

内镜下治疗消化道息肉患者围手术期综合护理效果分析

袁嘉敏

巴彦淖尔市医院 内蒙古 巴彦淖尔 015000

【摘要】目的：探讨内镜下治疗消化道息肉患者围手术期实施综合护理的临床效果。方法：选取2023年1月—2025年12月本院消化内科接收的100例内镜下治疗消化道息肉患者，采用随机数字表法分为观察组（实施围手术期综合护理，50）与对照组（实施常规围手术期护理，50），比较护理效果。结果：观察组护理满意度高于对照组，并发症发生率低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：内镜下治疗消化道息肉患者围手术期实施综合护理，能有效提高患者对护理工作的满意度，降低并发症发生风险。

【关键词】内镜下；消化道息肉；围手术期；综合护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.13.008

近年来，消化道息肉临床发病率正呈逐年上升态势。这类病变的发病过程极为隐匿，早期阶段大多缺乏典型症状表现，患者往往难以及时察觉。随着息肉体积逐步增大，腹胀、腹痛、便血等消化道不适症状会相继显现，既严重影响患者正常进食与日常生活节奏，部分高危类型息肉（如腺瘤性息肉）若未能得到及时干预，还存在恶变风险，对患者生命健康形成潜在威胁。内镜下微创手术，凭借创伤微小、恢复迅速、疗效确切、并发症发生率低等显著优势，已成为当前临床治疗消化道息肉的首选方案，其应用范围正不断扩大。但临床实践清晰表明，内镜手术的最终治疗效果，不仅依赖术者精准规范的操作，围手术期护理干预质量同样直接影响患者康复进程与预后结局。科学有效的护理措施，能够减少术后出血、穿孔等并发症发生，提升患者治疗依从性，保障手术效果。因此，优化围手术期护理模式，构建全方位、针对性强的综合护理体系，成为改善内镜下消化道息肉治疗效果的重要举措。本文旨在探讨内镜下治疗消化道息肉患者围手术期实施综合护理的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月—2025年12月本院消化内科接收的100例内镜下治疗消化道息肉患者，随机数字表法分为观察组与对照组。观察组男28例、女22例，年龄35~72岁，平均（ 53.53 ± 8.27 ）岁。对照组男26例、女24例，年龄34~73岁，平均（ 54.24 ± 7.95 ）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。所有患者均经内镜检查与病理活检确诊，符合内镜下手术治疗指征，排除凝血功能障碍、严重心肝肾脏器疾病者。

1.2 方法

对照组实施常规围手术期护理：术前仅告知患者手术流程及注意事项，完善血常规等基础检查；术中配合医生操作，持续监测基础生命体征；术后嘱患者卧床休息，观察有无呕血、黑便等异常，出院时给予简单饮食及活动指导。

观察组实施围手术期综合护理：

（1）术前护理：护理人员主动与患者沟通交流，耐心倾

听患者内心诉求，细致讲解消化道息肉的疾病机理、内镜下微创手术的优势的同时，全面普及术后康复的关键要点，结合临床成功治疗案例，让患者直观了解治疗效果，逐步缓解内心焦虑情绪。针对息肉体积较大、对手术存在较多顾虑的患者，护理人员实施一对一心理疏导，逐一解答患者疑问，缓解其心理压力，帮助患者树立治疗信心，进一步提升治疗依从性。肠道准备作为术前关键环节，护理人员会提前指导患者，术前1d需严格食用低渣饮食，减少肠道内食物残留；术前6h，指导患者服用聚乙二醇电解质散，具体服用方法为将2袋药物溶于2000mL温水中，需在1h内全部饮完，确保肠道达到清洁标准，有效减少术中视野干扰，为手术精准操作提供保障。

（2）术中护理：护理人员根据患者息肉生长部位，科学调整患者体位，既要确保手术视野充分暴露，便于医生操作，也要做好患者肢体保护，避免肢体受压引发不适。手术全过程中，护理人员持续监测患者心率、血压、血氧饱和度等生命体征，实时关注患者面部表情及身体反应，一旦发现生命体征异常或患者出现不适，立即告知主治医师，及时采取针对性处理措施。术前，护理人员会提前全面检查内镜及各类手术器械的性能，确保器械正常运行、无菌达标；术中，精准、快速传递手术器械，密切配合医生控制操作力度，最大限度减少手术对患者消化道黏膜的损伤，降低并发症发生风险。同时，将手术室温度控制在22~24℃的适宜范围，避免患者因受凉引发应激反应，保障手术过程顺利推进。

（3）术后护理：①在并发症防控工作中，术后24h内是关键防控时段，护理人员每2h为患者监测一次血压、心率，做好详细记录，同时密切观察患者呕吐物的颜色、性状以及大便颜色，通过这些体征变化，及时判断患者是否存在术后出血情况，做到早发现、早处理。与此同时，护理人员会针对性指导患者，避免出现剧烈咳嗽、用力排便等行为，从细节处规避出血诱因，切实降低出血并发症的发生概率。肛周清洁也是防控感染的重要环节，护理人员每日用温水清洁患者肛周，保持局部干燥清洁，同时严格遵循医嘱，合理为患者使用抗生素，定期监测患者体温及血常规指标变化，一旦发现感染相关迹

象，立即采取对应处理措施，有效遏制感染发生。②康复训练需要循序渐进推进。术后 6h，护理人员协助患者进行床上翻身，帮助促进机体血液循环，避免长期卧床引发压疮等问题；术后 24h 后，根据患者具体病情恢复情况，指导患者下床进行适度活动，活动量以患者无明显不适为宜，若患者出现腹胀症状，必要时给予肛管排气处理，有效缓解腹胀不适。饮食指导采用阶梯式推进模式，术后 24h 内患者需严格禁食，避免刺激消化道创面；禁食结束后，先从温凉流质饮食开始，逐步过渡至半流质饮食，再根据恢复情况转为软食，全程明确禁止食用辛辣、粗糙、过热的食物，防止刺激消化道黏膜，影响创面愈合。③延续性护理方面，患者出院时，护理人员为其建立专属健康档案，发放护理指导手册，手册中详细标注居家护理的重点事项；术后 1 周、1 个月，安排专人开展电话随访，全面了解患者居家恢复状况，耐心解答患者康复过程中遇到的各类疑问，确保患者居家康复期间能获得专业、及时的护理指导。

1.3 观察指标

(1) 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。

(2) 并发症发生率：包括术后出血、感染、穿孔。

1.4 统计学方法

运用 SPSS26.0 统计学软件，护理满意度、并发症发生率以[n(%)]表示，用“x²”检验。P<0.05，则差异显著。

2 结果

2.1 两组护理满意度比较

观察组高于对照组 (P<0.05)，见表 1。

表 1 护理满意度比较【n(%)]

组别	观察组	对照组	x ²	P
n	50	50		
非常满意	32	20		
满意	16	21		
不满意	2	9		
总满意度(%)	48(96.00)	41(82.00)	5.153	0.023

2.2 两组并发症发生率比较

观察组低于对照组 (P<0.05)，见表 2。

表 2 并发症发生率比较【n(%)]

组别	观察组	对照组	x ²	P
n	50	50		
出血	1	4		

感染	1	3		
穿孔	0	1		
总发生率(%)	2(4.00)	8(16.00)	4.125	0.046

3 讨论

消化道息肉，具体而言是指消化道黏膜表面突出的隆起性病变，该病变可发生于食管、胃、结肠等消化道多个部位。其发病原因并非单一因素导致，而是与多种因素密切相关，其中饮食结构不合理是重要诱因，比如长期摄入高油、高盐食物，会刺激消化道黏膜，增加息肉发病概率；同时，熬夜、吸烟等不良生活习惯，以及遗传因素，也会显著提升患病风险^[1]。临床实践中，该疾病早期并无明显典型症状，多数患者难以察觉，随着息肉逐渐增大，腹胀、腹痛、便血等不适症状才会逐渐显现，不仅严重影响患者正常饮食与生活，降低生活质量，部分息肉还存在恶变可能，因此，及时采取有效治疗并配合科学护理，对患者康复至关重要^[2]。目前，内镜下微创手术已成为临床治疗消化道息肉的首选方式，其中包含高频电凝电切术等术式。相较于传统手术，该类微创手术具备显著优势，创伤面积小、操作精准度高，且患者术后恢复速度快，能有效缩短住院时间，减轻患者痛苦。但需注意的是，即便该手术优势明显，围手术期仍存在一定风险，出血、感染等并发症时有发生；此外，患者往往因对手术流程、治疗效果认知不足，容易产生焦虑、担忧等负面情绪，进而影响治疗依从性，延缓康复进程^[3]。传统常规护理模式多以经验性干预为主，缺乏系统的护理规划和针对性措施，无法全面覆盖围手术期各项护理要点，既难以有效防控并发症，也不能及时疏导患者负面情绪，难以满足患者治疗与康复的实际需求^[4]。基于此，优化护理方案、提升护理质量就显得尤为迫切，只有构建更具系统性、针对性的护理模式，才能有效规避围手术期风险，缓解患者不良情绪，保障治疗效果，促进患者快速康复。

本文研究显示，观察组护理满意度 (96.00%) 高于对照组 (82.00%)，(P<0.05)。原因为：常规护理模式存在明显局限性，其核心仅围绕基础护理操作展开，对于患者的心理需求、疾病认知水平这两个关键方面，并未给予足够的关注与重视，护理服务缺乏针对性和全面性，难以满足患者在治疗全过程中的多元需求。与常规护理不同，综合护理模式实现了全流程、全方位的护理服务覆盖，其中“术前心理疏导与一对一健康宣教相结合”的方式，发挥了重要作用。通过一对一健康宣教，患者能够全面、清晰地掌握自身疾病的相关知识、手术实施的具体流程，以及术后康复的重点内容；同时，术前心理疏导可有效缓解患者因对手术未知而产生的焦虑、恐惧等负面情绪，逐步增强其接受治疗、配合护理的信心，为后续治疗和护理工作的顺利开展奠定基础。在手术实施过程中，护理人员不仅落实精细化的操作配合，还注重融入人文关怀，及时关注患者的

感受,主动给予安慰与指导,最大程度降低患者的生理不适感和心理紧张感,进一步优化患者的就医体验^[5]。术后阶段,护理人员会结合患者的具体病情、身体恢复情况,制定个性化的护理指导方案,同时提供延续性护理服务,针对患者康复过程中出现的各类疑问,及时给予专业、细致的解答,切实解决患者的实际需求,进而有效增强患者对护理工作的认可度和满意度。

观察组总并发症发生率(4.00%)低于对照组(16.00%),($P<0.05$)。这一数据差异清晰说明,针对内镜下治疗消化道息肉患者,综合护理模式能够有效降低其围手术期并发症的发生风险,为患者治疗安全提供可靠保障。反观常规护理模式,在并发症防控方面多以被动观察为主,缺乏针对性、前瞻性的预防措施,难以从源头规避并发症发生,无法充分保障患者围手术期安全。综合护理模式则打破这一局限,围绕患者围手术期“术前、术中、术后”全流程,构建了全方位的并发症防控

体系,每一个环节都聚焦并发症预防与管控,针对性极强。术前阶段,护理人员重点优化患者肠道准备工作,严格按照规范落实各项准备措施,有效减少肠道内残留杂质,从而降低手术过程中感染并发症的发生风险,为手术顺利开展筑牢基础^[6]。手术实施过程中,护理人员紧密配合医生开展各项操作,精准把控操作细节,最大限度减少手术对患者肠道黏膜的损伤,进而降低出血、穿孔等严重并发症的发生概率。术后阶段,护理人员持续密切监测患者生命体征及病情变化,一旦发现出血、感染等异常情况,立即采取针对性处理措施,避免病情加重;同时,结合患者恢复情况,给予科学的饮食指导和活动指导,引导患者合理饮食、适度活动,促进肠道功能快速恢复,从多方面减少并发症发生,切实保障患者治疗安全^[7]。

综上所述,对内镜下治疗消化道息肉患者围手术期综合护理,能够有效提高护理满意度,降低并发症发生率,符合临床护理工作的发展需求。

参考文献:

- [1] 石瑞华.预见性护理联合针对性健康指导在消化道息肉患者胃内镜下高频电凝电切术围手术期的应用[J].河南医学研究,2020,29(1):173-175.
- [2] 李珺.常规护理在行无痛胃内镜下消化道息肉切除术患者围手术期的应用[J].名医,2023(17):108-110.
- [3] 徐荣,邢娜娜,孟倩倩,等.医护一体化护理在消化道息肉行内镜下黏膜切除术患者中的应用优势[J].黑龙江医药科学,2025,48(1):81-82.
- [4] 乔景.内镜下黏膜剥离术治疗上消化道息肉的标准护理方法研究[J].中国标准化,2021(14):124-126.
- [5] 王丹丹,马志杰,刘彻.路径式配合护理在内镜下肠息肉切除术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(7):66-69.
- [6] 万雪,高小花,朱玲玲,等.系统化护理对内镜下消化道息肉 EMR 术患者术后并发症的影响[J].智慧健康,2024,10(28):130-132,136.
- [7] 黄娴.医护一体化护理联合腹式呼吸训练对内镜下消化道息肉切除术患者治疗依从性、身心应激及生命质量的影响[J].黑龙江中医药,2022,51(5):189-191.