

结肠镜检查风险因素评估表在围手术期的应用研究

姚聪 李海滨 陆月芳 陈蓉 马丽萍

嘉兴市王店人民医院, 浙江嘉兴, 314011;

摘要: 目的: 探索结肠镜检查风险因素评估表在围手术期的应用效果及质量, 对该方法的应用优势进行针对性发挥, 为围手术期应用提供重要的参考及指引。方法: 以我院在 2024 年 11 月—2025 年 7 月收治的结肠镜检查患者作为研究对象, 并对患者采取随机分组的方式, 将 600 例患者随机分为观察组和对照组, 每组患者的例数为 300 例。观察组患者 300 例, 患者年龄在 18—90 岁之间, 平均年龄为 (51.23±4.12) 岁; 男性患者和女性患者占比为 153:147; 对照组患者 300 例, 患者年龄在 21—87 岁之间, 年龄均值为 (51.41±4.08) 岁; 男性患者和女性患者比例为 157:143。对比两组患者的一般资料来看, 组间不存在显著性差异 ($P>0.05$), 具有可比性。在对患者进行结肠镜检查时, 前者运用结肠镜检查风险因素评估表, 对照组则采取一般方法评估, 之后对比评估效果。结果: 通过采取结肠镜检查风险因素评估表应用, 观察组患者和对照组患者在准备完善率方面不存在显著性差异 ($P>0.05$), 在肠镜暂停率、术后并发症发生率方面, 观察组效果要明显优于对照组, 差异具有显著性 ($P<0.05$)。结论: 结肠镜检查风险因素评估表在围手术期的应用, 能够对患者情况做好针对性把握, 推进结肠镜检查工作顺利地开展, 降低肠镜暂停率, 减少术后并发症的发生率, 为患者提供更加高效、优质的结肠镜检查服务。

关键词: 结肠镜检查; 风险评估表; 围手术期; 应用效果

DOI: 10.64216/3104-9656.25.01.009

前言

结肠镜检查是一种侵入性操作, 在围手术期应用, 容易引发消化道穿孔、出血、心脑血管等意外风险, 针对这一情况, 在围手术期做好结肠镜检查的风险评估工作, 能够对其中存在的风险因素问题予以把握, 并做好提前的防范处理, 降低围手术期出现的危险因素。结肠镜检查风险评估表应用时, 结合围手术期的情况, 对风险进行全面评估分析, 围绕术前、术中、术后等多维度风险因素, 做好评估分析, 并针对高危患者做好针对性的干预措施, 提高了结肠镜检查的安全性。同时, 加强结肠镜检查风险评估工作开展, 对诊疗流程进行规范化操作, 建立起标准化的评估体系, 保证医疗安全性。此外, 借助于风险因素评估表的应用, 也促进医患之间的沟通及交流, 对医疗管理工作做好优化, 强化风险告知, 有利于围手术期患者治疗的顺利开展^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究工作开展, 选取 2024 年 11 月至 2025 年 5 月在本院接受结肠镜检查的患者 600 例作为研究对象, 年龄 18—90 岁, 患者均自愿参加并签署知情同意书。排除精神失常、重症结肠炎、肠梗阻等符合结肠镜检查禁

忌症的患者。

1.2 研究方法

在研究过程中, 将 600 例患者采取随机编号分组的方式, 编号为 1—600, 之后随机分为观察组和对照组, 每组患者例数为 300 例。观察组观察组患者 300 例, 患者年龄 18—90 岁之间, 平均年龄为 (51.23±4.12) 岁; 男性患者和女性患者占比为 153:147; 对照组患者 300 例, 患者年龄在 21—87 岁之间, 年龄均值为 (51.41±4.08) 岁; 男性患者和女性患者比例为 157:143。

(1) 在开展患者检查过程中, 对照组患者采取传统检查方法。关于检查的步骤如下:

开展术前检查评估。在患者就诊之后, 根据患者的病情进行肠镜检查评估分析工作, 开展血常规、凝血功能、心电图检查工作, 检查完成之后预约结肠镜^[2]。

做好肠道准备工作。对患者进行指引, 要求患者服用泻药清理肠道。

检查工作的实施。在对患者进行结肠镜检查时, 按照结肠镜检查的相关规范操作。

(2) 观察组检查工作开展时, 在对照组的基础上对结肠镜检查风险因素评估表进行应用, 检查工作开展

方法如下：

术前检查工作开展时，对患者的情况做好风险评估分析。风险评估工作开展，结合《结肠镜检查围手术期风险评估表（2024 版）》的应用，对患者情况进行多维度的评估。其中，若患者存在精神失常不能配合、重症结肠炎、腹腔盆腔术后早期怀疑穿孔等禁忌症，判定为单项否决，不进行结肠镜检查；对年龄、体重指数、高血压、心功能、呼吸系统疾病史、盆腹腔手术次数、失眠、排便间隔天数、服用泻药后肠道清洁程度、长期服药史、血常规及凝血功能、心电图、麻醉评估分级等项目进行评分，做好等级划分^[3]。关于分级措施如表 1 所示：

表 1 风险评估分级统计表

等级划分	评分	应对
低危	≤8	在设备、人员及抢救药品完善的情况下进行常规操作。
中危	9-15	在常规操作基础上告知患者风险，并在操作时更加谨慎，避免高危操作治疗。
高危	≥16	组织讨论，对患者治疗风险进行检查评估。

术中检查工作开展时，对患者做好风险评估，围绕“肠道清洁度——操作时间——治疗方式——阳性结果——设备异常——医护操作熟练度——患者生命特征”等情况进行检查分析，对患者的评分情况进行把握，并采取针对性的操作。关于风险评估分级及应多措施如表 2 所示：

表 2 风险评估分级统计表

等级划分	评分	应对
低危	≤4	在设备、人员及抢救药品完善的情况下进行常规操作。
中危	5-8	在常规操作基础上告知患者风险，并在操作时更加谨慎，避免高危操作治疗。
高危	≥9	请示上级医师，保证患者生命体征稳定，及时地更换设备。

术后检查工作开展时，风险评估工作开展，围绕“麻醉苏醒时间——患者生命体征——术后注意事项宣传——患者依从性”等方面展开，关于风险评估分级统计如表 3 所示：

表 3 风险评估分级统计表

等级划分	评分	应对
低危	≤4	（1）做好常规观察；（2）引导患者做好术后休息；（3）到消化科门诊复诊。
中危	5-6	（1）低危基础上指导患者术后信息；（2）做好饮食指导；（3）告知到消化科门诊复诊。
高危	≥7	（1）医院留置；（2）加强监护指导；（3）待病情稳定后遵照医嘱离院。

通过融入风险因素评估表，实现全流程、量化风险评估，并根据评估结果采取针对性的应对措施，以做好结肠镜检查风险的主要管理及精准干预，确保结肠镜检查工作的安全性、可靠性、有效性。

1.3 观察指标

在对比观察组、对照组的检查效果时，注重围绕患者准备完善率、肠镜暂停率、术后并发症发生率三个指标，分析不同检查方法取得的效果。其中，患者准备完善率这一指标，围绕患者肠道准备情况、术前检查完成情况、患者对检查知识的知晓情况展开；肠镜暂停率，对检查过程中由于各种原因导致的肠镜检查暂停情况进行记录；术后并发症发生率，针对患者在术后出现的并发症情况，如出血、感染、消化道穿孔等并发症进行

记录。

1.4 统计学处理

在对获取到数据信息处理时，利用 EXCEL 表格进行数据记录，并借助 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理分析，对组件数据采用 t 检验，以 P<0.05 为差异，具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者准备完善率对比统计

表 4 观察组与对照组准备完善率对比统计表

组别	例数	准备完善例数	准备完善率
观察组	300	285	95%
对照组	300	279	93%

P>0.05

2.2 两组患者肠镜暂停率对比统计

表 5 观察组与对照组肠镜暂停率对比统计表

组别	例数	肠镜暂停例数	暂停率
观察组	300	35	11.67%
对照组	300	28	9.33%

 $P < 0.05$

2.3 两组患者术后并发症发生率对比统计

表 6 观察组与对照组术后并发症发生率对比统计表

组别	例数	术后并发症例数	并发症发生率
观察组	300	2	0.67%
对照组	300	17	5.67%

 $P < 0.05$

3 讨论

3.1 结果分析

在对比观察组与对照组的检查结果来看,从表 4 的情况来看,观察组和对照组“准备完善例数”分别为 285 例和 279 例,准备完善率分别为 95%和 93%,在这一方面二者之间不存在显著性差异($P > 0.05$)。从两组患者肠镜暂停率情况来看,观察组肠镜暂停例数为 35 例,占比为 11.67%;对照组肠镜暂停例数为 28 例,占比为 9.33%,二者之间存在显著性差异($P < 0.05$)。由此可见,通过加强结肠镜检查风险评估表的应用,及时发现高危因素,及时暂停结肠镜检查,避免发生因结肠镜检查造成患者损害,保证医疗安全。此外,对比观察组和对照组在术后并发症的发生率来看,观察组出现 2 例,占比为 0.67%;对照组为 17 例,占比为 5.67%。从这一结果来看,通过加强结肠镜检查风险评估表的应用,能够对术后并发症发生率做好针对性控制。对比观察组和对照组的检查结果来看,通过加强结肠镜检查风险评估表的应用,有助于推进结肠镜检查工作的顺利开展,降低其中存在的风险问题,有助于满足患者检查的实际需要。

3.2 讨论

3.2.1 结肠镜检查风险评估表有助于提升患者准备完善率

针对本次研究结果来看,在对患者进行结肠镜检查时,通过对风险因素评估表的有效应用,在患者准备完善率方面,观察组要高于对照组。由此可见,加强结肠镜检查风险因素评估表的应用,能够为医护人员开展结

肠镜检查提供重要的参考,使医护人员对患者的情况进行更加全面、系统、深入地评估分析,做好术前准备情况,并对术前准备工作开展中存在的问题、不足及时地发现,做好针对性的处理^[4]。在运用风险因素评估表时,主要结合患者肠道清洁程度情况、术前检查准备情况等方面入手,对相关指标数值进行评价。之后,根据患者指标数值的评价,对患者做好针对性的指导,使患者能够在术前做好充分的准备工作。对此,医护人员开展工作时,利用结肠镜风险因素评估表,注重对肠道患者的情况予以针对性把握,如当患者存在肠道不佳的问题,医护人员可以针对患者情况提供泻药或是对患者做好肠道准备的针对性指导,以保证患者肠道的清洁度,为后续工作开展提供重要帮助。

3.2.2 结肠镜检查风险因素评估表做好风险因素发掘及应对

在开展结肠镜检查工作时,针对患者风险因素进行针对性把握,降低患者的痛苦。通过对风险因素评估表应用,观察组患者肠镜检查暂停率要明显高于对照组。从这一结果来看,加强风险因素评估表应用,对患者检查工作的情况进行全面地把握,并在围手术期对患者可能出现的风险问题进行识别,及时暂停手术,对风险进行针对性的应对,避免在手术中导致不良问题的产生,保证患者的安全^[5]。如借助于风险因素评估表,能够对患者是否存在严重的心肺疾病、肠道准备工作是否充分等问题及时地风险,并对风险等级做好评估,为结肠镜检查提供相应的数据参考。在风险因素评估后,医护人员根据患者的具体情况,采取相应的干预及引导措施,有效地降低因结肠镜检查导致患者损害出现的概率。同时,加强结肠镜检查患者风险因素评估分析,其中出现暂停情况,分析实际问题,如对遗漏病灶、危险因素进行针对性把握,以确保手术安全进行,降低患者手术出现的不良反应,减少术后并发症发生率^[6]。

3.2.3 结肠镜检查风险因素评估表降低患者术后并发症发生率

对比观察组和对照组患者在术后并发症发生率的情况来看,观察组术后并发症发生率要明显低于对照组。在开展结肠镜检查风险因素评估时,对患者检查可能出现的风险问题进行全面地分析,并为围手术期工作开展提供指引。通过加强术前、术中、术后的风险评估及干预引导,降低了术后发生并发症的几率。这一过程中,

医护人员在开展工作时,会对患者的身体情况进行全面地检查分析,联系患者在术前的凝血功能表现、长期服药情况等把握,之后以患者为中心,针对性的做好治疗方案、手术方案的调整及优化,有效地降低了患者术后出血的发生几率^[7]。同时,在风险因素评估分析时,针对患者的手术时间、治疗方式进行评估,对手术操作进行针对性控制,减少对患者肠道的损伤问题。此外,在术后干预时,会根据患者的生命体征情况及患者依从性进行相应的评估,做好后续的治疗及护理工作,减少患者出现感染、心脑血管损伤等一系列问题。

综合上述分析来看,结肠镜检查风险评估表在围手术期的应用,对于指导患者参与结肠镜检查而言,有着十分重要的意义。借助于风险因素评估表应用,可以针对性的提升患者准备完善率,同时通过发现高危因素及时暂停肠镜检查来提高检查安全性,还可以对患者术后并发症风险做好针对性控制,有着十分重要的临床应用价值。在结肠镜检查风险因素评估表应用时,注重从全面、系统视角入手,对患者的风险状况做好评估分析,并凸显患者的中心地位,建立起个性化的检查及治疗方案,确保结肠镜检查工作能够得到安全、针对、有效地开展,降低对患者肠道的损伤,并为临床实践工作开展提供重要的支持及引导。对此,在围手术期过程中,应强化结肠镜检查风险评估表的应用,提升治疗及护理质量,促进患者病情的好转。

参考文献

- [1] 文红,王莉慧,黄心梅,赖嘉微,殷青霞,刘赛君,江小密.糖尿病患者结肠镜检查低血糖发生风险预测模型的构建与评价[J].现代消化及介入诊疗,2024,29(12):1405-1407+1413.
- [2] 胡萍,宋冬梅.结肠镜下黏膜切除术与高频电切术治疗结肠息肉患者的临床对比研究[J].医疗装备,2022,35(21):108-111.
- [3] 李晓燕,贾春岭.老年住院结肠镜检查者肠道准备不良风险因素分析[J].中国肛肠病杂志,2024,44(05):52-54.
- [4] 王宝芹,丁晓娟,陶生,朱清,陆洁,秦娟.基于回授法的视频宣教在肠息肉围手术期护理中的应用效果评价[J].当代护士(下旬刊),2024,31(05):163-167.
- [5] 曾健峰,项立.结肠镜退镜时间研究现状及新进展[J].现代消化及介入诊疗,2024,29(01):86-90.
- [6] 陶磊,朱晓蕾.高危腺瘤切除一年后复发腺瘤性息肉以及结直肠癌的风险因素分析[J].空军军医大学学报,2023,44(11):1103-1108.
- [7] 任颖.无痛结肠镜下行结肠息肉电切术围手术期的优质护理效果[J].中华养生保健,2023,41(05):165-167.

本文是项目名称:《结肠镜检查风险因素评估表在围手术期的应用研究》项目编号(2024C017)的研究成果。