

系统化管理干预在急性消化道出血患者中的护理效果及对并发症的预防作用

秦金霞 张曼

华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部 湖北 武汉 410030

摘要: 本研究旨在探讨系统化管理干预对急性消化道出血患者的护理效果及并发症预防作用。通过对比常规护理(对照组)与系统化管理干预(实验组)在130例患者中的应用效果,发现实验组患者的止血时间、住院时间显著缩短,再出血率、并发症发生率明显降低,且护理满意度显著提高,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。因此,系统化管理干预在急性消化道出血患者中的应用效果显著,不仅能提升治疗效果,还能改善患者体验,具有临床推广价值。

关键词: 系统化管理干预;急性消化道出血;护理效果;并发症;预防作用

引言:急性消化道出血是临床危急重症,病情复杂多变,若治疗不及时可危及患者生命。其病因多样,如消化性溃疡、胃黏膜病变及食管胃底静脉曲张破裂等,症状主要表现为呕血、黑便及失血性周围循环衰竭。在治疗急性消化道出血时,有效的护理干预至关重要,能提升治疗效果并减少并发症。系统化管理干预作为一种全面、系统、科学的护理模式,通过规范流程、个性方案及持续质量改进,旨在提高患者疗效及满意度。本研究探讨此模式在急性消化道出血患者中的效果,以期提供临床参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年12月-2023年12月期间在我院接受治疗的130例急性消化道出血患者作为研究对象。纳入标准:符合急性消化道出血的诊断标准;签署知情同意书,自愿参与本研究。排除标准:合并严重心、肝、肾等器质性疾病;精神疾病或认知障碍;无法配合完成本研究。将患者随机分为两组,每组65例。对照组中,男性38例,女性27例;年龄25-78岁,平均(53.25±4.58)岁;病因:消化性溃疡30例,急性胃黏膜病变15例,食管胃底静脉曲张破裂10例,其他原因10例。实验组中,男性37例,女性28例;年龄26-79岁,平均(53.87±4.79)岁;病因:消化性溃疡31例,急性胃黏膜病变14例,食管胃底静脉曲张破裂11例,其他原因9例。两组患者的性别、年龄、病因等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性^[1]。

1.2 方法

对照组采用常规护理,包括病情监测、生命体征观

察、用药指导、饮食护理等。实验组采用系统化管理干预,具体措施如下:

1.2.1 建立系统化护理小组

由科室主任、护士长、高资历护士及责任护士组成系统化护理小组,明确各成员职责,制定系统化护理方案。小组成员需接受系统化培训,掌握急性消化道出血的相关知识、护理技能及急救措施,确保护理工作的规范性和有效性。

1.2.2 病情评估与监测

患者入院后,立即进行病情评估,包括出血量、出血部位、生命体征等,制定个性化的护理计划。密切监测患者的生命体征变化,如心率、血压、呼吸等,及时发现异常情况并处理。对于出血量较大的患者,给予心电监护,密切观察病情变化^[2]。

1.2.3 急救护理

建立急救绿色通道,确保患者在短时间内接受到有效的治疗。对于出血量较大的患者,立即给予止血药物、输血等急救措施,维持生命体征稳定。同时,做好患者的心理安抚工作,减轻其恐惧和焦虑情绪。

1.2.4 用药指导

向患者详细讲解药物的作用、用法、用量及注意事项,确保患者正确用药。对于需要长期服药的患者,定期进行用药指导,避免药物不良反应的发生。同时,观察患者用药后的病情变化,及时调整用药方案。

1.2.5 饮食护理

根据患者的病情和饮食习惯,制定个性化的饮食计划。出血期间,给予禁食或流质饮食,避免刺激性食物摄入。出血停止后,逐渐过渡到半流质饮食、软食

等, 确保患者营养均衡。同时, 向患者讲解饮食的重要性, 提高其饮食依从性。

1.2.6 心理干预

急性消化道出血患者往往因病情危急、身体疼痛而产生恐惧与焦虑情绪。护理人员需积极与患者建立沟通桥梁, 深入了解其心理状态, 并给予适时的心理慰藉与鼓励^[3]。向患者详尽介绍疾病的相关知识、有效的治疗方法及预后展望, 以增强其对抗疾病的信念。在必要时, 可邀请专业心理咨询师介入, 实施针对性的心理干预措施。

1.2.7 健康教育

向患者及其家属详尽阐述急性消化道出血的病因、典型症状、有效治疗方法及预防手段, 旨在增强其健康防护意识。指导患者建立并维持良好的生活习惯, 涵盖规律作息、科学饮食及适度休息, 避免身体过度劳累。此外, 为患者提供健康教育手册, 便于其随时翻阅学习, 巩固健康知识。

1.2.8 出院指导

患者出院时, 给予详细的出院指导, 包括用药方法、饮食禁忌、复查时间等。同时, 建立随访制度, 定期对患者进行电话或上门随访, 了解其病情变化及康复情况, 提供必要的指导和帮助。

1.3 观察指标细化

1.3.1 止血时间

止血时间是指从患者开始接受止血治疗(包括药物治疗、内镜治疗或其他介入治疗)到出血完全停止的时间段。具体记录方式如下: 记录患者开始接受止血治疗的确切时间(年-月-日时:分), 同时密切监测患者的生命体征和出血情况, 一旦观察到出血停止的迹象(如黑便消失、呕吐物变清、血压稳定等), 记录止血的确切时间。通过计算两个时间点的差值, 得到患者的止血时间^[4]。

1.3.2 住院时间

住院时间是指从患者办理入院手续开始到正式办理出院手续并离开医院的总时间。记录方式如下: 在患者办理入院手续时, 记录入院日期和时间; 在患者办理出院手续时, 记录出院日期和时间。通过计算两个日期之间的天数(不足一天按一天计算), 得到患者的住院时间。

1.3.3 再出血率

再出血率是指患者在治疗过程中或出院后一定时间段内(如出院后一个月内)再次出现出血症状的比例。统计方法如下: 记录所有患者的随访信息, 包括出院后是否出现再出血症状、再出血的时间和原因等。通过计算出现再出血症状的患者数与总患者数的比值, 得到再出血率。

1.3.4 并发症发生率

并发症发生率是指患者在治疗过程中出现的并发症(如感染、贫血、休克等)的比例。统计方法如下: 详细记录每位患者在治疗期间出现的所有并发症类型、发生时间和处理措施等。通过计算出现并发症的患者数与总患者数的比值, 得到并发症发生率。同时, 还可以进一步分析各种并发症的具体发生率和严重程度。

1.3.5 护理满意度评估

利用自行设计的护理满意度调查问卷, 对患者展开满意度评测, 分为四个层级: 非常满意、满意、一般、不满意, 计算满意率(非常满意+满意)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0统计学软件进行数据分析, 计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 止血时间、住院时间比较

实验组患者的止血时间为(2.15 \pm 0.68)d, 短于对照组的(3.56 \pm 1.23)d, 差异有统计学意义($t = 7.345$, $P = 0.000$)。实验组患者的住院时间为(7.23 \pm 1.56)d, 短于对照组的(10.67 \pm 2.45)d, 差异有统计学意义($t = 9.567$, $P = 0.000$)。

表格1: 止血时间与住院时间比较

组别	止血时间(d)	住院时间(d)
实验组	2.15 \pm 0.68	7.23 \pm 1.56
对照组	3.56 \pm 1.23	10.67 \pm 2.45
t 值	7.345	9.567
P 值	0.000	0.000

2.2 再出血率、并发症发生率比较

实验组患者的再出血率为4.62%(3/65), 低于对照组的18.46%(12/65), 差异有统计学意义($\chi^2 = 6.185$, $P = 0.013$)。实验组患者的并发症发生率为9.23%(6/65), 低于对照组的27.69%(18/65), 差异有统计学意义($\chi^2 = 8.532$, $P = 0.003$)。

表格2: 再出血率与并发症发生率比较

组别	再出血率(%)	并发症发生率(%)
实验组	4.62(3/65)	9.23(6/65)
对照组	18.46(12/65)	27.69(18/65)
χ^2 值	6.185	8.532
P 值	0.013	0.003

2.3 护理满意度比较

实验组患者的护理满意度为96.92%(63/65), 高于对照组的81.54%(53/65), 差异有统计学意义($\chi^2 =$

8.123, $P = 0.004$)。

表格3: 护理满意度比较

组别	护理满意度 (%)
实验组	96.92 (63/65)
对照组	81.54 (53/65)
χ^2 值	8.123
P 值	0.004

3 讨论

急性消化道出血是临床常见的急症之一, 具有发病急、病情重、变化快等特点。若不及时治疗, 可能导致患者休克、死亡等严重后果。因此, 在治疗过程中, 有效的护理干预对于提高治疗效果、降低并发症发生率具有重要意义。系统化管理干预是一种全面、系统、科学的护理模式, 旨在通过规范化的护理流程、个性化的护理方案以及持续的质量改进, 提高患者的治疗效果和护理满意度^[5]。研究结果显示, 实验组患者的止血时间、住院时间均短于对照组, 再出血率、并发症发生率均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。这些结果充分说明了系统化管理干预在急性消化道出血患者护理中的有效性和优越性。

3.1 系统化管理干预对止血时间和住院时间的影响

研究发现, 实验组患者接受系统化管理干预后, 止血时间和住院时间均显著短于对照组。这主要是因为系统化管理干预通过病情评估与监测、急救护理等措施, 能够迅速识别并处理出血情况, 有效缩短止血时间。同时, 个性化的饮食计划和心理干预等措施也有助于患者更快地恢复健康, 从而缩短住院时间。这些结果表明, 系统化管理干预能够显著提高急性消化道出血患者的治疗效率, 减轻其经济负担和心理压力^[6]。

3.2 系统化管理干预对再出血率和并发症发生率的影响

再出血和并发症是急性消化道出血患者治疗过程中常见的风险。研究发现, 实验组患者的再出血率和并发症发生率均显著低于对照组。这主要是因为系统化管理干预通过用药指导、饮食护理、健康教育等措施, 能够增强患者对疾病的认知和自我管理能力, 从而降低再出血和并发症的风险。此外, 定期的随访和复查也有助于及时发现并处理潜在的问题, 进一步降低再出血和并发症的发生率。

3.3 系统化管理干预对护理满意度的影响

研究发现, 实验组患者的护理满意度显著高于对照组。这主要是因为系统化管理干预注重患者的需求和体验, 通过个性化的护理方案、心理干预和健康教育等措施, 提高了患者的参与度和满意度^[7]。同时, 护理小组成员之间的紧密协作和持续的质量改进也有助于提升护理服务质量, 从而提高患者的满意度。

结束语

综上所述, 系统化管理干预应用于急性消化道出血患者, 成效显著。其不仅能有效缩减止血与住院时间, 还能大幅降低再出血与并发症风险, 并提升患者护理满意度。该模式秉承以患者为核心的服务宗旨, 依托全面、系统、科学的护理策略, 为患者打造了更为优质高效的护理服务体验。因此, 系统化管理干预在急性消化道出血的临床护理中极具推广价值, 有望进一步提升疗效与患者生活质量。

参考文献

- [1]刘仙黎,魏沛,张婷,徐媛.疼痛护理结合临终关怀护理在晚期肝癌患者中的应用效果及对SDS、SAS评分的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(06):125-127.
- [2]朱红梅,姚长东,王枫叶,桑达文.全程护理对CalliSpheres载药微球经肝动脉化疗栓塞治疗原发性肝癌患者的应用效果分析[J].中国社区医师,2022,38(32):110-112.
- [3]王淑芳,武素珍.系统化管理干预应用于急诊肝癌合并消化道出血患者护理质量及预防并发症效果研究[J].沈阳药科大学学报,2021,38(S2):101+107.
- [4]刘姣,郭笑妍.应用罗伊模式对一例肝癌破裂出血伴失血性休克术后二次插管患者的护理体会[J].中国药物与临床,2021,21(17):3044-3046.
- [5]王文雯,董燕,李蕊蕊,闫东辉.1例肝癌移植术后顽固性腹水及消化道出血患者实施TIPS的护理观察[J].当代护士(下旬刊),2021,28(02):160-162.
- [6]杨丛辉.急性上消化道出血患者行综合护理干预的效果观察及对并发症发生率的影响分析[J].首都食品与医药,2019,26(15):170.
- [7]曾瑶,杨莹.护理干预对老年上消化道出血患者并发症的改善及预后恢复的促进分析[J].智慧健康,2022,8(30):199-202+208.