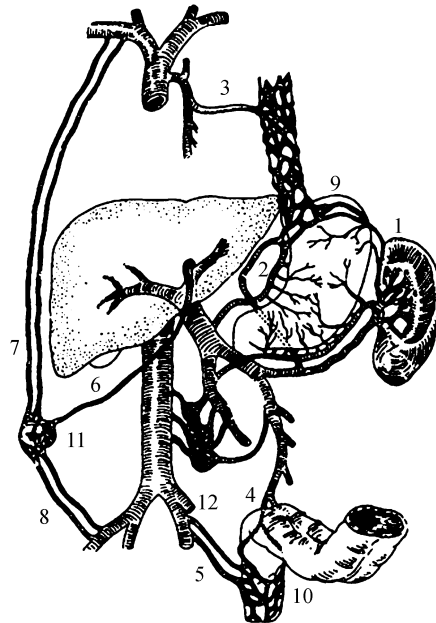


门静脉高压症病人的护理

门静脉高压症是指门静脉血流受阻、血液淤滞，造成门静脉压力持续增高所引起的病症，临床表现为脾大、脾功能亢进，食管胃底静脉曲张，腹腔积液（腹水）以及呕血和黑粪等。

门静脉主干是由肠系膜上静脉和脾静脉汇合而成，经肝静脉流入下腔静脉。门静脉无静脉瓣，位于胃、肠、脾、胰的毛细血管和肝小叶内的肝窦两个毛细血管网之间。

图 29-1 门静脉与腔静脉之间的交通支



1.胃短静脉； 2.胃冠状动脉； 3.奇静脉； 4.直肠上静脉； 5.直肠下静脉、肛管静脉；
6.脐旁静脉； 7.腹上深静脉； 8.腹下深静脉； 9.胃底、食管下段交通支； 10.直肠
下端、肛管交通支； 11.前腹壁交通支； 12.腹膜后交通支

门静脉和腔静脉之间存在 4 个交通支：①胃底、食管下段交通支；②直肠下端、肛管交通支；
③前腹壁交通支；④腹膜后交通支。当门静脉压力增高时，可通过这些交通支将门静脉血分
流到腔静脉。其中最主要的是胃底、食管下段交通支（图 29-1）。

【病因及病理生理】

门静脉高压症按门静脉受阻部位分为肝前、肝内和肝后三型，以肝内型最常见。肝内型又可
分为窦前、窦后和窦型。在我国，肝炎后肝硬化是引起肝窦和窦后阻塞性门静脉高压症的常
见原因。常见的肝内窦前阻塞原因是血吸虫病。肝前型门静脉高压的原因是门静脉血栓形成、
先天性畸形等。肝后型门静脉高压的原因包括 Budd-Chiari 综合征、缩窄性心包炎等。

正常门静脉压力为 13~24 cmH₂O，平均为 18 cmH₂O。门静脉高压症形成后，可发生下列病
理变化：①脾大、脾功能亢进。首先出现脾充血性肿大，脾窦长期充血使脾内纤维组织和脾
髓细胞增生，造成脾破坏血细胞的功能增加，引起脾功能亢进。②交通支扩张。临床上最重
要的是胃底、食管下段交通支，此处离门静脉及腔静脉主干最近、两端静脉压力差大，因而
受门静脉高压的影响最早、也最显著，容易导致胃底、食管静脉曲张破裂出血。前腹壁交通支
扩张可出现前腹壁静脉曲张。直肠下端、肛管交通支扩张可形成继发性痔。③腹腔积液。门静
脉压力升高，使门静脉系统毛细血管床的滤过压增加，同时肝硬化引起的低蛋白血症，使
血浆胶体渗透压降低及淋巴液生成增加，促使液体从肝及肠浆膜面漏入腹腔形成腹腔积液。
肝功能不全时，醛固酮和抗利尿激素在体内增多，导致钠、水潴留而加剧腹腔积液形成。

【临床表现】

病情发展缓慢，多见中年男性，部分病人有肝炎或血吸虫病史。

1.脾肿大、脾功能亢进早期为充血性脾肿大，质软、活动。晚期因脾内纤维组织增生而变硬，活动度减少。常伴脾功能亢进，表现为全血细胞计数减少，以白细胞和血小板计数减少为明显，病人出现贫血和出血倾向。



2.呕血或黑粪曲张的食管下段、胃底静脉一旦破裂，立刻发生急性大出血，呕吐鲜红色血液，可伴柏油样大便，出血不易自止。病人可因出血量过多而发生失血性休克和肝性脑病。首次大出血死亡率可高达25%，在第1次出血后1~2年，约半数病人可再次大出血。



3.腹腔积液是肝功能严重损害的表现，大出血后可引起或加重腹腔积液，顽固性腹腔积液提示病人肝功能极差。常伴腹胀、食欲减退和下肢水肿。

其他表现可有慢性肝病的征象，如蜘蛛痣、肝掌、男性乳房发育、黄疸等。



【辅助检查】

1. 实验室检查①血常规检查：红细胞、白细胞、血小板、血红蛋白和血细胞比容可反映脾功能亢进及贫血的程度。②肝功能检查：常见血清白蛋白降低而球蛋白增高，白、球蛋白比例倒置，凝血酶原时间延长。肝病活动期可有血清转氨酶和胆红素升高，还应做乙型肝炎病原免疫学和甲胎蛋白检查。
2. 影像学检查①食管吞钡 X 线检查：钡剂充盈时，食管黏膜呈虫蚀状改变；排空时，则表现为蚯蚓样或串珠状负影。②B 超检查：可了解肝硬化、脾肿大、门静脉直径、腹腔积液等情况。③下腔静脉和肝静脉造影：使门静脉系统和肝静脉显影，可确定静脉受阻部位及侧支回流情况，是诊断 Budd-Chiari 综合征的最佳方法。
3. 内镜检查较吞钡检查结果更准确和全面。急性出血时内镜检查，除可以明确曲张静脉出血情况外，还可对正在出血的静脉做硬化剂治疗或行套扎治疗等。

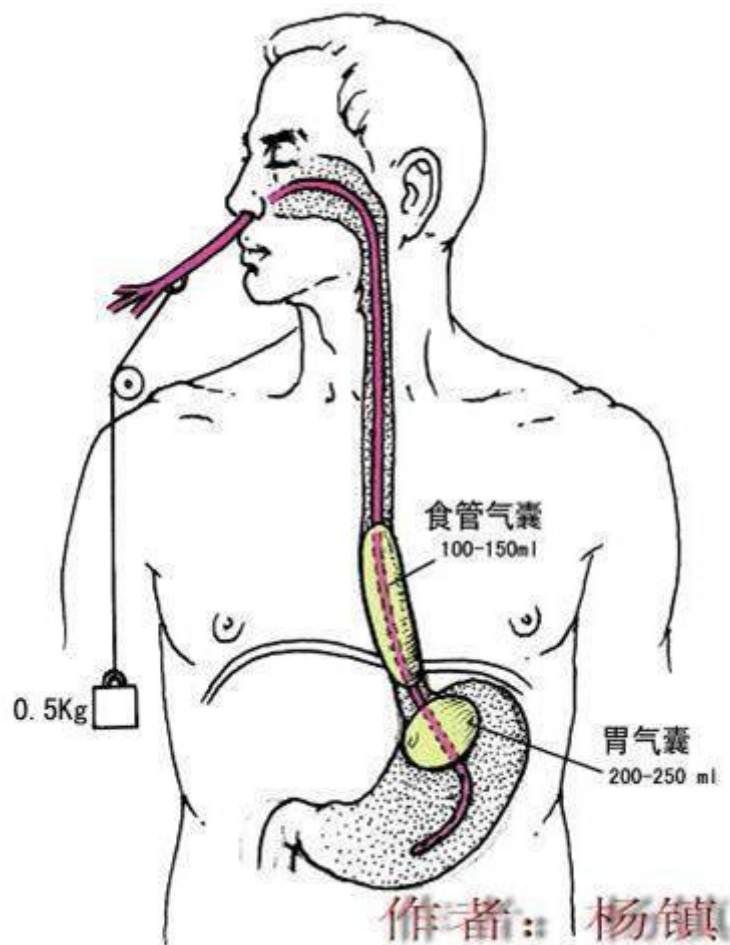
【处理原则】

根据肝炎或血吸虫病史，以及脾肿大、脾功能亢进、呕血或黑粪、腹腔积液等主要临床表现，一般诊断并不困难。实验室及其他辅助检查有助于确定诊断。门静脉高压症的外科治疗，主要是针对门静脉高压症的并发症进行。

1. 食管胃底曲张静脉破裂出血的治疗

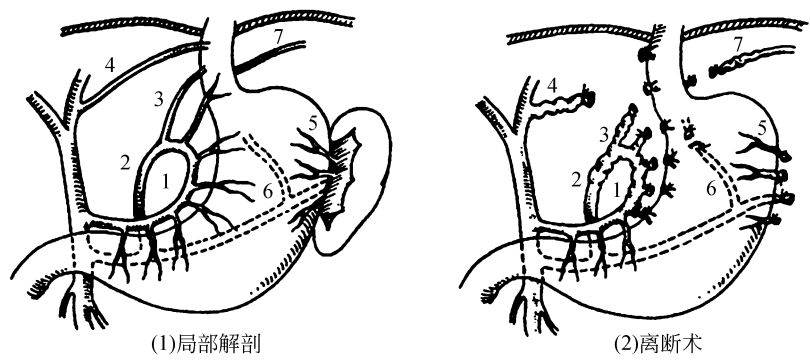
（1）非手术治疗：食管胃底曲张静脉破裂出血，尤其是对肝功能储备差的病人，尽可能采用非手术治疗。主要措施包括：①防治休克。迅速建立有效的静脉通道，输液、输血扩充血容量，严密监测病人生命体征。②药物止血。应用血管升压素、图 29-2 三腔管压迫止血法生长抑素等使内脏小动脉收缩，可使门静脉血流减少，降低门静脉压力，达到止血目的。③内镜治疗。经内镜将硬化剂直接注入曲张静脉或行曲张静脉套扎术，达到治疗食管静脉曲张出血和预防再出血的目的。主要并发症是食管溃疡、狭窄或穿孔。④三腔管压迫止血。利用充气的气囊分别压迫胃底和食管下段的曲张静脉，以达到止血目的（图 29-2）。常用于对血管升压素或内镜治疗无效的食管胃底曲张静脉出血病人。⑤经颈静脉肝内门体分流术（TIPS）。经颈静脉途径在肝内肝静脉与门静脉主要分支间建立通道，并置入支架，实现门体静脉分流。

适用于食管胃底曲张静脉出血经药物、内镜治疗无效，肝功能失代偿，或等待肝移植的病人。

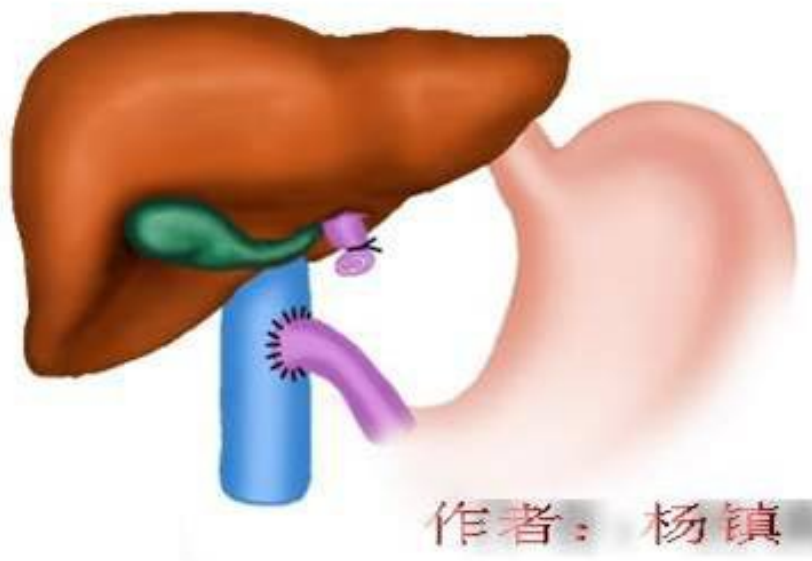


(2) 手术治疗：对于没有黄疸及明显腹腔积液的病人，可在曲张静脉破裂出血时施行急诊手术，也可为预防再出血择期手术。手术方式有：①断流术。脾切除，同时结扎、切断胃冠状静脉，以阻断门奇静脉间的反常血流。临床上应用较多的是贲门周围血管离断术，也最有效。②分流术。通过手术吻合的方法，使压力较高的门静脉血直接分流到腔静脉中去，从而降低门静脉压力达到止血目的（图 29-3）。

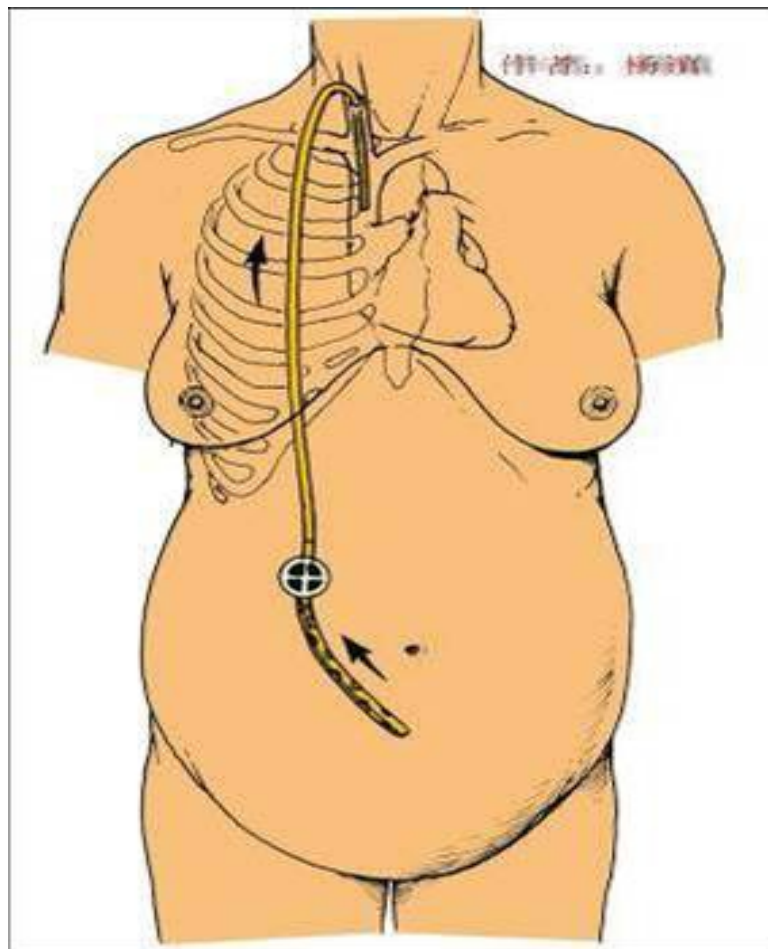
图 29-3 贲门周围血管局部解剖及离断术示意图



1. 胃支 2. 食管支 3. 高位食管支 4. 异位高位食管支 5. 胃短静脉 6. 胃后静脉 7. 左膈下静脉
分流术示意图



2. 严重脾肿大合并明显脾功能亢进的治疗多见于晚期血吸虫病，因肝功能较好，这类病人单纯行脾切除术效果良好。
3. 肝硬化引起的顽固性腹腔积液治疗有效的治疗方法是肝移植，其他方法包括 TIPS 和腹腔-颈静脉转流术。



【护理诊断和医护合作性问题】

- 1.焦虑或恐惧与呕血、黑粪及担心手术治疗效果和预后有关。
- 2.组织灌注不足与上消化道大量出血、手术创伤有关。
- 3.营养失调，低于机体需要量与肝功能减退、蛋白摄入不足、消化吸收功能障碍有关。
- 4.体液过多与低蛋白血症、血浆胶体渗透压降低、醛固酮分泌增加有关。
- 5.潜在并发症消化道出血、低血容量休克、肝性脑病。

【护理措施】

1.非手术治疗病人的护理

(1) 一般护理：绝对卧床休息，稳定病人情绪，必要时给予镇静药，以免因情绪紧张而加重出血；头偏向一侧，及时清理血迹和呕吐物，保持口腔清洁，以防误吸；给予吸氧；严密观察生命体征及中心静脉压的变化，准确记录出血量、尿量，维持水、电解质及酸碱平衡。

(2) 补充血容量：建立有效的静脉通道，快速输液、输血，恢复血容量。宜输新鲜血。

(3) 止血：①遵医嘱应用止血药；②冰盐水或冰盐水加血管收缩药口服或做胃内灌洗；③应用三腔管压迫止血。

(4) 三腔管的护理

①插管前准备：向病人说明置管的目的、方法和注意事项，以取得病人的配合；检查三腔管气囊是否膨胀均匀、弹性良好，有无漏气，三腔管分别做好标记备用。

②插管方法：管壁涂液状石蜡，经一侧鼻孔轻轻插入 50~60cm 抽出胃液后，先向胃囊注气 150~200ml，向外提拉至感到轻度阻力时，利用滑车装置在管尾端悬以 0.5kg 重物做牵引压迫；如仍出血，再向食管囊注气 100~150ml。放置三腔管后应抽除胃液，用生理盐水反复灌洗，以观察胃内有无继续出血。

③插管后护理：病人平卧，头部侧转，随时清除口腔、咽喉分泌物，防止吸入性肺炎。观察、记录胃肠减压引流液的量、颜色，以判断出血是否停止，如无鲜血，同时脉搏、血压渐稳定，说明出血已基本控制。床边备剪刀，若出现气囊上滑堵塞咽喉引起窒息，应立即剪断三腔管，以恢复呼吸道通畅。三腔管一般放置 24h，如出血停止，先排空食管囊，后排空胃囊，继续观察 12~24h 无出血后，让病人口服液状石蜡 30~50ml，缓慢拔出三腔管。压迫时间不宜超过 3~5d，为防止压迫过久引起食管或胃底黏膜溃烂、坏死，每隔 12h 将气囊放空 20~30min，如有出血即再充气压迫。压迫 48h 后，胃管仍有鲜红色血液流出，说明压迫无效，应紧急手术止血。

(5) 心理护理：理解病人的感受，多给予关心和鼓励，以减轻焦虑和恐惧，增强战胜疾病的信心。有针对性地做好解释及思想工作，使之积极配合，以保证各项治疗和护理计划的顺利实施。

2.手术治疗病人的护理

(1) 术前护理：改善病人全身营养状况，纠正贫血、低蛋白血症和保肝治疗，以提高手术耐受力。术前 2~3d 口服新霉素或链霉素等肠道不吸收的抗生素，减少肠道氨的产生，以预防术后肝性脑病。术前 1d 晚清洁灌肠。脾-肾静脉分流术前应明确肾功能是否正常。

(2) 术后护理：①仔细观察病人病情，严密监测病人神志和生命体征变化。②脾切除病人血压平稳后取半卧位，以利呼吸、减轻切口疼痛和预防膈下感染；分流术病人术后 48h 内，取平卧或 15°低坡卧位，翻身动作要轻柔，手术后 1 周内不宜下床活动，以防血管吻合口破裂出血。③指导病人合理饮食，从流质开始逐渐过渡到正常饮食，保证热量供给，应限制蛋白质和肉类摄入，忌食粗糙、过热食物，禁烟、酒。④给予吸氧、保肝治疗，禁用或慎用吗啡等对肝有损害的药物。⑤观察胃肠减压和腹腔引流管引流液的性质、量，若引流出新鲜血液量较多，应立即进行处理。

（3）预防并发症

①肝性脑病：分流术后部分门静脉血未经肝脏解毒直接进入体循环，以及手术应激造成肝脏解毒功能下降，使血氨含量升高，极易诱发肝性脑病。应限制蛋白质摄入，以减少氨的来源；给予导泻或用生理盐水灌肠，忌用肥皂水灌肠，以减少氨的吸收；动态监测血氨浓度应用谷氨酸制剂降低血氨水平；若病人出现神志淡漠、嗜睡、谵妄等，应立即通知医师及时处理。

②静脉血栓形成：脾切除后血小板迅速升高，易诱发静脉血栓形成，故术后勿用维生素 K 和其他止血药物；动态监测凝血酶原时间变化；若血小板计数超过 $600 \times 10^9 / L$ ，需采用抗凝治疗。

3.健康教育

（1）饮食：进食高热量、富含维生素食物，肝功能严重损害病人应限制蛋白质摄入；避免粗糙、干硬、过热和辛辣的食物，戒烟、酒，以免损伤胃、食管黏膜，诱发出血。

（2）休息与活动：合理休息、适当运动；避免剧烈咳嗽、打喷嚏、用力排便等腹压增高的因素，防止诱发曲张静脉破裂出血。

（3）指导：指导病人认识门静脉高压症的表现和严重程度，遵医嘱服药，定期到医院复查。