多模式护理干预在降低胃肿瘤患者围手术期肺部感染风险中的应用

胡 婷

山东第一医科大学附属肿瘤医院 山东 250021

【摘 要】：本论文聚焦于多模式护理干预在降低胃肿瘤患者围手术期肺部感染风险中的应用。通过阐述围手术期肺部感染对胃肿瘤患者的危害，分析多模式护理干预的理论基础与常见模式，深入探讨其在术前、术中、术后各阶段的具体应用策略，明确该护理模式在降低肺部感染风险方面的重要意义，旨在为临床护理实践提供理论参考，提升胃肿瘤患者围手术期护理质量与康复效果。

【关键词】：多模式护理干预；胃肿瘤；围手术期；肺部感染；护理策略

DOI:10.12417/2705-098X.25.22.080

1 引言

胃肿瘤是消化系统常见的恶性肿瘤之一，外科手术是目前治疗胃肿瘤的重要手段。然而，胃肿瘤患者在围手术期面临着诸多并发症风险，其中肺部感染是较为常见且严重的并发症之一[1]。肺部感染不仅会延长患者住院时间，增加医疗费用，还可能导致呼吸衰竭等严重后果，影响患者的康复进程和预后质量。因此，有效降低胃肿瘤患者围手术期肺部感染风险成为临床护理工作的重要目标[2]。多模式护理干预通过整合多种护理措施和方法，从多个维度对患者进行全面护理，为降低胃肿瘤患者围手术期肺部感染风险提供了新的思路和方向。深入研究多模式护理干预在该领域的应用，对于提高胃肿瘤患者围手术期护理质量、促进患者康复具有重要的理论和实践意义。

2 胃肿瘤患者围手术期肺部感染的危害与影响因素

2.1 肺部感染的危害

胃肿瘤患者围手术期发生肺部感染，会导致患者出现咳嗽、咳痰、发热、呼吸困难等症状，严重影响患者的呼吸功能和身体舒适度。肺部感染还可能引发全身炎症反应，导致患者出现败血症等严重并发症，增加患者的死亡风险[3]。此外，肺部感染会延长患者的住院时间，增加患者的医疗费用负担，给患者及其家庭带来沉重的经济和心理压力。同时，肺部感染会影响患者术后身体恢复进程，延缓切口愈合，增加术后其他并发症的发生几率，降低患者的生活质量和预后效果。

2.2 肺部感染的影响因素

胃肿瘤患者多为中老年人，随着年龄的增长，机体各项生理功能逐渐衰退，尤其是呼吸系统功能[4]。老年人呼吸道黏膜纤毛运动功能减弱，清除呼吸道分泌物的能力下降，导致痰液容易在呼吸道内积聚，增加肺部感染的风险。此外，许多胃肿瘤患者合并有其他基础疾病，如慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、心血管疾病等。这些基础疾病会进一步削弱患者的机体免疫力和呼吸功能，使患者更容易受到病原体的侵袭，发生肺部感染。

胃肿瘤手术时间较长，手术过程中患者长时间处于仰卧位，会限制肺部的扩张，影响肺部通气功能，导致肺部血液循环不畅，增加肺部感染的可能性[5]。手术创伤会引起机体应激反应，导致患者免疫功能下降，同时手术切口疼痛会使患者不敢深呼吸和有效咳嗽咳痰，导致呼吸道分泌物排出不畅，为细菌滋生创造条件。此外，气管插管、全身麻醉等手术操作会直接损伤呼吸道黏膜，破坏呼吸道的防御屏障，使病原体更容易侵入肺部，引发感染。

术后患者身体虚弱，活动量减少，长时间卧床会导致肺部血液循环和通气功能障碍，痰液容易在肺部积聚。如果术后呼吸道护理不到位，如未能及时协助患者翻身、拍背、指导有效咳嗽咳痰，未进行有效的呼吸道湿化等，会使痰液难以排出，增加肺部感染风险。另外，术后不合理的使用抗生素、鼻饲营养方式不当等因素也可能导致肠道菌群失调，细菌移位至呼吸道，引发肺部感染。

3 多模式护理干预的理论基础与常见模式

3.1 理论基础

多模式护理干预以现代护理理论为指导，融合了系统论、整体护理理论、循证护理理论等多种理论。系统论强调将护理对象视为一个整体系统，各个组成部分相互关联、相互影响[6]。在胃肿瘤患者围手术期护理中，多模式护理干预从患者的生理、心理、社会等多个层面出发，综合考虑各种因素对患者肺部感染风险的影响，制定全面的护理方案。整体护理理论注重以患者为中心，提供全面、连续、个性化的护理服务，多模式护理干预正是基于这一理念，根据患者的具体病情、身体状况和心理需求，实施针对性的护理措施[7]。循证护理理论要求护理实践基于科学研究证据，多模式护理干预通过查阅大量文献资料，结合临床实践经验，筛选出有效的护理措施并进行整合，以提高护理的科学性和有效性。

3.2 常见模式

个性化护理模式强调根据每位患者的独特情况制定护理计划。对于胃肿瘤患者，护理人员在全面评估患者的年龄、身体状况、基础疾病、心理状态等因素后，为患者提供个性化的护理服务[8]。例如，对于年龄较大、合并慢性阻塞性肺疾病的

患者，制定针对性的呼吸功能训练计划；对于心理压力较大的患者，提供个性化的心理疏导方案。

多学科协作护理模式整合了多个学科的专业知识和技能，由外科医生、呼吸科医生、营养师、心理医生、护理人员等组成专业团队，共同为患者制定护理方案。外科医生负责手术相关的专业指导，呼吸科医生提供呼吸道管理和肺部疾病防治的建议，营养师根据患者的营养需求制定合理的饮食方案，心理医生关注患者的心理状态并进行干预，护理人员则负责具体护理措施的实施和协调。

连续性护理模式注重护理服务的连续性，从患者入院到出院后随访，提供全程不间断的护理服务。在胃肿瘤患者围手术期，入院时对患者进行全面评估和健康宣教，围手术期实施各项护理措施，出院后进行定期随访，了解患者的康复情况，指导患者进行自我护理和康复训练，及时发现并解决患者存在的问题。

4 多模式护理干预在胃肿瘤患者围手术期的应用策略

4.1 术前护理干预

通过多种方式对患者进行健康宣教，如发放宣传手册、组织讲座、一对一讲解等，向患者介绍胃肿瘤手术的相关知识、围手术期注意事项以及肺部感染的危害和预防方法，提高患者对疾病和护理的认知程度。同时，关注患者的心理状态，由于患者对手术存在恐惧、焦虑等不良情绪，会导致机体应激反应增强，免疫力下降，增加肺部感染风险[9]。护理人员应与患者进行充分沟通，倾听患者的心声，了解患者的心理需求，给予心理支持和安慰，帮助患者树立战胜疾病的信心。

指导患者进行呼吸功能训练，包括深呼吸训练和有效咳嗽咳痰训练。深呼吸训练可采用腹式呼吸和缩唇呼吸的方法，患者取舒适体位，放松全身肌肉，用鼻深吸气，使腹部隆起，然后用口缓慢呼气，呼气时口唇缩成吹口哨状，尽量延长呼气时间，每次训练 10-15 分钟，每日 3-4 次[10]。有效咳嗽咳痰训练指导患者取坐位或半卧位，先进行 5-6 次深呼吸，然后深吸气后屏气 3-5 秒，身体前倾，用力咳出痰液。通过呼吸功能训练，可增强患者呼吸肌力量，提高肺部通气功能，促进呼吸道分泌物排出，降低肺部感染风险。

评估患者的营养状况，根据患者的身体需求制定合理的营养支持方案。对于营养状况良好的患者，指导其摄入富含蛋白质、维生素和膳食纤维的食物，保证营养均衡；对于存在营养不良的患者，可通过口服营养补充剂、鼻饲或静脉营养支持等方式改善患者的营养状况。良好的营养状态有助于增强患者机体免疫力，提高患者对手术的耐受性，减少术后并发症的发生。

4.2 术中护理干预

在手术过程中，合理调整患者体位，避免长时间仰卧位对肺部造成压迫。根据手术需要，在保证手术顺利进行的前提下，适当抬高患者床头，改善肺部通气和血液循环。同时，注意保持患者呼吸道通畅，及时清理呼吸道分泌物，防止误吸和反流的发生。

麻醉医生应严格掌握麻醉药物的使用剂量和方法，尽量缩短气管插管时间，减少对呼吸道黏膜的损伤。在麻醉过程中，密切监测患者的呼吸功能和生命体征，及时处理异常情况[11]。采用合理的麻醉方式，如全身麻醉联合硬膜外麻醉，可减少全身麻醉药物的用量，降低肺部并发症的发生风险。

手术医生应严格遵循手术操作规范，减少手术创伤和出血，缩短手术时间。在手术操作过程中，注意保护患者呼吸道，避免对呼吸道造成不必要的损伤。加强手术团队的协作，提高手术效率，减少患者在手术台上的时间，降低肺部感染的机会。

4.3 术后护理干预

术后加强患者的呼吸道管理是降低肺部感染风险的关键措施。定期协助患者翻身、拍背，拍背时手指并拢、稍向内合掌，由下向上、由外向内轻轻拍打患者背部，以促进痰液排出。根据患者情况，给予雾化吸入治疗，常用药物如氨溴索、布地奈德等，可稀释痰液，减轻呼吸道炎症反应，促进痰液排出。指导患者进行深呼吸和有效咳嗽咳痰，鼓励患者主动咳嗽，及时清除呼吸道分泌物。

术后早期指导患者进行床上活动，如翻身、四肢活动等，随着患者身体状况的恢复，逐渐增加活动量，鼓励患者尽早下床活动。早期活动可促进肺部血液循环和通气功能，减少肺部并发症的发生[12]。同时，根据患者的身体状况制定个性化的康复训练计划，如散步、太极拳等，帮助患者恢复身体机能，提高机体免疫力。

术后根据患者的胃肠功能恢复情况，合理安排饮食。术后早期可给予患者肠内营养支持，如鼻饲营养液，待患者胃肠功能恢复后，逐渐过渡到流食、半流食和普食。饮食应遵循少食多餐、营养均衡的原则，保证患者摄入足够的蛋白质、热量和维生素，促进患者身体恢复。同时，注意观察患者的进食情况，防止呛咳和误吸的发生。

感染预防与监测

加强病房管理，保持病房空气清新、温度和湿度适宜，定期对病房进行消毒，减少病原体滋生。严格执行无菌操作原则，在进行各项护理操作时，如吸痰、静脉穿刺等，注意手卫生和无菌操作，防止交叉感染。密切观察患者的生命体征、呼吸情况和痰液性状等，定期进行血常规、C 反应蛋白等实验室检查，及时发现感染迹象并采取相应的治疗措施。

5 多模式护理干预在降低胃肿瘤患者围手术期肺部感染风险中的意义

（1）提高护理质量：多模式护理干预整合了多种护理措施和方法，从多个维度对患者进行全面护理，使护理工作更加

系统化、规范化和个性化。通过术前的健康宣教、心理护理和呼吸功能训练，术中的体位管理、麻醉管理和规范手术操作，术后的呼吸道管理、活动康复训练、饮食营养护理和感染预防监测等一系列措施的实施，能够满足患者在围手术期的各种护理需求，提高护理服务的质量和效果。

（2）降低肺部感染风险：多模式护理干预通过对患者围手术期各个环节的综合护理，有效改善患者的呼吸功能，促进呼吸道分泌物排出，增强患者机体免疫力，减少感染因素的影响，从而显著降低胃肿瘤患者围手术期肺部感染的风险。降低肺部感染风险有助于减少患者的并发症发生，促进患者术后身体恢复，缩短住院时间，提高患者的康复效果和生活质量。

（3）提升患者满意度：多模式护理干预以患者为中心，注重患者的心理需求和个性化服务，通过全面、细致的护理措施，为患者提供舒适、安全的护理环境和优质的护理服务。在护理过程中，护理人员与患者进行充分沟通和交流，关注患者的感受和需求，及时解决患者的问题，使患者感受到关怀和尊重，从而提升患者对护理工作的满意度。患者满意度的提高有助于建立良好的护患关系，促进护理工作的顺利开展。

（4）促进护理学科发展：多模式护理干预的应用需要护理人员不断学习和掌握新的护理知识和技能，整合多学科的专业知识，创新护理方法和模式。这有助于推动护理学科的发展，提高护理人员的专业素质和综合能力，促进护理学科向专业化、科学化方向迈进。同时，多模式护理干预在临床实践中的应用和研究，也为护理学科的理论发展提供了丰富的实践经验和研究素材。

6 结论

多模式护理干预通过整合多种护理措施和方法，从术前、术中、术后多个阶段对胃肿瘤患者进行全面、系统、个性化的护理，能够有效降低患者围手术期肺部感染风险，提高护理质量，提升患者满意度，促进患者康复，对胃肿瘤患者围手术期护理具有重要的应用价值和意义。在临床实践中，应进一步加强多模式护理干预的应用和研究，不断完善护理方案和措施，提高护理的科学性和有效性，为胃肿瘤患者提供更加优质的护理服务。未来，随着医学技术的不断发展和护理理念的更新，多模式护理干预有望在胃肿瘤患者围手术期护理中发挥更大的作用，为患者的健康和康复提供更有力的保障。

参考文献：

[1] 杨一鸣,蒋超.知信行模式护理干预对老年糖尿病合并高血压患者焦虑情绪及治疗依从性的影响[J/OL].中国典型病例大全,1-6[2025-06-05].

[2] 唐莉.慢性疾病轨迹模式护理干预对子宫肌瘤患者负性情绪及疾病认知水平的影响[J].慢性病学杂志,2025,26(04):606-609.

[3] 邢洁,范小丽,王辰,等.远程多学科协作模式的延续性护理干预在玻璃体切割联合硅油填充术视网膜脱离中的应用[J].罕少疾病杂志,2025,32(03):171-173.

[4] 林源,王彬,梁超,等.纳布啡多模式镇痛在腹腔镜胃癌根治术围术期的效果及对应激反应的影响[J].实用癌症杂志,2024,39(11):1819-1822.

[5] 郑梅,李瑞欣.多模式镇痛方案对腹腔镜胃肠术后疼痛的作用[J].深圳中西医结合杂志,2023,33(06):11-14.

[6] 赵帅,常瑞,杨旭,等.多模式镇痛应用于腹腔镜辅助胃癌根治术围手术期治疗的研究[J].宁夏医学杂志,2023,45(02):99-102.

[7] 李婧茹,连坤娜,杨梦.赏识理论联合多学科合作模式护理干预胃癌患者的效果观察[J].黑龙江医药科学,2023,46(01):117-119.

[8] 程蝶,左彦珍,鲁艳杰,等.改良缝挂法构建小鼠胃原位移植瘤模型及评估[J].临床与实验病理学杂志,2022,38(12):1520-1522.

[9] 郭辉龙,陈景耀,吴文辉.多学科诊疗模式在胃癌诊疗中的应用[J].消化肿瘤杂志(电子版),2022,14(04):384-389.

[10] 曹慧慧.个体化营养干预在胃癌根治术后辅助化疗中的应用研究[J/OL].中国典型病例大全,1-7[2025-06-12].

[11] 柏豪,邓润菊,何海燕.胃癌病人胃切除术后吻合口瘘影响因素的 Meta 分析[J].循证护理,2025,11(11):2140-2145.

[12] 李小环,祁海莉,杨轶.经口圈套器牵引在早期胃癌内镜黏膜下剥离术中的应用价值:随机对照试验[J/OL].中国普外基础与临床杂志,1-5[2025-06-12].