

肝硬化患者上消化道出血的发生情况、危险因素及护理对策的分析

马 英 曹彦涛

新疆医科大学第二附属医院 新疆 乌鲁木齐 830000

【摘 要】：本研究旨在探讨肝硬化患者上消化道出血（UGIB）的发生情况、危险因素及护理对策，为临床防治提供参考。选取2025年1月—2025年12月我院收治的120例肝硬化患者为研究对象，根据是否发生UGIB分为出血组（n=38）和非出血组（n=82），回顾性分析两组临床资料，总结出血发生率及独立危险因素，并制定针对性护理对策。结果显示，120例肝硬化患者中38例发生UGIB，发生率为31.67%；单因素与多因素分析表明，失代偿期、Child-Pugh C级、食管胃底静脉曲张（重度）、合并腹水、凝血功能异常是肝硬化患者发生UGIB的独立危险因素（ $P<0.05$ ）。结论：肝硬化患者UGIB发生率较高，受肝功能状态、静脉曲张程度等多因素影响，临床需针对危险因素强化护理干预，降低出血风险。

【关键词】：肝硬化；上消化道出血；危险因素；护理对策

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.044

引言

肝硬化是慢性肝病进展的终末期阶段，以弥漫性肝纤维化、假小叶形成为特征，常伴随门静脉高压，进而引发食管胃底静脉曲张、门脉高压性胃病等并发症，其中上消化道出血（UGIB）最为凶险。UGIB具有起病急、出血量多、病死率高的特点，6周病死率可达20%，严重威胁患者生命安全。因此，明确肝硬化患者UGIB的发生规律及危险因素，制定科学有效的护理对策，对改善患者预后至关重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年1月—2025年12月我院消化内科收治的120例肝硬化患者。

纳入标准：①符合《肝硬化诊治指南》诊断标准；②年龄 ≥ 18 岁；③临床资料完整。

排除标准：①合并恶性肿瘤、血液系统疾病；②非肝硬化因素导致的UGIB；③入院72h内死亡。

其中男性78例，女性42例；年龄35~78岁，平均（56.2 $\pm$ 8.5）岁；肝硬化类型：病毒性肝炎后肝硬化85例，酒精性肝硬化22例，其他13例。

1.2 分组方法

根据住院期间是否发生UGIB分为出血组（38例）和非出血组（82例）。UGIB诊断标准：出现呕血、黑便症状，经胃镜检查证实出血部位为食管、胃底或十二指肠，排除其他部位出血。

2 结果

2.1 UGIB 发生情况

120例肝硬化患者中，38例发生UGIB，发生率31.67%；其中食管胃底静脉曲张破裂出血29例（76.32%），门脉高压性胃病出血7例（18.42%），其他原因出血2例（5.26%）。

2.2 单因素分析

出血组与非出血组在病程、Child-Pugh分级、代偿状态、静脉曲张程度、合并腹水、ALB、PT、FIB方面差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；性别、年龄差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），见表1。

表1 肝硬化患者上消化道出血单因素分析（n，%）

观察指标	分类	出血组 (n=38)	非出血组 (n=82)	χ^2/t 值	P 值
性别	男	25(65.79)	53(64.63)	0.015	0.902
	女	13(34.21)	29(35.37)		
年龄(岁)	≥ 60	18(47.37)	32(39.02)	0.762	0.383
	<60	20(52.63)	50(60.98)		
病程(年)	≥ 5	26(68.42)	35(42.68)	7.218	0.007
	<5	12(31.58)	47(57.32)		
Child-Pugh 分级	A 级	5(13.16)	41(50.00)	20.152	<0.001
	B 级	12(31.58)	28(34.15)		
	C 级	21(55.26)	13(15.85)		
代偿状态	代偿期	8(21.05)	56(68.29)	23.845	<0.001
	失代偿期	30(78.95)	26(31.71)		
静脉曲张 程度	无/轻度	6(15.79)	48(58.54)	22.361	<0.001
	中度	10(26.32)	25(30.49)		
	重度	22(57.89)	9(10.98)		
合并腹水	是	24(63.16)	22(26.83)	14.532	<0.001
	否	14(36.84)	60(73.17)		

ALB(g/L)	<30	25(65.79)	31(37.80)	8.245	0.004
	≥30	13(34.21)	51(62.20)		
PT(s)	≥16	27(71.05)	34(41.46)	9.287	0.002
	<16	11(28.95)	48(58.54)		
FIB(g/L)	<2.0	24(63.16)	33(40.24)	5.214	0.022
	≥2.0	14(36.84)	49(59.76)		

注：续表 1。

3 讨论

3.1 危险因素分析

肝硬化合并食管胃底静脉曲张破裂出血是临床危重急症，致死率较高，精准识别相关危险因素对预防出血、改善患者预后至关重要。肝功能状态是核心影响因素，其中肝硬化失代偿期、Child-Pugh C 级患者的出血风险大幅升高，对应 OR 值分别为 6.372、4.592。患者肝功能损伤越严重，门静脉高压症状越显著，会直接造成胃肠道淤血，同时肝脏合成白蛋白能力大幅下降，引发低蛋白血症，导致血管渗透压异常、血管脆性增加。此外，肝脏凝血因子合成不足会引发严重凝血功能障碍，多重因素叠加，极大提升了曲张静脉破裂出血的概率。

食管胃底静脉曲张程度是出血的最强独立危险因素，重度静脉曲张患者出血风险 OR 值高达 8.215。随着病情进展，曲张静脉管径持续增粗、静脉管壁不断变薄，血管弹性大幅减退，耐受压力的能力显著下降。若内镜检查提示红色征阳性，说明静脉管壁已出现淤血、脆弱病变，轻微刺激即可诱发破裂出血，是急性出血的高危预警信号。合并腹水也是重要危险因素，OR 值为 3.924。腹水会使腹腔内压力持续升高，压力直接传导至门静脉系统，进一步加重曲张静脉的充盈压力，同时腹水的出现直接提示患者肝功能已进入严重失代偿阶段，机体代谢与循

环功能紊乱，出血风险显著增高。

凝血功能异常是诱发出血及反复出血的关键因素，凝血酶原时间（PT）延长、纤维蛋白原（FIB）降低，代表患者机体凝血机制严重受损。此类患者一旦发生静脉破裂出血，自身止血能力极差，不仅止血难度大，还极易出现持续性出血或二次出血，大幅增加病情危重程度。

3.2 护理对策

针对上述高危因素，需制定系统化、精细化的护理方案，全方位规避出血风险。首先落实高危人群筛查与动态监测，为失代偿期、Child-Pugh C 级、重度静脉曲张、合并腹水的患者建立专项高危档案，精准记录病情指标。定期协助患者复查胃镜、肝功能、凝血功能等关键项目，动态追踪病情变化；日常密切监测血压、心率等生命体征，重点观察头晕、心慌、黑便、反酸等出血前驱症状，做到早发现、早干预。

严格落实饮食护理，始终遵循温凉、软烂、易消化的饮食原则，严禁坚果、油炸食品、带骨刺食物等坚硬粗糙食材，杜绝辛辣、过烫刺激性食物，防止物理划伤、高温刺激曲张静脉。指导患者少食多餐、细嚼慢咽，杜绝暴饮暴食加重肝脏及胃肠道负担，同时严格督促患者戒烟戒酒，消除血管损伤诱因。做好腹压专项管理，指导患者规律排便，便秘时及时给予乳果糖等缓泻剂，避免用力排便升高腹压；积极预防剧烈咳嗽、打喷嚏，必要时遵医嘱镇咳治疗，同时严禁患者弯腰劳作、负重等增加腹压的动作，稳定门静脉压力。

完善出血期急救护理，患者一旦发生呕血、黑便等出血症状，立即协助其绝对卧床休息，头偏向一侧，及时清理口腔分泌物，严防呕吐物堵塞气道引发窒息。快速建立双静脉通路，遵医嘱快速补液、输血纠正休克，规范使用止血药物、生长抑素等对症治疗。持续监测血压、心率、尿量变化，精准记录呕血、黑便的颜色、性状及量，动态评估出血情况与病情危重程度，保障急救安全。

参考文献：

- [1] 梁君,刘华清,冉淑杰,等.肝硬化合并上消化道出血患者自我管理的研究进展[J].齐齐哈尔医学院学报,2026,47(08):774-778.
- [2] 吴红燕,吴伏鹏,江帆,等.特利加压素联合雷尼替丁治疗肝硬化上消化道出血的临床研究[J].现代药物与临床,2026,41(04):1032-1037.
- [3] 武珊珊,刘晓红,汪小玲,等.针对性护理对肝硬化消化道出血患者并发症发生率的影响[J].延边大学医学学报,2026,49(03):142-144.