

重症监护室急性消化道大出血患者的护理配合

郭瑾婷

自贡市第一人民医院 四川自贡 643000

【摘要】目的：探究治疗重症监护室急性消化道大出血患者应采取的护理配合。**方法：**随机抽取 2021 年 2 月到 2022 年 2 月于我院重症监护室进行治疗的患者 60 例；按照人数将其均分为观察组和对照组；对照组采取常规措施，观察组采取护理干预；对比两组患者治疗成功率、出血量、止血时间、SDS、SAS。结果：观察组患者的治疗成功率、出血量、止血时间、SDS 和 SAS 评分均显著优于对照组， $P < 0.05$ 。**结论：**进行积极的护理干预能够降低重症监护室急性消化道大出血患者的生命危险。

【关键词】重症监护室；急性消化道大出血；护理

急性消化道大出血分为上消化道大出血、下消化道大出血；重症监护室中患者发生急性消化道大出血原因较为复杂，患者长期不规律的饮食习惯、患者自身具备肝硬化、胃黏膜损害等等为急性消化道大出血的相关因素，其发病机制极为复杂，对其发病机制的揭示在学界中还存在争议^[1]。急性消化道大出血症状发展较为隐匿，当发展为患者呕血、便血的情况则十分危险；针对重症监护室患者的护理是所有护理领域中较难处理的部位，患者机能此时衰退，且处于高代谢状态，发生急性消化道大出血这种情况极易导致患者死亡，且还需处理其他可能存在或者已存在并受急性消化道大出血影响的不良反应^[2-3]。尽管医学上对于该问题的探究还处于争议阶段，但重症监护室患者发生急性消化道大出血的情况并不少，这使得护士不得不从以往重症监护室护理中、当前学术研究文献中为护理方案提供依据，在以往的实践中，不同的护理模式对重症监护室患者急性消化道大出血的护理均发挥了一定效果，为达到更好的效果，笔者将护理干预运用于重症监护室急性消化道大出血的处理中，并通过治疗成功率、出血量、止血时间对其效用进行考察，具体情况见下文。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

随机抽取 2021 年 2 月到 2022 年 2 月于我院重症监护室进行治疗的患者 60 例；按照人数将其均分为观察组和对照组；观察组男性 18 例、女性 12 例；平均年龄为 (57.8 ± 3.4) 岁；症状分布：食管出血 8 例、胃出血 5 例、十二指肠异常 7 例、胆道异常 5 例、其他 5 例。对照组男性 17 例、女性 13 例；平均年龄为 (57.5 ± 3.3) 岁；症状分布：食管出血 7 例、胃出血 5 例、十二指肠异常 8 例、胆道异常 6 例、其他 4 例。两组患者在一般资料上无显著性差异， $P > 0.05$ ；两组患者入住重症监护室均为清醒状态；经调查两组患者均不存在精神异常、神经退行性疾病、沟通异常。本次研究经过患者与其家属、该院伦理学委员会的同意。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者采取常规措施。

1.2.2 观察组

观察组患者采取护理干预。

应注重病史采集、体格检查和实验室评估；评估出血的严重程度、及其可能的位置和病因，评估和血流动力学复苏应同时进行。与血流动力学不稳定相关的便血可能提示其他来源，应进行上消化道内镜检查；

应进行风险评估和分层，以帮助区分高风险患者，并协助患者分诊，在护理中尽可能多使用结肠镜对患者进行检查。

血流动力学不稳定、疑似持续出血的患者应在内镜评估/干预前接受静脉液体复苏，直到患者血压和心率正常化。应输注浓缩红细胞，以将血红蛋白维持在 $7\text{g}/\text{分升}$ 以上，对于有大量出血、严重共病（尤其是心血管缺血）将血红蛋白阈值维持在 $9\text{g}/\text{公分左右}$ 。

对于严重出血患者和需要内镜止血的患者，应考虑输注血小板以维持 $50 \times 10^9/\text{L}$ 的血小板计数，对于接受大量红细胞输注的患者，应考虑血小板和血浆输注。对于使用抗凝药物的患者，在决定是否停药或使用逆转药物以平衡持续出血的风险与血栓栓塞事件的风险时，应使用多学科方法（血液学、心脏病学、神经科学、胃肠病学）。

对于不耐受口服摄入且误吸风险低的持续出血的高危患者，可考虑使用鼻胃管为接下来的结肠镜检查做准备；一部分患者出现活动性出血（喷射、渗出）、可见血管不出血或粘附凝块症状时，需及时报告医生。

护士协助医生对急性消化道大出血患者进行治疗时，会在期间对患者消化道进行观察，用以察觉患者病情，常用道具如结肠镜等，护士协助医生在结肠镜插入和拔出过程中，应仔细检查结肠粘膜，必要时会清洗残留的粪便，并根据血液以识别出血部位；在进行结肠镜检查时，医生会排除患者小肠病变的可能性，会使用插管触及到回肠末端，护士在该过程中做好对患者的心理护理，还应根据事前评估考虑患者本身对结肠镜检查的耐受性。

下消化道大出血存在复发的可能性，护士在该环节根据患者情况做好对患者的药物、其他措施的指导。对于有急性消化道出血病史的患者，应避免使用非阿司匹林非甾体抗炎药，尤其是继发于憩室病或血管扩张症的患者。对于确诊为高危心血管疾病且有急性消化道出血病史的患者，不应停用用于二级预防的阿司匹林，对于大多数急性消化道大出血患者，而应避免使用阿司匹林作为预防心血管症状发生的药物。对于接受双重抗血小板治疗或使用非阿司匹林抗血小板药物（噻吩并吡啶）进行单药治疗的患者，应根据对心血管和胃肠道风险的多学科评估以及内镜治疗的必要性，尽快恢复非阿司匹林抗血小板治疗，并至少在 7 天内恢复治疗，护士在和患者沟通的基础上做好对医生患者症状的汇报。

1.3 观察指标

对比抢救两组患者时，分别的止血时间、出血量；对比两组患者在护理期间的 SDS、SAS 评分；以人为统计对象，对比两组患者治疗成功率。

1.4 统计学方法

本次研究采用 SPSS20.0 作为统计学软件, 计算分析两组患者在观察指标上的差异, 计数资料采用 (%) 表示, 行 χ^2 检验, 计数资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验。

2 结果

2.1 SDS、SAS 评分对比

研究结果显示观察组 SDS、SAS 评分均显著优于对照组, $P < 0.05$ 。(见表 1)

表 1 SDS、SAS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$ 分)

组别	例数	SDS	SAS
观察组	30	49.12 $\pm$ 0.83	49.51 $\pm$ 0.57
对照组	30	50.88 $\pm$ 0.74	50.91 $\pm$ 0.81
t		8.669	7.742
P		0.000	0.000

2.2 止血时间、出血时间对比

研究结果显示观察组患者的止血时间、出血时间均显著优于对照组, $P < 0.05$ 。(表 2)

表 2 止血时间、出血时间对比 ($\bar{x} \pm s$ ml h)

组别	例数	止血时间 (h)	出血量 (ml)
观察组	30	21.48 $\pm$ 5.47	415.24 $\pm$ 28.43
对照组	30	28.83 $\pm$ 4.98	452.77 $\pm$ 25.61
t		5.442	5.372
P		0.000	0.000

2.3 治疗成功率对比

研究结果显示观察组患者的治疗成功率显著优于对照组, $P < 0.05$ 。(表 3)

表 3 治疗成功率对比 [(n) %]

组别	例数	死亡、失败	病情稳定	治疗成功率 (%)
观察组	30	4	26	86.7% (26/30)
对照组	30	10	20	66.7% (20/30)
χ^2				5.217
P				0.022

3 讨论

急性消化道大出血是消化道疾病的症状, 血液通常出现在粪便或呕吐物中, 但并不总是可见的; 它可能导致粪便黑色或柏油状; 出血程度从轻度到重度不等, 对于中老年患者而言, 该疾病会危及生命; 当下复杂的成像技术通常可以定位出血的位置^[4]。急性消化道大出血的体征和症状取决于出血的位置, 出血的位置可以是胃肠道的任何地方, 从它开始的地方 - 口腔 - 到它结束的地方 - 肛门; 明显的除雪情况可能包括呕吐血, 可能是红色的, 也可能是深棕色的, 质地类似于咖啡渣、黑色柏油样粪便、直肠出血, 通常在粪便中或伴有粪便; 隐匿性出血症状较难识别, 患者多数情况下会表现出呼吸困难、头晕、胸闷等症状。下消化道大出血是急性消化道大出血中占比较多的一种, 也是较难诊断的一种, 中老年人发生急性消化道大出血的情况最严重的情况在于结肠息肉、恶性肿瘤, 该疾病的发生不单单会在当时对患者造成严重损害, 还可能预示着消化道存在着更严重的疾病, 因而需及时进行治疗。急性消化道大出血在重症监护室中较常见, 重症监护室花费昂贵, 处理多为危重症, 对护士而言, 该环节的护理意味着沉重的责任, 对患者而言该阶

段的治疗意味着严重的花费、疾病的严重性^[5]。重症监护室中清醒状态下的患者也更容易受到社会因素的影响, 但急性消化道大出血的治疗、护理也不能随意处理, 因此, 在重症监护室中执行护理措施的护士一方面需帮助患者稳定情绪, 一方面协助医生对患者进行治疗^[6]。

本次研究中, 观察组患者在观察指标上的表现从总体上而言优于对照组, 通过原因分析, 护理环节的评估对患者体征、血液动力学、是否需进行结肠镜检查、药物使用等提供了依据, 重症监护室急性消化道大出血的治疗多数情况下不是一次完成, 在两次治疗之前伴随着大量的评估、对患者症状的观察, 一边考虑是否对患者使用静脉注射、血小板注射; 在治疗中, 使用抗凝药物是不可避免的, 尤其是在接受了血小板注射、静脉治疗之后的患者, 在使用这些药物需斟酌药物剂量、可能对患者造成的反应, 这样才能在最大程度上保证患者安全^[7-8]。在治疗间的结肠镜检查是多数发生急性消化道大出血患者也无法避免的, 结肠镜检查对中老年患者而言有很大隐患, 也非常考验护士耐心, 但结肠镜检查有助于查出患者治疗情况、病情进展, 还能更加准确判断发病位置, 患者、护士配合较好能达到一次质量较高的检查, 因此护士需在该阶段在了解患者对结肠镜检查的耐受性上对其做好心理护理, 再配合医生识别患者病情、出血位置等, 为下一次治疗提供依据; 结肠镜检查是治疗急性消化道大出血中较难的环节, 尤其是在重症监护室, 该检查环节涉及器官较多, 需护士代替医生和患者紧密配合。经过治疗后, 消化道出血症复发的情况不少见, 重症监护室中这种情况尤为危险, 医学上处理这种情况注重在预防上, 该环节会涉及到药物使用, 护士的职责是对患者就这些药物的使用提供正确的指导, 治疗期间的大量评估和该环节的成功是紧密联系的, 控制好患者的情况, 能帮助他们减轻负面情绪并提高他们在护理阶段对护士指导的依从性。

综上所述, 护理干预在重症监护室急性消化道大出血情况的处理中, 具备应用价值。

参考文献:

- [1] 詹显新, 喻姣花, 廖兰, 陈降, 万雅莉, 张丽华, 许妮娜, 王美科, 乐革芬. 神经外科患者照顾者对重症监护过渡期护理体验的质性研究[J]. 解放军护理杂志, 2022, 39 (06): 56-59.
- [2] 高峰, 罗羽, 石磊磊, 刘丹. 重症监护室患者家属需求研究进展[J]. 当代医学, 2022, 28 (13): 192-194.
- [3] 杨丽. 急性上消化道大出血介入治疗现状[J]. 四川大学学报 (医学版), 2022, 53 (03): 361-366.
- [4] 夏丽娜. 预见性护理干预对重症监护室鼻饲患者住院时间和并发症的影响[J]. 中国医药指南, 2022, 20 (01): 177-180.
- [5] 刘杨顺. 创新型护理在危重症并发上消化道出血中的应用[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36 (10): 103-105.
- [6] 杨美霞. 重症监护护理在上消化道出血患者护理中的应用价值[J]. 河南医学研究, 2021, 30 (04): 757-759.
- [7] 丁斌. 重症监护病房危重症合并上消化道出血患者中实施优质护理的临床效果[J]. 人人健康, 2020 (14): 538.
- [8] 刘惠娇, 李建伟, 陈妙莲, 巴越洋, 苏家豪. 高血压脑出血患者术后重症监护治疗与早期再出血的相关因素分析[J]. 现代生物医学进展, 2020, 20 (13): 2463-2466.