

MDT 模式下 ERAS 护理模式对子宫肌瘤腹腔镜手术患者疾病感受负担、术后康复进程的影响

田 慧

北京清华长庚医院 北京 102200

【摘要】目的：探究 MDT 模式（多学科综合治疗协作组，multidisciplinary team）下 ERAS 护理模式（加速外科康复，Enhanced Recovery After Surgery）对子宫肌瘤腹腔镜手术患者疾病感受负担、术后康复进程的影响。方法：选出 82 例子子宫肌瘤腹腔镜手术患者，按照入院顺序分组，各组 41 例。对照组行常规围术期护理，观察组行基于 MDT 模式下 ERAS 护理，对比两组结果。结果：首先，观察组干预后的 BIPQ 量表（简易疾病感知问卷，The Brief Illness Perception Questionnaire）评分更低，证明该组患者对疾病的感受负担相对会更轻。和对照组相比，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ， $t = 10.384$ ）。其次，和对照组相比，观察组患者的术后排气、首次进食、首次下床活动与住院时间均用时更短，证明其康复进程更快，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ， $t = 2.695, 28.412, 57.850, 4.918$ ）。结论：MDT 模式下 ERAS 护理模式用于子宫肌瘤腹腔镜手术患者中效果突出，能减轻患者疾病感受负担，促进其术后康复。

【关键词】MDT 模式；ERAS 护理；子宫肌瘤腹腔镜手术；BIPQ 量表评分

DOI:10.12417/2705-098X.26.06.063

子宫肌瘤（uterine myoma, fibroid）是子宫平滑肌组织增生所形成的一种良性肿瘤，许多患者并无自觉症状，往往是通过体检才被发现。新时期下有临床报道指出，处于生育年龄的妇女，患此病的概率达 25%^[1]。腹腔镜手术因其创伤小、恢复快，已成为治疗子宫肌瘤的首选术式之一。但由于手术属于较强的应激源，常常给患者带来生理与心理上的双重负担，影响到患者的治疗与康复。加速康复外科（ERAS）是基于循证医学的围手术期优化措施，其目标是减少手术应激反应和并发症，促进患者快速康复。多学科协作（MDT）模式则强调由外科医生、麻醉师、护士等不同专业成员共同为患者制定并实施一体化的诊疗护理方案。本次研究以子宫肌瘤腹腔镜手术患者为对象，创新地探究 MDT 模式下 ERAS 护理模式应用，以期优化临床护理实践提供依据。

1 资料和方法

1.1 一般资料

在获得院内伦理委员会的准许下，此次选取在 2024 年 1 月~2025 年 10 月本院收治的 82 例子子宫肌瘤腹腔镜手术患者。

纳入标准：①符合《子宫肌瘤的诊治中国专家共识》中的相关诊断标准。②患者经超声、磁共振等检查后确诊。③均行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗。④子宫肌瘤数量 ≤ 3 个。⑤对研究知情、同意。

排除标准：①属于恶性子宫肌瘤。②合并心脑血管疾病。③存在精神异常、认知障碍、手术禁忌症（如凝血、免疫功能异常）。④中转开腹手术。⑤因其他主观原因中途退出研究。

将患者按照入院顺序分组，各组 41 例。观察组：患者年龄 25~52 岁，平均（ 39.52 ± 5.21 ）岁，病程 4~22 个月，平均

（ 14.56 ± 3.87 ）个月。对照组：患者年龄 26~51 岁，平均（ 40.20 ± 4.33 ）岁，病程 4~21 个月，平均（ 15.12 ± 2.90 ）个月。对比两组年龄、病程等各项基线资料， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

两组均行腹腔镜子宫肌瘤剔除术，术后输注抗生素预防感染。护理方案如下：

1.2.1 常规围术期护理（对照组）

（1）术前护理。患者进入病区后，责任护士要向患者及家属介绍医院及科室的规章制度、环境，并通过口头解释、下发知识小手册等方式进行宣教，引导患者及家属了解子宫肌瘤与手术治疗相关内容。针对部分患者术前出现不良情绪，要及时予以心理疏导。术前 1d，告知患者禁食 8h、禁饮 4h。

（2）术中护理。护理人员要严格配合主刀医生的手术操作，密切监测患者生命体征指标。对于行硬膜外麻醉患者，可予以言语鼓励。

（3）术后护理。患者术后协助其维持舒适体位，并告知家属 6h 后患者可饮水，排气后进食^[2]。

1.2.2 基于 MDT 模式下 ERAS 护理（观察组）

由科室副主任、2 名主治医师、1 名麻醉师、2 名高年资手术室护士、1 名营养师、1 名心理咨询师、1 名护士长、1 名病区护士、1 名放射科医生组建专门的 MDT-ERAS 小组，由科室副主任担任小组组长，负责整体护理工作的统筹规划。护士长组织 MDT-ERAS 小组全体成员学习关于 ERAS 护理、MDT 理论及相关知识，并组建微信沟通群，定期在群里开展病例讨论，制定适合观察组患者的围术期干预方案。

（1）术前护理。采用 BIPQ 量表评估患者疾病感知，分析

患者是否出现错误认知,比如以为会癌变、影响生育等。随即,MDT—ERAS 小组可通过科普图文、视频等方式为患者讲解知识,让患者建立起理性预期,减少多余的心理负担。询问患者是否存在紧张、焦虑情绪,采用针对性的方法耐心为其纾解。告知患者子宫肌瘤剔除术的注意事项、术后可能出现的并发症,增加患者对手术的了解,帮助患者消除负性情绪,用客观积极的心态配合医护人员工作。优化术前准备,指导患者术前6h 禁食固体食物,术前2h 口服400ml 10%葡萄糖液^[3]。

(2) 术中护理。首先,在麻醉师主导下,实施对患者的精准麻醉与液体管理。采用目标导向的液体治疗方案,避免液体过负荷。术中注意观察患者体温,手术室温度控制在20~24°C,并使用加温毯和液体加温仪(加温到37°C)等工具来帮助保温。其次,外科医生主导下,要实施术中的微创与精细操作,合理优化手术步骤,减少组织损伤和能量器械使用时间。

(3) 术后护理。术后,MDT—ERAS 小组中的医生、护士与麻醉师协同下开展对患者的多模式镇痛,如联合使用非甾体抗炎药(NSAIDs)和局部切口浸润麻醉,尽量减少阿片类药物用量。康复师与护士要负责患者术后的早期活动与康复:为患者制定“阶梯式”活动计划,鼓励并协助患者术后6h 在床上活动四肢,在床上做翻身、足趾屈伸活动、下肢肌肉等长收缩运动,预防下肢深静脉血栓。在术后当天,患者尝试着在家属协助下床站立,术后第1天开始下床行走。身体条件允许下,再逐渐过渡到打太极拳、做健身操等活动中,促进患者康复。当患者麻醉清醒且无恶心呕吐后,可先饮用少量的水,在护士、营养师的主导下,可在术后6h 指导患者合理进食流质实物,肛门排气后逐步过渡至普食。食物要以容易消化、高蛋白为主,多食用牛奶、水果、新鲜蔬菜,禁辛辣,具体的膳食方案要根据患者个体化特征而定。此外,在管道管理上,不常规放置腹腔引流管,术后24小时内拔除导尿管。观察患者切口的颜色、肿胀与渗液性质,警惕切口感染等异常。

两组患者均干预至出院。

1.3 评价指标

(1) 两组患者对疾病感受负担的评分。针对两组分别于患者接受护理干预前(入院时)与干预后(出院前1天),用BIPQ量表进行评估。该量表覆盖了病程、个人控制、症状识别、疾病担忧、情感反应等多个维度,满分80,分数越高代表疾病感受负担越重^[4]。

(2) 两组术后康复指标。具体包括术后肛门排气、首次进食、首次下床活动以及住院时间,用时更短者,证明术后康复更快。

1.4 统计学方法

汇总数据后,用SPSS21.0软件处理,($\bar{x}\pm s$)、率(%)分别表示计量与计数资料,t值及 χ^2 检验。 $P<0.05$ 差异有统计

学意义。

2 结果

2.1 两组患者对疾病感受负担的评分对比

经统计对比,观察组在接受护理干预后,患者的疾病感受负担明显更小,其BIPQ量表评分相较更低。组间比较 $P<0.05$,如表2-1所示。

表2-1 两组对疾病感受负担的评分对比(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	观察组	对照组	t	P
N	41	41		
BIPQ 量表评分 (护理干预前)	69.12±4.10	68.44±5.01	0.121	>0.05
BIPQ 量表评分 (护理干预后)	24.10±2.10*	44.34±5.98	10.384	<0.05

注:和对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组术后康复指标对比

经统计,观察组的术后排气、首次进食、首次下床活动与住院时间均用时更短,证明其康复进程较于对照组更快。组间比较 $P<0.05$,详细见下表2-2。

表2-2 两组术后康复指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	观察组	对照组	t	P
N	41	41		
术后肛门排气(h)	18.36±3.24*	20.73±4.52	2.695	<0.05
首次进食 (h)	6.75±1.23*	21.23±3.40	28.412	<0.05
首次下床活动(h)	21.70±2.30*	98.24±10.25	57.850	<0.05
住院时间(d)	4.20±1.20*	7.80±1.69	4.918	<0.05

注:和对照组相比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

综上所述,近年来随着人们生活结构与环境的不断变化,各种疾病发病率提升。尤其是女性面临着生活负担与工作压力,导致子宫肌瘤的发病率呈现出日益增长的态势。子宫肌瘤多发于30-50岁的女性中,临床经验显示,其发病与患者的家族遗传、生活方式、饮食、生活压力、心理因素等因素有关,在所有良性肿瘤疾病中占比达51.87%^[5]。腹腔镜手术是治疗子宫肌瘤患者的可行方法,辅以完善的护理策略也至关重要。本次以创新视角来探究MDT模式下ERAS护理模式应用效果,结果显示,观察组在采用该护理模式后,不仅能显著减轻患者

的疾病感受负担,还促进了患者的术后康复。各项指标与对照组相比,差异有统计学意义 $P < 0.05$ 。探究出现该结果的原因,一方面,MDT 模式打破了传统科室与专业的壁垒,通过心理医师和护士的系统性认知干预,纠正了患者对疾病的灾难化认知与误区,并通过科学宣教来增强了患者对治疗的依从性,从源头上缓解了其焦虑、恐惧情绪,自然降低了对疾病的心理负担。另一方面,组建专门的 MDT-ERAS 小组来实施护理干预后,能从术前准备、精细化术中管理、强化多模式镇痛和鼓

励早期活动与进食等一系列措施,形成一条紧密衔接的康复链条,从而有效缩短了患者的肛门排气、下床活动等时间,促进了患者早日康复。如此不仅减轻了患者及其家庭在经济层面上的压力,也提高了医疗资源的配置与利用率。

总之,MDT 模式下 ERAS 护理模式对于子宫肌瘤腹腔镜手术患者的疾病感受负担减轻,加快术后康复进程均有积极影响,值得进一步研究与推行。

参考文献:

- [1] 刘婷.多学科协作下快速康复外科模式在行腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者围手术期中的应用观察[J].黑龙江医学,2024,48(4):454-457.
- [2] 陈瑞莉,党慧,高元秀.基于 ERAS 理念的围手术期护理应用于腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者的效果[J].智慧健康,2022,8(29):195-198.
- [3] 吴小美.叙事护理模式在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者中的应用[J].当代护士(下旬刊),2023,30(09):57-60.
- [4] 董荻慧.护士层级责任制管理模式在改善腹腔镜子宫肌瘤剔除术护理质量中的应用[J].基层医学论坛,2024,28(18):93-95+99.
- [5] 徐丽平.基于医护协同多导向一体化的加速康复外科护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术中的应用效果[J].当代医药论丛,2025,23(16):185-188.