

数字技术与智能辅具的创新实践 数字技术与智能辅具的创新应用为干预带来新可能。韩瑶等^[17]综述了数字疗法,指出其能通过远程和个性化方案,打破医疗资源地域限制,为认知障碍的评估与管理提供新路径。陈卓琦等^[18]关注“锻炼游戏”(Exergame),认为锻炼游戏对老年轻度认知障碍人群的学习能力、记忆力、执行功能、处理速度等认知功能有积极影响。傅琦等人和李琴等^[19]则概述了更广泛的智能辅助技术及智能机器人,它们在安全监护、认知刺激、陪伴等方面展现潜力,但也面临成本、伦理、个性化不足等挑战。

家庭支持体系的构建 针对患者家庭的支持体系构建是巩固干预效果的关键。张涵等^[20]通过德尔菲法构建社区联动认知症患者家庭照顾者同伴支持方案,具有全面性。王静等则强调以家庭为基础、专业力量为补充,从家庭视域阐述认知症居家照护逻辑模型,提出实现高质量照护的路径选择,为构建居家-社区联动照护体系提供了理论参考。

6 结语

综上所述,当前认知症社区早筛领域的研究与实践呈现以下特点:共识高度统一,即社区筛查具有重要战略价值;筛查工具研究趋向精细化、组化与多维度化;研究视角从工具本身扩展到服务系统、居民意愿和医护人员能力等影响因素;研究链条覆盖筛查至干预,传统非药物治疗与数字创新干预并行发展,并日益重视家庭支持体系。

然而,现有研究仍存在明显不足。首先,实证研究多局限于大城市局部社区,缺乏全国性、多中心的现状调查,难以全面反映不同地区差异。其次,存在重筛查、轻管理倾向,对筛查阳性者如何实现顺畅转诊、长期随访和动态评估的关注不足,“筛-诊-管”服务闭环尚未在社区层面有效建立。再次,对智能技术的应用研究多停留在概述层面,缺乏在真实社区场景中的长期效果、成本效益和整合模式研究。最后,针对社区医护人员系统化、实践导向的能力建设研究仍然稀缺。

未来研究与实践应着力于:开展大规模社区筛查现状普查,为政策制定提供基线数据;设计和评估以社区为基础的“筛-诊-管”全流程服务模式及多机构协作机制;深化特定数字技术在社区场景中的实施性研究;并大力开发与推广标准化、实践导向的社区认知症照护专业人才培养体系,从而切实推动认知症防治的关口前移与重心下沉。

参考文献

- [1] 蔡庆超,张一峰,王伟,蔡汶洁,李念念.1990-2021年全球AD及其他痴呆症的疾病负担及其与社会经济因素的关联[J].青岛大学学报(医学版),2025,61(4):489-496.
- [2] 解恒革.积极推进认知障碍的社区筛查[J].中华老年心脑血管病杂志,2022,24(8):785-788.DOI:10.3969/j.issn.1009-0126.2022.08.001.
- [3] 石佳瑞,王梓力,张薛晴,宋玉磊,徐桂华,柏亚妹.南京市社区认知症服务中心认知初步筛查服务开展现状研究[J].中国全科医学,2025,28(22):2784-2790.
- [4] 《临床前期阿尔茨海默病诊断与非药物干预专家共识框架》专家共识写作组,北京认知神经科学学会学术委员会,韩璠.临床前期阿尔茨海默病诊断与非药物干预专家共识框架[J].医学研究与战创伤救治,2025,38(7):673-684.
- [5] 杨谦,第五永长,王威,刘奇,周源,华小兰,程妍,丁鸿莉.蒙特利尔认知评估量表用于社区轻度认知障碍筛查的初步研究[J].中风与神经疾病杂志,2022,39(2):139-142.
- [6] 李丹丹,周建荣,谢世麒,吴欢.蒙特利尔认知评估量表用于社区老年人轻度认知障碍筛查[J].护理学杂志,2018,33(15):80-82.
- [7] 张晓琼,邝海东,王朝昕.GPCOG在轻度认知功能障碍社区筛查中的应用效果[J].上海医药,2022,43(22):12-15.
- [8] 陈阳,于德华,杨蓉,马琳琳,陆媛.国内外认知功能障碍常用筛查量表及其社区应用[J].中国全科医学,2018,21(12):1392-1396,1401.
- [9] 蔡明,胡卿茹,贾世豪,杨若愚,王丽岩,胡静芸,王晓军,陈晓艳,王洪彪.社区老年人轻度认知障碍筛查量表应用策略研究[J].中国全科医学,2022,25(25):3191-3195.
- [10] 齐文帅,吴小坤,刘斌,任伯,张晋霞,云静.MoCA联合MMSE在无症状脑梗死临床早期识别中的应用价值[J].卒中与神经疾病,2025,32(5):508-514.
- [11] 马云云,宋玉磊,王蒙蒙,梁晓,张薛晴,徐桂华,杜丹丹,柏亚妹.感官功能障碍在认知功能障碍疾病早期识别与干预中的价值与探索[J].中国全科医学,2022,25(23):2899-2902,2909.
- [12] 任倩薇,金鑫悦,周思怡,郭馥祯,管仲军.北京市城市社区中老年人认知功能障碍筛查服务利用意愿影响因素研究[J].中国预防医学杂志,2025,26(4):448-454.
- [13] 杨娟,李守琴,张昭昕,张修斌.社区全科医生对开展痴呆筛查认知的质性研究[J].中国全科医学,2022,25(16):1978-1983.
- [14] 贺丽春.失智症老年人蒙台梭利型非药物干预研究进展[J].护理学报,2023,30(5):38-42.
- [15] 张露露,王娅平,王凤玲,唐倩云,杨静静,黄敬,王曙红.蒙台梭利法:一种新型老年痴呆症非药物疗法[J].中国临床保健杂志,2021,24(6):850-854.
- [16] 刘春霞,尼俊丹,王嘉慧.非药物护理干预对阿尔茨海默症患者的效果[J].国际精神病学杂志,2022,49(6):1110-1113.
- [17] 韩瑶,袁平乔,曾顺凤,杜青青.数字疗法在认知障碍患者中的研究进展[J].中国医药报,2025,22(22):184-188.
- [18] 陈卓琦,徐林燕,邹继华,朱徐乐,王嘉璐,赵磊,姚远.锻炼游戏在老年轻度认知障碍人群中的应用现状[J].护理学杂志,2024,39(1):111-115.
- [19] 傅琦,袁忠海.智能辅助技术在认知症领域中应用的研究进展[J].护理研究,2025,39(6):1021-1026.
- [20] 张涵,左彭湘,韩静,肖欣雨,柳甜甜,张伟.社区联动认知症患者家庭照顾者同伴支持方案的构建[J].中国护理管理,2025,25(6):932-937.

Study on Perioperative Nursing Intervention Strategies and Effects for Esophageal Cancer Patients

Hongzhuan Geng

Shanxi Provincial People's Hospital, Taiyuan, Shanxi, 030012

Abstract

Esophageal cancer is a common malignant tumor of the digestive tract, and the perioperative period is a critical stage affecting surgical outcomes and patient prognosis. This article provides a comprehensive review of perioperative nursing interventions for esophageal cancer patients, systematically addressing aspects such as preoperative psychological counseling and nutritional support, intraoperative nursing coordination, and postoperative complication prevention and rehabilitation guidance. Nursing interventions help reduce the incidence of postoperative complications, shorten hospital stays, and improve quality of life. Standardized and individualized nursing models can enhance the quality of nursing services, thereby ensuring improved overall treatment outcomes for esophageal cancer.

Keywords

Esophageal cancer; Perioperative period; Nursing intervention; Postoperative recovery; Complication prevention

食管癌患者围手术期护理干预策略与效果研究

耿红转

山西省人民医院, 中国·山西太原 030012

摘要

食管癌为常见的消化道恶性肿瘤, 围手术期是影响手术效果与患者预后的关键阶段, 本文围绕食管癌患者围手术期护理干预展开综述, 从术前心理疏导与营养支持、术中护理配合到术后并发症预防与康复指导等方面进行系统阐述。护理干预有助于降低术后并发症发生率, 缩短住院时间, 改善生活质量。规范化、个体化的护理模式能够提升护理服务水平, 为提高食管癌整体治疗效果提供保障。

关键词

食管癌; 围手术期; 护理干预; 术后恢复; 并发症预防

1 引言

食管癌是常见的消化道恶性肿瘤, 具有发病率高、病情进展快、术后恢复慢等特点, 围手术期是治疗过程中的关键时期, 护理干预贯穿患者手术前后全过程, 在提高手术安全性、减少术后并发症、促进身体康复等方面发挥重要作用, 科学有效的护理措施能够显著改善患者生活质量和治疗依从性, 推动整体治疗效果的提升, 临床护理人员需根据患者具体情况制定个性化护理方案, 不断优化围手术期护理策略以提升护理服务水平。

2 术前护理干预

2.1 心理疏导

食管癌患者在确诊后常因对疾病的不了解和对手术的

担忧产生明显的焦虑和抑郁反应, 特别是在面临术前准备阶段, 患者的情绪波动较大, 心理负担重, 易出现恐惧无助等负性心理状态, 心理干预需要建立在尊重患者人格及情感体验的基础上, 护士应深入了解患者的心理反应及成因, 采用适当的沟通技巧与支持性语言, 与患者建立信任关系, 通过倾听表达与共情疏导等方式稳定情绪, 帮助其正确认知疾病与手术。部分患者对术后生活质量存在担忧, 护理人员需结合其实际情况讲解治疗目标与恢复可能, 增强其战胜疾病的信心^[1]。在开展心理干预过程中应注意患者个体差异, 对心理脆弱或既往有精神障碍者应及时协同心理科进行干预指导。

2.2 营养支持

术前营养状况直接影响患者的免疫功能与术后组织修复能力, 食管癌患者由于吞咽困难及进食受限, 普遍存在体重下降与营养不良问题, 部分患者在就诊时即伴有中重度营养不良, 增加围术期感染与并发症发生的可能, 术前护理中应采用科学的营养评估工具如 NRS-2002 或 PG-SGA, 对患

【作者简介】耿红转(1983—), 女, 中国山西新绛县人, 本科, 主管护师, 从事食管癌术后营养支持研究。

者进行全面营养筛查,根据评估结果制定个体化干预方案。对于轻中度营养风险者可采用口服高能量营养补充剂改善摄入质量,对无法经口进食或摄入严重不足者应考虑鼻肠管或静脉营养方式补充能量及蛋白质。护理人员需密切观察患者营养干预后的耐受情况与消化吸收功能,动态调整补充途径与成分比例^[2]。在制定营养计划时应结合患者基础疾病与代谢需求,合理平衡碳水化合物脂肪与蛋白质摄入量,并注意微量元素和维生素的补给,维持机体内环境稳定,提高对手术的耐受能力。

2.3 健康教育

术前健康教育是提升患者依从性与手术配合程度的重要环节,应注重内容的科学性系统性与通俗性,增强患者对治疗过程的理解与接受度,护理人员应向患者详细讲解食管癌的病因病理治疗方案及预期疗效,使患者建立合理的治疗期望,减少因信息不对称带来的误解与恐惧。在手术相关知识方面需重点介绍术中配合方式术后体位要求呼吸训练引流管护理与进食流程,引导患者形成正确的术后恢复认知。在讲解过程中可结合图文资料视频教学或模型演示,增强教学的直观性与互动性,提高患者的理解力和记忆力。教育过程不应局限于患者个体,还需让家属充分参与其中,使其在术后护理中发挥积极支持作用。对于文化程度较低或接受能力弱的患者应采用简洁易懂的语言反复讲解重点内容,确保信息传达的有效性。健康教育不仅帮助患者做好术前准备,还能促进术后主动配合治疗与康复行为的形成,是围术期护理不可或缺的重要组成部分。

3 术中护理配合

3.1 术中体位管理

食管癌手术方式多样,常见包括开胸食管切除术和胸腔镜辅助下食管切除术,不同术式对术中体位的要求存在明显差异,术中体位摆放不仅关系到术野暴露效果与操作空间的充分性,还直接影响患者重要器官的生理功能维持与术后并发症的发生率,护理人员在术前应充分了解具体手术方案与手术体位要求,协助医生完成患者体位调整,在保证手术需求的前提下保护患者肢体与软组织不受损伤。体位摆放需注意肢体的自然舒展与关节的功能位固定,避免牵拉神经或压迫血管导致术后神经功能障碍或局部组织缺血坏死。使用软垫支撑身体突出部位能够有效分散压力,减少压疮形成风险。头部位置的调整应注意气道通畅与静脉回流畅通,避免颈部过度屈伸或旋转引起循环障碍。术中长时间体位固定期间应定期观察肢体末端的肤色温度与血液循环状况,在确保麻醉稳定的前提下对肢体微调位置,以降低术后深静脉血栓形成及神经压迫的可能^[3]。对于老年患者或存在骨质疏松者,更需加强骨关节保护,减少骨折与软组织损伤的风险。术中体位管理不仅是保障手术顺利进行的基础措施,也是降低围术期风险与提升患者舒适度的重要环节。

3.2 无菌操作配合

手术操作过程中感染控制是保障手术安全与减少术后并发症的核心内容,无菌技术的严密执行关系到患者预后与恢复速度,手术室护理人员需严格遵循无菌操作流程,在术前完成手术区域清洁与消毒准备,并对手术器械进行全面灭菌与核对,保证器械数量种类齐全且不出出现污染风险,术中配合过程中应保持清洁区与污染区的明确分界,避免交叉污染与操作过程中的无意接触,所有参与手术的人员必须规范着装并更换无菌手套与手术衣,接触无菌物品时动作应规范精细,防止因不当操作造成器械污染或术区感染,在传递器械与敷料过程中应遵循无菌对接原则,防止物品落地或接触非无菌区域。对于体位调整或手术中途患者移动操作,需有专人监控无菌区域是否受到影响,并在发生污染可能时及时更换操作环境或相关用品。术中吸引管道与引流管道的接口应使用无菌连接,防止液体回流造成术区二次污染。在完成手术后应立即进行术区伤口的无菌覆盖处理,并协助医生完成敷料固定与伤口封闭,降低术后感染风险。术中无菌配合不仅依赖操作技术的规范化,还需护理人员具备高度责任意识与团队协作精神,是实现高质量外科护理的关键保障。

4 术后护理策略

4.1 呼吸道管理

食管癌术后患者常因手术创伤、麻醉残留以及术后疼痛等因素出现呼吸功能下降与排痰困难,肺通气量减少和肺泡通气不均是术后肺部感染发生的重要基础,呼吸系统并发症已成为术后恢复的重要影响因素之一,手术常采用开胸或胸腔镜入路,术后引流管置入会对患者胸廓活动产生限制,加之卧床时间延长,极易导致痰液滞留、肺不张或感染,进而发展为肺炎或呼吸衰竭,术后早期应鼓励患者尽早进行床上主动咳嗽与深呼吸训练,指导使用呼吸训练器或进行缩唇呼吸,以改善肺泡扩张并促进痰液排出,防止痰栓形成。术前术后给予患者雾化吸入,对于术后不能有效排痰者主管医生给予患者床旁气管镜吸痰。在体位管理方面,应根据患者耐受情况安排半卧位或间歇侧卧位,以维持呼吸道通畅并减少引流液滞留^[4]。护理人员应密切观察患者呼吸频率、胸廓起伏、咳嗽质量以及肺部听诊情况,早期识别肺部并发症征象,对出现呼吸困难、痰液量异常或痰液性状改变的患者应及时与医生沟通,采取相应处置措施。

4.2 营养支持调整

术后营养支持是维持患者免疫功能、促进伤口愈合以及减少感染发生的基础措施,由于食管癌手术涉及消化道重建,术后短期内经口进食受到限制,部分患者因术中胃管置入或吻合口张力问题无法进行正常肠道摄入,术后早期极易出现负氮平衡与电解质紊乱,导致恢复延迟甚至诱发严重并发症,术后护理应依据术式特点、患者胃肠功能及个体耐受情况,合理制定营养支持策略,对于肠道功能未恢复者,