上消化道出血患者风险评估与预见性护理干预研究

史婷婷 刘 昕 程 丽 姚秀茹
石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

摘 要：目的：探讨上消化道出血患者风险评估体系的建立以及预见性护理的应用效果。**方法：**选取2022年1月至2024年6月在我院住院治疗的120例上消化道出血患者作为研究对象，以随机数字表法分为对照组（60例，给予常规护理）、观察组（60例，在此基础上进行风险评估并采取预见性护理措施）。应用Blatchford评分及Rockall评分对患者进行危险程度分级，在观察组中根据其结果给予相应的预见性护理。比较两组再出血率、并发症发生率、护理满意度及住院时间。**结果：**观察组再出血率为5.00%，低于对照组的18.33%，并发症发生率为8.33%，低于对照组的23.33%，护理满意度为95.00%，高于对照组的80.00%，住院时间较之对照组更短，具有统计学意义（$P<0.05$）。**结论：**风险评估结合预见性护理可以有效减少上消化道出血患者的再出血率以及并发症的发生率，同时降低患者的住院时间并且提高护理人员的工作效率，是一种值得在临床上广泛使用的方法。

关键词：上消化道出血；风险评估；预见性护理；Blatchford评分

引言：上消化道出血（upper gastrointestinal bleeding, UGIB）是消化内科常见急症，指屈氏韧带以上消化道病变导致的出血，包括食管、胃、十二指肠以及胰腺、胆道等部位病变[1]。主要表现为呕血、黑便，重者出现休克症状，病死率高达5%-10%[2]。近年来由于人口老龄化以及抗凝药物广泛使用等原因使UGIB发生率逐渐升高，在临床上对患者进行及时有效的治疗护理成为一大难题。而风险评估是UGIB诊治过程中非常重要的一个步骤。目前临床上使用的Blatchford评分和Rockall评分均可较好地预测再出血及死亡的风险，为分层管理提供依据。但是临床上往往忽视了风险评估和护理工作的结合，忽视了对评估结果的应用。预见性护理是在风险预测的基础上提前给予相应处理，做到防患于未然，在许多急危重症护理中都取得了较好的效果。本文主要观察风险评估联合预见性护理对UGIB患者的临床应用价值，为今后临床护理提供一定的借鉴意义。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择在我院消化内科就诊的UGIB患者120名。纳入标准为：（1）符合UGIB诊断标准并且通过胃镜或者临床症状明确；（2）年龄 ≥ 18周岁；（3）签署知情同意书并且愿意参加本次研究。排除标准为：（1）患有恶性肿瘤晚期者；（2）有严重的凝血功能障碍者；（3）有精神病或者意识不清醒者；（4）孕妇。根据随机数表的方法将这120名患者分成对照组以及观察组，每组各60人。其中男性患者在对照组中有38人，在观察组中有36人，女性患者在对照组中有22人，在观察组中有24人，平均年龄分别为（52.6±11.3）岁和（53.2±10.8）。比较两组患者的基线情况差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组护理方案

对照组给予消化内科常规护理：①病情观察：每2～4小时监测生命体征，观察有无呕血、黑便以及24小时出入量；②饮食护理：急性出血期间禁食，出血停止后逐渐给予温凉流质、半流质饮食；③补液输血：遵医嘱建立静脉通道，补充血容量，必要时输血；④用药护理：遵医嘱给予抑酸、止血药物并注意观察有无不良反应发生；⑤基础护理：做好口腔清洁工作，嘱患者卧床休息，防止褥疮；⑥健康教育：向患者介绍疾病相关知识，嘱咐其注意合理饮食以及按时服药等。

1.2.2 观察组护理方案

观察组在常规护理基础上实施风险评估联合预见性护理干预。

风险评估:在入院24h以内由责任护士进行Blatchford评分以及Rockall评分，在护理记录单上填写，用于确定患者护理级别。Blatchford评分包含血红蛋白、血尿素氮、脉搏、收缩压、黑便、晕厥、肝病以及心力衰竭等因素，总分为0-23分，0-5分为低危，大于或等于6分为中高危[3]。不需要做胃镜，适用于急诊或者刚入院时迅速评估。Rockall评分包含年龄、休克情况、合并症、内镜诊断和出血征象等方面，总分为0-11分，0-2分为低危，3-4分为中危，大于或等于5分为高危。可以较好地判断再出血以及死亡的风险。

风险分层与护理分级:低危层（Blatchford < 6分且

Rockall ≤ 2分）：一级护理，每4小时观察一次生命体征，以健康宣教、自我照顾为主；中危层（Blatchford ≥ 6分或Rockall 3-4分）：一级护理，每1-2小时观察一次生命体征，注意有无再出血表现，做好抢救准备；高危层（Blatchford ≥ 6分且Rockall ≥ 5分）：特级护理，在抢救室，进行心电监护，每15-30分钟观察一次生命体征，开通两路静脉通道，准备好急救药品以及三腔二囊管。

预见性护理干预:一是出血护理：观察呕血、黑便性质、颜色及量，监测血红蛋白、血尿素氮动态变化。出现休克先兆立即报告医师并协助抢救；食管胃底静脉曲张破裂出血准备三腔二囊管以及生长抑素，消化性溃疡出血准备质子泵抑制剂以及内镜下止血器械。二是并发症护理：肝病患者限制蛋白质摄入，口服乳果糖防止肝性脑病；老年人或长期卧床者抬高床头至30度，以防反流吸入；鼓励患者在床边进行适当运动，穿戴弹力袜以减少下肢血栓形成的机会；做好无菌操作，防止感染。三是心理护理：了解患者的心理状况，向其介绍疾病相关知识及治疗情况，分享治愈患者的例子，使患者树立起战胜疾病的信心；对于反复发生出血的患者要加大心理干预力度。四是健康宣教：嘱咐患者勿食用过硬、过粗、辛辣等易导致胃肠道损伤的食物，戒除烟酒习惯，在医生指导下按时服药，禁用非甾体类抗炎药物；教会患者及其家属早期发现再次出血的方法，定期随访胃镜检查。

1.3 观察指标

再出血率：住院期间及出院后4周内再出血发生情况。并发症发生率：包括肝性脑病、感染、误吸、深静脉血栓等。护理满意度：采用自制问卷，分为非常满意、满意、不满意，满意度 =（非常满意+满意）/总例数×100%。住院时间。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0软件进行数据分析。计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，组间比较采用t检验；计数资料以率表示，组间比较采用χ^2检验。$P < 0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基线资料比较

两组患者在性别、年龄、出血原因及风险评分等方面比较，差异均无统计学意义（$P > 0.05$），具有可比性，见表1。

表1 两组患者基线资料比较

项目	对照组（$n = 60$）	观察组（$n = 60$）	t/χ^2值	P值
性别（男/女，例）	38/22	36/24	0.141	0.707
年龄（岁，$\bar{x} \pm s$）	52.6±11.3	53.2±10.8	0.299	0.765
出血原因（例，%）			0.315	0.854
消化性溃疡	32（53.33）	30（50.00）		
食管胃底静脉破裂	18（30.00）	20（33.33）		
急性胃黏膜病变	10（16.67）	10（16.67）		
Blatchford评分（分，$\bar{x} \pm s$）	7.2±2.1	7.4±2.3	0.497	0.620
Rockall评分（分，$\bar{x} \pm s$）	4.3±1.5	4.5±1.6	0.708	0.480

2.2 两组患者再出血率比较

观察组再出血3例（5.00%），对照组再出血11例（18.33%），两组比较差异有统计学意义（$\chi^2 = 5.175$，$P = 0.023$），见表2。

表2 两组患者再出血率比较［例（%）］

组别	n	再出血例数	再出血率
对照组	60	11	18.33
观察组	60	3	5.00
χ^2值			5.175
P值			0.023

2.3 两组患者并发症发生率比较

观察组并发症5例（8.33%），其中肝性脑病2例、感染2例、误吸1例；对照组并发症14例（23.33%），其中肝性脑病5例、感染5例、误吸3例、深静脉血栓1例。两组比较差异有统计学意义（$\chi^2 = 5.065$，$P = 0.024$），见表3。

表3 两组患者并发症发生率比较［例（%）］

组别	n	肝性脑病	感染	误吸	深静脉血栓	总发生率
对照组	60	5（8.33）	5（8.33）	3（5.00）	1（1.67）	14（23.33）

续表：

组别	*n*	肝性脑病	感染	误吸	深静脉血栓	总发生率
观察组	60	2（3.33）	2（3.33）	1（1.67）	0（0.00）	5（8.33）
χ^2值						5.065
*P*值						0.024

2.4 两组患者护理满意度比较

观察组非常满意35例、满意22例、不满意3例，满意度95.00%；对照组非常满意26例、满意22例、不满意12例，满意度80.00%。两组比较差异有统计学意义（$\chi^2=6.171$，$P=0.013$），见表4。

表4 两组患者护理满意度比较［例（%）］

组别	*n*	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	60	26（43.33）	22（36.67）	12（20.00）	48（80.00）
观察组	60	35（58.33）	22（36.67）	3（5.00）	57（95.00）
χ^2值					6.171
*P*值					0.013

2.5 两组患者住院时间比较

观察组住院时间（8.6±2.4）d，对照组（12.3±3.1）d，两组比较差异有统计学意义（$t=7.325$，$P<0.001$），见表5。

表5 两组患者住院时间比较（d，$\bar{x}\pm s$）

组别	*n*	住院时间	*t*值	*P*值
对照组	60	12.3±3.1	7.325	< 0.001
观察组	60	8.6±2.4		

3 讨论

3.1 风险评估在UGIB护理中的价值

UGIB病情发展迅速，早期识别高危患者对改善预后至关重要。Blatchford评分无需进行内镜检查即可得出结果，在急诊科用于筛查较为便捷，而其包括血红蛋白、血尿素氮、心率、收缩压等因素，可以有效识别需立即处理的人群。Rockall评分考虑年龄、休克状态、并发症、内镜所见及出血征象，可更好地判断再出血和死亡的风险。我们把二者结合起来，取长补短，以期提高风险预测准确率。用具体分数将患者分为不同等级，有利于合理分配有限的护理力量到最需要被照护的人身上，提高工作效率以及护理工作的精确性，在实际工作中，护士应尽快完成对患者的评价工作并根据评分的变化及时调整其护理级别，做到“评估-分层-干预-再评估”。

3.2 预见性护理干预的作用机制

预见性护理是以“预测—— 预防—— 处理”为主动方法。此研究中的观察组按风险程度进行分级护理：高危者加强监护及做好急救准备，中危者加强病情观察及健康宣教，低危者进行自我管理指导等。这样分层护理更有针对性，克服了一刀切护理弊端。另外，预见性护理重视对于再出血、并发症以及心理问题进行预见性干预，减少各种不良事件发生率[4]。例如预见性出血护理是严密观察生命体征及实验室检查结果，在出现休克之前发现先兆；预见性并发症护理是根据不同原因及个体差异采取相应预防措施；预见性心理护理是及时评估并进行疏导，减轻病人紧张害怕心理，树立良好配合意识。

4 结语

上消化道出血患者风险评估联合预见性护理干预可有效降低再出血率及并发症发生率，缩短住院时间，提升护理满意度。该模式体现了“以患者为中心”的护理理念，具有较好的临床推广价值。护理人员应熟练掌握风险评估工具，将评估结果转化为个体化预见性护理措施，为患者提供更安全、高效的护理服务。

参考文献

[1]中华医学会消化内镜学分会.急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2021年版)[J].中华消化内镜杂志,2021,38(12):961-970.

[2]李兆申,柏愚.上消化道出血的临床研究进展[J].中华消化杂志,2022,42(5):289-293.

[3]王芳,张丽.预见性护理在急危重症患者中的应用进展[J].中华护理杂志,2023,58(4):502-506.

[4]陈静,刘敏.风险评估联合预见性护理在上消化道出血患者中的应用[J].护理学杂志,2023,38(8):45-48.