

肝硬化并发上消化道出血患者实施临床路径管理模式的效果研究

蔡雯静

西安交通大学第一附属医院-肝胆外科 陕西 西安 710000

摘要：目的：探讨肝硬化并发上消化道出血患者实施临床路径管理模式的临床效果。方法：选取2023年5月至2025年3月期间本院收治的72例肝硬化合并上消化道出血患者，经随机数字表法分为非路径组和路径管理组，各36例。非路径组根据患者消化道出血病情常规护理，路径管理组在非路径组基础上实施临床路径管理模式，对比两组止血情况、康复进展、并发症及满意度评分。**结果：**路径管理组治疗72h后止血成功率（97.22%）显著高于非路径组（75.00%），而失败率（2.78%）显著低于非路径组（25.00%）（ $P < 0.05$ ）。路径管理组止血时间（ 2.06 ± 0.39 d）、大便潜血转阴时间（ 3.26 ± 0.42 d）和总住院时间（ 4.15 ± 0.42 d）显著低于非路径组（ 2.56 ± 0.41 d、 5.58 ± 0.53 d、 6.01 ± 0.45 d）（ $P < 0.05$ ）。路径管理组并发症发生率（5.56%）显著低于非路径组（22.22%）（ $P < 0.05$ ）。路径管理组护理服务满意度评分（ 95.63 ± 1.23 分）显著高于非路径组（ 83.69 ± 1.42 分）（ $P < 0.05$ ）。**结论：**临床路径管理模式可有效提升患者止血成功率，加快患者止血及康复进程，降低并发症风险，并可提升患者护理服务满意度，应用价值较高。

关键词：肝硬化；上消化道出血；临床路径管理；止血效果；满意度

肝硬化是临床常见的肝病类型，属于慢性进行性肝病，发病早期机体可代偿肝功能异常，临床症状不显著，随着病情进展，逐渐进入失代偿期，引发肝肾综合征、上消化道出血等并发症，可危及患者生命安全。肝硬化并发上消化道出血具有发病急、进展快、出血量大等特征，需尽早诊断治疗，同时配合有效的护理支持，促进患者尽快止血，降低患者出血性休克、多脏器衰竭及死亡等不良预后风险^[1]。目前，临床领域已经建立了较为完善的护理模式，但是并发上消化道出血患者病情复杂，需进一步提升护理质量。临床路径管理模式是一种高效的护理管理模式，可为患者制定科学全面的临床护理决策，应用效果可靠，但是其用于该类患者的价值尚不明确^[2]。为此，本次研究选取2023年5月至2025年3月期间本院收治的72例肝硬化合并上消化道出血患者，对比分析了临床路径管理模式实施价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年5月至2025年3月期间本院收治的72例肝硬化合并上消化道出血患者，经随机数字表法分为非路径组和路径管理组，各36例。路径管理组，男22例，女14例，年龄42~69岁，平均（ 51.16 ± 4.13 ）岁；肝硬化病程1~9年，平均（ 5.19 ± 0.78 ）年，出血量110~875mL，平均（ 425.65 ± 69.65 ）mL。非路径组，男21例，女15例，年龄41~69岁，平均（ 51.25 ± 4.05 ）岁；肝硬化病程

1~9年，平均（ 5.19 ± 0.82 ）年，出血量107~881mL，平均（ 426.72 ± 68.38 ）mL。两组一般资料具有可比性（ $P > 0.05$ ）。本研究经院伦理委员会批准通过。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：（1）患者均符合《肝硬化食管，胃底静脉曲张及曲张静脉破裂出血预防和治疗的实践指南》^[3]关于肝硬化并发上消化道出血诊断标准；（2）患者均存在呕血、便血等症状；（3）年龄>19岁；（4）可正常沟通，认知功能正常；（5）无法配合治疗者；（6）患者均签署知情同意书。排除标准：（1）合并心脑血管疾病者；（2）合并其他肝病者；（3）合并血液系统、免疫系统疾病者；（4）存在溃疡等因素引发的上消化道出血者等；（5）患者临床资料缺失者；（6）失访者、死亡者等。

1.3 方法

非路径组根据患者消化道出血病情，监测患者水电解质状态，做好胃镜检查准备，并指导患者服用保肝药物，监测患者体征及生化指标变化，观察患者出血后止血情况，指导患者禁食，及时补液处理等常规护理。路径管理组在非路径组基础上实施临床路径管理模式：

1.3.1 建立路径小组

由护士长作为组长，选拔高年资护理人员、专科护理人员等作为组员，学习临床护理路径模式相关知识，并展开肝硬化、上消化道出血相关护理的针对性培训，查找相关文献资料，总结循证依据，并要求相关专家作

为技术指导，小组内讨论确定护理干预对策，制定临床护理路径表，根据患者的常见危险因素和循证护理要点，进一步完善管理措施。

1.3.2 个体评估与规范

全面评估患者病情状态，与主治医生沟通交流，分析患者的危险因素，了解患者主要治疗方案和护理支持需求，总结针对性护理措施，结合临床护理路径，制定患者个体化的护理路径，为患者制定治疗期间及后续护理计划。观察患者出血控制情况、肝功能状态等信息，灵活调整干预措施。

1.3.3 认知干预

梳理患者病情资料，与患者、家属沟通交流，了解其对该病的认知情况，根据其认知能力，讲解肝硬化的发病机制及其引发消化道出血的发展过程，引导患者和家属正确认识疾病，促进其重视疾病治疗。向患者和家属讲解治疗方案和注意事项，引导其题目，耐心回答其问题，纠正错误认识和理解。根据患者基础疾病，说明日常治疗重点，并主要调节饮食，减少消化道黏膜刺激。患者出院前，向患者讲解日常保健事项，指导患者注意机体营养状况，设计饮食方案，详细讲解用药事项，帮助患者设计日常用药计划，指导患者遵医嘱服药。

1.3.4 个体化干预

密切观察患者体征变化和相关治疗参数，做好床旁急救准备，检查药品、设备有无异常，及时更换。分析患者是否存在尿少、心悸、烦躁等循环状态异常，及时通知医生，尽快完成补液等治疗；合理评估出血量，及时补液或纠正血容量异常，谨防出血性休克。向患者说明出现乏力、头晕、烦躁等症状，应及时通知医护人员。止血后，指导患者尽量卧床休息，保持平卧姿势。及时清楚患者口内呕吐物，每日2~3次，生理盐水漱口，预防感染。

1.4 观察指标

1.4.1 疗效评价

治疗72h后胃镜探查止血情况，参照《急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南（2018）》^[4]评估患者止血成功率：胃镜探查可见出血灶出血停止，未见无活动性出

血灶，大便潜血阴性；止血失败：胃镜探查可见出血灶出血，或出现新的活动性出血灶。

1.4.2 康复进程监测

观察患者出血停止情况，统计止血时间。同时，追踪患者大便潜血转阴时间和总住院时间，对比两组康复进展。

1.4.3 并发症监测

追踪患者治疗后是否出现再出血情况，并观察患者是否出现电解质紊乱、吸入性肺炎、氮质血症等并发症，对比两组发生率。

1.4.4 护理满意度评估

采用纽卡斯尔护理服务满意度量表（NSNS），评估核心维度共4部分，分别为护理可及性、专业能力与态度、信息支持与沟通、情感支持与环境体验，总分0~100分，评分越高，则满意度越高。

1.5 统计学方法

采用SPSS20.0统计学软件分析所有数据，以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量资料，采用 t 检验；以 $[n（\%）]$ 表示计数资料，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 认为差异显著，有统计学意义。

2 结果

2.1 止血成功率比较

路径管理组治疗72h后止血成功率（97.22%）显著高于非路径组（75.00%），而失败率（2.78%）显著低于非路径组（25.00%）（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组止血效果比较[n(%)]

时间	<i>n</i>	止血成功率	止血失败率
路径管理组	36	35（97.22）	1（2.78）
非路径组	36	27（75.00）	9（25.00）
χ^2	—	5.023	5.023
<i>P</i>	—	0.016	0.016

2.2 康复进展比较

路径管理组止血时间（2.06±0.39d）、大便潜血转阴时间（3.26±0.42d）和总住院时间（4.15±0.42d）显著低于非路径组（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组康复进展比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

时间	<i>n</i>	止血时间（d）	大便潜血转阴时间（d）	总住院时间（d）
路径管理组	36	2.06±0.39	3.26±0.42	4.15±0.42
非路径组	36	2.56±0.41	5.58±0.53	6.01±0.45
<i>t</i>	—	4.039	5.036	5.626
<i>P</i>	—	0.018	0.014	0.011

2.3 并发症比较

路径管理组并发症发生率（5.56%）显著低于非路径

组（22.22%）（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 两组并发症发生率比较[n(%)]

时间	n	再出血	电解质紊乱	吸入性肺炎	氮质血症	合计
路径管理组	36	1 (2.78)	1 (2.78)	0	0	2 (5.56)
非路径组	36	3 (8.33)	2 (5.56)	1 (2.78)	2 (5.56)	8 (22.22)
χ^2	—	0.256	0.059	0.062	0.075	4.802
P	—	0.618	0.893	0.923	0.723	0.022

2.4 护理满意度比较 显著高于非路径组 (83.69±1.42分) ($P < 0.05$)。见表4。
路径管理组护理服务满意度评分 (95.63±1.23分) 显

表4 护理服务满意度评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	护理可及性	专业能力与态度	信息支持与沟通	情感支持与环境体验	合计
路径管理组	23.26±0.24	22.89±0.63	23.86±0.52	23.91±0.22	95.63±1.23
非路径组	20.41±0.43	21.01±0.35	21.02±0.39	22.01±0.43	83.69±1.42
t	4.829	4.057	4.542	4.639	6.015
P	0.021	0.023	0.023	0.021	< 0.001

3 讨论

肝硬化是高发的肝脏疾病，可引发肝性脑病、肝肾综合征等并发症，且肝硬化可引发三食管胃底静脉曲张，出血风险升高，因此患者容易并发上消化道出血，出血量较大且速度较快，可危及患者生命安全，需及时控制出血灶，降低患者出现休克、多脏器功能衰竭、氮质血症等并发症风险^[5]。

肝硬化患者食管胃底静脉曲张破裂后出血的病情复杂，护理要求进一步提升，因此需做好有效的护理支持，促进患者尽快止血，避免影响患者康复效果^[6]。但是，常规上消化道出血的临床护理模式较为统一，无法满足肝硬化患者复杂的个体化护理需求，需优化改进护理措施。临床护理路径是护理管理发展的新趋势，该模式对临床经验分析，结合患者个体化需求进行了护理措施整改，形成了一套综合化、标准化的干预方案^[7]。目前，临床护理路径的临床应用范围逐渐扩大，相关文献报道显示，该模式在上消化道出血患者护理中应用效果可靠，但是对于肝硬化并发症患者的效果尚不明确^[8]。为此，本次研究分析了临床路径管理模式应用情况，结果发现，路径管理组治疗72h后止血成功率 (97.22%) 显著高于非路径组 (75.00%)，而失败率 (2.78%) 显著低于非路径组，且路径管理组止血时间、大便潜血转阴时间和总住院时间显著低于非路径组，可知临床路径管理模式可有效加快患者止血速度，提升止血成功率，促进患者尽快康复离院。同时，本次研究还发现，路径管理组并发症发生率显著低于非路径组，可知临床路径管理可降低并发症发生率，有效降低了护理风险。此外，患者对于临床路径管理的应用效果较为满意，路径管理组护理服务满意度评分显著高于非路径组，提示该模式应用

效果可靠，患者认可度较高，值得推广应用。

综上所述，临床路径管理模式可有效提升患者止血成功率，加快患者止血及康复进程，降低并发症风险，并可提升患者护理服务满意度，应用价值较高。

参考文献

[1]陆蕴健,徐晓敏.临床路径管理模式在肝硬化合并上消化道出血患者护理中的应用[J].中外医学研究,2025,23(07):74-77.

[2]孙伯玉,郝君兰,左志萍,等.中西医结合临床护理路径对急性上消化道出血患者急诊救治时间及焦虑、抑郁状况的影响[J].河北北方学院学报(自然科学版),2024,40(06):30-33.

[3]徐国光(译),巫善明(校).美国肝病研究学会:肝硬化食管、胃底静脉曲张及曲张静脉破裂出血预防和治疗的实践指南[J].世界感染杂志,2008,8(6):105-108.

[4]《中华内科杂志》,《中华医学杂志》,《中华消化杂志》,等.急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2018)[J].中华消化杂志,2019,39(2):28-29.

[5]刘晶莲,王芳,原姗姗.基于循证医学的临床护理路径对肝硬化合并上消化道出血患者营养状况及预后的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(16):122-125.

[6]许素贞,王秋侠,孙春英.临床护理路径对消化道出血患者睡眠质量及生活质量的影响[J].心理月刊,2022,17(11):192-194.

[7]侯绪良,王佳,陈威,等.三种急危症24小时诊疗数据与临床路径标准的对比分析[J].中国急救医学,2022,42(04):293-297.

[8]张琳.临床护理路径建立对急性非静脉曲张性上消化道出血患者再出血及预后的影响[J].罕少疾病杂志,2022,29(02):111-112.