

多学科协作模式在胃肠腹壁疝手术减重护理中的应用进展

王召利

黔西南州人民医院 贵州兴义

【摘要】胃肠腹壁疝手术患者通常伴有肥胖或体重异常，不仅增加手术难度，还会对术后康复进程造成影响。减重护理可通过科学的体重管理策略，有效改善患者手术条件。多学科协作模式通过整合多学科专业力量，构建了涵盖术前、术中、术后的全周期护理体系，为患者提供了个体化、标准且持续的综合护理方案。

【关键词】胃肠腹壁疝手术；减重护理；多学科协作模式；应用进展

【收稿日期】2026 年 4 月 10 日

【出刊日期】2026 年 5 月 5 日

【DOI】10.12208/j.cn.20260283

Progress of multi-disciplinary collaboration model in weight loss nursing for gastrointestinal abdominal wall hernia surgery

Zhaoli Wang

Qianxiangshan State Hospital, Xingyi, Guizhou

【Abstract】 Patients undergoing gastrointestinal abdominal wall hernia surgery usually have obesity or abnormal weight, which not only increases the surgical difficulty but also affects the postoperative rehabilitation process. Weight loss nursing can effectively improve the surgical conditions of patients through scientific weight management strategies. The multi-disciplinary collaboration model integrates the professional strength of multiple disciplines to build a full-cycle nursing system covering preoperative, intraoperative, and postoperative periods, providing individualized, standard, and continuous comprehensive nursing plans for patients.

【Keywords】 Gastrointestinal abdominal wall hernia surgery; Weight loss nursing; Multi-disciplinary collaboration model; Application progress

前言

随着经济水平的不断提升，人们的饮食结构均发生了巨大变化，肥胖症的发病率也随之升高。腹壁疝是外科临床较为常见的一种疾病，与肥胖具有密切联系。肥胖是导致腹壁疝发展的重要诱因，同时也是影响临床手术效果与术后康复进程的关键因素^[1]。因此，对行胃肠腹壁疝手术的肥胖患者，实施科学、有效的减重护理，对于保证临床疗效、改善患者术后康复及预后效果，均具有重要意义。多学科协作模式（MDT）是一种以患者为中心，整合各学科专业资源，为其提供全面、综合护理干预的护理模式，在肿瘤治疗、慢性病管理等领域均展现出独特优势^[2]。本文即对多学科协作模式在胃肠腹壁疝手术减重护理中的应用进展进行叙述，旨在为胃肠腹壁疝肥胖患者的临床护理工作提供参考。

1 胃肠腹壁疝手术的概述

1.1 胃肠腹壁疝手术的临床特点

胃肠腹壁疝的诱发因素主要包括腹壁组织薄弱、腹内压增高等。肥胖患者腹腔内过量的脂肪堆积会削弱腹壁胶原纤维强度，并导致腹压持续升高，推动疝囊的形成及发展^[3]。临床需根据患者疝的特征及体重状态合理选择术式。通常情况下，开放修补术适用于复杂疝，但肥胖患者的切口愈合风险较高，与其行开放手术需进行更大范围的皮下组织分离有关；腹腔镜腹壁疝修补术创伤较小，但对腹腔视野暴露要求严格，肥胖者因脂肪遮挡，易增加操作难度。目前，对于体质指数超标的患者，实施同步或分期减重联合疝修补术，已逐渐成为临床的主流选择，但应精准评估手术时机^[4]。

1.2 减重护理在胃肠腹壁疝手术中的重要性

胃肠腹壁疝手术患者通常伴有肥胖或体重异常，一定程度上增加了手术难度，且会对患者术后康复进程造成影响。减重护理可通过科学的体重管理策略，有效改善患者手术条件。术前适度减重可减少患者腹壁脂肪堆积，优化手术视野暴露，进而降低术中组织损

伤风险,还可降低腹壁张力,为疝修补术创造更加理想的解剖条件。此外,减重护理还可有效降低患者术后出现切口感染、脂肪液化、深静脉血栓等并发症的风险。其作用机制在于通过降低体脂率控制并改善机体炎症状态及组织愈合能力,进而减少因肥胖导致的代谢紊乱对手术造成的影响^[5]。同时,合理减重还能提升患者术后的早期活动能力,缩短住院时间。通过减重优化患者营养状况,也有助于切口愈合,提高患者生活质量。但传统的减重护理模式存在一定局限,多以围手术期短期干预为主,缺乏贯穿全程的长期管理体系,且多依赖经验性指导,未充分考虑患者的个体差异性与需求,个性化程度不足,导致整体护理效果并不理想。

2 多学科协作模式的概述

2.1 多学科协作模式的定义与核心

多学科协作模式是由 2 个或 2 个以上不同专业的临床专家构成,从各自的专业角度出发对疾病进行

阐述并提供治疗建议,最后形成综合性的、最适合患者的诊疗方案。多学科协作模式的核心是以患者为中心,旨在为患者提供个体化、标准且持续的综合治疗方案,提高整体临床治疗效果^[6]。

2.2 减重护理中多学科协作团队的主要构成

多学科协作团队通常包括胃肠外科医师、营养师、心理咨询师、康复治疗师、麻醉科医师、内分泌科医师,针对肥胖合并腹壁疝患者开展减重护理。各成员根据患者的具体病情、体质指数、合并症、心理状态等情况,共同参与诊疗决策与护理方案的制定,确保医疗与护理措施的科学性、连贯性与个体化。

3 多学科协作模式在胃肠腹壁疝手术减重护理中的应用

多学科协作模式在胃肠腹壁疝手术减重护理中的应用主要包括术前、术中、术后三个阶段,具体内容见表 1。

表 1 多学科协作模式在胃肠腹壁疝手术减重护理中的主要应用方案

护理阶段	护理内容
术前评估与干预	多学科协作团队开展联合门诊或多学科会诊,全面评估患者整体状态:营养组主要评估患者营养状况并提出相应干预措施,如:检测患者肌肉量、维生素 D 水平,根据实际需要补充乳清蛋白,并预设营养支持路径;心理组应采用科学工具,如:焦虑 SAS 自评量表、抑郁 SDS 自评量表,对患者的焦虑、抑郁程度进行客观量化评估,结合患者心理状态评估结果,给予针对性的心理支持与疏导,缓解患者心理压力、减轻负性情绪,同时减轻患者夜间摄食欲望;运动康复师应结合患者身体情况,制定每日运动目标,指导患者进行间歇快走、抗阻弹力带等运动,设置短期减重目标(如:四周后平均体脂率下降 2.10%、腰围缩减 4cm);最终应形成综合性的护理方案。
术中协作与技术支持	手术实施阶段的多学科协作是确保复杂手术安全的重要环节。麻醉团队应根据患者体重指数、腹壁疝大小、手术类型等制定个体化麻醉方案,以减少应激反应;在腹腔镜建立人工气腹时,麻醉医师应动态调整通气参数,与术者共同防范高碳酸血症风险;术中可采用视频喉镜联合纤维支气管镜技术保障患者气道安全;外科团队应根据多学科术前讨论结果,在疝修补与减重手术的术式组合上实施精准决策,例如:在腹腔镜胃袖状切除术联合腹壁疝修补术中,胃肠外科医生与疝外科医生协同操作,前者完成胃大弯侧切除以限制摄食量,后者同期进行腹膜前间隙补片植入,通过调整腹腔镜穿刺针的位置以避免器械干扰;麻醉与外科团队应共同监测患者术中出血量及容量状态,通过目标导向液体治疗维持组织灌注,为术后早期肠内营养支持提供条件;手术护士应熟悉不同术式的器械需求,保障术中高效配合,采取相关措施以降低术中低温、出血等风险 ^[7] 。
术后康复与长期管理	术后康复阶段的护理措施主要包括营养支持、并发症防控与长期体重维持。营养科医师应根据患者的胃肠功能恢复程度,定制高蛋白、低热量的膳食方案,既满足切口愈合需求,又避免热量过剩;外科护士应联合康复师指导患者进行适当活动(术后早期可进行床上踝泵运动、深呼吸训练、翻身等,术后 6~12 小时可鼓励患者坐起,术后 24 小时可协助患者下床活动),降低深静脉血栓、肠粘连以及疝修补区张力过高等风险;针对患者术后可能出现的腹胀、反流等胃肠反应,消化科医师需及时介入调整用药;护士应密切观察患者引流液量、性状、腹部体征等,防止出现吻合口漏、腹腔感染等严重并发症;同时,患者术后需限制饮食、加之受手术操作、疾病等因素影响,患者易出现焦虑、抑郁等负性情绪,心理咨询师可通过认知行为干预帮助患者克服负性情绪,以积极的心态面对术后康复。在长期体重管理方面,由内分泌科定期监测患者的血糖、血脂等代谢指标,并结合监测结果实时调整减重策略;由康复治疗师为患者制定个体化运动处方,初期以步行等低强度的有氧运动为主,每周 3~5 次,每次 20~30 分钟,再逐步增加抗阻训练以维持体重;护士应通过电话、微信等方式对患者定期随访(每 2 周 1 次),全面了解患者居家时期的体重变化及体重管理方案的执行情况;多学科协作团队应定期召开病例讨论会,针对体重反弹或体重管理方案依从性较差的患者制定个性化的干预方案,如:增加运动指导频次、联动患者家属监督其日常饮食等 ^[8] 。

赖丽雅等研究表明,对行腹壁切口疝腹腔镜手术患者实施加速康复外科联合多学科协作护理模式,可有效减轻患者焦虑情绪、减少不良事件发生率^[9]。李登红等研究表明,对行腹腔镜疝修补术患者实施多学科合作护理,可促进患者术后恢复、减轻术后疼痛程度并提高患者护理满意度^[10]。

4 结语

多学科协作模式在胃肠腹壁疝手术减重护理领域展现出了独特优势与应用价值。通过整合外科、营养科、康复科、心理科等多学科专业力量,构建了涵盖术前评估、术中协同配合、术后康复管理的全周期护理体系,打破了单一学科的护理局限,实现了医疗资源的有效整合与护理服务的精准化实施。

参考文献

- [1] 石和凯,唐健雄,顾岩. 肥胖病人腹壁疝复发处理要点与难点[J]. 中国实用外科杂志,2025,45(5):517-521.
- [2] 张颖. 多学科合作快速康复外科在腹股沟疝修补术中的应用[J]. 中国实用医药,2022,17(10):165-168.
- [3] 顾岩,唐健雄. 重视肥胖症对疝与腹壁外科疾病治疗的影响[J]. 中华消化外科杂志,2022,21(9):1180-1184.
- [4] 陈双,周太成. 多维度解析腹壁疝复发机制及治疗策略[J]. 中国实用外科杂志,2025,45(5):501-503.

- [5] 朴鹤云. 腹腔镜修补术治疗成人腹壁疝的疗效及对胃肠功能的影响研究[J]. 临床医药文献电子杂志,2023,10(8):48-50.
- [6] 马莉,袁陵芳,唐洁. 多学科团队合作护理腹腔镜疝修补术病人的康复效果[J]. 循证护理,2023,9(3):564-567.
- [7] 诸佳鸿. 多学科合作快速康复护理对老年腹股沟疝修补术患者恢复的影响研究[J]. 实用临床护理学电子杂志,2024,9(23):77-79,76.
- [8] 邱雨豪,黄金向,朱小轩,等. 多学科诊疗联合加速康复外科模式在食管裂孔疝诊疗中的应用[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2025,19(1):56-62.
- [9] 赖丽雅,范栩妃,陈吉彩,等. 基于 ERAS-MDT 模式的护理干预在腹壁切口疝腹腔镜手术中的应用[J]. 中华全科医学,2025,23(05):886-889.
- [10] 李登红,李卓惠. 多学科团队合作护理在腹腔镜疝修补术围术期中的应用价值[J]. 中国医药科学,2021,11(5):139-142.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS