

# 急性上消化道出血的临床急救与护理新进展

王亚丽

(浙江大学医学院附属第二医院 浙江 杭州 310000)

**【摘要】**急性上消化道出血(Acute Upper gastrointestinal bleeding, AUGC)在临床上较为多见,发病的6~8 h内,脏器系统出血量达800~1000 mL,常见病理症状包括头晕、恶心、血样便、柏油样便等,甚至循环系统衰竭,具有发病急、进展迅速等特征,若不及时对症干预,任疾病继续发展,将可能威胁到患者的生命安全。所以说,对该类患者加强临床急救与护理意义重大。分析该类疾病的发病因素较为复杂,现今主要采取手术、药物等方式缓解临床症状,同时加强相应的护理干预措施,促进身体的好转。笔者主要阐述了急性上消化道出血的临床急救与护理措施,为疾病的救治提供相关的研究思路。

**【关键词】**急性上消化道出血;急救;护理;进展

**【中图分类号】**R473

**【文献标识码】**A

**【文章编码】**2097-2644(2023)09-0296-03

急性上消化道出血(Acute Upper gastrointestinal bleeding, AUGC)属于常见的临床并发症,多数患者病情较危急,若救治不及时,短时间内病情急剧恶化,导致周围循环衰竭,影响到患者的生命健康。实际救治时,需及时补充血容量,加强有效止血措施,纠正休克等症状,在此基础上,给予相应的护理干预,帮助患者提高抢救成功率。

## 1 急救措施

### 1.1 院前急救

医护人员接收到120急救电话后,需在最短的时间内派出医护人员参与急救,抵达急救现场后,即刻对患者加强生命体征检查,了解患者以往病史,获得初步的诊断结果;帮助患者将静脉通道建立,补充适当的体液;平卧位,头部偏往一侧,以防误吸,呼吸道保持通畅状态;进行转运时,及时与科室医护人员进行联系,做好相关的准备工作,便于抵达医院后即刻展开救治;在转运途中,若患者发生呕血等不良反应,加强耐心的解释与疏导,缓解患者心理压力<sup>[1]</sup>。

### 1.2 院内急救

#### 1.2.1 明确基本病情

患者抵达医院后,及时送往监护室吸氧,保持呼吸道通畅,对呼吸道情况进行观察记录,以防血液等流入气道,导致窒息等意外情况;加强生命体征监测,每隔15 min监测1次生命体征,包括呼吸、脉搏、体温、意识、面色等,记录中心静脉压、心电监护等;同时根据实际情况监测肝肾生化功能、血液指标、电解质等,分析患者的病理表现;了解以往病史,对出血量进行预估,若出血量达到50 mL,则可能发生黑便;若达到

250 mL,则可能呕血;若达到500 mL、有全身症状等,医护人员依据患者实际情况,开展急救工作<sup>[2]</sup>。

#### 1.2.2 明确病因病史

该类疾病患者中,主要表现为消化性溃疡出血症状,血便、黑便等,同时可能伴有静脉曲张破裂等病理表现。分析主要的原因是肝炎引发,递增肝硬化门脉压力,长时间处于不良生活习惯中,如有抽烟、酗酒等爱好,暴饮暴食等;此外,某些患者可能是由于食管癌、反流性食管炎、胃癌等情况导致的出血症状。

#### 1.2.3 实施急救

(1)及时建立多孔静脉通道,将中心静脉置管套管置于静脉部位,将留置针放置,缝合后,连接三通管,给予补液措施;最高输液速度在每分钟40 mL左右;还可选择序贯法、浅静脉留置术进行急救,穿刺后,加压输液,近端穿刺留置针<sup>[3]</sup>。

(2)及时输入晶体液生理盐水、林格式液等,利于手术治疗;等到患者血压稳定后,调整输液速度,检测血液相关指标水平,适当加温,以防低体温状态下对患者造成不良影响,若输血速度较快,可能引发肺水肿等不良情况。

(3)严格执行无菌操作原则,消毒、更换敷料等,每隔24 h更换1次输液器与接头,以防院内感染。

#### 1.2.4 药物治疗

(1)碱性药物:是常见的急救药物类型,包括孟氏溶液等,帮助患者在短时间内达到凝固血液、止血的疗效;实际用药时,将10~15 mL的溶

液(10%浓度)注入胃管内。

(2)人工合成生长抑素:较为常见,应用于该类患者中,便于达到凝血、减轻门静脉压力的疗效,其中以奥曲肽等药物为代表,实际用药时,稀释0.1 mg后,静脉注射,之后将善得定注射液微量泵入,每小时泵入量为25  $\mu\text{g}$ ,同时加强临床观察药物治疗效果,做好相关的细节观察,以防护理差错事件。

(3)血管升压素:较为常见,给药后,便于达到显著的血管收缩疗效,及时控制出血情况、减少出血量,常见代表药物包括可利新、垂体后叶素等。实际给药时,联合硝酸甘油制剂,便于保证较高的给药安全性,降低不良事件发生风险性,同一条静脉通路不可长时间使用,以防静脉炎等不良反应。

(4)此外,生长抑素及其衍生物、抗酸剂、钙离子拮抗剂等药物均较为常见,对于该类疾病治疗具有一定的临床疗效<sup>[4]</sup>。

## 2 护理措施

### 2.1 一般护理

对急性上消化道出血患者进行护理时,加强细节护理操作十分重要,便于有效止血。导管置入前,检查食管囊管、胃管、胃囊管等是否完好,及时清洁干净鼻腔,了解患者是否存在鼻中隔偏曲等情况,其可能会导致鼻腔不畅,不利于置管;准确标记好置入胃管的深度,对管路前端部位采用石蜡油棉球充分润滑;置管后,适当抽取胃液,确定管端是否置入胃内;置入适量的气体于胃囊内,对囊内压进行检测,若水平达到50 mmHg左右,封闭管口,之后往外逐渐牵拉,感觉到阻力即可,便于胃囊对胃底部曲张静脉造成压迫,妥善固定胃管,以防意外事件;管外端与沙袋(500 g)连接,持续牵引,负压引流装置连接于胃管末端;帮助患者进行止血镇痛时,在严密监测生命体征变化情况的基础上,及时更换负压引流装置,观察记录引流液的性状,保证胃管引流无阻碍;加强每日口腔护理指导,及时清除口腔分泌物,以防对胃管引流造成不良影响,出现感染事件;检查牵引架的牵引情况,以防牵引不当,导致恶心、疼痛等不良情况;若患者呼吸困难,及时囊管放气,对囊内压水平变化情况密切观察,每日检测4~6次,每日放气1~2次,每次放气15~30 min,先食管囊、后胃囊,充气顺序相反;等到患者病情好转,有效止血后,放松牵引架,放出气体,继续监测24 h,观察是否存在异常变化。

若仍然未出血,即可拔出胃管;拔管前,给予适量的液体石蜡,润滑食管壁,抽出囊内气体后拔管<sup>[5]</sup>。

### 2.2 分层级护理指导

#### 2.2.1 建立护理小组

小组成员包括专科护士若干名、护士长1名,负责急性上消化道出血患者的护理工作,护士长对组内成员加强培训,负责监督与总结日常护理工作,及时纠正工作中的问题;小组成员学习Rockall危险性积分相关知识,依据该积分判定标准,评估患者的出血风险性,总评分11分,评分越高,代表具有更高的出血风险性,等到小组成员培训合格后方可上岗<sup>[6]</sup>。

#### 2.2.2 Rockall 积分分级

0~2分表示低危级,出血风险较低;3~5分表示中危级,6分及以上表示高危级,出血风险均较高。依据不同分级给予相应的护理干预。

#### 2.2.3 实施护理

(1)低危级患者:护理人员接诊后,等到患者病情好转,加强健康教育指导,告知患者疾病的发生风险性、发病机制、临床表现、预防措施、并发症、预后等,告知患者早期出血征象与对应处理措施等。主要护理重点在于强化健康教育知识,使得患者对自身疾病形成大致的了解,稳定不良情绪;指导其如何正确进行自我护理,每次健康宣教完毕,预留适当的时间供患者自由发言,便于及时了解其内心的想法,了解其对疾病相关知识的掌握情况,给予患者及时答疑解惑;通常情况下,AUGB患者伴有黑便、呕吐等情况,护理人员需加强耐心地讲解。

(2)中危级患者:该类患者具有较高的出血风险性,需安排经验丰富的护理人员进行指导,将其安排至距离护士站较近的病房,强调护理安全性。

(3)高危级患者:出血风险性很高,需采取一对一护理干预模式,保证绝对卧床休养,及时更换卧床体位,以免压疮等事件;若出血量较多,头部偏往一侧,以防呕吐物窒息,及时清理干净口鼻分泌物;加强严密观察,以防休克等不良事件;提高生命体征监测的次数,每隔4~6 h监测一次,及时补液;若出现药物不良反应,对症处理。

### 2.3 针对性心理指导

通常情况下,该类患者心理压力较大,担心自身疾病对预后的影响,心理难免伴有紧张、焦虑、恐惧等多种不良情绪。为此,护理人员充分

与患者进行沟通交流,在患者家属的帮助下,共同帮助患者走出内心的阴霾,依据其具体心理状态,采取针对性心理指导。

(1) 焦虑型心理指导:该类患者主要表现为焦躁不安、易怒、敏感、心跳加速、睡眠较浅、食欲下降等情况,对于自身疾病抱有较消极的心理,时常情绪突然变化,心理存在较多的矛盾冲突,担心疾病治疗无望、对日后生活的影响等。为此,护理人员需充分分析该类患者的心理状态,建立良好的护患关系,告知其焦虑情绪对病情诊疗造成的不良影响。若心理应激反应过于剧烈,导致各项生理指标异常,不利于药物、手术等的治疗;指导患者放松身心,多采取转移注意力的方式,包括播放轻音乐、读书、看报、深呼吸等,指导患者放松肌肉,深呼吸5~10 s,收缩肌肉,之后30~40 s的深呼气放松,每日训练5~10次,利于缓解患者焦虑情绪。

(2) 抑郁型心理指导:该类患者通常表现为郁郁寡欢,不愿与他人交流,自觉与他人形成疏离感,情绪十分低落等,主要是由于担心自身疾病对日后生活造成的影响。为此,护理人员需采取亲切的语言、肯定的目光与患者主动交流,了解患者的性格喜好,拉近与患者之间的距离,告知其与医护人员配合,便于疾病的好转,取得患者家属的信任与支持,加强安全防范举措,列举以往治疗成功的案例,提高信心。

(3) 恐惧型心理指导:该类患者通常性格较为胆怯,表现为恐慌、紧张、害怕等情况,想法较多,无法面对现实,不愿接受疾病诊疗等。为此,护理人员需重点安排该类患者,等到病情好转后,讲解疾病健康知识,纠正不良认知,帮助患者保持稳定的心态。

#### 2.4 饮食指导

AUGB 急性期间,禁止饮食;无继续出血情况后,继续观察1~2 d;病情稳定后,科学规划饮食情况,给予适当的流食(热量多、维生素丰富),禁止辛辣刺激类饮食,限制蛋白质、钠的摄入量,少食多餐原则。赵晓佩<sup>[7]</sup>指出,若 AUGB 患者恶心、呕吐、出血量较大,禁止饮食,止血完成后的24 h,观察生命体征处于稳定状态,恢复至正常的血液指标水平后,方可适当摄取流食。每日进食次数建议5~6次,加强静脉补液;病情完全好转后,给予半流食,包括面条、稀饭、芝麻糊等,每次食用量不建议超过200 g;病情稳定7 d后,逐渐递增进食量,便于保持胃蠕动的规律性,利于身体的好转。

#### 2.5 预见性护理

指的是护理人员依据实际病情加强判断,依据护理经验,确定其中的护理危险因素,提前选择对应的预见性护理方案,保证护理安全,将护理风险性降至最低,减少不良事件。预见性护理是近些年来临床上采用的新型干预方案,对于 AUGB 患者较为适用,便于第一时间对患者实施救治、稳定病情、缩短救治时间、提高救治成功率、降低死亡发生率、改善预后,实际护理时,总结产生危险因素的潜在原因,加强针对性的预防处理。

#### 3 小结

对 AUGB 患者加强临床急救与护理干预意义重大,便于及时稳定病情,加强针对性护理干预,促进身体的好转,改善预后,依据患者出血风险性进行分层级护理,便于了解患者出血情况,针对性给予药物等治疗措施。实际救治时,本着安全、高效等原则,不断优化救治措施,提高救治成功率,临床意义重大。

#### 参考文献

- [1] 邓秋迎,郭艳枫,武健,等.中西医结合临床护理路径标准化体系的建立及在急救绿色通道中的应用效果分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2021,28(1): 90-94.
- [2] 白娜,张燕. 基于 Glasgow-Blatchford 评分的分层护理对急性上消化道出血患者止血情况、凝血功能及心理状态的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023,8(5): 132-134.
- [3] 鹿炳媛,芦慧,骆燕芳. 基于 Blatchford 入院危险性积分的分级护理在急性上消化道出血患者中的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2022,41(2): 328-331.
- [4] 闫亚楠. 基于 Blatchford 入院危险性评分的分级护理在肝硬化合并急性上消化道出血患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2022,34(19): 179-181,185.
- [5] 王翠萍,张萍,何欣. 基于危险评估的针对性护理在急性上消化道出血患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021,27(3): 1-4.
- [6] 王帅,何杏芳,吴伟勤,等. 一例侧颅底肿瘤多重耐药菌感染患者术后并发急性上消化道出血的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2021,37(11): 856-860.
- [7] 赵晓佩. 基于 Rockall 危险性积分系统的分层护理在肝硬化急性上消化道出血患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2022,34(16): 180-182, 186.