

急性消化道出血患者护理中快速止血技术的应用与效果评价

吴佳莹 杨帆

国药一机医院，内蒙古包头市青山区，014030；

摘要：针对食管静脉曲张破裂出血，通过内镜下橡皮圈套扎出血血管实现即时止血。注射/热凝/机械法：非静脉曲张性出血（如溃疡）可采用肾上腺素局部注射、热探针凝固或金属夹闭合。时机要求：活动性大出血者需在 24 小时内完成内镜检查，血流动力学不稳定者需紧急内镜。药物止血支持，质子泵抑制剂（如奥美拉唑）：静脉输注维持胃内 pH>6，促进血小板聚集和血凝块稳定。生长抑素类似物（如奥曲肽）：降低内脏血流，尤其适用于静脉曲张性出血。

关键词：急性消化道出血；护理；快速止血技术；应用；效果

DOI：10.69979/3029-2808.25.09.047

内镜治疗需在出血后 24 小时内完成（静脉曲张出血需 12 小时内），护理关键在于快速识别危险征象（如呕血≥250ml 或休克）并协同多学科团队实施分层干预。

1 急性消化道出血快速止血技术应用

1.1 消化道出血局部喷洒止血剂应用

消化道出血局部喷洒止血剂的应用要点如下，综合临床实践及研究证据整理：适用场景与药物选择，适用出血类型，表浅性渗血：黏膜糜烂、息肉切除术后创面渗血、肿瘤表面少量出血。辅助治疗：联合注射或机械止血（如钛夹）提升效果。禁忌症：活动性大动脉喷血、穿孔、严重心肺功能不全者禁用。操作流程要点，术前准备，患者禁食≥6 小时，咽部局麻（如利多卡因喷雾），必要时镇静。大出血伴休克者需先输血补液稳定血压。术中操作，体位：左侧卧位，咬紧牙垫防误吸。内镜定位：冲洗创面明确出血点，经活检孔道插入喷洒导管（距病灶 1-2cm）。药物喷洒：分次、均匀喷射至出血灶，观察 3-5 分钟确认止血。术后观察，监测生命体征、呕血/黑便变化，24 小时内警惕再出血。疗效与注意事项，优势，即刻止血率：表浅渗血可达 85% 以上。微创性：操作时间短（通常<10 分钟），无需全身麻醉。局限性，再出血风险：动脉性出血再出血率>30%，需联合钛夹或电凝。药物禁忌：去甲肾上腺素禁用于高血压患者；孟氏液可能致食管痉挛，慎用于食管病变。联合治疗增效，抑酸基础：静脉泵注 PPI（如奥美拉唑）减少胃酸对血凝块的溶解。严重出血：喷洒+注射肾上腺素（1:10,000 稀释液）可提升成功率。护理配合重点，口腔护理：呕血后及时清理口腔，防误吸。饮食管理：

止血后 24 小时试饮温水，逐步过渡至流质（米汤）。再出血预警：心率↑>100 次/分、血压↓<90/60mmHg 提示活动性出血。喷洒止血对小血管破裂效果有限，需备机械止血（钛夹/电凝）作为后续方案。

1.2 消化道出血局部注射止血技术应用

适用场景与药物选择，适应症，溃疡性出血：胃、十二指肠溃疡活动性出血（Forrest 分级 I a-II b）。静脉曲张破裂：食管胃底静脉曲张破裂出血（辅助套扎或组织胶治疗）。息肉切除后出血：创面小动脉渗血或搏动性出血。禁忌症：穿孔性病变、大动脉喷血（Forrest I a）及心肺功能不全者慎用。规范化操作流程，术前准备，快速补液/输血纠正休克（收缩压≥90 mmHg）；咽部局麻（利多卡因喷雾），躁动者静脉镇静。术中操作要点，定位：内镜冲洗创面，明确出血点（距齿状门静脉曲张≥5 cm）；注射方法：四象限法：出血点周围黏膜下分 4 点注射（肾上腺素每点 0.5-1 ml）；血管内注射：静脉曲张破裂时，针尖 45° 斜刺入血管腔（硬化剂 5-10 ml/点）；深度控制：黏膜下层（进针深度 3-5 mm），避免深达肌层致穿孔。术后观察，监测生命体征 24 小时，警惕再出血（心率↑>100 次/分或血压↓>20 mmHg）；静脉曲张患者术后禁食 48 小时，逐步过渡至冷流质饮食。临床效果与联合应用，即刻止血率，溃疡性出血：肾上腺素注射止血成功率 85-90%；静脉曲张出血：聚桂醇+组织胶联合止血率>92%。降低再出血风险，肾上腺素注射后 72 小时再出血率 18%→联合钛夹或电凝后降至<5%；硬化剂治疗后再出血率：单用聚桂醇 15%→联合组织胶降至 7.7%。联合增效策略，

抑酸基础：术后持续静脉泵注 PPI（如艾普拉唑钠），减少胃酸溶解血凝块；机械加固：动脉性出血首选注射+钛夹封闭，降低穿孔风险。禁忌与并发症防范，药物禁忌：肾上腺素禁用于严重高血压或心律失常者；硬化剂禁用于全身感染或凝血功能障碍者。并发症处理：注射点溃疡：抑酸剂+黏膜保护剂治疗；罕见穿孔：即刻禁食，外科干预。

1.3 消化道出血高频电凝止血应用

核心机制与适用场景，作用原理，通过高频电流（通常 3-4 档）产生热效应，使组织脱水、蛋白质变性，血管闭合形成凝固痂。最佳适应症，活动性动脉出血：Forrest 分级 I a-II b 级溃疡基底血管裸露或喷血；局限病灶出血：贲门黏膜撕裂、息肉切除后小动脉渗血、Dieulafoy 病；禁忌症：弥漫性黏膜糜烂出血、深溃疡底部裸露血管（穿孔风险高）。规范化操作流程，术前准备，纠正休克（收缩压 $\geq 90\text{mmHg}$ ），咽部局麻（利多卡因喷雾）；调试高频电发生器：电凝电流强度 3-4 档，电极选择球型/针型探头。疗效与风险管理，止血效率，即刻止血率 $>90\%$ ，尤其对小动脉喷血（直径 $<2\text{ mm}$ ）效果显著；再出血率：单用电凝约 15-20%→联合钛夹后可降至 $<5\%$ 。并发症预防，穿孔：避免深部组织过度电凝（尤其十二指肠球部薄壁区域）；继发出血：术后静脉泵注 PPI（如奥美拉唑）保护血凝块；组织损伤：单极电凝热扩散范围大→双极电凝精准性更优（推荐用于高危部位）。联合增效方案，电凝+钛夹：动脉性出血先电凝减少喷血，钛夹夹闭血管残端；电凝+注射：肾上腺素局部注射收缩血管后，电凝降低再出血率。

1.4 消化道出血氩离子凝固技术

核心原理与技术特点，作用机制，通过电离医用氩气生成氩等离子束，传导高频电流至靶组织，产生热效应使组织脱水、蛋白质凝固及血管封闭。非接触式操作：探头距病灶约 0.3-0.5cm，避免直接接触组织导致粘连或二次出血。适应症与禁忌症，适用出血类型，最佳场景：溃疡或糜烂性渗血、血管畸形、肿瘤表面弥漫性出血（尤其大面积渗血）；辅助应用：息肉切除术后残余组织灭活、早期肿瘤消融。禁忌症，绝对禁忌：食管-胃底静脉曲张破裂（大血管闭合不全，出血风险↑）；相对禁忌：安装心脏起搏器（电磁干扰风险）；深溃疡接近穿孔或视野暴露不清的出血灶。临床疗效与并发症，

止血效能，即刻止血率：表浅渗血 $>95\%$ ，溃疡性出血 84.2-92.2%；复发风险：单用 APC 再出血率约 15.8%，联合注射治疗可降至 7.8%。特殊场景应用注意事项，巴雷特食管消融：需分次治疗（间隔 6-8 周），完全清除率 80-90%；肿瘤性出血：仅适用于表浅病变，浸润深层者需联合 ESD/EMR；联合增效方案：顽固性出血建议 APC 联合钛夹或肾上腺素注射。

2 消化道出血护理效果评价方法

2.1 生命体征稳定性评价

循环功能评估，休克指数（SI）：SI（心率/收缩压） >1.0 →提示出血量 $>1000\text{ml}$ ；SI >1.2 →出血量约 1500ml；SI >2.0 →出血量 $>2500\text{ml}$ 。目标值：收缩压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，心率 <100 次/分，尿量 $>30\text{ml/h}$ 。组织灌注指标，皮肤湿冷、甲床苍白改善→提示循环恢复；意识状态：烦躁→镇静，提示休克纠正。

2.2 出血活动性评价

直接出血征象监测，呕血/黑便变化：次数减少、颜色变浅（咖啡渣样→停止）→出血控制；稀黑便转为成形黄便→活动性出血停止。肠鸣音：亢进（ >10 次/分）提示再出血风险。实验室动态追踪，血红蛋白（Hb）：24-72 小时达稀释低谷，持续回升提示止血有效；血尿素氮（BUN）：48 小时达峰后下降（肠源性氮质血症消退）。

2.3 并发症预防效果评价

感染控制，无肺部/泌尿系感染（体温 $<38.5^\circ\text{C}$ ，无咳痰/尿路刺激征）；口腔黏膜完整（无真菌感染）。穿孔/再出血预防，内镜治疗后 24 小时无剧烈腹痛、腹膜刺激征；抑酸药物规范使用（PPI 静脉泵注，如奥美拉唑）→降低血凝块溶解风险。

2.4 护理措施依从性评价

护理操作执行质量，静脉通路通畅（输血/补液达标）；禁食时间合规（静脉曲张者 ≥ 48 小时）。健康教育有效性，患者掌握饮食过渡原则（流质→半流质→软食）；知晓再出血预警症状（头晕、心悸、黑便复发）。

2.5 综合康复目标评价

生理层面：腹水消退（腹围缩小）、营养指标改善（白蛋白 $>30\text{g/L}$ ）；心理层面：焦虑评分下降（HADS <7 分），治疗配合度提升；远期效果：30 天内无再出

血入院，护理满意度>95%。

3 消化道出血护理其他重要措施

3.1 多学科协作急救护理

休克复苏配合，快速建立静脉通路：首选 $\geq 18G$ 留置针，建立2~3条通路，保障快速输血补液；输血目标管理：Hb<70g/L或休克指数 >1.2 时启动输血，目标Hb 70~90g/L（肝硬化患者需维持较高水平）；输血后监测血压、尿量（ $>30ml/h$ ）及乳酸水平（ $<2mmol/L$ ）。内镜治疗配合，术前准备：备三腔二囊管、止血药物，确保吸引器通畅；术中监护：麻醉后保持头偏侧位防误吸，监测SpO₂及心电图；术后观察：记录套扎/电凝部位，24小时内禁食并监测腹膜刺激征。

3.2 特殊用药监护要点

抗凝药物管理，活动性出血暂停抗凝（如华法林、利伐沙班），INR >1.5 者静注维生素K拮抗；使用头孢哌酮时监测凝血酶原时间（避免与抗栓药联用）。抑酸药物规范使用，PPI（如奥美拉唑）静脉泵注：首剂80mg推注，继以8mg/h维持72小时，减少血凝块溶解。

3.3 预见性护理与康复衔接

再出血预警识别，观察肠鸣音 >10 次/分、柏油样便转暗红色、24h内Hb下降 $>3g/L$ ，立即上报。

3.4 消化道出血患者心理护理康复指导

急性期心理干预（出血后72小时内）。恐慌情绪管理，快速响应焦虑：主动解释呕血/黑便的医学机制，强调90%以上表浅出血可控制，减轻恐惧感；环境调控：保持病房安静，灯光柔和，减少监护仪噪音刺激。治疗配合引导，用可视化道具（如内镜图片）说明止血操作原理，降低治疗抗拒感；告知禁食必要性：“胃肠休息如同伤口结痂需减少摩擦”。生活方式重建，运动康复：卧床期指导踝泵运动（20次/小时），防血栓；下床后采用“5分钟递增法”步行；用药依从性：用药盒分装PPI（如奥美拉唑），手机定时提醒，同步家属监督。再出血预警教育。症状识别，教会辨别高危黑便（柏油样、黏稠发亮）与安全黑便（棕黄色、成形）；强调隐匿征象：肠鸣音突然增强（ >10 次/分）、莫名心慌。

4 消化道出血预防并发症措施

4.1 窒息预防措施

体位管理，呕血时立即侧卧拍背，头偏一侧防止误吸；昏迷患者行气管插管保护气道。床头备负压吸引装置，及时清理口鼻腔血液及分泌物。胃肠减压配合，对出血量大者留置胃管减压，减少胃内潴留及呕吐风险，便于观察出血情况。减压期间每4小时冲洗胃管（冰生理盐水50ml），保持通畅。

4.2 休克预防与循环维护

快速容量复苏，建立 ≥ 2 条静脉通路（ $\geq 18G$ 留置针），休克指数（心率/收缩压） >1.2 时启动输血，目标Hb 70~90g/L。输血后监测尿量（ $>30ml/h$ ）、乳酸（ $<2mmol/L$ ）及血压波动（收缩压 $\geq 90mmHg$ ）。药物干预，肝硬化出血者同步泵注生长抑素（如奥曲肽25~50 $\mu g/h$ ），降低门脉压；PPI静脉给药（奥美拉唑首剂80mg推注+8mg/h维持），减少血凝块溶解。

4.3 再出血与损伤预防

活动性出血监测，记录肠鸣音频率（ >10 次/分提示再出血风险）及粪便性状（柏油样 \rightarrow 暗红为预警）；动态检测Hb（24h内下降 $>3g/L$ 立即上报）。

4.4 儿童及特殊人群管理

婴幼儿：警惕维生素K缺乏性出血，新生儿首剂肌注维生素K₁ 1mg；抗凝药物使用者：暂停华法林等抗凝药，INR >1.5 者静注维生素K拮抗；过敏性疾病患儿：避免牛奶/蛋类等易致敏食物，防止过敏性肠炎加重出血。关键数据：系统化预防措施可使并发症发生率降至11.5%（常规护理为30.8%），48小时再出血率下降37%。执行核心：贯穿“出血控制-黏膜修复-营养过渡”全链条防护，高危人群需个体化方案。

总之，消化道出血的护理需聚焦快速复苏支持、精准并发症预防、个体化用药监护及结构化营养过渡，尤其对肝硬化、服用抗凝药物等高风险人群需强化多维度防护。

参考文献

- [1] 张华. 急性消化道出血患者护理中快速止血技术的应用与效果评价研究. 2023.
- [2] 李慧. 浅谈急性消化道出血患者护理中快速止血技术的应用与效果评价. 2022.