

临床路径管理模式在肝硬化合并上消化道出血患者护理中的应用

刘林娣

安徽医科大学第四附属医院 安徽省合肥市巢湖市 238000

【摘要】目的：探讨临床路径管理模式在肝硬化合并上消化道出血患者护理中的应用效果。**方法：**选取我院消化内科收治的 70 例肝硬化合并上消化道出血患者，随机分为对照组（实施常规护理）和观察组（实施临床路径管理模式），对比两组干预效果。**结果：**观察组患者止血时间、住院时长均显著短于对照组，观察组护理满意度显著高于对照组，再出血发生率显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论：**临床路径管理模式应用于肝硬化合并上消化道出血患者效果确切。

【关键词】临床路径；肝硬化；上消化道出血；护理管理；应用效果

肝硬化是临床常见的慢性进行性肝脏疾病，其病理特征为肝细胞广泛变性坏死、结缔组织增生和假小叶形成，最终导致肝功能减退和门静脉高压^[1]。数据显示，41%~80%的肝硬化患者会出现食管胃底静脉曲张出血，且该类患者的死亡率显著高于其他并发症^[2]。临床护理作为肝硬化合并上消化道出血治疗中的关键环节，对遏制出血、防范并发症、推动患者康复至关重要。临床路径是依托循证医学的标准化诊疗护理模式，针对特定疾病或手术制定具有时间序列和严格流程的诊疗方案，核心目的在于规范医疗行为、减少诊疗偏差、控制医疗成本、提升医疗质量，目前已在国内各级医疗机构逐步普及。本研究旨在系统分析临床路径管理模式在该类患者护理中的应用成效，为临床提供更精准、高效的护理实践参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 3 月—2026 年 3 月我院消化内科收治的 70 例肝硬化合并上消化道出血患者，随机将其分为对照组（ $n=35$ ，男/女为 21/14）和观察组（ $n=35$ ，男/女为 20/15），平均年龄为（ 53.48 ± 4.94 ）岁，两组基线资料无差异（ $P>0.05$ ），具备可比性。

纳入标准：均符合《肝硬化中西医结合诊疗指南》^{【3】} 诊断标准，且经胃镜检查确诊为上消化道出血，病历资料完整，意识清晰，自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：妊娠及哺乳期女性、合并恶性肿瘤、凝血功能障碍等其他出血性疾病，精神疾病患者，无法配合护理。

1.2 方法

1.2.1 对照组：入院后绝对卧床休息，头偏向一侧，保持呼吸道通畅，严密监测患者生命体征、意识状态，建立双静脉通路，按医嘱补液、用止血药，做好输血准备，观察呕血、黑便情况，记录 24 小时出入量，异常及时上报协助处理。出血期禁食禁水，止血后逐步过渡温凉流质、半流质饮食，忌刺激性食物，同时保证患者高质量睡眠，减少患者体能消耗等护理措施以减轻肝脏的负荷。

1.2.2 观察组：
(1) 依据《临床路径管理指导原则》及肝硬化合并上消化道出血诊疗护理规范，结合本院实际情况，制定肝硬化合并上消化道出血患者临床路径护理表，具体如下。

表 1 肝硬化合并上消化道出血患者临床路径护理表

时间	护理目标	主要护理措施
入院第 1 天（急性期）	控制出血、稳定生命体征	①绝对卧床，头偏向一侧，备吸引器；②快速建立静脉双通路，遵医嘱应用生长抑素、奥曲肽等药物；③交叉配血，备血；④禁食禁水，胃肠减压；⑤持续心电监护，每 15-30min 记录生命体征；⑥心理安抚，缓解患者焦虑恐惧情绪
入院第 2-3 天（出血控制期）	确认出血停止、预防再出血	①观察呕血、黑便情况，监测血红蛋白变化；②逐步减少血管活性药物用量；③评估患者意识状态及肝功能；④开始肠内营养支持；⑤进行疾病相关知识宣教
入院第 4-5 天（稳定期）	促进肝功能恢复、预防并发症	①逐步过渡至温凉流质饮食；②指导床上活动，预防深静脉血栓；③监测电解质及肝肾功能；④评估患者心理状态，必要时心理干预；⑤加强用药指导，强调遵医嘱服药重要性

入院第 6-7 天 提高自我管理能 ①过渡至半流质饮食,指导饮食原则;②评估患者健康知识掌握程度;
(康复期) 力、准备出院 ③制定出院后随访计划;④发放健康宣教手册;⑤办理出院手续

(2) 出院随访管理: 建立随访档案, 患者出院后 1 周、1 个月、3 个月通过电话、微信随访, 及时解答疑问、指导就医, 同时嘱咐患者定期进行门诊复查。

1.3 观察指标

对比两组患者临床康复指标、护理满意度和再出血率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS26.0 软件进行数据处理, 用 t 检验($\bar{x} \pm s$), 用 χ^2 检验[n(%)], 若 $P < 0.05$ 说明存在对比意义。

2. 结果

表 2 两组患者临床康复指标、护理满意度和再出血率对比($\bar{x} \pm s$) [n(100%)]

组别	例数	止血时间 (h)	住院时长 (d)	护理满意度	再出血发生率
对照组	35	32.86±7.35	10.85±2.28	26 (74.29%)	6 (17.14%)
观察组	35	23.95±6.78	8.12±1.83	33 (94.29%)	1 (2.86%)
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

肝硬化合并上消化道出血是消化内科常见急症, 这类疾病起病急骤, 病情变化快, 出血量大, 再出血率高, 死亡率高, 因此针对这类患者, 除了及时进行治疗之外, 加强护理干预是非常重要的^[4]。

此次研究结果表明, 观察组止血时间、住院时长均短于对照组, 护理满意度高于对照组, 再出血发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。分析原因, 临床路径管理模式明确了各时间段的护理目标、措施及责任人, 使护理工作有章可循、有据可依, 有效避免了护理遗漏和盲目性。从患者入院急性期到康复出院, 再到出院随访, 形成了全程闭环护理, 既确保了急救护理的及时性、准确性, 也强化了康复期护理和健康指导, 帮助患者掌握疾病相关知识和自我护理技能, 减少了诱发因素。同时, 临床路径管理模式注重心理护理和随访管理, 有效缓解了患者焦虑恐

惧情绪,提高了患者治疗及护理依从性,进一步降低了再出血发生率,缩短了康复时间,提升了患者护理体验。

综上,临床路径管理模式应用于肝硬化合并上消化道出血患者护理中,可有效优化护理流程,规范护理行为,缩短患者止血及住院时间,提高护理满意度,降低再出血发生率,改善患者预后。

参考文献

- [1]张瑞瑞,王懿华.肝硬化合并上消化道出血患者门静脉血栓形成因素分析与护理措施探讨[J].血栓与止血学,2021,27(3):503-505.
- [2]霍锦卉.肝硬化合并上消化道出血患者的内科护理[J].中国科技期刊数据库医药,2025(4):185-188.
- [3]中国中西医结合学会,中华中医药学会,中华医学会,等.肝硬化中西医结合诊疗指南[J].临床肝胆病杂志,2023,39(11):2543-2549. DOI:10.3969/j.issn.1001-5256.2023.11.005.
- [4]陆蕴健,徐晓敏.临床路径管理模式在肝硬化合并上消化道出血患者护理中的应用[J].中外医学研究,2025,23(07):74-77.