

腹腔镜妇科手术围手术期优质护理对患者康复效率的影响

肖芳

新疆生产建设兵团第七师医院 新疆 奎屯 833200

【摘要】目的：研究并验证一套系统化、循证的围手术期优质护理方案对腹腔镜妇科患者术后康复效率、生理应激反应和并发症发生率的影响，为临床护理路径的优化提供数据支持。方法：选取我院妇科2023年2月至2024年2月收治的择期行腹腔镜手术患者120例作为研究对象。用随机数字表法将其分成对照组（n=60）和观察组（n=60）。对照组行妇科常规围手术期护理，观察组用ERAS（加速康复外科）理念构建的围手术期优质护理全链条干预方案。比较两组患者术后恢复指标（首次排气时间、下床活动时间、住院天数），术后各时间点的疼痛评分（VAS），生理应激指标及并发症发生情况。结果：观察组患者的术后首次肛门排气时间（ $18.42 \pm 3.15\text{h}$ ）、首次下床活动时间（ $14.58 \pm 2.46\text{h}$ ）和平均住院时间（ $7.15 \pm 0.82\text{d}$ ）均明显短于对照组（ $P < 0.05$ ）；术后24h观察组的VAS评分和血清皮质醇水平均显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组术后并发症总发生率为3%33%，明显低于对照组的15.00%（ $P < 0.05$ ）。结论：将系统化、精细化的围手术期优质护理方案精准作用于腹腔镜妇科手术的各个环节，能有效减轻患者围手术期应激反应，加速胃肠功能恢复，显著提升患者的整体康复效率，值得临床推广。

【关键词】腹腔镜；妇科；手术期；优质护理；康复效率

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.041

随着微创外科技术的发展，腹腔镜手术因为切口小、出血少、视野清晰等优点，已经成了妇科良性疾病（子宫肌瘤、卵巢囊肿、异位妊娠等）和部分恶性肿瘤的首选治疗方法^[1]。但是“微创”并不等于“无创”。腹腔镜手术特有的CO₂气腹环境和头低臀高位体位，常常会引发患者机体的一系列神经内分泌和代谢应激反应。临床中发现部分患者术后仍然存在胃肠功能恢复慢、肩部放射性疼痛、非切口性疼痛、深静脉血栓等问题，直接影响患者康复进程，增加住院时间^[2]。

传统的围手术期护理模式大多只重视机械执行医嘱和基本生活照护，缺少对患者围手术期生理、心理、康复需求的系统预判和主动干预，不能满足现代医学对快速康复的要求^[3]。近几年来，优质护理不再只是对服务态度的改善，而是向专业化、循证化、精准化方向发展。怎样创建一套科学的围手术期护理方案，将它精准地嵌入到患者从入院到出院的每一个康复链条节点中，从而实现康复效益的最大化，是目前妇科护理管理亟待解决的问题^[4]。本研究立足于临床实际，从全流程优质护理方案入手，用对照实证研究的方式，来衡量它对腹腔镜妇科手术患者康复效率的具体影响。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本文选择2023年2月到2024年2月期间，在我院妇科住院部确诊并择期行腹腔镜手术的120例患者为研究对象。

纳入标准：（1）符合妇科腹腔镜手术指征，如子宫肌瘤剔除术、卵巢囊肿剔除术、全子宫切除术等；（2）年龄20岁至60岁；（3）术前心肺肾等重要脏器功能正常，ASA分级I级至II级；（4）意识清楚，具有正常的沟通理解能力；（5）患者及其家属知情同意。

排除标准：（1）急诊手术或中转开腹者；（2）合并严重凝血功能障碍或者免疫系统疾病者；（3）既往有腹部大手术史造成严重粘连者；（4）患有精神类疾病不能配合护理者。

用随机数字表法把120例患者分成对照组和观察组，每组各60例。两组患者在年龄、体重指数（BMI）、手术类型、受教育程度、既往病史等基线资料方面比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性，为后续的数据比较打下了客观的基础。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实行妇科常规护理路径，术前常规宣教，禁食水时间（术前8h禁食，4h禁水），常规备皮、机械性灌肠；术中配合麻醉师监测生命体征；术后遵医嘱抗感染、补液治疗，肛门排气后指导进食流质饮食，常规指导翻身及下床活动。

1.2.2 观察组

实行全链条系统化的围手术期优质护理方案。该方案以ERAS（加速康复外科）理念为基础，根据腹腔镜手术的特点进行优化，把护理措施细化为术前、术中、术后三个维度的精准干预

（1）术前前馈控制：身心最佳化准备

认知干预：摒弃照本宣科，用科室自制的“3D腹腔镜手术全解”短视频和康复手册向患者展示手术原理及术后康复过程，以降低对未知的恐惧。饮食管理改善，缩短禁食禁水时间。除非有严重的胃排空障碍，否则禁食时间缩短到术前6h，禁水时间缩短到术前2h。术前2h口服200~300ml碳水化合物饮品（12.5%），以减轻术后胰岛素抵抗，缓解术前饥饿感、焦虑。肠道准备的改进，非肠道手术不常规做清洁灌肠，用术前晚口

服泻剂代替，减少灌肠引起脱水和电解质紊乱，保护肠道屏障功能。

(2) 术中过程控制：应激最小化管理

复合体温保护，提前将手术室温度调节到 24~26℃。所有的静脉输注液体和冲洗腹腔的生理盐水都用加温仪加热到 37℃，防止低体温引起的凝血功能障碍和苏醒延迟。体位和压力管理，截石位时腘窝处垫凝胶软垫，防止腓总神经受压，气腹压力控制在 12~13mmHg，尽量缩短高压持续时间，减少 CO₂ 吸收造成的酸中毒风险。

(3) 术后反馈控制：康复效能最大化

多模式镇痛，即采取预防性镇痛策略。术后常规用非甾体抗炎药 (NSAIDs) 加切口局部浸润麻醉，减少阿片类药物的使用量，降低恶心呕吐发生率。早期经口进食：术后清醒无恶心呕吐者，2h 后可以少量饮水；6h 后可进清流质，并指导咀嚼口香糖来通过假饲反射刺激胃肠蠕动，促进排气。目标导向性早期活动，制定量化活动表。术后 6h 内协助做踝泵运动，6~12h 协助半坐卧位，24h 内鼓励下床站立、移步，术后第 1 天累计下床时间 > 1h。对肩部放射痛的病人采取膝胸卧位，使残留的气体聚集到盆腔。

1.3 观察指标

(1) 康复效率指标：详细记录并比较两组患者术后第一次排气时间、第一次下床活动时间、导尿管留置时间、术后住院天数。

(2) 疼痛程度：采用视觉模拟评分法 (VAS)，在术后 6h、24h、48h 时评价患者静息状态下的疼痛程度，0 分为无痛，10 分为剧痛。

(3) 生理应激指标，术前 1 天和术后 24 小时晨起空腹抽取静脉血，检测血清皮质醇 (Cor) 水平来评价机体的应激状态。

(4) 并发症：统计术后腹胀、恶心呕吐、切口感染、下肢深静脉血栓 (DVT) 及皮下气肿的发生例数。

1.4 统计学处理

用 SPSS 26.0 统计软件做数据分析。计量资料用均数 ± 标准差表示，组间比较用独立样本 t 检验；计数资料用例数 (%) 表示，用 χ^2 检验。P < 0.05 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基线资料及手术情况比较

两组患者在年龄、BMI、手术时间、术中出血量等一般资料上差异无统计学意义 (P > 0.05)，说明两组数据具有良好的基线可比性，排除了个体差异、手术本身难度差异对康复结果的影响。具体数据见表 1。

表 1 两组患者基线资料及手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数(n)	60	60	-	-
年龄(岁)	41.8 ± 5.4	42.3 ± 4.9	0.531	>0.05
BMI(kg/m ²)	23.5 ± 2.2	23.2 ± 2.4	0.714	>0.05
手术时间(min)	76.4 ± 12.8	74.1 ± 11.5	1.035	>0.05
术中出血量(ml)	46.5 ± 9.2	44.2 ± 8.5	1.421	>0.05

2.2 两组患者术后康复效率指标比较

观察组患者在优质护理干预下胃肠功能恢复快、机体活动能力恢复好，明显优于对照组。表现为观察组首次排气时间比对照组缩短了约 10 小时，首次下床时间比对照组提前了近 10 小时，平均住院天数比对照组少 1.5 天以上，差异均有统计学意义 (P < 0.05)。直接证明了系统化的护理方案可以提高康复效率。详细的数据见表 2。

表 2 两组患者术后康复效率指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	60	60	-	-
首次排气时间(h)	28.65 ± 4.23	18.42 ± 3.15	15.124	<0.01
首次下床时间(h)	24.35 ± 3.92	14.58 ± 2.46	16.482	<0.01
导尿管留置时间(h)	22.50 ± 3.65	10.65 ± 2.25	21.653	<0.01
住院天数(d)	8.85 ± 1.24	7.15 ± 0.82	8.925	<0.01

2.3 两组患者术后疼痛评分及应激指标比较

术后时间延长，两组患者疼痛评分呈下降趋势。但是术后 6h、24h、48h 这三个时间点上，观察组的 VAS 评分均明显低于对照组 (P < 0.05)。术后 24 小时观察组的 VAS 评分是 (1.85 ± 0.52) 分，明显低于对照组的 (3.75 ± 0.94) 分。

生理应激上，术前两组血清皮质醇水平没有显著差异。术后 24 小时，两组皮质醇水平都上升了，但是观察组的上升幅度明显被抑制。术后 24h 观察组皮质醇为 (254.2 ± 31.6) nmol/L，明显低于对照组的 (348.5 ± 42.8) nmol/L (P < 0.05)，说明优质护理能减轻机体的应激打击。

2.4 两组患者术后并发症发生情况比较

观察组术后出现轻微的 2 例并发症 (1 例腹胀、1 例恶心)，总发生率是 3.33%，对照组出现 9 例并发症 (3 例腹胀、4 例恶心呕吐、1 例切口感染、1 例尿管滞留)，总发生率是 15.00%。观察组并发症发生率明显减少， $\chi^2=4.904$ ，P < 0.05。

3 讨论

3.1 系统化优质护理对加速胃肠功能恢复的机制分析

本研究表明,观察组患者首次排气时间比对照组提前了大约 10 小时,腹胀发生率明显降低。这主要归功于护理方案中“缩短禁食水”和“早期咀嚼进食”这两种策略的联合使用。传统护理要求术后禁食直到排气,容易造成肠粘膜绒毛萎缩、肠道菌群移位。本研究术前口服碳水化合物来保证机体能量储备,术后早期咀嚼口香糖和进食,通过迷走神经反射刺激胃肠激素分泌来直接促进肠蠕动。另外,术中严格的体温保护,避免了低体温引起的肠管麻痹,一系列循证措施一起形成了促进胃肠康复的“加速器”。

3.2 全程应激管理对减轻术后痛苦与并发症的价值

腹腔镜手术虽然切口小,但是 CO₂ 气腹造成的腹膜牵拉和酸性环境会引起广泛的内脏痛和肩部放射痛。由数据可知,观察组的各个时间点的 VAS 评分均在轻微疼痛状态。这要归功于我们所采用的“多模式镇痛”,即不单依靠单一药物,而是采用药物(NSAIDs)、物理(体位调整、热敷)和心理(认知干预)相结合的方式。更为重要的是,观察组的皮质醇水平比对照组低很多。低应激状态使机体的分解代谢减弱,免疫功

能受损减轻,因此观察组的感染及其他并发症发生率也更低。术中细致的体位管理及保暖措施,可有效地预防深静脉血栓形成,保证围手术期的安全。

3.3 康复效率量化提升对医疗资源配置的现实意义

平均住院日是衡量医院运行效率好坏的一个指标。本研究中,观察组患者平均住院时间为 7.15 天,比对照组少了 1.7 天。背后是患者机体机能(如下床活动、拔尿管)的迅速恢复。早期拔除尿管可以减少尿路刺激征和感染的风险,更重要的是消除了患者下床活动的物理束缚,形成了一个良性循环,拔管→活动→康复。对于医疗机构来说,住院日缩短就意味着床位周转率的提高,可以服务更多的病人,缓解“住院难”的问题;对病人来说,就是医疗费用的降低和尽快回归社会生活,有明显的卫生经济学效益。

因此,腹腔镜妇科手术围术期优质的护理不是简单地叠加服务态度,而是按照病理生理学机制来制定科学方案。它依靠术前精准的心理和生理准备、术中精细的应激控制、术后科学的康复指导,精准作用于患者康复的每一个关键节点。此方案能显著降低患者生理应激,加快术后恢复速度,提高安全性、舒适度,可以推广到临床护理工作中,作为妇科微创手术快速康复的有效方法。

参考文献:

- [1] 任成伟.围手术期优质护理对盆腔手术患者下肢深静脉血栓的预防效果[J].母婴世界,2024(16):184-186.
- [2] 杨晶,刘畅.基于快速康复外科理念的护理模式在妇科腹腔镜手术患者围术期中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(8):153-155.
- [3] 左建军,郑国蕊,施应华.早期护理干预对降低妇科腹腔镜患者术后腹胀的效果[J].医学前沿,2025(6):128-128.
- [4] 任海霞.早期中医护理干预在妇科腹腔镜手术患者中的临床应用[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2024(002):000.