

干预性护理模式对肠镜下结肠息肉切除术患者预后效果的影响

周立娜

长沙市第四医院（长沙市中西医结合医院） 湖南 长沙 410000

【摘要】：目的：探讨干预性护理模式对肠镜下结肠息肉切除术患者预后效果的影响。方法：选择我院2024年10月至2025年10月收治的70例肠镜下结肠息肉切除术患者作为研究对象，按照手术时间分为对照组（ $n=35$ ）与观察组（ $n=35$ ），对照组采用常规护理模式，观察组采用干预性护理模式，比较两组患者的术后并发症发生率、住院时间、护理满意度及肠道功能恢复时间。结果：观察组的术后并发症发生率为5.71%，低于对照组的25.71%（ $P<0.05$ ）；观察组的住院时间及肠道功能恢复时间短于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组的护理满意度为97.14%，高于对照组的80.00%（ $P<0.05$ ）。结论：干预性护理模式可有效降低肠镜下结肠息肉切除术患者的术后并发症发生率，缩短住院时间和肠道功能恢复时间，提高护理满意度，值得临床推广应用。

【关键词】：肠镜；结肠息肉切除术；干预性护理模式；预后效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.090

结肠息肉作为消化系统高发良性病变，肠镜下息肉切除术因创伤小、疗效确切，已成为临床首选治疗方案，但术后出血、肠道功能恢复延迟等问题仍影响患者预后，对患者展开良好的护理干预十分必要^[1]。常规护理模式在肠镜下结肠息肉切除术患者中比较常见，其以术前准备、术中配合、术后对症处理为干预思路，虽然可以为患者康复提供一定支持，但整体护理质量水平偏低，导致患者的预后效果不够理想^[2]。干预性护理模式在护理领域占据着重要位置，此种护理强调整合术前、术中、术后全周期干预措施，将患者身心双重需求纳入考虑范围，于不同阶段开展有利于患者病情缓解和康复的干预。因此，本文聚焦于干预性护理模式，探讨其在肠镜下结肠息肉切除术患者中的应用效果，现阐述如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象来源于2024年10月至2025年10月在我院接受治疗的70例肠镜下结肠息肉切除术患者，通过不同手术时间分为两组，共计35例在对照组，男、女例数依次是19例、16例；年龄区间32~75岁，平均（ 53.55 ± 6.21 ）岁；息肉直径0.5~2.0 cm，平均（ 1.24 ± 0.33 ）cm；另外35例在观察组，男/女为18例/17例；最小年龄/最大年龄为33岁/74岁，该指标的均值为（ 52.80 ± 6.57 ）岁；息肉直径0.6~1.9 cm，平均（ 1.16 ± 0.47 ）cm。两组患者基线资料对比差异性较小（ $P>0.05$ ），有可比性及研究意义。

纳入标准：①经肠镜检查及病理活检确诊为结肠息肉，符合肠镜下息肉切除术的手术指征；②无严重心、肝、肾、凝血功能障碍等手术禁忌证；③临床资料完整，能够完成全程随访。

排除标准：①息肉直径 >2.0 cm，或病理提示为恶性息肉、息肉恶变倾向；②合并肠道穿孔、严重感染、肠梗阻等急性肠道并发症；③妊娠或哺乳期女性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

为对照组患者提供常规护理模式，术前护理人员为其介绍手术的准备工作和具体要求，阐明手术流程和注意事项；术中明确医生的各个操作步骤及时传递器械，监测患者生命体征有无较大波动；术后采取密切观察的方式，了解患者有无存在出血、腹痛等情况，依据患者现状做到针对性的干预，并阐明术后饮食的要求和禁止食用的食物类型，并常规开展用药指导。

1.2.2 观察组

观察组采用干预性护理模式，具体如下：

（1）术前个性化干预：术前护理人员将患者文化程度、理解能力、认知水平作为参考因素，制定相匹配的健康宣教方案；对于老年患者，护理人员整理有关该疾病和肠镜下结肠息肉切除术的内容，以图文及视频的形式呈现，采用通俗易懂语言介绍手术流程，强调手术安全性和效果，提出需要患者配合的内容；对于年轻患者，护理人员健康宣教以短视频、线上科普文章为载体，详细讲解肠道准备的意义和操作要点^[3]。术前对患者进行心理状态的评估和干预，对存在显著负面情绪的患者介入心理疏导，分享同类患者康复案例，解答“术后是否影响正常生活”“息肉是否会复发”等高频疑问，缓解恐惧心理^[4]。在生理准备方面，术前3d告知患者饮食以白粥、蒸蛋为主，不可食用粗纤维食物；术前1d分时段口服聚乙二醇电解质散，每30min饮用250ml，同时观察患者排便颜色及性状，确保排出清水样便，为手术视野清晰提供保障。

（2）术中精细化干预：术中护理人员借助多功能监护仪在各个时间点监测其血压、心率等指标有无异常，数据记录的频率控制在1次/5min，如果患者血压水平降低，或者心率并未处在正常范围，则及时反馈给医生进行干预；体位护理方面，考虑到患者体型和息肉位置协助患者保持左侧卧位、截石位等体位，在患者腰部、腿部垫软枕，避免局部受压导致的疼痛；

对术中需变换体位的患者，提前沟通并缓慢调整；注意对手术间温度的调整，以 22-24℃为标准值。

(3) 术后针对性干预：术后 6 小时指导患者饮用米汤、菜汤等温凉流质饮食，避免过热食物刺激肠道黏膜；术后 24 小时若未出现腹痛、出血等情况，过渡至半流质饮食，术后 48 小时可进食软食，全程禁止辛辣、油腻、产气食物，减少肠道负担^[5]。护理人员按照规定对患者腹部体征进行观察，按压腹部询问是否出现反跳痛、压痛；以观察患者排便颜色作为护理的关键内容，若出现黑便、鲜血便，立即卧床休息并遵医嘱使用止血药物；倘若患者面临腹胀问题，则采取顺时针腹部按摩的方式，力度大小依据患者承受能力调整，每次按摩时间为 15min，按摩频率为 3 次/日。

1.3 观察指标

术后并发症：该指标涉及到的类型包括出血、腹痛腹胀、感染。

分析对比两组住院时间及肠道功能恢复时间有无较大区别。

护理满意度：该指标的评估利用我院自制护理满意度调查表完成，100 分为总分值，如果患者分值处在 80~100 分之间，则界定为非常满意；60~79 分表示满意；60 以下表示不满意。

1.4 统计学方法

运用 SPSS26.0 软件处理数据，计数资料采用例数（%）表示，行 χ^2 检验，计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症发生率比较

观察组的术后并发症发生率比对照组低 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者术后并发症发生率比较[n（%）]

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P 值
例数	35	35		
出血	3(8.57)	1(2.86)		
腹痛腹胀	4(11.43)	1(2.86)		
感染	2(5.71)	0(0.00)		
总发生率	9(25.71)	2(5.71)	5.285	0.022

2.2 两组患者住院时间及肠道功能恢复时间比较

从两组住院时间及肠道功能恢复时间的对比分析，观察组较对照组更短 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者住院时间及肠道功能恢复时间比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	35	35		
住院时间(d)	5.29±1.15	3.80±0.94	5.935	0.000
肠道功能恢复时间(h)	24.55±3.21	18.07±2.83	8.958	0.000

2.3 两组患者护理满意度比较

与对照组的护理满意度相比，观察组体现出更高的优势 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者护理满意度比较[n（%）]

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P 值
例数	35	35		
非常满意	13(37.14)	20(57.14)		
满意	15(42.86)	14(40.00)		
不满意	7(20.00)	1(2.86)		
总满意度	28(80.00)	34(97.14)	5.081	0.024

3 讨论

肠镜下结肠息肉切除术是通过内镜器械将结肠息肉切除的微创技术，具有创伤小、恢复快、疗效确切等优势，适用于直径 $\leq 2\text{cm}$ 的良性息肉或癌前病变^[6]。手术在肠镜直视下完成，可通过高频电凝、圈套器切除等方式清除病灶，是临床治疗结肠息肉的首选方案，能有效降低息肉恶变风险^[7]。但患者术后发生腹痛腹胀、感染等症状的概率较大，肠道功能恢复相对缓慢，不利于患者尽快出院。且有些肠镜下结肠息肉切除术患者对疾病和手术存在错误观点，十分担忧手术的安全性，也考虑到预后效果是否不够理想，因此陷入多种负性情绪的困境中^[8]。在此背景下，对肠镜下结肠息肉切除术患者展开良好的护理干预成为临床的重要工作。常规护理模式在此类患者中应用普遍，往往在术前做好常规准备工作，术中以监测各项指标和观察患者症状为重点，术后采取基础干预，难以为患者预后提供较大支持。

干预性护理模式是以患者为中心，围绕围手术期全流程制定的个性化护理方案，涵盖术前健康宣教、心理疏导、肠道准备优化，术中生命体征监测、体位护理，术后饮食指导、并发症预防等环节^[9]。此种护理模式秉持着精准干预的理念，聚焦于患者身心需求，将提升患者预后效果作为护理的重点。同时，干预性护理模式对患者消极情绪也较为重视，通过语言沟通、正向引导等进行调整，确保患者以正确、轻松的心态面对手术。

术后并发症是影响患者预后的关键因素，本研究中观察组

术后总并发症发生率仅为 5.71%，较对照组的 25.71%降低了 20 个百分点，差异具有统计学意义 ($\chi^2=5.285$, $P=0.022$)，这一结果印证了干预性护理的风险防控价值。从并发症细分类型来看，对照组出血发生率为 8.57%、腹痛腹胀为 11.43%、感染为 5.71%，而观察组对应指标分别降至 2.86%、2.86%及 0.00%，核心原因在于干预性护理突破了常规护理“被动观察”的局限，构建了“主动预防+早期干预”的闭环体系。术前阶段，通过精细化肠道准备，如分时段口服聚乙二醇电解质散、动态评估排便状态，确保肠道清洁度达标，减少了手术视野模糊导致的黏膜损伤风险，从而降低出血发生率；术后针对腹痛腹胀采取的顺时针腹部按摩、腹式呼吸训练等措施，可促进胃肠蠕动，加速气体排出，使观察组腹痛腹胀发生率较对照组显著下降。住院时间与肠道功能恢复时间是评估术后康复效率的核心指标，本研究数据显示，观察组住院时间为 (3.80 ± 0.94) d，较对照组的 (5.29 ± 1.15) d 缩短 1.49 d，肠道功能恢复时间为 (18.07 ± 2.83) h，较对照组的 (24.55 ± 3.21) h 提前 6.48 h，两项指标对比差异性有统计学意义 ($P < 0.05$)，充分体现了干预性护理的康复促进作用。这一结果的本质是干预性护理对

“生理-心理-行为”多维度的协同干预，即术前个性化健康宣教使患者对术后康复流程的认知度提升，术后饮食干预遵循“流质-半流质-软食”的科学过渡原则，避免了常规护理中饮食指导模糊导致的肠道负担加重^[10]；而术后 24 小时启动的分阶段康复训练可有效预防肠粘连，加速肠道功能恢复，使观察组肠道功能恢复时间更短。本研究结果还显示，与对照组 80.00%的护理满意度相比，观察组的 97.14%更加理想 ($P < 0.05$)，原因在于干预性护理模式比较强调个性化需求和人文关怀，术前依据患者心理状态采取适宜的沟通和恰当的安抚，耐心告知患者手术的安全性，注重对患者的正向引导，耐心解答患者疑问并进行鼓励，术中通过眼神表达对患者的关爱，并适当安抚患者，术后及时反馈患者康复情况，由此使其对本次护理干预较为认可。

综上所述，在肠镜下结肠息肉切除术患者预后中，干预性护理模式的优势显著，除了可以减少出血、腹痛腹胀等并发症之外，也避免肠道功能恢复较为缓慢，使患者机体指标恢复良好尽快出院，在提升患者护理满意度方面价值较大。

参考文献:

- [1] 周默.康复干预对肠镜下结肠息肉切除术患者预后效果的影响分析[J].中国实用医药,2021,16(29):192-194.
- [2] 陈志茜.干预性护理对肠镜下结肠息肉切除术患者预后效果的影响[J].中国医药指南,2021,19(12):231-232+235.
- [3] 赵爱丽.肠镜下结肠息肉切除术后护理干预的效果[J].中国医药指南,2021,19(09):202-203.
- [4] 徐彬.中西医结合护理在无痛肠镜结肠息肉切除术中的应用效果[J].中外女性健康研究,2020,(06):152+154.
- [5] 常琛.肠镜下结肠息肉高频电凝电切除术中的护理配合[J].中国实用医药,2019,14(23):156-157.
- [6] 胡淑云.PGIO 护理干预在电子内镜切除术治疗结肠息肉护理中的应用效果[J].深圳中西医结合杂志,2025,35(16):129-132.
- [7] 杨玉彭.胃结肠息肉患者应用内镜下切除的术后护理分析[C]//重庆市健康促进与健康教育学会.临床医学创新与实践学术研讨会论文集.石家庄循环化工园区医院,;2025:1126-1129.
- [8] 方婷,李晓晗,张凤环等.基于微信平台的延续护理在行结肠息肉切除术患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(07):102-105.
- [9] 周婷婷.人文关怀护理在无痛内镜下黏膜切除术患者中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(19):82-84.
- [10] 姜杰,王春丽,张静等.全程护理对结肠息肉 EMR 手术患者的影响[J].中国城乡企业卫生,2025,40(07):196-198.