

医护一体化模式在胃肠镜手术中的应用及满意度研究

官玉婷

自贡市第一人民医院 四川 自贡 643000

【摘要】目的:评估对胃肠镜手术患者施以医护一体化模式的护理效果。方法:筛选胃肠镜手术患者共计86例,均2025.4~2026.4,随机法分组,均43例,研究组施以医护一体化模式,对照组施以常规护理,对护理效果进行对比。结果:研究组术后恢复时间均更短($P<0.05$);研究组心态更好($P<0.05$);研究组及对照组并发症发生率分别为4.65%、23.26%,研究组并发症更少($P<0.05$);研究组应激指标更好($P<0.05$);研究组及对照组满意度分别为97.67%、79.07%,研究组满意度更好($P<0.05$)。结论:对胃肠镜手术患者施以医护一体化模式效果良好,可使术后恢复时间缩短,可保持心态良好,并发症可得以减少,可减轻应激反应,满意度较好,可推广。

【关键词】胃肠镜手术;医护一体化模式;满意度;应激反应;术后恢复

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.025

胃肠镜手术为消化系统疾病治疗的常用方法,利于病变情况有效改善。然而,基于多数患者不了解和认识该治疗方法,进而患者往往会有不良情绪产生,比如害怕、恐惧、焦虑等,同时会有身心应激反应产生,使其治疗和术后康复均会受到不良影响^[1]。基于此,为保证手术治疗效果和术后恢复,需在手术治疗过程中重视护理干预的作用。常规护理虽然可获得一定的效果,然而,却忽略医护协作方面的作用,进而护理效果有待提升^[2]。医护一体化模式强化医护合作,使其定性思维被打破,可促进护理质量提升,患者满意度较高^[3]。本文筛选胃肠镜手术患者共计86例,均2025.4~2026.4,再次确认医护一体化模式的效果,结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

筛选胃肠镜手术患者共计86例,均2025.4~2026.4,胃肠镜手术者、意识正常、资料齐全、了解和配合研究流程者,以上入研究;传染疾病、血液系统疾病、内分泌系统疾病、心脑血管疾病、恶性肿瘤、肝肾功能不全、慢性基础疾病、手术禁忌或麻醉过敏者,以上排除研究。随机法分组,均43例,研究组,体质指数(24.51 ± 1.55) kg/m²,年龄为(77.45 ± 6.25)岁,性别24例男性,19例女性;对照组,体质指数(24.50 ± 1.58) kg/m²,年龄为(76.95 ± 7.37)岁,性别25例男性,18例女性,2组各项数据经分析均 $P>0.05$,对比性佳。

1.2 方法

对照组:常规护理予以患者,术前不但需做好常规宣教,并需讲解注意事项;交代术前72h饮食限制的重要性,流质食物为主,并予以石蜡油、抗生素;聚乙二醇电解质散术前12h予以患者灌肠,对肠道进行清洁;手术当天,需禁水、禁食,需再次对肠道进行清洁;成功麻醉之后,以失血量、尿量为依据科学补液,对医生操作积极配合;术后对体征指标严密监测,引流保持通畅;定时为患者翻身,肠蠕动恢复后,可拔管和进

食;合理搭配饮食,少食多餐的饮食原则,排便之后,向普通饮食过渡,以其恢复情况为依据予以下床活动指导。

研究组:医护一体化模式予以患者,护理小组的建立,成员为主管护师、专科医生,强化小组培训,培训其核心能力,对特殊病例进行分析讨论,学术班积极开展,以便对现阶段护理及治疗前沿信息充分掌握,保证其技能不断提升。在护理流程、管理制度、分析及讨论中小组成员需积极参与。以患者病情为依据医生对诊治方案进行制定,护理人员以患者病情和需求为依据对护理方案进行制定。方法具体:术前护理,面对手术治疗,患者多数会有不良情绪产生,护理人员要和患者积极、主动沟通,对成功治疗案例介绍,通过良好恢复患者的邀请,让其和患者聊天,使其治疗信心增强;在病房合理位置张贴胃肠镜手术相关知识,以彩色图片呈现,保证健康宣教更直观和形象,以供患者阅读,使其需求得以满足;术前24h,禁食、禁水需科学宣教,对患者协助使其不适缓解;麻醉师以麻醉分级为依据对患者情况全面评估,对高危风险因素有效识别。如果患者为低风险,麻醉师可选择初级职称、高年资,可予以基本预防,术前对麻醉方案进行讨论,向上级医师上报麻醉方案,以做好查验核对工作;如果患者为中风险,麻醉师为中极职称、高年资或副高职称,科室共同对麻醉方案进行讨论,科主任对其进行查验,副高级医师或科主任在术中进行巡视和指导,抢救设备、药物准备好;如果患者为高风险,麻醉医师选择副高职称,对麻醉方案进行讨论,同时邀请骨干护士及医师进行会诊,科主任对麻醉方案再次查验;术中对中心监控启用,副高级医师或科主任予以巡视和指导,及时处理异常情况;术中加强基础护理,针对清醒患者,将手术进展明确告知,让其积极配合;通过聊天,使其注意力得以转移;术中对其体征指标密切监测,积极配合医生将手术完成;术前30min,对手术室温湿度合理调节,一般22~24℃、40~60%,手术床上铺设循环水毯(38℃),可控温保温毯(充气式)应用,40℃消毒剂对手术区域消毒,保温毯加盖到非手术部位,保温好躯干和下肢;

恒温箱预设到 37℃，治疗所用液体均需加温处理；术后专科护士、心理医师共同对心理书籍和相关文献查阅，与患者具体情况相结合，对心理弹性训练方案制定，利用主题游戏、角色扮演、头脑风暴、经典案例分享，与心理弹性干扰因素相结合，使其自我意识、情感交流、情绪管理、问题解决等能力提升，每次活动以主题介绍-交流互动-凝聚学习-个性分享-讨论总结为流程开展；训练完成后，对患者鼓励将建议和感受写出，医护人员予以患者指导和答疑解惑；体位管理需做好，使切口张力降低，防止伤口被拉扯；教会其对周围肌肉轻按，每次 30min，加快血液循环和伤口恢复，使疼痛感减轻；冰袋冷敷伤口周围和疼痛部位，通过舒缓音乐播放，使其情绪得以平复，减轻疼痛程度。术后教会患者呼吸训练方法，主要为腹式缩唇呼吸法，使其身心放松。

1.3 观察指标

术后恢复时间，主要包括肠鸣音正常、初次排便、初次排气及住院时间；心态，评估选择 SAS 评分及 SDS 评分，50 分和 53 分分别为分值界限，评分均分值越低代表心态越好；并发症，常见的为胃肠穿孔、迟发性出血、感染；应激指标，主要为 SBP、DBP、HR；满意度，评分共 100 分，其中≥85 分为“非常满意”，60~84 分为“基本满意”，<60 分为“不满意”。总满意度以“非常满意”与“基本满意”的合计占比表示。

1.4 统计学方法

SPSS25.0 对数据施以分析，组间比较， χ^2 检验计数资料 [n(%)]，t 检验计量资料 ($\bar{x} \pm s$)，统计学有意义为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 术后恢复时间

研究组术后恢复时间均更短 ($P < 0.05$)。

表 1 术后恢复时间 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	研究组	对照组	t	P
例数	43	43		
肠鸣音正常时间	2.06±0.38	2.93±0.52	8.858	<0.001
初次排便时间	1.29±0.25	2.05±0.32	12.273	<0.001
初次排气时间	0.91±0.18	1.55±0.31	11.707	<0.001
住院时间	6.76±1.06	9.20±2.65	5.606	<0.001

2.2 心态

研究组心态更好 ($P < 0.05$)。

表 2 心态 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	研究组	对照组	t	P
----	-----	-----	---	---

	例数	43	43		
SDS	护理前	57.89±4.66	57.93±4.74	0.039	0.969
	护理后	33.75±3.56	42.08±4.60	9.391	<0.001
SAS	护理前	56.38±4.38	56.52±5.43	0.132	0.896
	护理后	32.76±4.55	43.24±4.76	10.436	<0.001

2.3 并发症

研究组并发症更少 ($P < 0.05$)。

表 3 并发症[n(%)]

组别	研究组	对照组	χ^2	P
例数	43	43		
胃肠穿孔	1(2.33)	4(9.30)		
迟发性出血	1(2.33)	4(9.30)		
感染	0(0.00)	2(4.65)		
总发生率	2(4.65)	10(23.26)	6.198	0.013

2.4 应激指标

研究组应激指标更好 ($P < 0.05$)。

表 4 应激指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别		研究组	对照组	t	P
例数		43	43		
SBP (mmHg)	术中	120.34±1.23	138.58±1.34	65.757	<0.001
	术后	118.53±10.22	126.55±10.38	3.610	0.001
DBP (mmHg)	术中	79.50±1.26	91.87±1.25	45.703	<0.001
	术后	78.52±1.23	94.59±1.24	60.334	<0.001
HR (次/min)	术中	73.57±1.23	92.55±1.25	70.971	<0.001
	术后	72.05±1.28	86.59±1.34	51.452	<0.001

2.5 满意度

研究组满意度更好 ($P < 0.05$)。

表 5 满意度[n(%)]

组别	研究组	对照组	χ^2	P
例数	43	43		
非常满意	31(72.09)	22(51.16)		
基本满意	11(25.58)	12(27.91)		

不满意	1(2.33)	9(20.93)		
总满意度	42(97.67)	34(79.07)	7.242	0.007

注：续表 5。

3 讨论

胃肠道疾病常用胃肠镜手术治疗，然而该手术侵入性明显，进而多数患者会有不良情绪产生，比如焦虑、恐慌等，同时该手术方式具有较大危险性，为围术期护理服务提出更高的要求^[4]。因此，需为患者提供高质量的护理方法，然而，常规护理局限性却存在，进而护理需求难以满足，需对护理方案进一步改进^[5]。而医护一体化模式则可获得较好的效果。结果表明：研究组术后恢复时间均更短（ $P<0.05$ ）；研究组心态更好（ $P<0.05$ ）；研究组及对照组并发症发生率分别为 4.65%、23.26%，研究组并发症更少（ $P<0.05$ ）；研究组应激指标更好（ $P<0.05$ ）；研究组及对照组满意度分别为 97.67%、79.07%，研究组满意度更好（ $P<0.05$ ）。证实医护一体化模式可缩短术

后恢复时间，可保证心态良好，并发症可得以减少，可减轻应激指标，可保证满意度较高。医护一体化模式为高质量的新型护理方法，强化医师、护士协同合作，对其积极性充分调动，保证正常实施护理工作，可使护理质量提升，有利于病情控制^[6]。该护理方式在术前重视普及疾病知识，让其对自身疾病充分了解，保证情绪稳定^[7]。同时强化术中体温护理，可确保体温处于正常范围，有利于应激反应减轻。术前对注意事项和治疗过程充分了解，通过现身说法对患者鼓励，可使治疗信心增强，以便其对疾病治疗更好地应对，防止心理因素而影响应激指标^[8]。并重视疼痛管理，疼痛得以缓解同时，有利于应激反应减轻^[9]。该护理方式重视麻醉风险评估，实现分级管理，可使麻醉风险、并发症减少，可促进围术期安全提升^[10]。该护理方法予以患者心理弹性训练，可促进心理抗压能力增强，可保证心态良好^[11]。该护理方法具有人性化，可保证护患关系良好建立，满意度较高。

综上，对胃肠镜手术患者施以医护一体化模式效果良好，可推广。

参考文献：

- [1] 仲秋红,钱芸,陈楠,等.基于 5A 模式的医护一体化管理在内镜下黏膜剥离术围手术期护理中的应用[J].临床护理研究,2025,34(7):201-203.
- [2] 雷文美,刘世滢.医护一体化护理在老年患者无痛胃肠镜检查术中的价值研究[J].中国卫生标准管理,2024,15(6):184-187.
- [3] 陈婷.医护一体化护理在胃息肉内镜切除术患者中的应用[J].安徽医学,2023,22(2):69-71,74.
- [4] 周燕.医护合作管理模式在胃肠镜手术中的应用[J].临床医学研究与实践,2025,10(2):137-140.
- [5] 陈俊伟,黄艳玲,郭盼盼,等.PDCA 理论下医护合作模式在内镜治疗胃肠息肉患者中的应用价值[J].河南医学研究,2023,32(8):1508-1511.
- [6] 柳芳.PDCA 理论下医护合作模式在内镜治疗胃肠息肉患者中的应用效果[J].医药前沿,2025,15(13):117-120.
- [7] 陈炜璋,袁莉,李靖玉.基于 5A 护理模式的医护一体化查房在内镜下黏膜下层剥离手术中应用[J].中华养生保健,2023,41(16):108-111.
- [8] 龚丹丹.预见性护理在无痛胃肠镜下胃肠息肉切除术后患者中的应用[J].当代医药论丛,2025,23(29):147-149.
- [9] 刘素雅.临床护理路径对消化内镜治疗胃肠息肉患者的影响分析[J].当代临床医刊,2023,36(1):99-100.
- [10] 范静,端木玉娟,张异.中西医结合循证护理在消化内镜下治疗胃肠息肉患者中的应用效果[J].河南医学研究,2023,32(7):1322-1326.
- [11] 马敏.全程优质护理干预对结肠息肉内镜治疗患者术后并发症、胃肠功能指标及效果的影响[J].山西卫生健康职业学院学报,2024,34(6):94-96.