

胸心外科食管癌术后综合护理干预效果分析

唐怡铃¹ 张施思² (通讯作者)

1.海军特色医学中心 上海 200052

2.东台市海路养老诊所 江苏 盐城 224200

【摘要】目的：探讨胸心外科食管癌术后综合护理干预的临床应用效果。方法：选取2023年1月—2025年12月我院胸心外科收治的食管癌手术患者80例，采用随机数字表法分为观察组（实施综合护理干预，40例）与对照组（采用常规护理，40例），比较两组护理效果。结果：观察组并发症发生率低于对照组，护理满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：胸心外科食管癌术后实施综合护理干预，能够显著降低并发症发生率，提高护理满意度。

【关键词】胸心外科；食管癌；术后综合护理；护理效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.096

在胸心外科临床诊疗中，食管癌属于高发恶性肿瘤范畴，其发病率与死亡率长期处于较高水平，严重威胁居民身体健康与生命安全。临床实践中，手术治疗是根治食管癌的首选方式，能够有效切除病灶、控制病情进展，但该手术创伤较大，对患者机体造成的损伤较为明显。加之食管解剖位置特殊，术后极易引发肺部感染、吻合口瘘等多种并发症，这类并发症不仅会加重患者的身体痛苦，还会显著延缓康复进度，降低患者术后生存质量。常规护理模式存在明显局限性，护理工作仅聚焦于基础内容，缺乏针对性与全面性。优化术后护理模式，提升护理干预的针对性与综合性，成为改善食管癌患者术后康复效果的关键举措。基于此，本文旨在探讨胸心外科食管癌术后综合护理干预的临床应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月—2025年12月我院胸心外科收治的食管癌手术患者80例，随机数字表法分为观察组与对照组。对照组男22例，女18例，年龄45~75岁，平均 (60.22 ± 5.34) 岁；观察组男23例，女17例，年龄46~76岁，平均 (61.13 ± 5.25) 岁。两组一般资料对比（ $P>0.05$ ），具有可比性。所有患者均经病理检查确诊为食管癌，符合手术治疗指征，排除合并严重心、肝、肾等脏器疾病、精神疾病的患者。

1.2 护理方法

对照组实施常规护理干预：术后对患者生命体征状况进行密切监测，做好环境护理、伤口护理、饮食护理等基础护理工作。

在常规护理的基础上，观察组实施综合护理干预：

(1) 心理护理：针对术后易出现焦虑、抑郁、恐惧等负面情绪的患者，护理人员需主动与其沟通交流，耐心倾听患者的内心诉求与身体不适，不敷衍、不推诿。针对患者对术后康复的担忧，护理人员结合临床实际，用通俗易懂的语言讲解术后伤口护理要点、饮食注意事项、康复锻炼方法等核心知识，

同时分享本地临床常见的食管癌术后康复成功案例，让患者直观了解康复过程，缓解心理压力，逐步建立康复信心。除此之外，护理人员还需指导患者通过简单易操作的方式调节情绪，比如缓慢深呼吸、聆听舒缓的轻音乐、闭目放松等，帮助患者平复负面情绪，保持积极乐观的身心状态。

(2) 呼吸道护理：术后初期，患者伤口疼痛明显，易因疼痛拒绝咳嗽、排痰，护理人员需先向患者说明有效咳嗽、排痰对预防肺部感染的重要性，再详细示范正确的咳嗽姿势——坐直身体，双手轻轻按压手术伤口两侧，缓慢深吸一口气后，用力咳出痰液，避免用力过猛牵拉伤口。同时，护理人员定期为患者翻身、拍背，每2小时翻身一次，拍背时采用空心掌，从患者背部下侧开始，由外向内、从下至上轻柔拍打，每次拍打10-15分钟，力度以患者能耐受为准，促进痰液松动、排出。对于痰液黏稠、不易咳出的患者，护理人员应及时汇报医生，根据医嘱给予雾化吸入治疗，选用布地奈德雾化液等合适的祛痰、消炎药物，每日雾化2-3次，每次15-20分钟，通过雾化将药物转化为微小颗粒，直接作用于气道黏膜，有效稀释痰液，帮助患者顺利排痰，从源头预防肺部感染的发生。

(3) 康复训练：术后1~2天，患者身体较为虚弱，暂不适合下床活动，护理人员需指导患者进行床上肢体活动，主要包括握拳、松拳交替训练，每次15组，每组10次，锻炼手部肌肉力量；同时指导患者进行抬腿训练，将下肢缓慢抬高至 30° ，保持10秒后缓慢放下，双侧下肢交替进行，每次每侧10次，促进肢体血液循环，预防压疮、静脉血栓等并发症。术后3~4天，在患者生命体征平稳、伤口疼痛缓解且无头晕、乏力等不适的前提下，护理人员要指导患者下床活动，初始阶段先在床边坐立5-10分钟，适应后再在护理人员监护下缓慢行走，初始行走距离控制在50米左右，每日2次。后续根据患者的恢复情况，逐步增加行走距离和活动次数，每周适当增加50-100米行走距离，同时指导患者进行简单的腹部按摩，促进胃肠道蠕动，助力肢体功能与消化功能同步恢复。

(4) 营养支持：护理人员需主动联合专业营养师，全面

评估患者的体重、术后消化功能、饮食耐受度及营养需求，共同制定个性化营养方案。考虑到术后患者消化功能较弱，术后早期及时给予肠内营养支持，通过鼻饲管输注温凉的流质营养制剂，初始输注速度控制在 20-30ml/h，逐渐增加至 50-60ml/h，密切观察患者有无腹胀、腹泻等不适，及时调整输注速度和剂量。营养方案重点保证优质蛋白质、多种维生素及矿物质的摄入，比如通过营养制剂或流质饮食补充鸡蛋、瘦肉、豆制品等优质蛋白，以及新鲜蔬菜、水果制成的汁类补充维生素，确保每日营养摄入量满足机体康复需求，增强机体抵抗力，为手术伤口愈合提供充足的营养支撑，助力患者快速康复。

1.3 观察指标

(1) 并发症发生率：术后肺部感染、吻合口瘘、反流性食管炎。

(2) 护理满意度：采用护理满意度量表评估，分为非常满意、满意、不满意 3 个等级。

1.4 统计学方法

运用 SPSS26.0 统计学软件，并发症发生率、护理满意度以[n(%)]表示，用“ χ^2 ”检验， $P < 0.05$ 为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生率对比

观察组总发生率低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 并发症发生率对比【n(%)】

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	40	40		
肺部感染	1(2.50)	4(10.00)		
吻合口瘘	0(0.00)	2(5.00)		
反流性食管炎	1(2.50)	3(7.50)		
总发生率(%)	5.00	22.50	5.165	0.023

2.2 两组患者护理满意度对比

观察组总满意度高于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 护理满意度对比【n(%)】

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	40	40		
非常满意	25(62.50)	18(45.00)		
满意	13(32.50)	13(32.50)		
不满意	2(5.00)	9(22.50)		
总满意度(%)	95.00	77.50	4.507	0.034

3 讨论

作为一种原发于食管黏膜上皮的恶性肿瘤，食管癌已成为威胁我国居民身体健康的主要恶性肿瘤类型之一。该病在发病早期症状多不典型，常表现为轻微的胸骨后不适、吞咽异物感等，易被患者忽视，导致多数患者确诊时已处于中晚期。中晚期食管癌患者的典型临床表现为进行性吞咽困难，伴随反流、胸骨后疼痛等症状，严重影响患者的进食与生活质量^[1]。目前临床根治食管癌的核心方式为手术治疗，但由于手术本身创伤较大，加之食管解剖位置特殊、周围组织复杂，术后极易出现肺部感染、吻合口瘘等多种并发症，这些并发症不仅会加重患者的身体痛苦，还可能影响康复进程，因此，术后护理干预的质量直接关系到患者的康复效果与预后情况^[2]。常规护理模式始终以基础护理为核心导向，工作重点集中在患者生命体征监测、手术伤口清洁换药等基础护理内容上，缺乏针对性与全面性，难以覆盖患者术后在心理疏导、康复训练、营养支持等方面的多维度护理需求，无法充分满足患者术后康复的实际需要。与之相比，综合护理干预是一种全方位、个性化的新型护理模式，护理人员结合患者的具体病情特点、身体状况及个体需求，从心理疏导、呼吸道护理等多个维度，为患者制定并实施针对性的护理方案，有效弥补了常规护理模式的不足，为患者术后康复提供了全面保障^[3]。

本文研究发现，观察组总发生率（5.00%）低于对照组（22.50%），（ $P < 0.05$ ）。这一数据差异清晰表明，综合护理干预在降低食管癌术后并发症发生风险方面发挥着显著作用，其应用价值值得临床推广。深入分析其作用机制，具体可从三个核心护理环节展开：在呼吸道护理方面，采用“雾化吸入+拍背排痰+体位引流”的联合干预方式，其中雾化吸入可将祛痰药物转化为微小颗粒，直接作用于气道黏膜，有效稀释黏稠痰液；拍背排痰采用空心掌从下至上、从外向内的规范手法，配合半卧位与侧卧位交替的体位引流，借助重力作用促进痰液向气道开口移动，减少痰液在肺部的淤积，从根本上降低肺部感染的发生概率。营养支持环节同样不可或缺，护理人员联合专业营养师，结合患者体重、术后恢复情况及饮食耐受度制定个性化营养方案，术后早期及时给予肠内营养支持。通过鼻饲或口服等方式，确保患者每日蛋白质、维生素、矿物质等营养物质足量供给，不仅能提升机体免疫功能和抵抗力，还能手术切口愈合提供充足营养支撑，有效减少吻合口瘘这一严重并发症的发生^[4]。心理护理则重点关注患者的情绪状态，护理人员通过一对一沟通疏导的方式，耐心倾听患者的焦虑、恐惧等负面情绪，结合食管癌术后康复案例讲解、健康指导等方式，帮助患者缓解心理压力、改善情绪状态。情绪波动的减少，能有效避免胃肠道蠕动紊乱，降低胃酸反流现象，进而减少反流性食管炎的发生率，为患者术后康复营造良好的身心环境。

从护理满意度来看，观察组总满意度（95.00%）高于对照

组(77.50%)，(P<0.05)。这一差异的出现，与综合护理干预始终贯穿“人文关怀”理念有着密不可分的联系。在常规护理模式下，护理人员的工作多以被动执行医嘱、完成基础护理操作为主，缺乏主动与患者沟通交流的意识，难以实时掌握患者在术后康复过程中的真实诉求、身体不适及心理感受，导致患者的护理体验不佳，满意度自然偏低。与之不同的是，综合护理干预打破了这种被动护理的局限，将患者的需求放在首位。护理人员主动拉近与患者的距离，利用日常护理间隙与患者沟通交流，针对患者提出的术后康复锻炼、饮食禁忌、用药

注意事项等各类疑问，逐一耐心解答、详细讲解，消除患者的认知困惑^[5]。同时，持续关注患者的心理变化，及时发现并疏导其产生的焦虑、抑郁等负性情绪，结合患者的个体差异，灵活调整护理方案，让患者切实感受到护理人员的重视、尊重与关爱，就医体验得到显著提升，护理满意度也随之大幅提高。

综上所述，胸心外科食管癌术后实施综合护理干预，能够使患者术后并发症发生率显著降低，提高护理满意度，值得在胸心外科食管癌术后护理工作中广泛应用。

参考文献:

- [1] 赵青松,李佰萍,赵辉,等.多学科协作管理模式下护理路径的构建联合营养干预对食管癌患者术后营养状态及并发症的影响[J].国际护理学杂志,2026,45(3):472-476.
- [2] 孙雪影,魏利荣,吴茜,等.食管癌术后病人赋能护理需求的质性研究[J].循证护理,2026,12(2):357-362.
- [3] 马丽,许容芳,周建萍,等.基于症状动态模型理论的综合护理对重症监护室食管癌病人术后康复及生活质量的影响[J].全科护理,2026,24(2):315-319.
- [4] 孙瑞.精细化护理联合补中益气汤对食管癌术后护理效果观察[J].国医论坛,2025,40(4):64-66.
- [5] 梁译丹.循证护理在食管癌术后早期肠内营养支持中的应用效果分析[J].当代医药论丛,2025,23(27):186-189.