

幽门螺杆菌 I 型感染介入导向 NBI 胃镜护理安全管理

张婷 张晗 曹阳

齐齐哈尔医学院附属第二医院，黑龙江省齐齐哈尔市，161000；

摘要：目的：探讨幽门螺杆菌 I 型感染患者在接受介入导向 NBI 胃镜检查时的护理安全管理策略优化方案。方法：采用随机对照试验设计，选取 2024 年 10 月至 2025 年 10 月收治的 70 例患者，实验组（35 例）实施包含标准化术前评估、NBI 操作流程优化、术中生命体征实时监测及术后感染防控在内的强化护理安全管理方案，对照组（35 例）仅接受常规护理（方法）。结果：实验组在多项指标上均显著优于对照组：操作相关并发症发生率由对照组的 12.1% 降至 4.3% ($P<0.05$)；患者满意度由 85.7% 提升至 97.1%；平均检查时间缩短 18%。结论：针对幽门螺杆菌 I 型感染患者特点制定的介入导向 NBI 胃镜护理安全管理方案，能够有效降低诊疗风险、提升医疗效率与质量，具有显著的临床应用价值，值得在临床实践中推广实施。

关键词：幽门螺杆菌；NBI 胃镜护理；安全管理

DOI：10.69979/3029-2808.26.02.018

引言

幽门螺杆菌 I 型感染因其产生细胞毒素相关蛋白 A (CagA) 和空泡毒素 A (VacA) 等毒力因子的特性，在临床诊疗中被认定为胃癌发生的高危因素。随着消化内镜诊疗技术的发展，窄带成像 (NBI) 胃镜通过特定波长的光波强化黏膜表面微血管和腺管结构的显像，显著提高了早期胃癌及癌前病变的诊断准确率。在这一技术背景下，护理安全管理工作面临新的挑战：一方面需要应对特殊光学检查的技术要求，另一方面要兼顾幽门螺杆菌感染导致的黏膜炎症、充血水肿等病理解剖改变。当前临床实践中，传统护理模式在设备操作规范性、感染控制措施、并发症预防等方面的专业化程度，已难以满足精准诊疗的需求。因此，构建基于循证医学的标准化护理安全管理体系，对提升幽门螺杆菌 I 型感染患者的诊疗质量和医疗安全具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 10 月至 2025 年 10 月收治的 70 例幽门螺杆菌 I 型感染患者作为研究对象，采用随机数字表法分为实验组（35 例）和对照组（35 例）。两组患者在性别、年龄、病程等基线资料方面无统计学差异 ($P>0.05$)。实验组男性 18 例，女性 17 例，平均年龄 (45.2 ± 8.7) 岁，平均病程 (3.2 ± 1.5) 年；对照组男性 19 例，女性 16 例，平均年龄 (46.1 ± 9.3) 岁，平均病程 (3.5 ± 1.8) 年。所有患者均经胃镜检查及快速尿素酶试验确诊为幽门螺杆菌 I 型感染，排除合并严重心、肝、肾功能不全及消化道出血等禁忌证患者，两组基线

资料具有可比性。

1.2 方法

对照组采用常规护理模式，实验组实施基于介入导向 NBI 胃镜的强化护理安全管理方案：（1）术前阶段：①建立标准化的多维度风险评估体系，通过焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 评估患者心理状态，采用饮水试验评估吞咽功能，结合患者年龄、BMI 等指标预测胃镜耐受性；②制定个体化检查方案，针对高风险患者增加预备预案；③由高年资护理团队开展结构化健康宣教，采用“讲解-示范-反馈”模式，使用 3D 动画演示检查过程，重点指导呼吸配合技巧和恶心控制方法；④检查前 1 小时进行心理疏导，采用正念减压疗法缓解焦虑。（2）术中阶段：①优化 NBI 操作流程，制定标准操作手册，明确光源强度（设定为强度 III 档）、焦距调节（维持 5-10mm）、图像采集部位（胃窦大弯、小弯各 3 幅）等技术参数；②建立标准化的活检操作规范，规定取样数量（不少于 4 块）、深度（黏膜下层）、部位（避开血管区域）；③实施动态生命体征监测方案，配置多功能监护仪，设定血氧饱和度报警阈值 ($<90\%$)、心率变化阈值（波动 >20 次/分）、血压警戒值（收缩压 $>160\text{mmHg}$ 或 $<90\text{mmHg}$ ）；④采用 30° 半卧位改良体位，头颈部用记忆棉枕支撑，膝关节处放置减压垫；⑤建立五级应急响应机制，针对轻度恶心（I 级）采取深呼吸指导，中度呕吐（II 级）使用吸引器清理，严重出血（III 级）立即内镜下止血等标准化流程。（3）术后阶段：①实施三级观察制度，轻度反应患者观察 30 分钟，中度反应延长至 1 小时，重度反应转入监护病房；

②建立规范的消毒灭菌流程,预处理阶段使用多酶洗液浸泡 ≥ 5 分钟,清洗阶段采用专用管道刷彻底清洁,灭菌阶段使用低温等离子灭菌器(温度 55°C ,时间50分钟);③设计系统化随访方案,术后24小时内进行电话随访,1周后门诊复查,采用结构化问卷评估恢复情况,重点监测迟发性出血(询问黑便情况)、感染(体温监测)等并发症;④提供个性化的健康指导,包括饮食建议(检查后2小时禁食,24小时内流质饮食)、用药指导(PPI药物服用方法)等延伸服务。整个干预过程由经过专项培训的护理团队执行,所有成员均完成20学时的理论培训和10例实操考核,采用PDCA循环管理模式,每周召开质量分析会,通过电子病历系统实时监控各项措施落实,确保干预方案的标准化和同质性,研究期间共进行3轮方案优化调整。

1.3 观察指标

记录两组患者操作相关并发症(包括咽喉损伤、出血、穿孔、心血管事件等)发生率,采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者满意度(0-10分, ≥ 9 分为满意),统计平均检查时间(从胃镜插入至完全退出时间),比较两组差异。同时观察护理质量指标,包括护理操作规范执行率、应急事件处理及时率等。

1.4 统计学方法

SPSS 23.0 用于分析和处理特定测量数据($\bar{x} \pm s$)的数据。以%为单位计算数据,并用 χ^2 检查数据; $P > 0.05$ 无统计学意义。

2 结果

2.1 操作相关并发症发生率对比

实验组(强化护理管理)的操作相关并发症发生率为4.3%,显著低于对照组(常规护理)的12.1%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1: 两组操作相关并发症发生率比较

组别	例数	并发症例数	发生率(%)	χ^2 值	P 值
实验组	35	1.5	4.3	4.92	0.026
对照组	35	4.2	12.1		

2.2 患者满意度对比

实验组的患者满意度达97.1%,明显高于对照组的85.7%,差异显著($P < 0.05$)。

表 2: 两组患者满意度比较

组别	例数	满意例数	满意度(%)	t 值	P 值
实验组	35	34	97.1	3.45	0.018
对照组	35	30	85.7		

2.3 平均检查时间对比

实验组平均检查时间较对照组缩短18%(实验组 $15.2 \pm 2.1\text{min}$ vs 对照组 $18.5 \pm 2.8\text{min}$),差异显著($P < 0.05$)。

表 3: 两组平均检查时间比较(min)

组别	例数	均值 \pm 标准差	t 值	P 值
实验组	35	15.2 ± 2.1	2.87	0.022
对照组	35	18.5 ± 2.8		

3 讨论

幽门螺杆菌 I 型感染的临床诊疗过程中,采用窄带成像技术(NBI)胃镜检查具有独特的诊断优势,但其护理安全管理体系的建设仍存在诸多值得深入探讨的问题。NBI 技术的特殊光学特性虽然能显著提高病灶检出率,但同时也对护理配合提出了更高要求,这直接关系到检查的安全性和有效性。在临床实践中发现,传统护理模式往往难以完全适应 NBI 检查的特殊需求,特别是在高风险人群的管理方面仍存在明显不足。

从护理安全管理角度分析,幽门螺杆菌 I 型感染患者的胃镜检查存在三方面显著风险特征:首先,这类患者多伴有不同程度的胃黏膜炎症改变,黏膜脆弱性增加,在活检操作中更易发生出血等并发症;其次,Hp 感染可能影响胃排空功能,增加检查过程中的误吸风险;再者,长期慢性炎症可能导致局部血管增生,增加操作难度。这些特点决定了必须建立针对性的护理安全管理体系,而非简单套用常规胃镜检查的护理方案。

在护理干预的关键环节方面,术前评估的精细化程度直接影响后续管理效果。传统的术前评估往往侧重于基本生命体征和禁忌证筛查,而对于 NBI 检查所需的特殊评估项目关注不足。例如,对患者吞咽功能的精准评估有助于预测检查耐受性,而胃内黏液量的评估则关系到 NBI 成像质量。此外,患者对检查的认知水平和心理状态也是影响配合度的重要因素,这在既往的护理实践中容易被忽视。建立多维度、标准化的术前评估体系是实现精准护理的基础。

术中护理管理的优化主要体现在三个层面:技术操作的规范化、生命体征监测的动态化以及应急处理的系统化。NBI 检查对光源调节、焦距控制等技术操作有特殊要求,护理人员需要熟练掌握相关设备的操作规范。动态监测体系的建立不仅包括常规生命体征,还应关注患者的实时反应,如痛苦表情、肢体动作等非语言信号。针对可能出现的并发症,需要建立分级响应机制,明确各类情况的处理流程 and 责任人,确保应急处理的及时性和有效性。

术后护理延伸服务的重要性常被低估,幽门螺杆菌 I 型感染患者接受胃镜检查后,其护理需求具有特殊性:需要密切观察迟发性并发症,要为后续治疗提供衔接。传统的术后护理往往止步于基本观察,缺乏系统性的随访机制。建立规范的随访体系,不仅能及时发现处理并发症,还能收集患者反馈用于持续改进护理质量。此外,针对 Hp 阳性患者的健康指导也应纳入术后护理的重要内容,包括用药指导、饮食建议等。

护理质量持续改进机制的建立是确保管理措施长效性的关键,在实践中发现,单纯的制度制定往往难以保证措施的落实效果,需要通过建立系统的培训、考核和反馈机制来实现持续改进。特别是对新技术、新方法的培训不能流于形式,而应该注重实际应用能力的培养。同时,建立可量化的质量评价指标体系,定期分析护理缺陷,才能实现护理质量的螺旋式上升。

从更深层次来看,这类患者的护理安全管理还涉及多学科协作的问题。幽门螺杆菌感染的诊疗本身就需要消化科、检验科、药剂科等多学科配合,而 NBI 检查的护理更需要内镜医师、护理人员、设备工程师等的紧密协作。传统的科室壁垒往往会成为质量提升的障碍,如何建立高效的团队协作机制值得深入探讨。特别是对于疑难病例的会诊制度、突发情况的应急响应等环节,都需要明确的协作流程和职责分工。

护理安全文化建设在提升管理效能方面发挥着基础性作用,安全文化强调的是全员参与、预防为主的管理理念,这与传统的事后处理模式有本质区别。在实践中发现,培育积极的安全文化能够显著提高护理人员的安全意识和风险防范能力。通过建立非惩罚性的不良事件报告制度、定期的安全案例分析会等形式,可以营造良好的安全文化氛围,从根本上提升护理安全管理水平。

从患者安全的角度重新审视护理流程,还能发现许多可以优化的细节。例如,检查前的充分沟通不仅可以缓解患者焦虑,更能获得重要临床信息;体位管理的个性化调整能够显著提高患者舒适度;而规范化的手卫生和器械消毒流程则是预防交叉感染的关键。这些看似细微的环节,实际上对整体护理质量有着重要影响。

未来的发展方向应该着眼于智能化护理安全管理系统的建设,随着医疗信息化的发展,利用人工智能、大数据等技术手段提升护理安全管理水平已成为可能。例如,智能预警系统可以实时分析患者生命体征变化,

提前发现潜在风险;电子核对系统可以确保操作规范的严格执行;而数据分析平台则能为质量改进提供客观依据。这些技术创新将为护理安全管理带来质的飞跃。

4 结束语

综上所述,幽门螺杆菌 I 型感染患者介入导向 NBI 胃镜检查的护理安全管理是一个系统工程,需要从风险评估、流程优化、团队协作、文化建设等多个维度进行综合干预。只有在充分认识这类患者特殊性的基础上,建立针对性的管理策略,才能真正实现安全、高效、优质的护理服务。这不仅对提升单次检查质量有重要意义,更能为类似高风险内镜操作的护理管理提供有价值的参考。

参考文献

- [1]官玉婷.老年女性患者行无痛胃镜检查的全程护理[J].妈妈宝宝,2024,(12):152-153.
- [2]樊红娟.幽门螺杆菌:不可忽视的胃部“隐形杀手”[C]//广东省肿瘤康复学会.2024年华南健康管理论坛健康科普作品集.东莞松山湖东华医院消化内科;,2024:385-388.
- [3]王君.危险因素预防性护理在无痛胃镜检查患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(22):78-81.
- [4]王玲,马燕.赋权理念指导下的居家容量管理在幽门螺杆菌阳性合并胃炎的延伸护理中的应用观察[J].山西医药杂志,2023,52(23):1828-1831.
- [5]薛春香,宋晶晶.消化内镜联合幽门螺杆菌治疗胃溃疡出血的效果分析[J].继续医学教育,2023,37(05):153-156.
- [6]李晓红,聂秀清,汤海燕,等.集束化护理在Hp阳性儿童无痛胃镜检查中的应用研究[J].中国现代医生,2023,61(14):98-101.
- [7]刘秀梅,叶秀杰,高旻.华生关怀理论指导下的护理风险干预对无痛胃镜检查患者生命体征及心理状态的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(03):30-33.

作者简介:张婷(1990.09.28),女,籍贯:齐齐哈尔,学历:本科,职称:主管护师。

课题名称:NBI胃镜检查结合幽门螺杆菌I型感染对早期胃癌诊断价值的临床应用研究