

观察多学科协作的加速康复外科护理对腹腔镜结直肠癌保肛手术患者的影响

何 静 陈 蕾 许 洁

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘要】目的：探究多学科协作的加速康复外科护理对腹腔镜结直肠癌保肛手术患者的影响。方法：选取2024年7月—2026年1月期间在我院收治的腹腔镜结直肠癌保肛手术患者82例，作为此次研究对象。患者按照随机数字表法分组，对照组与观察组，均有41例患者。对照组：常规护理，观察组加入多学科协作的加速康复外科护理。比较两组并发症发生率、护理总满意率、自护评分与护理前后生活质量评分。结果：观察组并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组护理总满意率、自护评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；两组护理前的生活质量评分比较，无差异， $P>0.05$ ；观察组护理后的生活质量评分比对照组更高（ $P<0.05$ ）。结论：多学科协作的加速康复外科护理可降低腹腔镜结直肠癌保肛手术患者的并发症发生率，提高患者的自护能力、生活质量水平与护理满意度。

【关键词】：多学科协作；加速康复外科护理；腹腔镜结直肠癌保肛手术

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.037

腹腔镜结直肠癌保肛手术属于临床治疗结直肠癌患者的主要方式之一，可对机体的肿瘤病灶进行有效切除，且可最大程度保留患者的肛门功能，以提高患者的生活质量水平。但是，手术操作毕竟为有创治疗，涉及到多个复杂的术式操作，患者术后出现并发症的情况较多，常见有吻合口漏、肠梗阻、排尿功能障碍等，加之患者术后对肛门功能恢复情况的担忧，这都十分不利于患者术后的恢复，因此，对该类患者实施有效的护理干预是十分重要的。然而，常规护理只侧重于以往的护理经验照护，缺乏系统的康复护理衔接，这会延长患者的住院时长，进而影响护理效果。加速康复外科理念在近年来的临床应用中十分广泛，其主要是对患者的围手术期的多个护理环节进行优化，以减轻患者的手术应激反应，达到加速患者手术后恢复进程的目的^[1-2]。多学科协作模式主要对患者的外科、麻醉与护理等多个临床环节进行整合，以形成针对性患者的个性化护理方案。多学科协作与加速康复外科护理相结合的护理模式属于新型的一种护理模式，将其应用在胃肠外科中的频率较低^[3-4]。本文就多学科协作的加速康复外科护理的具体实施情况报告如下。

1 资料和方法

1.1 基线资料

选取2024年7月—2026年1月期间在我院收治的腹腔镜结直肠癌保肛手术患者82例，作为此次研究对象。患者按照随机数字表法分组，对照组与观察组，均有41例患者。

对照组：女20例、男21例；年龄35~65（ 55.23 ± 1.33 ）岁。观察组：女21例、男20例；年龄35~65（ 55.22 ± 1.29 ）岁。对比两组一般资料，均无差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：①经病理学检查确诊为结直肠癌；②具有腹腔

镜保肛手术治疗指征；③美国麻醉医师协会（ASA）分级处于I~II级。

排除标准：①术中转为开腹手术治疗；②既往有腹部手术史；③存在认知障碍。

1.2 方法

对照组：常规护理；观察组采用多学科协作的加速康复外科护理：

（1）组建护理团队，小组成员包括外科医生、麻醉医师、护理人员、营养师等，成员共同就患者的情况进行讨论并制定针对性强的护理方案。

（2）在患者手术前1d进行营养风险筛查，对营养不良的患者遵医嘱予以营养补充剂进行调理，且要求患者术前6h禁食、术前2h禁饮，让其在术前2h口服400ml含有碳水化合物的清饮料；对患者发放图文形式的科普资料，且进行视频形式的健康教育，主要内容包括有手术的操作流程与注意事项，术后活动与疼痛自我管理方式等。

（3）在患者手术中，将手术室内的温度调节到22~25℃，并使用充气式加温毯进行低体温的提前预防；对患者的输液量进行限制，即晶体液输入量 $<1500\text{ml}$ ；对患者使用超声引导下腹横肌平面阻滞联合全身麻醉。

（4）在患者手术后的6h，协助其进行床上翻身；在患者术后24h内进行下床活动，且活动量依据患者的恢复情况逐步递增；患者术后6h开始少量的饮水，若不存在恶心等异常反应则逐步开始进行流质、半流质饮食，待患者手术后第3d开始进行普食。借助疼痛量表对患者的疼痛情况进行评估，并依据评估结果给予非甾体抗炎药联合弱阿片类药物进行镇痛处理；对患者的每日引流量及其性质进行观察，且尽早对其尿管

与腹腔引流管进行拔除；待患者出院后，对其建立微信群并开展每周 1 次的随访调查，随访中主要就患者的病情恢复情况进行了解，并给予日常运动、饮食指导。

1.3 观察指标

比较两组并发症发生率、护理总满意率、自护评分与护理前后生活质量评分。其中，并发症：造口水肿、造口出血、造口皮炎、造口脱垂、造口狭窄；护理总满意率主要依据科室的自制调查问卷进行评估，主要为满意、较满意与不满意；自护评分包括自护技能、责任感、理念、健康知识、总分，所得分数均越高越好；生活质量评分包括生理机能、生理职能、躯体疼痛、健康状态、生活活力、社会功能、情感表现、精神状态，所得分数均越高越好。

1.4 统计学处理

SPSS 25.0 软件对研究的数据进行分析。计量资料采用（均数±标准差）统计，组间比较用 t 分析。计数资料以百分比表示，组间差异的比较用 χ^2 检验；P 值 < 0.05 时，即认为组间差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组并发症发生率比较

观察组并发症发生率低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 并发症发生率（%）

组别	观察组	对照组	χ^2	P
造口水肿	1(2.44)	1(2.44)	-	-
造口出血	0(0.00)	1(2.44)	-	-
造口皮炎	0(0.00)	2(4.88)	-	-
造口脱垂	0(0.00)	2(4.88)	-	-
造口狭窄	0(0.00)	2(4.88)	-	-
总发生率	1(2.44)	8(19.51)	6.116	0.013

2.2 两组护理总满意率

观察组护理总满意率明显高于对照组， $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 护理总满意率（%）

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	41	41		
满意	20(48.78)	13(31.71)	-	-
较满意	20(48.78)	20(48.78)	-	-
不满意	1(2.44)	8(19.51)	-	-

护理总满意率	40(97.56)	33(80.49)	6.116	0.013
--------	-----------	-----------	-------	-------

2.3 两组自护评分

观察组自护评分明显高于对照组， $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3 自护评分（分）

组别	观察组	对照组	t	P
自护技能	30.86±5.54	25.37±5.32	4.577	0.000
责任感	41.55±4.02	37.88±4.84	3.735	0.000
理念	25.69±4.19	20.36±4.03	5.871	0.000
健康知识	21.36±4.23	15.48±4.84	5.857	0.000
总分	115.54±9.73	105.15±9.30	4.943	0.000

2.4 两组生活质量评分

两组护理前的生活质量评分比较，无差异， $P > 0.05$ ；观察组护理后的生活质量评分比对照组更高（ $P < 0.05$ ）。见表 4。

表 4 生活质量评分（分）

组别	观察组	对照组	t	P	
生理机能	护理前	27.54±9.39	27.65±9.80	0.052	0.959
	护理后	54.65±6.86	48.76±6.06	4.120	0.000
生理职能	护理前	26.37±7.21	26.50±7.41	0.081	0.936
	护理后	45.87±6.55	39.57±6.65	6.129	0.000
躯体疼痛	护理前	35.59±8.03	38.58±7.75	1.716	0.090
	护理后	49.54±7.85	40.54±7.12	5.438	0.000
健康状态	护理前	25.15±9.52	24.44±9.37	0.340	0.734
	护理后	37.17±7.75	29.70±7.60	4.407	0.000
生活活力	护理前	34.17±7.80	34.50±8.03	0.189	0.851
	护理后	56.85±8.72	48.78±8.40	4.268	0.000
社会程度	护理前	33.45±9.16	33.60±9.41	0.073	0.942
	护理后	58.14±9.22	48.26±9.11	4.881	0.000
情感表现	护理前	30.85±9.03	30.77±8.15	0.042	0.967
	护理后	49.44±7.25	42.75±7.50	4.107	0.000
精神程度	护理前	46.73±9.40	46.14±9.72	0.279	0.781
	护理后	56.14±9.26	44.66±9.13	5.653	0.000

3 讨论

腹腔镜结直肠癌保肛手术是临床治疗结直肠癌患者的重

要方式,能够对患者的病灶组织进行彻底切除,但是,该种手术存在操作复杂、手术时间较长等特点,若患者本就存在多种基础性疾病,则术后发生并发症的几率极高,这十分不利于患者预后。常规围手术期护理方式只局限在以往的护理经验总结,缺乏各个学科之间的有效互动与连接,因此,该种护理措施已不适合现代护理需求^[5-6]。

近年来,加速康复外科理念在临床护理中的应用十分频繁,其主要对患者的围手术期各项护理措施及其内容进行优化,可最大程度上降低患者的手术应激反应,进而促进患者的快速康复。而且,多学科协作模式十分注重多个学科的共同参与,可针对患者的具体情况制定针对性更强的护理方案,能够为其提供更为全面且优质的围手术期护理措施^[7-8]。本研究结果显示,观察组并发症发生率低于对照组($P<0.05$);究其原因在于多学科协作的加速康复外科护理能够对患者的术前情况进行仔细评估,可对术中护理与术后干预进行密切关注与优化。比如患者术前进行营养支持,有利于提高患者术前的免疫能力;对麻醉方式进行优化,可降低患者的不良反应发生情况;

患者术后尽早活动则有利于机体的胃肠功能早期康复;因此,该种护理措施可大大降低患者发生并发症的风险性^[9-10]。观察组护理总满意率、自护评分高于对照组($P<0.05$);究其原因在于多学科协作的加速康复外科护理打破了常规护理的护理单一性,能够让患者接触到不同学科的健康指导,而护理人员与患者之间得到了有效的沟通,可让患者感受到来自护理人员的关心,以增强护理体验感。另一方面,多学科小组对患者术前进行健康宣教,可帮助患者更了解自身疾病与康复要点,术后指导患者进行自我护理训练,有利于增强患者的自我护理能力。观察组护理后的生活质量评分比对照组更高($P<0.05$)。究其原因在于多学科协作的加速康复外科护理通过术后控制禁食时间、早期拔管等方式,可最大程度上减轻患者的心身痛苦,有利于促进患者更快得到康复,以此提高患者的生活质量水平。

综上所述,多学科协作的加速康复外科护理可降低腹腔镜结直肠癌保肛手术患者的并发症发生率,提高患者的自护能力、生活质量水平与护理满意度。

参考文献:

- [1] 郭建美,王秀慧.多学科协作的加速康复外科护理对腹腔镜结直肠癌保肛手术患者术后疼痛的影响[J].当代医药论丛,2026,24(01):152-154.
- [2] 王晓丽.基于加速康复外科理念的护理在老年结直肠癌手术患者中的应用[J].中国社区医师,2025,41(36):121-123.
- [3] 罗素雯,林静,邵美汝.多学科协作加速康复外科护理在直肠癌根治术患者中的应用效果[J].中国冶金工业医学杂志,2025,42(06):683-685.
- [4] 卜曾,张丹丹,程灿.加速康复外科护理在中老年腹腔镜下结直肠癌根治术后的应用分析[J].中外医疗,2024,43(35):171-174.
- [5] 钱丽丹,陈楚蓉.医护一体化加速康复外科护理在结直肠癌患者围手术期的实施效果[J].临床普外科电子杂志,2024,12(04):42-45.
- [6] 种世桂,黄丽,刘春英,等.加速康复外科护理在结直肠癌围术期中的干预研究进展[J].科学咨询,2024,(03):164-167.
- [7] 张艳,陈于飞.基于 ERAS 理念手术室护理对直肠癌腹腔镜手术患者应激反应水平、术后康复效果及术后并发症的影响[J].中国肛肠病杂志,2023,43(07):52-55.
- [8] 程方圆,郭成香,刘志燕,等.加速康复外科护理在胃癌根治术患者围手术期中的应用效果观察[J].肿瘤基础与临床,2023,36(03):263-266.
- [9] 吉莉,陈小爽,陈亚伟.加速康复外科护理联合术前运动训练应用于结直肠癌患者护理中的效果观察[J].保健医学研究与实践,2023,20(05):119-122.
- [10] 刘敏.加速康复外科护理模式对结直肠癌手术患者影响研究[J].山西卫生健康职业学院学报,2023,33(02):132-134.