DOI: 10.16016/j.1000-5404.1997.02.034

2.2 副反应

无环鸟苷治疗组 5例有一过性的恶心、呕吐和腹胀,6例病人有短暂尿素氮轻度升高,未经处理自行消退。治疗前后血、尿常规和心电图均无明显异常变化。

3 讨论

无环鸟苷是 70年代发现的一种对疱疹病毒具有较高抑制活性和很低毒性的类核苷化合物。近年来的实验研究证实该药对人、鸭和土拔鼠乙型肝炎病毒有抑制作用,国外学者首先试用该药治疗慢性乙型肝炎获得短期疗效[1],国内学者报告用无环鸟苷治疗慢性乙型肝炎,HBeAg阴转率达 72.7%,HBV-DNA阴转率达 57.9%,并证实长疗程的效果优于短疗程的效果[2~3]。

我们的随访研究结果表明慢性乙型肝炎患者体内乙肝病毒由高复制期向低复制期转换的自然转换率仅 7.4%,与文献报道[4]相似。单用无环鸟苷治疗慢性乙型肝炎的总有效率在治疗结束时达 36.0%,随访 3年仍为 33.3%,显著高于空白对照组($P < 0.05$),但低于文献[2~3]报告的阴转率。

本文结果提示无环鸟苷治疗慢性乙型肝炎确有一定疗效,但副反应较明显,需进一步改进剂型,减少副反应,提高疗效。

关键词 无环鸟苷;治疗;慢性乙型肝炎

中图法分类号 512.6

参考文献

1 Weller I V O, Carreno V, Fowler M J F *et al*. Acyclovir inhibits hepatitis B virus replication in man. Lancet, 1982; 1 (8266): 273

2 熊开钧,王心禾,黄华芳等.无环鸟苷抗乙型肝炎病毒复制疗法的追踪观察.中华传染病杂志, 1989; 7(4): 241

3 熊开钧,王心禾,黄华芳等.无环鸟苷抗乙型肝炎病毒复制长短程疗法的随访观察.病毒学杂志, 1990; 2(2): 130

4 胡大荣.慢性病毒性肝炎的干扰素治疗.见:胡大荣,王宇明主编.传染病学新进展.第Ⅲ卷.北京:科技文献出版社, 1995 376~385

(收稿: 1996-05-31;修回: 1997-01-30)

(编辑 张大春)

食道静脉曲张破裂出血的急救及护理

Emergency treatment and nursing of the hemorrhage from esophageal varices

蔡红卫 (第三军医大学附属西南医院消化内科)重庆,630038

提 要 目的:总结食道静脉曲张破裂出血的护理要点及体会。方法:分析了 61例食道静脉曲张破裂出血的临床资料及治疗结果。结果:治疗 36 h内出血停止,休克纠正,大便转黄 54例;转外科治疗 4例;死亡 3例。结论:食道静脉曲张破裂出血治疗方案成熟,护理配合是关键。护理工作应抓住"观"、"查"、"摸"三个要素,紧急处理得当,加强饮食护理和心理护理。

食道静脉曲张破裂出血是肝硬化病人最常见的并发症之一[1]。其发病突然,病情凶险,死亡率高,必须争分夺秒救治,以挽救患者生命。我科从 1991年 1月至 1996年 12月共收治 61例,现将救护体会总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 61例中男 48例,女 13例;年龄 22~72岁,平均 46岁。经 B超、肝功化验、内镜或 X线钡餐检查,均确诊为肝硬化合并食道静脉曲张。其中吸虫性肝纤维化 2例,肝炎后肝硬化 53例,酒精性肝硬化 6例。其肝功按 Child分级属 A级 6例,B级 31例,C级 24例。所有病例均有呕血及黑便。出血量在 800 ml~1 000 ml 15例,>1 000 ml者 45例。首次出血 42例,第 2~4次出血 19例。26例合并有失血性休克。

1.2 治疗及结果

1.2.1 治疗 所有病例均给垂体后叶素(50 U+10% GS; 30滴/min)静滴,同时静滴甲氰咪胍(0.8 g~1.0 g)或善得定(0.1 mg)。32例采用三腔双囊管压迫止血,同时静滴止血敏(2 g~3 g/d)或对羧基苄胺(200 mg~400 mg/d)。

1.2.2 结果 61例中完全止血(治疗 36 h内出血停止,休克纠正,大便转黄)54例,4例转外科治疗,3例死亡。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 护理体会

2.1 紧急处理

立即去枕平卧,头偏向一侧,以免呕血时发生窒息。迅速建立静脉输液通道,同时合血作好输血准备。急救过程中要做到抢救有序、忙而不乱。

2.2 积极配合治疗,采取有效止血措施

垂体后叶素是该病抢救常用药物。在用药过程中应注意观察药物副作用,如有面色苍白,出冷汗、心悸、腹痛、便意增加等应减慢输液速度。注意观察局部皮肤情况,避免输入皮下组织,导致组织坏死。

三腔双囊管压迫止血是常用有效的止血方法。本组 61例病人中有 32例采用三腔双囊管压道止血。护理中应注意三点:① 密切监测病人血压、脉搏、呼吸等生命体征,警惕个别病人因气囊压迫引发的心脏意外;② 定时测定气囊压力,使食管囊和胃囊压力分别保持在 4 kPa~ 5.2 kPa和 5.2 kPa~ 6.74 kPa,以确保有效压迫;③ 定时抽取胃液,观察胃液中是否有血 (陈旧或鲜红),以判断压迫止血是否有效。以往我们在病人安置三腔管前才检查球囊是否漏气,易耽误时间,不利于出血病人的急救。近年我们采用三腔管充气放置备用,定时检查,这样为病人抢救争取了时间。

2.3 严密观察病情及生命体征的变化

护理工作中我们体会到抓住"观"、"查"、"摸"三个要素对判断病情有帮助。

2.3.1 观 一观神态,症状:表情淡漠烦燥不安、恶心、呕逆,提示有大量出血倾向;二观呕血、便血:呕血暗红或鲜红色示出血量较大。三观皮肤颜色:面色苍白加重示出血未停止,面色转红晕,提示出血可能停止。

2.3.2 查 一查血压:收缩压为 9.3 kPa~ 10.6 kPa示失血量为 30% ~ 35%,收缩压为 6.6 kPa~ 9.3 kPa示失血量为 35% ~ 40%;收缩压 < 6.6 kPa示失血量为 40% ~ 50%。脉压差每缩小 1.33 kPa,出血量约增加 1 000 ml左右。二查脉率:脉细数,血管塌陷,提示出血量增加。在恒定的脉率基础上每分钟增加 10次,出血量约增加 500 ml。三查尿量:少尿或无尿提示有效血容量不足。四查肠鸣音:肠鸣音活跃者要注意有活动性出血的可能。

2.3.3 摸 一摸汗:额头出冷汗、四肢厥冷,皮肤灰紫花斑、提示出血量大,已导致末梢循环衰竭,四肢温暖无汗提示出血可能停止;二摸皮肤弹性:弹性差提示出血量大,反之提示出血已被控制;三摸腹部:上腹饱满可见胃型,压之恶心,呕逆,提示胃内可能有活动性出血或血潴留。

2.4 饮食护理

严格饮食管理,经常督促与教育病人按医嘱进食。本组 1例患者,经治疗出血停止,因未经允许,进食较硬的蛋炒饭,引起再出血,幸抢救及时,未导致严重后果。

2.5 心理护理

食道静脉曲张破裂后,因大量呕血,患者常处于极度紧张状态,引起交感神经兴奋,导致心跳加快,血管收缩,血压升高,会加重病情,不利于治疗[2]。因此,要注意缓解患者的紧张情绪。增强病人战胜疾病的自信心,同时正确疏导家属,避免因家属的反应造成对患者的不良刺激。肝硬化伴食道静脉曲张出血的患者多数病程长,预后差,而且不少患者经历过反复出血,多次住院,他们往往表现出悲观失望,对治疗不抱希望。针对这种心理,我们在制定完善的抢救措施同时,耐心安慰病人,以取得患者的理解和信任,消除紧张情绪配合治疗。另外要做好家属的思想工作,取得家属的密切配合。

2.6 预防并发症

食道静脉曲张破裂出血量大、多同时伴有失血性休克,需立即补充血容量。我科采用加压输液泵补液,能迅速补充血容量。但在补液的同时也应注意调整输液速度,以防心衰的发生和门脉压增高,导致食管静脉再次破裂出血。由于出血易诱发肝性脑病,应口服乳果糖 (60 ml/d),以减少氨的吸收。加强基础护理,防止呼吸道及其它部位继发感染。病人安置三腔管后不易翻身,护理中我们采用气垫圈放于患者骶尾部,或用枕头等物垫于病人背部一侧,每 2小时垫高一次,这样有效地防止了褥疮的发生。

关键词 食管静脉曲张;上消化道出血;急救护理

中图法分类号 R473.5

参考文献

1 吴子刚,周若美.食管静脉曲张 30例上消化道出血原因及其危险因素.新消化病学杂志,1995; 3(特刊): 17

2 Lazton F. Variceal hemorrhage. Gastroenterol Clin North Am, 1988; 17(2): 289

(收稿: 1996-12-02;修回: 1997-01-25)

(编辑 刘 鹏)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net