

# 探讨临床路径对胃十二指肠溃疡患者护理中的应用效果

程 千

中国人民解放军中部战区总医院消化内科

**【摘要】**目的：研究临床路径护理在胃十二指肠溃疡患者中的应用效果。方法：选取2021年1月-2021年12月在我院诊治的80例胃十二指肠溃疡患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组和观察组，各40例。对照组采用常规护理，观察组实施临床路径护理。比较两组患者护理满意度、住院时间、住院费用的区别。结果：观察组护理满意度为97.5%，高于对照组的82.5%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组住院时间、住院费用均小于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：胃十二指肠溃疡患者给予临床护理路径，可提高护理满意度，缩短住院时间，减少住院费用，一定程度减轻患者经济负担，适合临床推广。

**【关键词】**临床护理路径；胃十二指肠溃疡；护理满意度；影响

## 引言

临床路径（Clinical Pathway, CP）是以循证医学依据为基础，针对某些疾病建立一套标准化治疗模式与诊疗计划<sup>[1]</sup>。胃十二指肠溃疡是指发生于胃和十二指肠的消化性溃疡。细菌感染、应激、长期服用非甾体类抗炎药、胃酸分泌过多等因素为该病的基础病因，其中幽门螺杆菌（Hp）感染是其主要病因。Hp可增强侵袭因素，还可损伤胃肠黏膜的防御/修复能力，可对胃肠功能造成严重损伤，三联或四联疗法为Hp根除治疗的常用治疗方式<sup>[2]</sup>。临床路径于美国率先应用于临床医疗工作<sup>[3-4]</sup>。我国从2009年以来开始在医学领域开展慢性病临床路径，这针对某个特定疾病标准化诊疗流程对规范临床治疗发挥了重要作用<sup>[5]</sup>。本文以胃十二指肠溃疡为例，通过探讨该病种在临床路径护理模式下，患者的护理满意度、平均住院时间、住院费用的影响，现介绍如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我院2021年1月至2021年12月收治的80例胃十二指肠溃疡患者为研究对象，每组40例。对照组年龄24~66岁，平均（ $47.67 \pm 3.64$ ）岁；病程2~8年，平均（ $5.36 \pm 1.23$ ）年。观察组年龄22~68岁，平均（ $48.11 \pm 3.95$ ）岁；病程2~9年，平均（ $5.72 \pm 1.03$ ）年。两组的一般资料无显著差异（ $P > 0.05$ ）。本研究已经过伦理委员会批准；患者及家属均了解本次研究内容。纳入标准：符合日本《消化性溃疡循证临床实践指南（2015年）》解读<sup>[6]</sup>中的相关诊断标准，且经胃镜检查确诊；无其他消化系统疾病；认知正常，无精神疾病；依从性高。排除标准：存在重要器官严重功能障碍；无法正常沟通交流；配合度差；存在血液系统、免疫缺陷、呼吸系统疾病；近期有腹部手术史。

### 1.2 方法

两组患者入院后均给予统一的治疗方案。口服兰索拉唑，15 mg/次，2次/d；口服阿莫西林，25 mg/次，2次/d。对照组采用常规护理：包括入院宣教、心理指导、用药宣教。观察组患者在此基础上给予临

床路径护理方式。观察组实施临床路径护理，具体如下。

1.2.1 成立临床路径护理小组：由1名护士长、2名医生、6名护士组成，共同结合胃十二指肠溃疡诊治的相关文献和护理资料，制定全面的临床路径护理计划表，包括入院时、治疗中、治疗后，3个时间段。所有护理人员实行护理前培训，培训结束通过考核后再开展护理计划。

1.2.2 护理计划实施：（1）入院时：入院后向患者和家属介绍住院环境、主治医生、责任护士，告知有任何疑问可随时与责任护士沟通。责任护士对患者进病情评估，遵医嘱指导患者进行常规检查和诊断。采用一对一访谈方式了解患者心理情绪和疾病认知现状，及时纠正错误认知。停药后季节更替等溃疡高发期可适当服用雷尼替丁、甲硝唑等药物作预防治疗，防止复发；告知患者避免使用糖皮质激素类、阿司匹林类等溃疡诱发药物<sup>[7]</sup>。指导患者规律作息，杜绝过度疲劳、饮食无规律等诱发因素，餐具避免混用，且需每日进行消毒处理，避免幽门螺旋杆菌交叉感染。（2）治疗中：根据医嘱指导患者了解用药方法，注意事项以及不良反应。对焦虑抑郁等负面情绪的患者及时开导调整，及时去除不良情绪。同时依据患者个体差异，为每位患者建立档案，详细显示患者的病情、个体差异，最大程度的了解患者的生活和饮食习惯。急性期患者给予温和、无刺激、易消化类的流食或半流食，禁止浓茶、咖啡的摄入，限制牛奶、肉汤、鱼汤摄入，尽量避免食用生姜、生葱、生蒜、山楂、柠檬等刺激性食物，减少粗粮等粗硬纤维的摄入；愈合期患者多食用偏碱性食物（如豆角、菠菜、苜蓿）、含维生素V与锌元素的食物（如卷心菜、紫菜、虾），加速溃疡的愈合；恢复期患者可过渡到正常饮食，但控制辛辣刺激食物的摄入；溃疡高发期可适当食用富含B族维生素的水果（如梨、香蕉、桃子）预防疾病；同时，过敏体质者需注意避免过敏原食物的摄入，反酸、呕吐者多进食高维生素、低碱食物<sup>[8-9]</sup>。同时组织病房患者多讲解成功病例，增强患者治疗自信心，提高患者的积极配合度和治疗依从性。

（3）治疗后：依据患者实际情况，制定科学合理饮食计划，确保营养平衡。以病房为单位建立微信群，每天定期推送胃十二指肠溃疡疾

病知识,提高患者自我护理能力,并在特定的1h内解答患者疑问,促进护患沟通,确保护理顺利进行。对于部分认知水平较差患者给予术后个别指导,以促进患者的康复。加强腹部体征的观察,强调遵医嘱用药的重要性,讲解用药方案、用法用量及使用频次,监测用药期间药物不良反应,一旦出现不适及时向医护人员反馈,并配合医生给予积极处理。主动与患者家属积极沟通,对其存在的疑问进行耐心的解答,并指导家属多给予患者关心,例如聊天、共同学习术后护理等,给予患者心理支持,提高患者的生理和心理舒适度。

### 1.3 观察指标

观察两组患者的护理满意度及两组住院时间和住院费用。

### 1.4 统计学方法

应用统计学软件 spss22.0 对资料进行分析处理,计量资料( $\bar{x} \pm s$ )与计数资料(%),分别应用 t、 $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组护理满意度比较:观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 比较两组护理满意度(n, %)

组别	n	非常满意	较满意	不满意	满意度
观察组	40	32 (80.00)	7 (17.50)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	28 (70.00)	5 (12.50)	7 (17.50)	33 (82.50)
$X^2$		1.067	0.392	5.000	5.000
p		0.302	0.531	0.025	0.025

2.2 两组住院时间和住院费用比较:观察组住院时间、住院费用均小于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组住院时间和住院费用( $\bar{x} \pm s$ )

组别	N	住院时间(d)	住院费用
观察组	40	7.23 ± 0.67	7203.69 ± 501.54
对照组	40	9.30 ± 1.02	9307.91 ± 490.71
t		16.505	9.763
p		0.001	0.016

## 3 结论

临床路径的概念雏形于1974年提出,是指医疗健康机构的多学科专业人员共同制定的、针对某一特定疾病或手术的标准化诊疗计划,其目的在于将某种疾病或者手术所涉及的关键检查、治疗、护理等活动规范化,从而使患者在正确的时间和地点得到正确的诊疗服务<sup>[10]</sup>。本研究结果显示,临床路径护理干预的应用有提高患者的护理满意度,观察组护理满意度为97.5%,高于对照组的82.5% ( $P < 0.05$ ),分析原因认为,对照组采取口头叮嘱患者提高康复信心,关注日常饮食、规避疾病诱发因素等措施,其护理干预过于仓促,患者接收率差,限制了护理干预的执行,患者护理依从性低,康复进度缓慢。观察组通过临床路径护理方式一方面强调疾病的危害性及复发预防、饮食干预的重要性,引起患者的重视,通过考核使患者能够巩固疾病相关知识,

提高自身健康意识;另一方面,分析疾病诱发因素,给予针对性健康教育,通过行为改变及饮食调整来恢复健康水平,从根本上唤醒患者的自护意识<sup>[11]</sup>。饮食护理方面,依据患者的临床症状、病情为其制订科学合理的饮食计划,急性期给予温和、无刺激、易消化的流食或半流食,愈合期多食用偏碱性、含维生素V与锌的食物,中和胃酸,加速溃疡愈合,预防期食用富含B族维生素的水果避免溃疡复发,整个围护理期饮食计划符合疾病康复曲线,可有效保护胃黏膜,避免外界因素刺激,加速康复,因此观察组患者的症状恢复时间短,护理满意度高,住院费用低。临床路径护理以患者为核心,注重患者的感受,并每天有效开展护理计划,重视护患之间有效交流,从而可促进良好关系建立。此外,观察组住院时间、住院费用均小于对照组( $P < 0.05$ ),表明临床路径护理可缩短住院时间,减少住院费用,说明于临床路径的护理方式具有推广意义。

### 参考文献:

- [1] 临床路径释义专家组. 临床路径释义[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2012.
- [2] 国家消化系统疾病临床医学研究中心(上海), 国家消化道早癌防治中心联盟, 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组, 等. 中国居民家庭幽门螺杆菌感染的防控和管理专家共识(2021年)[J]. 中华消化杂志, 2021, 41(4): 221-233.
- [3] VANHAECHT K, OVRETVEIT J, ELLIOTT M J, et al. Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate?[J]. Eval Health Prof, 2012, 35(1): 28-42.
- [4] KINSMAN L, ROTTER T, JAMES E, et al. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate[J]. BMC Med, 2010, 8: 31.
- [5] 辛希锋, 王斌. 临床路径在先天性心脏病介入治疗中的应用评价[J]. 吉林医学, 2019, 4: 895-896.
- [6] 刘文忠. 日本《消化性溃疡循证临床实践指南(2015年)》解读[J]. 胃肠病学, 2016, 21(3): 129-137.
- [7] 黎林果, 吴宗英, 刘华柱. 四联HP根除治疗对十二指肠溃疡患者胃排空功能及HSP60、TNF- $\alpha$ 的影响[J]. 陕西医学杂志, 2019, 48(09): 1209-1211.
- [8] 鹿燕. 胃溃疡患者加强饮食护理干预的效果分析[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(2): 316-318.
- [9] 邵志贤. 综合护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响效果观察[J]. 中国医药指南, 2018, 16(5): 218.
- [10] STECKELBERG R C, FUNCK N, KIM T E, et al. Adherence to a multimodal analgesic clinical pathway: a within-group comparison of staged bilateral knee arthroplasty patients[J]. Reg Anesth Pain Med, 2017, 42(3): 368-371.
- [11] 夏莉莉. 消化性溃疡患者自我护理能力及其影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(12): 1441-1443.