

消化内镜下黏膜切除术（EMR）术后出血风险评估与针对性护理措施探讨

朱丽丽

乌鲁木齐市中医医院 新疆乌鲁木齐

【摘要】目的 探讨消化内镜下黏膜切除术（EMR）术后出血的风险因素，分析针对性护理措施的效果。**方法** 选取2024年1月至2025年6月在接受EMR治疗的患者120例，随机分为对照组（常规护理）与观察组（在风险评估基础上实施针对性护理）各60例，对比干预效果。**结果** 观察组术后出血发生率（3.33%）低于对照组（15.00%），止血时间短于对照组，生活质量评分、护理满意度评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论** 基于风险评估的针对性护理可降低EMR术后出血风险，全面提升患者生活质量与护理满意度各维度水平，效果良好。

【关键词】 消化内镜下黏膜切除术；术后出血；风险评估；针对性护理；生活质量；护理满意度维度评分

【收稿日期】 2026年1月11日

【出刊日期】 2026年2月6日

【DOI】 10.12208/j.jnmn.20260114

Discussion on the risk assessment of postoperative bleeding and targeted nursing measures after endoscopic mucosal resection (EMR)

Lili Zhu

Urumqi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Urumqi, Xinjiang

【Abstract】Objective To explore the risk factors of postoperative bleeding after endoscopic mucosal resection (EMR) and analyze the effect of targeted nursing measures. **Methods** A total of 120 patients who received EMR treatment from January 2024 to June 2025 were selected and randomly divided into a control group (with conventional care) and an observation group (with targeted care based on risk assessment), with 60 cases in each group. The intervention effects were compared. **Results** The incidence of postoperative bleeding in the observation group (3.33%) was lower than that in the control group (15.00%), the hemostasis time was shorter than that in the control group, and the quality of life score and nursing satisfaction score were both higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Targeted nursing based on risk assessment can reduce the risk of postoperative bleeding after EMR, comprehensively improve the quality of life and nursing satisfaction of patients in all dimensions, and the effect is good.

【Keywords】 Mucosal resection under digestive endoscopy; Postoperative bleeding; Risk assessment; Targeted care; Quality of life; Nursing satisfaction dimension score

临床治疗消化道早期病变时，消化内镜下黏膜切除术（EMR）因创伤小、术后恢复快、能完整保留消化道解剖结构，成为常用治疗手段。但EMR术后出血作为主要并发症，可分为即时出血（术后24h内）与延迟出血（24h~7d），不仅延长患者住院时间，也可能引发失血性贫血等严重后果，增加医疗风险与患者负担^[1]。既往临床多采用常规护理模式，包括术后基础生命体征监测、饮食指导及药物干预，虽能初步预防出血，但存在明显局限：一方面，未结合患者个体风险因素制定差异化方案，对高风险患者监测力度不足，对中低风险患者个性化需求关注不够；另一方面，护理干预缺乏系统性，如健康宣教仅依赖口头讲解，无图文辅助或重复

强化，患者依从性难以保障，影响护理效果^[2]。基于此，本研究构建EMR术后出血三维风险评估体系，并针对不同风险等级实施针对性护理，通过分层干预提升护理精准度，同时引入量化指标评估效果，旨在为优化EMR术后护理方案、降低出血风险、改善患者预后提供实践依据。

1 资料和方法

1.1 一般资料

2024年1月至2025年6月，消化内科120例接受EMR治疗的患者。随机分为对照组60例，男32例，女28例；平均年龄（52.3±8.6）岁；病变部位：食管18例、胃25例、结直肠17例；基础疾病：高血压15例、

糖尿病 10 例、冠心病 5 例。观察组 60 例,男 30 例,女 30 例;平均年龄(53.1±9.2)岁;病变部位:食管 16 例、胃 26 例、结直肠 18 例;基础疾病:高血压 17 例、糖尿病 11 例、冠心病 4 例)。两组一般资料对比($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 风险评估体系

观察组术前、术中、术后三维评估:①术前:年龄 ≥ 60 岁、高血压(收缩压 ≥ 160 mmHg)、病变直径 ≥ 1.5 cm、长期服抗血小板药物为高风险;②术中:手术时长 ≥ 30 min、黏膜切除深度 $>$ 黏膜肌层、术中渗血为高风险;③术后:心率 >100 次/min、血压下降 ≥ 20 mmHg、未遵医嘱饮食为高风险。按风险因素数量分低(0项)、中(1~2项)、高(≥ 3 项)风险,匹配护理方案。

1.2.2 对照组护理

①术后禁食 6~12h,过渡至半流质饮食,口头告知饮食禁忌;②每 4h 测生命体征,纸质记录;③遵医嘱用氨甲环酸、奥美拉唑,仅告知用法;④口头宣教术后注意事项;⑤疼痛时按需用止痛药,无心理干预。

1.2.3 观察组护理

①高风险患者护理:术后转入内镜中心观察室,用多功能电子监护仪持续监测生命体征,每 15 分钟自动记录,心率 >100 次/min或收缩压下降 ≥ 10 mmHg时触发声光预警。术后禁食 24h,经中心静脉导管输注含氨基酸、维生素及电解质的肠外营养制剂。术前 1d 停用抗血小板药物,术后按 8mg/h 速率持续泵入质子泵抑制剂,维持胃内 pH >6.0 。采用视觉模拟评分法每 4h 评估疼痛,1~3 分时口服间苯三酚 40mg,4~6 分时肌肉注射山莨菪碱 10mg, ≥ 7 分时静脉滴注氟比洛芬酯 50mg,动态调整镇痛方案。

②中风险患者护理:每 3h 测量生命体征,持续 12h 后改为每 4h 1 次,直至术后 48h。术后禁食 12h,根据患者饮食偏好定制温凉流质饮食方案。高血压患者每 6h 测血压,通过调整降压药剂量将血压控制在 130~140/90~95mmHg。开展一对一心理疏导,展示同类型病变术后康复案例,倾听患者担忧并给予针对性回应。

③低风险患者护理:每 4h 测生命体征,持续 6h 无异常后改为每 8h 1 次。术后禁食 6h,发放图文版 EMR 术后饮食过渡指南,明确各阶段饮食种类、温度及进食量。术后第 2 天指导患者床边站立,逐步增加活动时长。出院前发放康复手册,包含创面护理要点、出血应急流程及科室 24h 咨询电话,同时预约术后 1 个月内镜复查。

④共性干预:为所有患者建立电子康复档案,每日

记录饮食摄入量、睡眠时长、疼痛评分及心理状态。睡眠障碍患者调整病房环境,必要时指导温水泡脚或睡前渐进式肌肉放松训练。鼓励家属每日陪护 2h,指导家属协助观察病情。出院前根据患者职业类型,明确术后恢复工作及社交活动的时间节点。

⑤出血应急预案:发现出血立即通知内镜医生,10 分钟内到场,同时准备止血器械及抢救药品。协助患者取平卧位、头偏向一侧,快速建立双静脉通路,分别用于补液扩容和输注止血药物。全程安抚患者及家属情绪,解释出血原因与处理方案。止血后 30 分钟内复查生命体征,2h 内复查血常规,观察创面有无再出血迹象。

1.3 观察指标

①术后出血:记录术后 72h 内出血发生情况;②止血时间;③护理满意度:术后 1 周用自制量表,含 5 个维度(各维度满分:护理专业性 25 分、服务态度 25 分、风险告知 20 分、应急处理 15 分、健康宣教 15 分),评分越高越满意。④生活质量^[3]:术后 1 个月用 SF-36 量表,含生理功能、生理职能等 8 个维度,最高 100 分,分数越高说明生活质量越好。

1.4 统计学处理

SPSS23.0 分析数据,计数、计量(%), $(\bar{x}\pm s)$ 表示,行 χ^2 、t 检验, $P<0.05$ 统计学成立。

2 结果

2.1 术后出血发生率

观察组:出血时间:6h 内 0 例、6~24h 1 例、24~72h 1 例,出血发生率 3.33%;对照组:6h 内 3 例、6~24h 4 例、24~72h 2 例,出血发生率 15.00% (9/60),观察组低于对照组($\chi^2=4.904$, $P<0.05$)。

2.2 止血时间

观察组:平均止血时间(1.81±0.45)h;对照组:平均止血时间(3.52±0.78)h。观察组止血时间短于对照组($t=3.726$, $P<0.05$)。

2.3 护理满意度评分

观察组:护理专业性评分(22.85±1.63)分、服务态度评分(23.12±1.57)分、风险告知评分(18.26±1.35)分、应急处理评分(13.58±1.12)分、健康宣教评分(13.82±1.08)分、总分(92.56±4.32);对照组:(18.23±2.15)分、(17.85±2.03)分、(14.52±1.87)分、(10.15±1.62)分、(10.48±1.55)分、(81.23±5.67)分,组间比较($t=12.367/14.258/11.893/10.763/11.235/11.895$, $P<0.05$)。

2.4 生活质量评分

护理后,组间比较($P<0.05$),见表 1。

表1 生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	t	P
生理功能	85.62±5.91	72.35±6.82	11.237	<0.05
生理职能	83.84±6.43	69.53±7.51	10.652	<0.05
躯体疼痛	82.75±6.12	68.47±7.54	10.573	<0.05
一般健康状况	84.53±5.74	70.26±6.93	11.048	<0.05
精力	82.31±6.25	67.84±7.32	10.873	<0.05
社会功能	83.56±5.83	71.88±6.55	10.126	<0.05
情感职能	82.94±5.92	68.62±7.13	10.345	<0.05
精神健康	84.23±6.31	70.56±7.24	9.854	<0.05

3 讨论

EMR 术后出血风险受多因素叠加影响, 年龄 ≥ 60 岁患者血管弹性减退、凝血能力下降, 高血压患者术后血压波动易致创面血管破裂, 病变直径 $\geq 1.5\text{cm}$ 增加术中创面暴露面积, 长期服抗血小板药削弱凝血功能, 这些因素均可能提升出血概率^[4]。常规护理采用统一干预模式, 未针对上述风险分层管理, 高风险患者监测频率不足、干预措施单一, 难以有效控制出血; 中低风险患者个性化需求(如饮食偏好、心理疏导)未被满足, 影响护理体验^[5-6]。

本研究结果说明针对性护理措施干预效果显著。分析原因:(1)高风险患者强化监测能早发现隐匿性出血, 中风险患者血压管理减少血管破裂概率, 低风险患者饮食指导避免创面刺激^[7]。同时, 出血应急预案缩短止血时间, 避免流程延误导致风险恶化, 验证针对性护理的有效性^[8-9]。(2)针对性护理以患者需求为核心, 构建更系统、精准的护理体系。从风险评估到分层干预, 护理方案围绕降低出血风险、提升就医体验展开, 无论是个性化饮食定制、动态疼痛管理, 也是清晰的风险告知与高效的应急处理, 均从多方面满足患者对护理专业性、服务质量的需求, 减少常规护理中“统一化”干预的局限性, 进而提升整体满意度^[10]。(3)针对性护理突破常规护理仅关注生理恢复的局限, 实现“生理-心理-社会”多维度康复支持。一方面, 出血风险降低减少患者卧床时间, 配合科学的饮食与活动指导, 助力身体机能快速恢复^[11]; 另一方面, 心理疏导缓解焦虑情绪, 家属陪护与社交恢复指导增强患者安全感与生活信心, 全方位改善患者术后康复体验, 推动生活质量整体提升^[12]。

综上, 基于风险评估的针对性护理可降低 EMR 术

后出血风险, 改善患者生活质量与护理满意度, 值得推广。

参考文献

- [1] 邹雨恒, 凌新, 罗茜. 构建消化道肿瘤患者内镜下黏膜切除术后出血的预测模型及护理对策[J]. 首都食品与医药, 2025, 32(17):134-139.
- [2] 李雪容, 李敏华, 王文远. ESD 术治疗早期胃癌患者联合针对性护理干预对术后出血率、炎症因子的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2022, 7(35):11-14.
- [3] 陈姝. 综合护理措施对高血压脑出血患者实施手术的护理效果分析[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2025(8):074-077.
- [4] 沈洁, 胡玉娜, 夏黎明, 邹辉煌. 探究 Caprini 血栓风险评估下分级护理在重症脑出血术后患者的应用效果[J]. 黑龙江医药科学, 2025, 48(1):184-186-190.
- [5] 杨颖琳, 张焱, 张莉莉, 陈建红, 潘琼, 许晓玮. 妊娠滋养细胞肿瘤患者脑出血行抢救性化学治疗联合开颅手术的护理[J]. 护理与康复, 2025, 24(4):78-80.
- [6] 赵婧, 马帅, 杜娟, 刘婷婷. 中青年高血压脑出血患者术后康复运动依从性发展轨迹的纵向研究及护理启发[J]. 河南医学研究, 2025, 34(17):3226-3232.
- [7] 邵金洁, 杜超群, 杨晓英, 方文超. 高血压脑出血术后肠内营养病人发生误吸的影响因素及风险预测模型的构建[J]. 循证护理, 2025, 11(15):3172-3175.
- [8] 程静, 李菁, 崔学颖, 赵美红. 渐进性康复护理对老年高血压脑出血术后恢复期患者的影响研究[J]. 浙江创伤外科, 2025, 30(5):991-993.
- [9] 隋健飞, 袁巧玲, 王硕. 老年动脉瘤性蛛网膜下腔出血患

- 者介入栓塞术后感染的危险因素分析及护理对策构建[J].中国医刊,2025,60(6):666-670.
- [10] 潘琼,杨琴,刘倩.基于 Caprini 血栓风险评估量表的分级护理在重症脑出血术后昏迷患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(11):172-174.
- [11] 李旭琴,黄昉芳,俞超.致命性肺血栓栓塞症患者高出血风险下行体外膜肺氧合的护理[J].中华急危重症护理杂志,2025,6(4):462-465.
- [12] 仲秀青,王玉琴,张蕾.前馈控制理念模式下风险预警护理对行改良 Sauve-Kapandji 术患者的应用效果观察[J].青海医药杂志,2025,55(7):35-38.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS