

多学科协作的预见性护理干预对结直肠癌根治术患者的影响

王燕

上海中医药大学附属龙华医院 200032

【摘要】目的 探讨多学科协作的预见性护理干预对结直肠癌根治术患者术后恢复、并发症及生活质量的影响。**方法** 选取 2024 年 8 月至 2025 年 8 月在本院接受结直肠癌根治术的患者 80 例，随机分为观察组（40 例）与对照组（40 例）。对照组采用常规围手术期护理，观察组在常规护理基础上实施多学科协作的预见性护理干预。比较两组患者术后恢复指标、并发症发生率、生活质量及护理满意度。**结果** 观察组首次排气时间、首次下床活动时间、住院时间均短于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组并发症总发生率为 12.50%，低于对照组的 32.50%（ $P<0.05$ ）；观察组生活质量各维度评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论** 多学科协作的预见性护理干预可有效促进结直肠癌根治术患者术后恢复，降低并发症发生率，提高生活质量和护理满意度，值得临床推广应用。

【关键词】 结直肠癌根治术；多学科协作；预见性护理

结直肠癌是我国常见的消化道恶性肿瘤之一，其发病率和死亡率均呈逐年上升趋势，严重威胁居民健康。根治性手术切除是治疗结直肠癌的主要手段，随着腹腔镜技术的普及和发展，手术创伤已显著减小。然而，结直肠癌根治术仍属于大型手术，手术创伤、麻醉应激、术后疼痛、禁食等因素可导致患者出现不同程度的生理和心理应激反应，影响术后胃肠功能恢复，增加切口感染、吻合口漏、深静脉血栓等并发症发生风险，延长住院时间，降低患者生活质量。多学科协作模式通过整合胃肠外科、麻醉科、营养科、康复科、心理科等多个专业领域的医疗资源，为患者提供全面、系统、个性化的诊疗和护理方案，能够充分发挥各专业优势，弥补单一学科护理的局限性。预见性护理强调在问题发生前识别风险因素并采取预防措施，通过对患者进行系统评估，提前识别可能出现的并发症和不良事件，制定针对性的干预策略，可有效降低并发症发生率，保障患者安全。基于此，本研究旨在探讨多学科协作的预见性护理干预对结直肠癌根治术患者术后恢复指标、并发症发生率、生活质量及护理满意度的影响，为临床护理实践提供参考依据，以期促进患者术后康复，提高生存质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 8 月至 2025 年 8 月在本院接受结直肠癌根治术的患者 80 例作为研究对象。采用随机数字表法将患者分为观察组与对照组，各 40 例。观察组男 23 例，女 17 例；年龄 42~74 岁，平均 (58.36 ± 8.24) 岁；对照组男 22 例，女 18 例；年龄 41~73 岁，平均 (57.89 ± 7.96) 岁。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

对照组采用常规围手术期护理。观察组在常规护理基础上实施多学科协作的预见性护理干预，具体措施如下：（1）成立多学科协作团队：由胃肠外科医生 2 名、麻醉师 1 名、营养师 1 名、心理咨询师 1 名、伤口造口师 1 名、康复治疗师 1 名、责任护士 4 名组成，护士长任组长，制定个体化预见性护理方案。（2）术前预见性评估与干预：①营养师进行营养风险筛查，对存在营养风险者制定营养支持计划；②心理咨询师评估心理状态，对焦虑抑郁者进行心理疏导；③康复治疗师评估功能状态，制定术后早期活动计划；④医护士共同评估并发症风险，制定预防措施。（3）术中预见性护理：①全程监测体温，采用加温输液、充气加温毯维持体温 $> 36^{\circ}\text{C}$ ；②麻醉师和护士共同控制输液量，遵循限制性输液原则；③责任护士在骨隆突处加用减压贴膜，每 2 小时评估皮肤情况。（4）术后预见性护理：①采用多模式镇痛，每 4 小时评估疼痛评分并调整方案；②康复治疗师指导早期活动，术后 6 小时床上活动，24 小时内下床站立，48 小时内床边行走；③营养师制定分阶段饮食计划，每日记录进食量；④责任护士每日评估切口、引流液、腹部体征等，建立并发症预警清单；⑤伤口造口师对造口患者进行术前定位和术后指导，预防造口周围皮肤并发症。（5）出院前预见性指导：多学科团队共同评估恢复情况，制定个体化出院计划，包括饮食、康复锻炼、用药及复诊指导，建立微信群提供延续性护理支持。

1.3 观察指标

（1）术后恢复指标：记录两组患者首次排气时间、首次下床活动时间、术后住院时间。（2）并发症发生率：记录术后切口感染、吻合口漏、肠梗阻、深静脉血栓、肺部感染等并发症发生情况。（3）生活质量：采用生活质量核心问卷量表（EORTCQLQ-C30）评估患者出院后 1 个月的生活质量，包括躯体功能、角色功能、情绪功能、社会功能 4 个维度。

1.4 统计学方法

采用 SPSS29.0 软件进行数据分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以例 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。P<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后恢复指标比较

观察组首次排气时间、首次下床活动时间、术后住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者术后恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次排气时间 (h)	首次下床活动时间 (h)	术后住院时间 (d)
观察组	40	42.32±8.45	18.73±4.36	8.16±2.23
对照组	40	58.46±10.23	29.83±6.47	11.876±3.45
t 值		7.674	8.852	5.627
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者并发症发生率比较

观察组并发症总发生率为 12.50%, 低于对照组的 32.50%, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较[例 (%)]

组别	例数	切口感染	吻合口漏	肠梗阻	深静脉血栓	肺部感染	总发生
观察组	40	2 (5.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	5 (12.50)
对照组	40	5 (12.50)	3 (7.50)	3 (7.50)	1 (2.50)	4 (10.00)	13 (32.50)
χ^2 值							4.589
P 值							0.032

2.3 两组患者生活质量评分比较

出院后 1 个月, 观察组生活质量各维度评分均高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表 3 两组患者生活质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	躯体功能	角色功能	情绪功能	社会功能
观察组	40	78.42±7.35	75.84±6.92	76.23±7.14	74.57±6.87
对照组	40	65.34±6.84	62.47±6.35	63.56±6.78	61.31±6.24
t 值		8.257	8.967	8.137	8.974
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

结直肠癌是常见的消化道恶性肿瘤，根治性手术切除是治疗的主要手段。然而，手术创伤、麻醉应激、术后疼痛等因素可导致患者出现不同程度的生理和心理应激反应，影响术后恢复进程，增加并发症发生风险。多学科协作模式通过整合不同专业领域的医疗资源，为患者提供全面、系统、个性化的诊疗和护理方案。预见性护理强调在问题发生前识别风险因素并采取预防措施，可有效降低不良事件发生率。

本研究结果显示，观察组首次排气时间、首次下床活动时间、术后住院时间均短于对照组 ($P<0.05$)，表明多学科协作的预见性护理可促进患者术后康复。分析原因：术前营养师和康复治疗师的早期介入，改善了患者的营养状况和功能储备；术中体温管理和液体控制减轻了应激反应；术后多模式镇痛和早期活动促进了胃肠功能恢复。在并发症预防方面，观察组并发症总发生率低于对照组 ($P<0.05$)。多学科团队通过术前风险评估、术中精细化操作配合、术后密切监测预警，实现了对并发症的主动预防。本研究还显示，观察组生活质量各维度评分高于对照组 ($P<0.05$)。多学科协作模式关注患者的整体需求，心理咨询师的情绪疏导缓解了焦虑抑郁，营养师的个体化指导改善了营养状况，康复治疗师的功能锻炼提高了活动能力，责任护士的延续性护理增强了出院后自我管理能力，共同促进了生活质量的提升。

综上所述，多学科协作的预见性护理干预可有效促进结直肠癌根治术患者术后恢复，降低并发症发生率，提高生活质量，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会. 结直肠癌围手术期营养管理专家共识 (2023 版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2023, 26(8): 721-728.
- [2] 刘敏, 张丽华, 王丽. 多学科协作模式在结直肠癌患者围手术期护理中的应用进展 [J]. 中华护理杂志, 2024, 59(4): 485-490.
- [3] 陈晓燕, 李娜, 周洁. 预见性护理在结直肠癌根治术患者中的应用效果研究 [J]. 中国实用护理杂志, 2023, 39(18): 1385-1390.
- [4] 张伟, 刘芳, 王秀梅. 加速康复外科理念指导下的多学科协作在结直肠癌手术中的应用 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2024, 31(3): 225-230.