

## 医护一体化结合加速康复护理对肺癌根治术患者术后康复效果的影响

黄秀花, 覃凤玲\*

贵州中医药大学第二附属医院 贵州贵阳

**【摘要】目的** 探讨医护一体化与加速康复外科理念结合对患者术后恢复的影响。**方法** 将 2023 年 1 月至 2025 年 1 月收治的 60 例肺癌根治术患者随机分为干预组（医护一体化+ERAS）与对照组（常规护理），每组 30 例。比较两组术后首次下床时间、引流管留置时间、住院时长以及并发症发生率。**结果** 干预组在首次下床天数( $1.22 \pm 0.36$  vs  $2.14 \pm 0.68$ )、引流天数( $10.56 \pm 1.13$  vs  $13.88 \pm 1.77$ )、住院天数( $13.65 \pm 1.52$  vs  $17.95 \pm 2.39$ )均显著缩短 ( $P < 0.05$ )，并发症发生率 (13.33% vs 50.00%) 亦明显改善 ( $P < 0.05$ )。**结论** 医护一体化与 ERAS 的协同应用可优化肺癌患者术后康复路径。

**【关键词】** 医护一体化；加速康复护理；护理；肺癌；康复效果

**【收稿日期】** 2025 年 10 月 22 日

**【出刊日期】** 2025 年 11 月 27 日

**【DOI】** 10.12208/j.jnmn.20250586

### The impact of integrated medical and nursing care combined with accelerated rehabilitation nursing on postoperative rehabilitation outcomes of lung cancer patients undergoing radical surgery

Xiuhua Huang, Fengling Qin\*

The Second Affiliated Hospital of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang, Guizhou

**【Abstract】Objective** To explore the impact of the integration of medical care and the concept of accelerated rehabilitation surgery on postoperative recovery of patients. **Methods** 120 patients with lung cancer who underwent radical surgery from January 2023 to January 2025 were randomly divided into an intervention group (integrated medical care+ERAS) and a control group (conventional nursing), with 60 patients in each group. Compare the first time of getting out of bed, drainage tube retention time, length of hospital stay, and incidence of complications between two groups after surgery. **Results** The intervention group showed significant reductions in the number of days of first mobilization ( $1.22 \pm 0.36$  vs  $2.14 \pm 0.68$ ), drainage days ( $10.56 \pm 1.13$  vs  $13.88 \pm 1.77$ ), and hospitalization days ( $13.65 \pm 1.52$  vs  $17.95 \pm 2.39$ ) ( $P < 0.05$ ), as well as a significant improvement in the incidence of complications (13.33% vs 50.00%) ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The collaborative application of medical integration and ERAS can optimize the postoperative rehabilitation pathway of lung cancer patients.

**【Keywords】** Medical integration; Accelerated rehabilitation nursing; Nursing; Lung cancer; Rehabilitation effect

肺癌 (Lung cancer) 作为全球癌症相关死亡的首要原因，外科手术仍是早期患者获得根治的核心手段。然而，开胸或胸腔镜手术伴随的创伤应激、疼痛及呼吸功能抑制，常导致康复延迟与并发症风险上升<sup>[1]</sup>。当前广泛实施的加速康复外科理念 (Enhanced recovery after surgery, ERAS) 方案虽在围术期管理上取得进展，但护理与医疗行为常处于割裂状态，执行依从性不足成为瓶颈<sup>[2]</sup>。医护一体化通过打破专业壁垒，实现评估、

决策与实施的动态闭环，其与 ERAS 的整合可能为术后康复路径提供新动能<sup>[3]</sup>。本研究旨在观察该模式对肺癌根治术患者关键康复指标的实质影响。

#### 1 对象和方法

##### 1.1 研究对象

选取我院 2023 年 1 月-2025 年 1 月我院胸外科拟行肺癌根治术的患者 60 等基础例，使用随机数字表法分为干预组 (n=30, 年龄  $53.48 \pm 8.27$  岁) 与对照组

\*通讯作者：覃凤玲

( $n=30$ , 年龄  $54.88 \pm 7.13$  岁), 两组患者的年龄、性别比以及病程等基线资料均无统计学差异 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。本次试验的所有参与患者均已签订知情同意书, 并且本院伦理委员会也以知情且批准本次研究 (伦理号 20231102)。

## 1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①病理确诊原发性肺癌I-II期; ②年龄 18-75 岁; ③心肺功能可耐受手术。

排除标准: ①急诊手术; ②严重肝肾功能不全; ③严重认知障碍或精神疾病; ④既往胸部手术史。

## 1.3 干预方法

### 1.3.1 对照组护理方法

对照组患者采用常规的 ERAS 护理方式, 包括术前宣教、早期活动指引、疼痛阶梯管理及营养支持, 护理与医疗团队按传统职责分工操作。

### 1.3.2 干预组护理方法

干预组在对照组的基础上融入实施医护一体化的护理方法, 其具体方法如下:

先成立固定医护小组 (由 1 名主治医师、1 名专科护士与 2 名责任护士构成), 该小组从患者入院即全程接管, 确保医疗决策与护理执行的连贯性。主治医师主要侧重手术方案与关键医疗决策, 专科护士作为协调枢纽, 负责 ERAS 流程监控与跨专业沟通, 责任护士聚焦日常评估与干预落地。

护理紧扣围手术期的三个阶段, 在患者进行手术前先做医护联合评估, 共同制定个体化的 ERAS 清单, 整合医疗风险以及护理的可操作性, 在医生明确患者的医学禁忌后由护士依据协议做预康复, 使用定量激励式肺量计做呼吸训练 (通过可视化反馈引导患者进行主动的、可控的深慢呼吸, 预防肺不张并增强通气效率。), 每日 3 次, 由护士每日反馈患者依从性与肺活量提升曲线。在术中阶段专科护士会就患者的核心参数与复苏室进行交接, 这些数据会直接触发复苏室护士的优先干预动作。手术由患者的主治医生和护士联合做患者的状态评估, 主要包括疼痛评分、肺部听诊、引流液性质与下肢活动力, 完成后当场协商调整当日的计划。如患者疼痛评分 $>4$ 分且活动意愿低, 那么护

士可依据协议增加非药物干预即时微调镇痛方案, 如患者因疼痛或者疲乏暂时无法下床, 则启动床上踝泵运动 (缓慢跖屈-背屈踝关节, 30 次/组; 并且配合腓肠肌环形按压, 每 2 小时 1 组) 以预防 VTE 的出现, 直至患者可以离床活动; 拔管时依据引流液量结合护士当天观察的患者呼吸情况做综合判断决策, 避免单纯依赖引流量的机械标准。此外, 在患者康复阶段, 若其自觉疲劳量表 $\leq 4$ 级且疼痛评分 $\leq 3$ 分时, 护士可以自主阶段式增加患者活动强度, 无需每日申请医嘱, 对于无恶心呕吐情况的患者, 护士可按计划启动清流质过渡 (使患者从禁食状态阶段性的逐步过渡至正常饮食), 仅当出现不耐受时上报医疗组。

## 1.4 观察指标

本试验需要观察患者在接受护理之后的康复情况与安全性指标差异。

康复进程指标: 首次下床活动时间、胸腔引流管留置时间、术后住院时间。

安全性指标: 肺部感染、肺不张、心律失常、深静脉血栓 (DVT) 等并发症发生率。

## 1.5 统计方法

使用 SPSS26.0 软件对数据进行统计学分析, 使用  $t$  和 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示计量资料, 使用  $\chi^2$  和 % 表示计数资料,  $P<0.05$  表示数据差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者的康复进程指标对比

在接受护理之后, 干预组的首次下床时间、引流管留置时间以及术后的住院时间都明显短于对照组, 其数据差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。揭示了医护一体化干预对于护理时间敏感性指标的显著优化作用, 其详细数据对比见表 1。

### 2.2 患者的术后并发症发生率对比

在接受护理之后干预组患者的肺部感染率、深静脉血栓率以及总的并发症发生率都明显低于对照组, 其数据差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。而肺不张和心律失常率虽低于对照组但并没有显著差异 ( $P>0.05$ ), 其详细数据对比见表 2。

表 1 两组患者术后康复进程指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	首次下床时间 (d)	引流管留置时间 (d)	术后住院时间 (d)
干预组	30	$1.22 \pm 0.36$	$10.56 \pm 1.13$	$13.65 \pm 1.52$
对照组	30	$2.14 \pm 0.68$	$13.88 \pm 1.77$	$17.95 \pm 2.39$
$t$	-	9.26	8.66	8.32
$P$	-	0.01	0.01	0.01

表 2 两组患者的术后并发症发生率数值对比[n, (%) ]

组别	例数	总并发症 (%)	肺部感染 (%)	深静脉血栓 (%)	肺不张 (%)	心律失常 (%)
干预组	30	13.33 (4/30)	3.33 (1/30)	0.00 (0/30)	6.67 (2/30)	3.33 (1/30)
对照组	30	50.00 (15/30)	20.00 (6/30)	13.33 (4/30)	10.00 (3/30)	6.67 (2/30)
$\chi^2$	-	9.32	4.04	4.29	0.22	0.35
P	-	0.01	0.04	0.04	0.64	0.55

3 结论

肺癌是一种起源于支气管或细支气管表皮细胞的恶性肿瘤，占肺部恶性肿瘤的 90% - 95%<sup>[4]</sup>。其发生与长期吸烟、空气污染、职业暴露等因素密切相关，早期症状隐匿，晚期易转移，预后较差<sup>[5]</sup>。而肺癌根治术旨在完全切除肿瘤组织及其可能扩散的淋巴引流区域，以达到临床治愈目的的外科手术<sup>[6]</sup>。

对此类手术的护理目前一般以常规护理为主，主要以症状缓解和基础性支持为主，其对于患者的环境和生活的护理以及症状管理一般能有效地改善其生理性指标，但是由于缺乏系统性整合其效果存在局限性<sup>[7]</sup>。一个是医护较为割裂，由于其侧重被动应对症状响应的的时间相对较长且无法有效的实施动态调整方案。且常规的护理缺乏有效的心理支持，因为肺癌根治术的特殊性质，患者在术后常见抑郁以及焦虑症状，但是传统护理缺乏结构化的心理干预，此类问题同时也会导致患者的并发症控制较差。

针对上诉情况，医护一体化结合加速康复护理对肺癌根治术患者的术后康复逐渐受到了业内的关注，本研究发现，医护一体化与 ERAS 的协同显著优化了肺癌患者术后康复轨迹。这种效率提升可能源于医护一体化模式对 ERAS 执行环节的加固，医护联合动态评估确保了康复措施与患者实时状态的精准匹配，而标准化授权则消除了传统层级决策导致的延迟。医护协同的早期活动管理可能增强了患者依从性，而联合呼吸训练督导则优化了肺复张效果，深静脉血栓的减少，则与护士依据每日评估数据及时启动预防措施密切相关<sup>[8]</sup>。这些发现提示，医护一体化通过提升干预措施的适时与适配性，放大了 ERAS 的预防效益，医护共同决策打破了传统医嘱到执行的单向路径，使护士的专业判断融入治疗核心，这种角色转变既提升了护理价值感，亦促使医生更关注治疗方案的落地性，当然，

这种模式对团队协作默契度提出较高要求，其长期运行稳定性仍需追踪。综上所述，医护一体化结合加速康复护理对肺癌根治术患者的护理效果显著，具有较高的临床实用价值。

参考文献

[1] 赫捷,李霓,陈万青,等.中国肺癌筛查与早诊早治指南(2021,北京)[J].中国肿瘤,2021,30(02):81-111.

[2] 曹晖,陈亚进,顾小萍,等.中国加速康复外科临床实践指南(2021 版)[J].中国实用外科杂志,2021,41(09):961-992.

[3] 千冬维,刘静,程彦英.医护一体化模式在手术室护理质量持续改进中的作用[J].贵州医药,2020,44(04):663-664.

[4] 刘宗超,李哲轩,张阳,等.2020 全球癌症统计报告解读[J].肿瘤综合治疗电子杂志,2021,7(02):1-14.

[5] 国家卫生健康委办公厅.原发性肺癌诊疗指南(2022 年版)[J].协和医学杂志,2022,13(04):549-570.

[6] 王希文,赵俊刚.单孔胸腔镜肺癌根治术与传统三孔手术的对比分析[J].重庆医学,2016,45(28):3959-3961+3964.

[7] 尤婉婷,张艳萍,张宏,等.肺癌根治术患者出院准备度现状与影响因素分析[J].护理实践与研究,2021,18(12):1786-1789.

[8] 张伟荣,付晓兰,卢姿婷.医护一体化模式联合穴位贴敷在肺癌化疗相关恶心呕吐患者中的应用[J].中国医药科学,2024,14(24):63-66.

版权声明：©2025 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