

护理干预对上消化道出血患者的临床疗效*

李雪莲, 黄爱红, 郑树国[△] (第三军医大学附属西南医院肝胆外科, 重庆 400038)

【摘要】 目的 探讨护理干预对上消化道出血患者临床疗效的影响, 总结有效的护理干预措施。**方法** 选择第三军医大学附属西南医院 2012 年 1 月至 2013 年 7 月 60 例上消化道出血患者, 随机分为对照组和观察组各 30 例。对照组给予常规护理, 观察组给予护理干预, 即在常规护理基础上给予心理护理干预及健康教育。**结果** 观察组治疗总有效率为 96.67%, 对照组为 80.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 通过有效的护理干预能明显改善上消化道出血患者的临床治疗效果, 值得临床上推广与应用。

【关键词】 护理干预; 上消化道出血; 临床疗效

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.19.055 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)19-2766-02

上消化道出血是临床上最为常见的一种病势凶险, 发展迅速的疾病, 以呕血、黑便、失血性周围循环衰竭等症状为主要临床表现, 病情严重者, 可危及生命^[1]。上消化道出血的临床疗效转归不仅取决于合理有效的治疗方法, 同时也与切实可行的护理措施密切相关。笔者为了探讨护理干预措施对上消化道患者治疗效果的影响, 对本院收治的 60 例上消化道出血患者实施相应的护理干预措施, 并进行对比研究, 现将研究报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2012 年 1 月至 2013 年 7 月上消化道出血患者 60 例为研究对象, 所有患者均符合上消化道出血诊断标准。临床表现为呕血、黑粪、心慌、乏力、肢体发冷、心率加快, 往往伴有血容量减少引起的急性周围循环衰竭^[2]。按照入院先后顺序随机分为观察组及对照组。观察组 30 例, 男 18 例, 女 12 例, 年龄 35~45 岁, 平均年龄 (39.2 ± 4.1) 岁。对照组 30 例, 男 17 例, 女 13 例, 年龄 36~48 岁, 平均年龄 (40.2 ± 5.2) 岁。两组在年龄、性别、等一般资料方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组患者实施常规护理, 包括做好基础护理和生命体征的严密监测。与观察组患者及其家属进行交流, 全面评估患者身心状况, 结合患者自身特点和临床表现, 实施个性化护理措施, 即在常规护理基础上, 给予针对性的心理护理、健康教育、行为干预等综合护理干预措施。具体如下:

1.2.1 生命体征监测 严密监测生命体征, 准确评估危险因素, 为后续的治疗和护理提供必要的保障。密切观察呼吸、脉搏、血压、尿量的变化。消化道出血量大于 60 mL 可出现黑便。出血量多, 在肠道停留时间短, 可出现暗红色或鲜红色大便^[3]。出血量大于 1 000 mL, 患者表现为晕厥或由卧位改为半卧位时, 即感头晕、出冷汗, 甚至晕厥, 脉搏每分钟 100~120 次。出血量大于 1 500 mL, 收缩压低于 10.7 kPa, 脉搏每分钟大于 120 次, 患者意识模糊, 四肢冷, 尿少甚至无尿。烦躁不安的失血者体温多低于常温, 若体温大于或等于 38.5 °C, 应结合血常规及血象变化判断是否为出血后感染; 若持续性发热则应考虑是否为再出血。休克晚期脉搏慢而细, 休克早期脉搏加

速。脉搏每分钟大于 120 次, 收缩压低于 80 mm Hg, 血红蛋白低于 70 g/L, 估计出血量占总血容量 30% (大于 1 500 mL)^[4]。若患者出现意识模糊、烦躁不安, 少尿或无尿, 血压下降等, 应及时建立静脉通道, 迅速补充血容量及吸氧, 充分做好急救准备。

1.2.2 基础护理 (1) 预防感染: 因失血过多及长期卧床, 蛋白质大量丢失, 导致机体免疫力下降, 容易引发患者呼吸系统感染, 因此要严格规范无菌操作流程, 病室定期消毒, 保持室内空气流通。做好皮肤护理, 定时翻身并检查受压部位, 保持床单干净整洁, 以防压疮发生。同时加强口腔护理, 用清水或淡盐水漱口, 霉菌感染时用 2%~3% 的苏打水清洁口腔^[5]。(2) 饮食护理: 患者出血轻微或止血时间大于 24 h, 可指导患者进行清淡、温凉、少量的无刺激流质饮食; 明显出血或严重呕血时, 必须绝对禁食。随着病情的好转, 逐渐过渡到易消化、营养丰富、无刺激的半流质饮食。忌食生冷硬、油炸、粗纤维食物及辛辣刺激性食物。对酗酒患者, 应在治疗期间绝对禁酒, 同时帮助其戒酒; 定时定量, 少食多餐^[6]。(3) 体位护理: 患者因失血过多, 导致血压下降或波动较大、不稳等情况出现时, 应强制卧床休息。护理时应减少搬动, 保持床铺平整, 去枕平卧或侧卧位, 使患者头颈偏向一方, 保持呼吸道通畅, 避免呕吐物阻塞呼吸道; 同时抬高下肢, 定时翻身^[7]。(4) 药物治疗护理: 常用去甲肾上腺素 20 mg + 生理盐水 250 mL 给患者含服。并监督患者每 2 h 含服药液一次, 嘱缓慢咽下, 以达到局部止血的作用; 也可用 5% 的葡萄糖注射液 (糖尿病患者用生理盐水替代) + 垂体后叶素 50 U 静脉滴注止血, 以上两种治疗措施, 都需要随时密切监测患者血压的改变^[8]。

1.2.3 心理指导 上消化道出血患者常伴有烦躁、焦虑、恐惧、濒死等负面情绪, 治疗及预后效果不仅与病情轻重缓急有关, 也与患者的不同心理状态有着密切的关系。心理状态的变化起伏可引起副交感神经兴奋, 导致血管收缩, 从而加重出血, 导致心理状态和病情的恶性循环。此时护理人员应关心、安慰患者, 以温和的态度对待患者, 耐心疏导、解释和支持患者, 提高患者的认知水平和护患信任度。根据患者对疾病的认识程度及家庭经济状况, 适时满足患者的合理需求, 使他们感到舒

适、安全,从而减轻紧张、抑郁、恐惧心理^[9]。

1.2.4 健康教育 通过与患者面对面宣教、发放科普宣传手册、健康讲座、沙龙等形式告知患者治疗原则和护理目标,给患者及家属讲解相关疾病知识和日常生活注意问题。让患者掌握相关的急救知识,鼓励患者建立自信,消除悲观情绪,保持最佳心态,调动积极性,主动配合治疗。急性出血期,患者应绝对卧床休息;养成良好的生活方式和饮食习惯,合理安排工作和休息;戒烟酒、按时服药、定期复查、发现病情变化及时就诊^[10]。同时对一些可能诱发或加重溃疡甚至引起并发症的药物,如可的松、阿司匹林、保太松等,应禁用或慎用。

1.2.5 行为干预 告诫患者勿做使腹部压力升高的动作。当出现剧烈咳嗽或呕吐时,双手控按住腹部,防止腹部压力剧烈升高而引起出血,并及时辅以镇咳或止吐药物。遇便秘患者,排便勿用力过大,调整饮食或使用泻剂助排便。预防呼吸系统疾病,避免因剧烈咳嗽或打喷嚏引起腹压骤然升高而引起上消化道再出血。

1.3 疗效标准^[11] 临床治愈:1 周内吐血或黑便停止,大便隐血试验连续 3 d 阴性,出血伴随症状已明显改善;好转:1 周内吐血或黑便停止,大便潜血试验(±~+),出血伴随症状有所改善;无效:治疗 1 周后,出血不止,重度出血治疗 24 h 后无好转甚至加重,出血伴随症状也无改善或加重。总有效率=(治愈例数+好转例数)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 对数据进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

经临床治疗和护理,所有患者均取得良好的治疗效果。对照组总有效率为 80.00%,观察组为 96.67%,差异有统计学意义($P<0.05$),具体结果见表 1。

表 1 两组治疗后临床疗效情况对比

组别	<i>n</i>	治愈(<i>n</i>)	好转(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	总有效率(%)
观察组	30	25	4	1	96.67
对照组	30	15	9	6	80.00

3 讨 论

上消化道出血是一种常见的消化系统疾病,起病急、来势凶险、变化快、易造成失血性休克和循环衰竭而危及生命。上消化道出血的病因多且杂,肝硬化致门静脉高压症,胃及十二指肠溃疡,食管或胃底部静脉曲张,应激性溃疡(即消化道的黏膜性病变),胃部肿瘤以及过量吸烟酗酒均可引起上消化道出血。实施有效的止血治疗和针对性综合护理措施,能提高临床治疗效果,降低病死率。该病主要采用三腔二囊管、静脉用药止血、质子泵抑制剂、口服去甲肾上腺素、内镜下直接喷洒止血药物等。消化道出血患者易产生紧张焦虑和恐惧心理。对不同年龄段的患者给予针对性健康宣教及出院后的健康指导,通过及时的心理疏导、健康教育和行为干预可改善患者心理状态,从而更好的配合治疗和护理,促进疾病的康复。

心理疏导时护理人员应调整好情绪,以平稳的心境与患者

沟通,取得患者的信任,建立起良好的护患关系。向患者耐心解释可能出现的不适症状原因,以及心理状态的改变尤其是负性心理情绪对上消化道出血抢救、治疗和预后的影响。积极做好患者负性心理情绪的抚慰工作,以治疗护理效果较好的实例来消除患者焦虑和恐惧。加强健康教育和行为干预,针对不同年龄的患者,采取适合的健康教育方式,让患者认清自身病情、了解治疗和护理措施及康复过程中的注意事项。健康教育的护理干预可以提高患者治疗依从性,主动参与治疗、护理的全过程。上消化道出血的主要诱发因素为腹内压骤然升高。因此,控制各种因素所致的腹内压升高的行为干预具有极其重要的意义。护理人员应熟悉各种诱发因素,掌握行为干预的相关理论知识和措施,督促并培养患者定时排便习惯,减少便秘引起的腹内压升高。本研究结果显示,对照组总有效率为 80.00%,观察组为 96.67%,差异有统计学意义($P<0.05$)。可见心理疏导、健康教育及行为干预等一系列综合护理措施在上消化道大出血护理中具有重要意义。

综上所述,对于上消化道出血的患者,在常规护理的基础上,提供个性化的心理疏导、健康教育、行为干预,使患者能在相对稳定的情绪下接受治疗和护理,在一定程度上提高疾病的治疗效果,值得临床上推广应用。

参考文献

[1] 陈灏珠,林果为. 实用内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:1951.

[2] 尤黎明,吴瑛. 内科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:247-252.

[3] 唐建姣. 护理干预对急性上消化道出血的影响[J]. 当代护士:专科版,2011(4):16-17.

[4] 宋全玲. 肝硬化合并上消化道出血的急救护理[J]. 求医问药:学术版,2012,10(1):472-473.

[5] 徐桂玲,黄晓兰,王绪山. 肝硬化合并上消化道出血的护理分析[J]. 检验医学与临床,2013,10(16):2196-2196.

[6] 利友琼,钟素雯. 综合护理干预对上消化道出血患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(24):30-31.

[7] 江莉萍,汪友琴. 上消化道出血患者的内科护理[J]. 中国中医药咨讯,2010,1(2):239.

[8] 孙琼梅. 上消化道出血的观察与护理[J]. 检验医学与临床,2013,10(10):1322-1323.

[9] 陆萍静,刘轶欧,张立杰. 综合护理干预对急性上消化道出血患者焦虑的影响[J]. 吉林医学,2009,30(18):2077-2078.

[10] 李连华. 健康教育护理干预对上消化道出血患者的作用探讨[J]. 中国医药指南,2009,7(8):261-262.

[11] 中华人民共和国卫生部药政局. 上消化道出血的诊断分型及疗效标准[J]. 陕西中医,1990,22(2):98.