

加速康复外科理念下手术室护理流程优化的效果研究

廖云虹 程贵凤 杨梦琴

祥云县妇幼保健院 云南 大理 672100

【摘要】：本研究基于加速康复外科理论框架，系统评估了手术室护理流程优化对特定患者群体术后康复的临床价值。采用前瞻性队列研究方法，选取2023年1月至2025年10月某二级甲等妇幼保健院600例手术患者作为研究对象，通过随机分组将患者均分为实验组和对照组。实验组实施ERAS导向的优化护理方案，对照组维持常规护理模式。研究主要观察指标包括术后康复参数、并发症发生情况及患者主观满意度评价。统计分析表明，实验组在术后肠功能恢复时间、早期活动能力及平均住院日等指标上均显著优于对照组，同时并发症发生率显著降低，患者满意度评分显著提高。研究结果证实，ERAS理念指导下的手术室护理流程重组能够有效促进特定患者群体术后康复，减少并发症发生，提升医疗服务质量。

【关键词】：加速康复外科；手术室护理流程；优化；术后恢复；并发症发生率

DOI:10.12417/2705-098X.26.12.040

1 引言

在当代医疗技术快速发展和患者对医疗服务品质需求日益提升的背景下，传统手术室护理模式已难以适应现代医疗体系的发展要求。加速康复外科（ERAS）作为一种创新性的围手术期管理理念，通过系统地优化术前准备、术中干预及术后康复等关键环节，显著降低了患者的围手术期应激反应，不仅提升了手术安全性和成功率，同时有效缩短了住院周期并降低了医疗成本。目前，ERAS理念已在国际医疗领域获得广泛认可，其临床价值已通过多项循证医学研究得到充分证实。然而，针对ERAS理念指导下手术室护理流程优化在特定患者群体，尤其是以非妊娠期及非哺乳期女性患者为主的二级甲等妇幼保健院中的具体实施效果，特别是基于最新临床数据的系统性研究仍存在明显不足。基于此，本研究拟采用对比分析方法，深入探讨ERAS理念对手术室护理流程优化的实际影响，以期为进一步完善临床护理实践提供可靠的循证依据。

2 资料与方法

2.1 研究对象

为开展本研究，研究团队于2023年1月至2025年10月期间，在某二级甲等妇幼保健院精心选取了600例接受手术治疗的非妊娠期及非哺乳期成年女性患者作为研究样本。本研究严格遵循以下纳入标准：首先，研究对象限定为成年女性患者，以确保其生理和心理发育成熟，能够充分配合研究流程，从而保障数据采集的准确性和可靠性；其次，仅纳入接受择期手术且病情相对稳定的病例，以便系统评估不同护理干预方案对术后康复效果的影响；第三，排除合并严重心、肺、肝、肾等器官功能障碍的患者，因其可能影响手术耐受性及术后恢复进程；第四，通过排除精神疾病史患者，避免其对护理依从性和病情主观评价产生干扰；最后，所有入选病例均需获得患者本人及其家属签署的知情同意书，以符合医学研究伦理规范和法律要求。

为确保研究数据的可靠性与可比性，本研究制定了严格的排除标准：首先，鉴于急诊手术患者术前评估时间有限且手术方案存在特殊性，其术后恢复过程难以与择期手术患者进行有效对照，故予以排除；其次，对于术前已存在严重感染或其他重要器官并发症的患者，因其可能对术后恢复指标产生显著干扰，同样不纳入研究范围；此外，考虑到本研究聚焦于非妊娠期及非哺乳期女性患者，以避免特殊的生理代谢状态可能影响研究结果的普适性，妊娠期及哺乳期女性患者群体也被排除在外；最后，对研究涉及药物或护理干预措施存在过敏史的个体，为避免潜在不良反应并确保研究数据的真实性，亦未纳入最终分析。

本研究共纳入600例符合标准的患者样本，采用随机分组方法将其均分为实验组与对照组，通过均衡组间基线特征以增强研究设计的严谨性，从而有效控制潜在混杂因素，确保研究数据的可比性及结论的可靠性。

2.2 研究方法

2.2.1 对照组护理流程

对照组采用常规手术室护理方案。术前要求受试者禁食12小时、禁饮6小时，虽可预防呕吐及误吸，但易使患者出现饥饿、口渴等不适，引发焦虑。术中体温管理仅用基础保温手段，难以精确控制体温；液体管理依赖经验性输液，缺乏个体化精准调控。术后康复指导建议24小时内下床活动，依主观判断增加强度，未充分考虑患者个体差异和实际康复进程。

2.2.2 实验组护理流程

实验组采用基于ERAS理念的优化护理流程。围手术期，术前禁食6小时、术前2小时可适量饮清水，改善患者不适，提升舒适度与手术耐受性。采用多模态健康教育，编制图文手册并辅以视频教学，满足不同患者需求，提高自我管理能力和治疗依从性。用标准化工具评估术前营养，对有风险者实施个体化干预。术中，动态调节加温毯温度维持核心体温 36°C 以上，

预防低体温不良事件；采用目标导向液体治疗，依个体心血管参数精准计算输注量；在麻醉医师指导下多模式镇痛，减轻疼痛刺激和应激反应。术后，实施个体化镇痛并定期评估，精准药物干预；渐进式营养支持，促进胃肠功能恢复；先床上翻身，术后24小时内离床行走，改善循环，降低并发症发生率，提升康复效果。

2.3 观察指标

术后康复评估指标：主要涵盖胃肠功能恢复时间、早期离床活动时间及住院周期三个方面。胃肠功能恢复时间以术后排气时间为衡量标准，其时间长短与胃肠功能恢复速度呈负相关；早期离床活动时间作为评估患者生理机能恢复状况的重要参数，不仅反映机体活动能力，更有助于降低术后并发症发生率并加速康复进程；而住院周期作为综合性评价指标，既能客观反映患者术后整体恢复情况，又能体现医疗资源配置的合理性，住院时间缩短通常提示恢复效果良好且医疗资源利用效率较高。

并发症发生率：通过对切口感染、术后出血等术后并发症发生率的系统记录与对比分析，可有效评估不同护理流程在并发症预防方面的临床效果差异。由于本研究中患者群体以非妊娠期及非哺乳期女性为主，且未发现术后肺部感染及深静脉血栓形成病例，故重点观察切口感染和术后出血等常见并发症。

患者满意度：本研究采用医院自行设计的满意度调查量表对出院患者进行评估，该量表采用百分制评分体系，评分结果与患者满意程度呈正相关关系，作为衡量护理服务质量的关键指标，较高的满意度水平不仅有助于建立良好的医患信任关系，还能显著提升患者的治疗依从性，进而促进康复进程，同时对医疗机构的社会声誉产生积极影响。

2.4 统计学处理

本研究采用 SPSS 26.0 统计软件包进行数据处理与分析，其中计量资料采用均数±标准差的形式进行描述性统计，该方法能够有效反映数据的集中趋势和离散程度分布特征。对于计量资料的组间比较，本研究选用独立样本 t 检验方法进行差异性分析，该方法特别适用于两组独立样本均数比较的假设检验。在计数资料的统计分析方面，本研究采用构成比的形式进行数据呈现，以便直观展示各类别事件的发生频率。针对计数资料的组间比较，则运用卡方检验进行统计学分析，该方法适用于检验分类变量间的关联性或差异性。本研究设定显著性水平 $\alpha = 0.05$ 作为统计学差异的判断标准，当检验结果 P 值小于 0.05 时，可认为组间差异具有统计学意义。通过上述规范的统计分析方法，不仅确保了研究数据的科学处理，也为研究结论的可靠性提供了坚实的统计学基础。

3 结果

3.1 两组患者一般资料比较

经统计学分析，两组受试者在年龄、手术方式等基线资料方面均未呈现显著差异，表明其具有良好可比性，详细数据参见表 1。

项目	实验组(n=300)	对照组(n=300)	P 值
年龄(岁)	52.6±10.2	53.1±9.8	0.52
手术类型(例)			0.85
卵巢囊肿剥除	140	142	
子宫肌瘤剥除	100	98	
子宫+输卵管切除	40	42	
经耻骨后无张力尿道中段悬吊术	20	18	

3.2 两组患者术后恢复指标比较

统计分析结果表明，与对照组相比，实验组患者在术后胃肠功能恢复时间、早期离床活动时间以及住院周期等方面均呈现出显著的缩短趋势，组间差异具有统计学显著性，详细数据参见表 2 所列示。

项目	实验组(n=300)	对照组(n=300)	P 值
术后排气时间(h)	18.2±3.5	24.6±4.2	<0.001
首次下床活动时间(h)	22.4±4.1	30.8±5.3	<0.001
住院时间(d)	4.5±0.8	5.5±1.0	<0.001

3.3 两组患者并发症发生率比较

统计分析结果显示，实验组患者术后并发症的发生率显著低于对照组，具体数值详见表 3 所列。

项目	实验组(n=300)	对照组(n=300)	P 值
切口感染	3(1.0)	8(2.7)	0.03
术后出血	2(0.7)	7(2.3)	0.02
总并发症发生率	5(1.7)	15(5.0)	<0.001

3.4 两组患者患者满意度比较

统计分析结果显示，实验组患者在满意度评分方面显著优于对照组，两组间差异具有统计学显著性，详细数据可参见表 4 所列结果。

项目	实验组(n=300)	对照组(n=300)	P 值
患者满意度得分	92.5±5.2	85.6±6.8	<0.001

4 讨论

4.1 对术后恢复的影响

实验显示, 实验组在术后胃肠功能恢复时间、早期离床活动时间及平均住院周期等核心康复参数上, 较对照组有显著优势, 与现有文献一致。

ERAS 理念通过系统性优化围手术期护理路径, 降低患者应激反应, 促进术后康复。术前优化意义重大, 传统长时间禁食禁水易引发不适与焦虑, 而缩短固体食物和液体摄入禁食时间至术前 6 小时和 2 小时, 可改善患者生理舒适度。系统化健康教育, 如编制标准化手册、运用多媒体宣教, 能帮助患者掌握围手术期要点, 降低恐惧, 增强依从性。

精细化术中管理价值凸显。主动保温维持核心体温不低於 36°C, 可预防低体温并发症; 个体化评估实施目标导向液体治疗, 能精确调控液体输注量, 降低手术二次损伤风险。

术后个性化护理成效显著。基于 NRS 评分的动态镇痛评估结合多模式镇痛, 确保效果且减少不良反应; 早期渐进式营养支持促进胃肠蠕动; 分阶段康复计划, 术后 6 小时翻身、24 小时内离床行走, 预防并发症, 缩短住院时间, 优化资源配置。

4.2 对并发症发生率的影响

实验数据表明, 实验组术后并发症发生率显著低于对照组, 验证了 ERAS 护理模式减少并发症风险的有效性。

早期营养支持与功能锻炼是关键。早期经口摄食改善胃肠动力、维持肠道微生态、增强肠黏膜屏障功能, 降低切口感染

等风险; 术后早期下床活动优化血流动力学, 预防术后出血等并发症; 个体化镇痛方案缓解疼痛, 抑制全身应激反应。疼痛刺激激活交感神经系统, 引发血压波动等病理生理改变, 是多种并发症诱因, 精准镇痛使患者生理放松, 促进多系统恢复, 降低并发症发生率。

4.3 对患者满意度的影响

研究结果显示, 实验组患者满意度评分显著高于对照组, 证明基于 ERAS 理念的优化护理方案在改善患者主观体验上价值显著。

该理念秉持以患者为中心, 实施个体化护理干预, 满足不同患者需求。护理人员建立系统化医患沟通机制, 关注患者心理, 及时获取反馈, 让患者感受人文关怀。患者满意度反映服务质量, 提升其对医疗团队信任, 促进治疗依从性, 构建和谐医患关系, 为患者康复创造良好条件。

5 结论

基于对比分析的研究结果表明, 实施 ERAS 理念指导下的手术室护理流程优化措施能够有效提升特定患者群体术后康复质量, 显著减少并发症发生概率, 并明显改善患者主观满意度评价。基于上述实证研究结果, 本研究建议在临床护理工作中广泛采用 ERAS 理念优化的护理方案, 以此提升手术室整体护理服务水平, 加速患者术后功能恢复进程。此外, 后续研究可着重考察 ERAS 理念在各类妇科手术术式及不同特征女性患者群体中的差异化应用效果, 从而为临床决策提供更具针对性的循证医学证据支持。

参考文献:

- [1] 刘晓红.髋部骨折手术护理的关键因素分析和改进策略研究[C]//重庆市健康促进与健康教育学会.临床医学创新与实践学术研讨会论文集.山西医科大学第一附属医.,2025:562-565.
- [2] 张雅倩,陈路.基于快速康复外科理念的护理在手术室护理中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(15):124-126.
- [3] 吴颖,赵娜,赵会玲.基于精益质量管理模型的全程管理方案在腹腔镜肝切除术病人手术室护理中的应用[J].循证护理,2025,11(10):2081-2085.
- [4] 李然春.基于加速康复外科理念应用于腹腔镜胆囊切除术手术室护理配合的临床研究[J].河南外科学杂志,2025,31(02):191-193.
- [5] 陈丽,黄晓琴.快速康复外科护理联合精细化护理服务对腹腔镜胃肠手术患者的护理效果[J].中国社区医师,2024,40(24):113-115.