次出血 以下表现提示有活动性出血或再次出血：①反复呕血，呕吐物颜色由咖啡色转为鲜红色；②黑便次数及量增加，色泽转为暗红，甚至鲜红，伴肠鸣音亢进；③经积极补液、输血后，周围循环衰竭表现仍无改善，或好转后又恶化，血压

脉搏不稳定，中心静脉压仍在下降；④红细胞计数、血红蛋白量、血细胞比容继续下降，而网织红细胞计数持续增高；⑤在补充足够液体、尿量正常的前提下，血尿素氮持续或再次升高；⑥原有门静脉高压脾大病人，出血后脾暂时缩小，若不见脾恢复肿大，则提示出血未止。

4. 原发病观察 观察消化性溃疡病人腹部疼痛情况，以及肝硬化并发上消化道大量出血病人有无出现肝性脑病。

（三）用药护理

遵医嘱给予止血药物，观察药物疗效及不良反应。

1. 补充血容量 迅速建立静脉通道，及时、准确补充血容量。输液开始时应快，必要时根据中心静脉压的测定结果，调整输液量和速度，避免发生肺水肿，尤其是老年病人及心肺功能不全者。

2. 止血药护理 垂体后叶素可出现面色苍白、恶心、头痛、心悸、腹痛等不良反应，应减慢输液速度，因其引起冠状动脉及子宫平滑肌收缩，故高血压、冠心病、妊娠者禁用。

（四）心理护理

经常与病人及家属沟通，关心安慰病人，了解并尽量满足病人需要。向病人及家属解释发病的原因、各种检查和治疗护理的目的，减轻其紧张、焦虑情绪。经常巡视病人，陪伴和照顾大出血病人，处理不适症状，使其有安全感。及时清除血迹和污物，减少对病人的不良刺激。抢救过程中应做到有条不紊，缓解病人及家属的恐惧心理。

（六）健康指导

1. 疾病知识指导 向病人及家属详细介绍引起消化道出血的主要病因、诱因、治疗及预后，减少再次出血的危险。鼓励病人积极治疗原发病，如消化性溃疡病人应遵医嘱抗溃疡治疗，避免服用对胃黏膜有刺激的药物（阿司匹林、激素类药物等）；食管胃底静脉曲张破裂出血病人应遵医嘱进行降门脉压力治疗。教会病人及家属早期识别出血征象及紧急处理方法。

2. 饮食指导

(1) 消化性溃疡引起出血者：饮食应规律、卫生，多进食营养丰富、易消化的食物，避免过饱及进食粗纤维、坚硬、刺激性食物及饮料，如浓鸡汤、肉汤、咖啡、浓茶、酸辣及油煎食物等，以及过冷、过热、产气多的食物，忌烟酒。

(2) 食管胃底静脉曲张破裂出血者：给予高热量、高蛋白质、高维生素、低脂肪、低盐、易消化、无刺激性的半流质饮食或软食，如鱼、虾、蛋、奶、肉末、豆制品、新鲜蔬菜、水果等。忌食煎、炸、炒食物和油腻食物；各种含铅、添加剂的食品和不洁食物；产气食物及刺激性调味品；以及粗糙、生硬食物和粗纤维多的食物，如芹菜、韭菜、黄豆芽、花生、瓜子、带骨刺食物、核桃、苹果等；禁饮酒。

【护理评价】

病人是否：①无继续出血征象；②活动耐力增加；③无误吸和窒息出现；④恐惧减轻或改善；⑤未发生休克，或休克被及时发现并得到及时处理。