

妇科恶性肿瘤患者围手术期护理干预研究进展

李秀丽

云南省曲靖中心医院 云南 曲靖 655000

【摘要】：妇科恶性肿瘤包括卵巢癌、子宫颈癌、子宫内膜癌等，手术是主要的治疗方式，围手术期的生理创伤和心理压力容易导致并发症的发生，影响预后。本文对围手术期护理干预研究进展进行综述，从术前预康复、术中精准护理、术后并发症预防、延续性护理等几个方面进行综述。术前预康复用运动、营养优化、心理干预改善患者体能、心理状态，术中用体温保护、限制性液体管理等减少应激，术后用多模式镇痛、早期活动等加速康复，延续性护理用远程技术实现全程管理。经由研究得知，系统化干预能缩减并发症出现率 30%~50%，缩短住院时长 2~3 天。以后要建立多学科协作体系，制订出个性化护理方案来提高护理质量。

【关键词】：妇科恶性肿瘤；围手术期护理；研究进展

DOI:10.12417/2705-098X.26.06.013

全世界妇科恶性肿瘤的发病率逐年上升，每年新发病例数百万，我国卵巢癌、子宫颈癌的发病率在女性恶性肿瘤中均排在前十名以内，严重地影响着女性的身体健康。手术是根治性治疗的主要手段，能明显提高生存率，但是围手术期患者容易出现多种危险：术前营养不良发生率达 29%，衰弱患者术后并发症率加倍；术中低温、输液过多易造成免疫抑制；术后疼痛、深静脉血栓等并发症发生率超过 15%。另外生殖器官消失造成心理创伤，明显下降患者生活品质。传统的护理模式以疾病护理为主，缺少系统的干预。随着加速康复外科（ERAS）以及预康复理念的普及，围手术期护理也由原来的“术后恢复”转变为“全程优化”。本文系统梳理近几年的研究成果，为临床护理工作提供循证依据。

1 术前护理干预研究进展

1.1 预康复干预体系构建

预康复作为术前干预的核心策略，通过改善患者的生理储备提高手术耐受性，已经成了妇科恶性肿瘤护理的新热点。荷兰 F4S-PREHAB 试验证明，短时间（中位 22 天）的多模式预康复可以使患者的峰值氧耗量（ VO_{2peak} ）提高 8%，肌力提高 20%，中度到重度营养不良的风险比例从 29%降到 19%。运动干预属于预康复的重要组成，临床常用 6 分钟步行试验（6MWT）来评定患者的身心机能水平，按照美国运动医学学会的指导来制订运动计划，每周 3 次，每次 40 到 60 分钟，包含快走、有氧运动以及抗阻力训练，强度从低逐渐提高。营养改善用 NRS2002 或者 PG-SGA 评定，中高危患者术前 7~10 天口服高蛋白食物或者营养补充剂，ERAS 指南建议添加精氨酸等免疫营养素。心理干预用心理痛苦温度计（DT）筛查，用正念训练、音乐疗法等改善焦虑抑郁状态，术前焦虑评分减少 20 到 30 分^[1]。

1.2 术前评估与个性化方案制定

精准评价是个性化护理的前提，近几年来趋向于多维标准化。除了传统的生理评估之外，衰弱评估也被重视起来，使用

Fried 衰弱量表等工具来识别高风险人群，这类人群术后并发症的发生率明显增加，需要加强预康复干预。对于术前做新辅助化疗的患者，在化疗间隙开展预康复，根据骨髓抑制情况来决定运动强度，防止出血。糖尿病病人术前 3 天服用 12.5% 的碳水化合物饮料，减少术后胰岛素抵抗；病态肥胖者禁食 10 小时，使用胃肠动力药。术前宣教用 3D 动画演示手术流程，加上家属沟通会讲康复要点，让病人术后早期活动按要求做增多 40%，不是医疗原因的康复迟缓情况减少^[2]。

2 术中护理干预研究进展

2.1 微创化配合与创伤控制

术中护理配合以微创技术优化为中心，提高手术的精准度，减小创伤。腹腔镜手术中，护理团队要在手术开始前 30 分钟调试好高清影像系统和精细器械，协助医师建立气腹时准确控制压力（12mmHg~14mmHg），防止过度牵拉盆腔脏器。为了保证复杂手术术中快速病理切片的传递，采用术后 20 分钟出结果的方式对是否做全子宫切除术的决策给予及时的支持。研究表明，规范的微创护理配合可以缩短手术时间 15%到 20%、减少术中出血量 30%、术后切口感染率由原来的 10%下降到 3%以下。另外护理团队参与体位优化，采取头低臀高位加下肢垫高位，减轻下肢静脉受压，削减术中血栓形成风险。

2.2 生理稳态维护关键技术

术中生理稳态的维持是减少应激反应的核心，体温保护和液体管理成了研究的重点。体温管理采取“术前预热、术中保温、术后延续”的模式，术前 30 分钟调节手术室温度到 24~26℃，用加温毯预热；术中静脉输液、血制品用 42℃恒温设备处理，非手术区覆盖充气式加温毯，核心体温保持在 36℃以上。该模式可降低术后低体温发生率由原来的 45%降至 8%，切口愈合时间缩短 1~2 天。液体管理采取目标导向的方法，依靠 SVV 等血流动力学监测来灵活改变输液量，先用平衡盐溶液，防止过多补水引发组织水肿。对妇科肿瘤手术的病人来说，实行限容性液体管理将术后肠梗阻的发生率由 15%降到

5%以下，使胃肠道功能的恢复大大加速^[3]。

3 术后护理干预研究进展

3.1 多模式镇痛与舒适化护理

术后疼痛成了康复的第一要素，多模式镇痛体系取代了以前的单一镇痛方案。该体系是药物、技术、心理三者结合的干预方式，药物方面用 NSAIDs 联合阿片类药物，配合超声引导下的腹横肌平面阻滞等区域镇痛技术，术后 24 小时疼痛 VAS 评分从 7 分降到 3 分以下；技术上用患者自控镇痛（PCA）泵，使患者能自主调节剂量，满意度提高 50%；心理干预采用放松训练、疼痛认知教育等，减少疼痛灾难化认知。舒适化护理中有切口精细化管理，用湿性愈合技术加负压引流改善切口效果，削减切口感染率；对留置尿管的病人做膀胱功能训练方案，术后 24 小时内尽量拔除尿管，尿路感染发生率由 20% 降到 6%^[4]。

3.2 早期康复与并发症防控

早期康复干预遵循的是循序渐进的原则，形成了标准化的路径，即术后六小时开始做踝泵运动和翻身训练；十二个小时在疼痛可控的前提下开始坐起；24 小时开始下床行走。经研究证实，采取这种方法之后，术后深静脉血栓的发生率从原来的 12% 降到现在的 2%，胃肠功能恢复时间也比原来快了 24 到 36 小时。并发症的预防控制采取风险分层、精准干预的方式进行^[5]。对于高凝患者采用弹力袜联合低分子肝素的方式进行干预，对于营养风险患者术后 4 小时开始饮水，12 小时转为流质饮食，给予高蛋白制剂。护理团队对于卵巢癌术后淋巴囊肿高发的情况，采用腹部按摩、体位引流等方法，使得发生率由原来的 30% 降低到现在的 12%。术后免疫功能维护依靠营养支持、感染防范等办法，保证放化疗准时开展，改善长期预后^[6]。

4 延续性护理干预研究进展

4.1 远程护理技术的应用与优化

出院后延续性护理突破时空，远程技术成主要支撑。借助微信和专用 App 远程管理平台，实现患者的全方面远程管理；患者每日上传体温、伤口等数据，护理人员 24 小时之内答复；每周进行一次视频随访，评价康复情况并进行调整；设置智能提醒功能按时服药、复查、做康复训练^[7]。为老年患者开发了操作简易的界面，并对家属进行使用指导，平台使用率达到了 85%。研究发现远程护理使术后 30 天再入院率由 18% 降到 7%，患者康复知识掌握率提高 60%。另外，远程心理支持通过线上正念课程、患者互助群等方式来减轻患者的病耻感，提高患者的生活质量评分。生活质量提高率为 20% 到 30% 之间^[8]。

4.2 多学科协作延续护理模式构建

延续护理由原来的单一护理转变为多学科协作（MDT）模式，团队由妇科医师、护士、营养师、康复师、心理治疗师组成。出院前 MDT 团队对患者进行综合评价，制订个性化的康

复计划，出院后营养师每月调整饮食方案，根据化疗引起的恶心呕吐给予饮食指导，康复师用视频指导的方式进行盆底肌功能训练等专项康复，心理治疗师定期开展认知行为治疗。对子宫颈癌术后性生活功能障碍患者 MDT 团队给予生理干预加心理疏导的综合方案，使患者性生活质量改善率达 65%。该模式使患者术后 6 个月生活质量评分较传统护理组高^[9]。

5 护理干预研究存在的问题与挑战

5.1 个体化护理精准度不够

缺少对特殊人群的干预体系对于当前围手术期护理方案来说，多数是依照通用指南来制订的，并没有考虑到不同种类的癌症、病理分期以及人群特性的细致划分，因此其精准性还有待提高。癌症类型方面，卵巢癌根治术后淋巴囊肿的风险较高，宫颈癌患者盆底功能受损明显，但是临床常用同一种康复途径，针对性干预较少。老年虚弱患者占人群的比例逐年增加，这类病人的基础疾病多、生理储备差，术后并发症的风险是普通患者的 2.3 倍，但没有专门的虚弱病人围术期护理指南，预康复强度、术后活动节奏等重要环节没有明确的标准。同时，有关年轻患者生育功能保护、肥胖患者伤口愈合等特殊需求的干预研究很少，不能满足不同患者的个性化护理需求^[10]。

5.2 评价体系不统一

科研与临床转化衔接不畅护理干预效果评价存在短期化、碎片化的问题，并且缺少统一的标准。大部分研究集中于术后并发症发生率、住院时间等短期指标上，而对患者的长期生存质量、肿瘤复发性、心理状况持续改善这些核心问题缺少关注，因而不能很好地体现出该种干预措施的价值所在。评价工具使用混乱，SF-36、QLQ-C30 等量表混用，结果没有可比性。科研转化上大量的高质量的护理研究成果只停留在学术上，没有形成标准化的临床路径。部分有效的干预措施，例如远程护理、多学科协作延续护理等，由于基层医院缺乏信息化设备、没有完善的多学科协作机制、人力成本高等资源的限制，不能在临床得到广泛的推广，造成科研和临床需求相脱离。

6 未来研究方向与展望

未来围手术期护理干预会朝“精准化、智能化、全程化”方向发展。精准护理上，凭借基因检测、代谢组学这些技术形成患者危险预估模型，进而做到制订个体化的干预方案；对老年、虚弱这类特殊群体开展专门研究，改善预康复和术后康复的进程。智能化方面，开发集可穿戴设备的康复管理于一体的系统，对体能、生命体征等数据进行实时监测，并用人工智能算法自动生成个性化的干预方案；用虚拟现实技术开展术前宣教和术后康复训练，提高患者的参与度。全程化方面，建立术前预康复、术中手术、术后长期随访的闭环管理体系，强化 MDT 协作机制，明确各科室职责。并建立统一的效果评价体系，开展多中心大样本研究，推进护理证据转化，最终达到提

高患者生存质量及临床结局的目的。

7 结语

综上所述,妇科恶性肿瘤围手术期护理由传统的疾病护理模式,转变为以病人为中心的全流程优化护理模式,术前预康复、术中生理稳定维持、术后多模式康复、延续性MDT护理四部分组成,使并发症发生率明显降低,住院时间缩短,病人

生活质量提高。但是干预实施过程中出现的依从性问题、个体化精准度不够、技术转化壁垒等问题仍需解决。未来随着精准医疗和智能化技术与应用,多学科协作机制会日趋完善,围手术期护理由“标准化”向“个性化”转变。护理人员要不断更新知识体系,提升科研能力,促使护理实践朝着更高品质的方向发展,从而给妇科恶性肿瘤患者给予更好的全程护理服务。

参考文献:

- [1] 曾锦澜,熊婷,万幸,等.基于微信平台心理弹性干预在妇科恶性肿瘤患者护理中的应用[J].中国当代医药,2024,31(17):153-156.
- [2] 李媛.循证护理联合叙事护理在妇科恶性肿瘤患者护理中的应用效果分析[J].中华养生保健,2024,42(01):112-114.
- [3] 杨媛媛.糖尿病合并老年妇科恶性肿瘤患者围手术期护理效果观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2023,10(14):118-120.
- [4] 杨桂彩.心理护理在妇科恶性肿瘤患者护理中的应用进展[J].中国实用乡村医生杂志,2023,30(03):74-77.
- [5] 张榆,王富兰,赵庆华,等.国内妇科恶性肿瘤康复期患者护理的文献计量学分析[J].激光杂志,2021,42(08):201-205.
- [6] 朱雪琴,王慧媛,陆新,等.老年妇科恶性肿瘤合并糖尿病患者围手术期护理[J].黑龙江中医药,2021,50(03):431-432.
- [7] 吴平.老年妇科恶性肿瘤合并糖尿病患者的围手术期护理研究[J].糖尿病新世界,2021,24(04):146-148.
- [8] 蒋枝伶,高小清,施贵宁.快速康复理念在妇科恶性肿瘤患者护理中的应用[J].当代护士(下旬刊),2020,27(03):71-73.
- [9] 黄亚薇.快速康复护理理念在妇科恶性肿瘤患者围手术期护理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(04):40+46.
- [10] 林斯环,丘宝珍.心理护理和健康教育对妇科恶性肿瘤患者护理效果的影响评价[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2017,4(36):167-168+171.