

快速康复外科护理在胃肠外科手术患者中的应用效果研究

周志娟 陆春宇 (通讯作者)

云南省蒙自市人民医院 云南 蒙自 661199

【摘要】：目的：本文将分析快速康复外科护理在胃肠外科手术患者中的应用效果。方法：在对研究时间范围进行确定时，定为2025年2月-2026年3月，在对研究对象进行确定时，定为在我院接受胃肠外科手术的90例患者，在确定分组方式时，定为随机数字表法，两组的组别名称分别为对照组与试验组，按照顺序分别赋予其常规护理及快速康复外科护理，观察不同模式下各指标数据情况。结果：在明确SAS评分、SDS评分、生活质量评分、血清皮质醇水平、血清去甲肾上腺素水平、并发症发生率、术后排气时间、排便时间、下床活动时间、住院时间指标后进行分析与统计，护理后各组的数据间的差异均表现出十分明显的差异性特点， $P<0.05$ 。结论：快速康复外科护理在胃肠外科手术患者中的应用具有良好的效果。

【关键词】：快速康复外科护理；胃肠外科手术；应用效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.091

近年来因受到饮食结构与生活方式变化的有效，使得胃肠疾病的患病呈现出持续提升的态势特点，因其病情较重，加之持续时间较长，因而会对其形成持续性的有效，需要及时予以治疗^[1]。临床中医生主要采取外科手术方式进行治疗，可获得良好的效果。然而因该种手术方式会对患者形成较大创伤，不仅加重其疼痛感，还会使其产生心理应激反应，出现恶心、感染等并发症，从而阻碍良好的康复^[2]。面对该种情况，良好的护理干预必不可少。对于既往的常规模式而言，由于缺少系统性，加之未能关注患者的个体化差异，导致其效用较低^[3]。当前快速康复外科护理模式获得了广泛地应用范围，能够在患者身上发挥较大的作用^[4]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在对研究时间范围进行确定时，定为2025年2月-2026年3月，在对研究对象进行确定时，定为在我院接受胃肠外科手术的90例患者，在确定分组方式时，定为随机数字表法，两组的组别名称分别为对照组与试验组。为有效的明确对照组与试验组的性别情况，需要对其实施严格的统计，结果为(25:20)与(26:19)；为有效的明确对照组与试验组的年龄情况，需要对其实施严格的统计，结果为(54.2±0.3)岁与(54.5±1.3)岁；其中胃部病变与肠部病变的例数分别为27例、18例与29例、16例。

(1) 纳入标准：①均接受胃肠外科手术治疗；②确保两组患者均明确保证患者及其家属完全知晓护理方案内容。

(2) 排除标准：①存在免疫功能缺陷或凝血障碍情况；②缺少较高的配合度与依从性。

1.2 方法

45例对照组患者接受常规护理，术前予以常规的知识普及与心理开导，进行常规准备；术中与医生进行密切配合，密切观察患者的体征；术后予以常规指导。

45例试验组患者接受快速康复外科护理：

(1) 术前：①认知引导：护理人员需要采取诸多不同的方式对患者实施疾病知识宣教，主要包括口头讲述、图文引导等，同时还需要采取易于患者接受的方式为其讲解相应的手术方式，从而能够有效的提升患者的配合度。②心理支持：因受到疾病的影响，极易导致患者出现严重的负性心理，为此只有及时予以有效的缓解，才能够使其保持良好的心态，主要的方式包括正念法、冥想法、意识转移法等。③预防性护理：为保证患者能够适应手术，需要做好充分的准备，需要指导患者进行相应的活动，包括肢体活动、呼吸放松等；为避免患者在术前出现疼痛情况，则需要严格遵医嘱为其使用非阿片类药物与抗生素；术前6h及术前2-3h分别使患者进食适量的流食及饮用适量温开水或糖水，以防止患者出现低血糖等不良情况。

(2) 术中：①无菌操作：护理人员在进行操作前需要严格清洁手卫生，且在术中需要严格按照无菌操作流程进行，以降低感染风险。②保温护理：控制好手术室的温湿度，提前将液体、器械加热至37℃，将保温毯覆盖在患者身上，以减少体温流失。③体征监测：护理人员在手术全程需要对患者的体温、意识、血压等指标予以密切监测，不论出现任何异常情况，均需要在第一时间告知医生进行处理。④手术配合：护理人员需要与医生进行密切配合，准确传递各项器械，以确保手术的顺利进行。

作者简介：周志娟；女（1990-02）：汉族；云南泸西人；本科；主管护师；主要从事临床护理工作。

通讯作者：陆春宇；女（1991-10）：彝族；云南蒙自人；本科；主管护师；主要从事临床护理工作。

(3) 术后：①多模式镇痛：为有效的缓解患者的疼痛，护理人员需要采取不同的方式进行干预，包括局部按摩、播放音乐等，从而使其在术后恢复的过程中能够获得较大的舒适度。②饮食指导：待患者的病情恢复稳定后需要对患者进行询问与观察，若未出现不适感，可使其少量饮用温水，并进食少量的流食。③早期康复锻炼：术后 24h 内若符合拔管特征，则将拔除尿管，之后需要对患者进行腹部按摩，以使胃肠能够快速的蠕动，从而能够有效的缩短排气时间；术后 6h 可指导其肢体被动活动与关节被动活动，术后 12h 后待患者恢复后可依据其实际情况增加活动量。

1.3 观察指标

①护理前后的 SAS 评分、SDS 评分与生活质量评分、血清皮质醇水平、血清去甲肾上腺素水平的变化情况。

②并发症发生率情况。

③术后排气时间、排便时间、下床活动时间、住院时间情况。

1.4 统计学处理

使用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析，计数资料与计量资料分别以率（%）、 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式表示， χ^2 与 t 方式进行检验， $P < 0.05$ 表示存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理前后的 SAS 评分、SDS 评分的变化比较

在统计分析护理后的 SAS 评分、SDS 评分指标后发现，数据间表现出十分显著的差异特点， $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 两组护理前后的 SAS 评分、SDS 评分的变化比较(分)

组别		对照组(n=45)	试验组(n=45)	t	P
SAS 评分	护理前	72.52±9.56	72.56±9.41	0.020	0.984
	护理后	45.01±3.32	39.28±3.83	7.583	0.000
SDS 评分	护理前	69.43±9.72	69.46±9.35	0.015	0.988
	护理后	46.46±4.69	40.21±3.63	7.069	0.000

2.2 两组护理前后的生活质量评分、血清皮质醇水平、血清去甲肾上腺素水平的变化比较

在明确生活质量评分、血清皮质醇水平、血清去甲肾上腺素水平指标后进行分析与统计，数据间表现出十分显著的差异特点， $P < 0.05$ ，见表 2。

表 2 两组护理前后的生活质量评分、血清皮质醇水平、血清去甲肾上腺素水平的变化比较

组别	对照组 (n=45)	试验组 (n=45)	t	P
----	---------------	---------------	---	---

生活质量评分(分)	护理前	60.32±7.09	60.29±7.21	0.020	0.984
	护理后	70.19±7.18	84.31±5.01	10.819	0.000
血清皮质醇(μg/L)	护理前	126.23±13.24	126.09±13.19	0.050	0.960
	护理后	84.49±10.21	54.09±2.23	19.513	0.000
血清去甲肾上腺素(μg/L)	护理前	65.19±5.23	65.21±5.21	0.018	0.986
	护理后	45.21±2.09	31.08±2.14	31.688	0.000

2.3 观察比对并发症发生率

在明确并发症发生率指标后进行分析与统计，两组的数据间的差异十分显著， $P < 0.05$ ，见表 3。

表 3 观察比对并发症发生率[n（%）]

组别	对照组(n=45)	试验组(n=45)	χ^2	P
感染	1(2.22)	1(2.22)		
腹胀	2(4.44)	1(2.22)		
深静脉血栓	3(6.67)	1(2.22)		
恶心呕吐	4(8.89)	1(2.22)		
肠梗阻	1(2.22)	0(0.00)		
吻合口瘘	1(2.22)	0(0.00)		
总发生率	12(26.67)	4(8.89)	4.865	0.027

2.4 两组术后排气时间、排便时间、下床活动时间、住院时间比较

在明确术后排气时间、排便时间、下床活动时间、住院时间指标后进行分析与统计，数据间表现出十分显著的差异特点， $P < 0.05$ ，见表 4。

表 4 两组术后排气时间、排便时间、下床活动时间、住院时间比较（d）

组别	对照组(n=45)	试验组(n=45)	t	P
术后排气时间	1.56±0.43	1.16±0.29	5.174	0.000
排便时间	3.32±0.51	2.69±0.54	5.690	0.000
下床活动时间	4.13±0.71	0.51±0.41	29.619	0.000
住院时间	9.09±1.25	7.03±1.06	8.432	0.000

3 讨论

胃肠疾病在临床中存在较高的发病率，依据相关的数据统计发现，近年来因受到诸多因素的影响，使其胃肠疾病的患者数量持续增多，由于该类疾病会对患者造成较大的创伤，因此

只有及时有效的治疗,才能够改善症状,提升其健康水平^[5]。临床中主要采取外科手术方式进行治疗,该种方式具有侵入性特点,使患者出现应激反应,延缓其康复进程,因此良好的护理干预必不可少^[6]。以往护理人员多运用常规模式,虽然从术前至术后能够对患者予以一定的关注与指导,但无法指导患者的实际情况进行,存在缺陷与不足。

当前护理人员开始积极采取快速康复外科护理模式,该种模式可对患者为患者提供科学、优质的护理服务,对常规模式的不足予以有效的弥补,具有较强的全面性与科学性,从而可使得应激反应与相关并发症发生率显著降低^[7-8]。通过结果可知,在各项时间指标的比较中,试验组明显较短,护理后的 SAS 评分、SDS 评分、血清皮质醇水平、血清去甲肾上腺素水平明显降低,分析原因在于护理人员在术前无需使患者进行较长的禁食时间,且在术前 2-3h 还能够使患者口服糖水,确保手术的顺利开展;术中良好的体温护理有助于能够有效的维持患者的正常体温,防止其出现应激反应与凝血功能紊乱,从而确保手术的顺利进行;术后他采取多模式镇痛,可使其疼痛获得有效的控制,便于其及早进行下床活动;且良好的饮食指导,可有效的补充营养,提升其机体免疫力,为预后的改善提供可靠保

证。术后予以的一系列指导,均为康复提供有效的辅助。通过结果可知,试验组的并发症发生率明显较低,且护理后生活质量评分明显提升,分析原因在于术后护理人员能够辅助患者养成良好的饮食习惯,使患者能够早期进食,对肠道黏膜细胞增殖起到良好的刺激作用,不会损伤肠道屏障功能,从而可显著降低相关并发症的发生率。术后早期康复锻炼使其呼吸与循环功能显著改善,从而能够有效的降低肺部感染等并发症的发生率。术后良好的镇痛,能够有效的减轻起疼痛感,提升其舒适度,使其在舒适的环境下恢复,因而能够显著降低其他并发症的发生率,最终使其获得良好的恢复,提升其生活质量,加强对患者的保护。

综上所述,本研究认为快速康复外科护理在胃肠外科手术患者中的应用具有良好的效果,不仅能够改善患者的负性心理,提升生活质量水平,还能够降低血清皮质醇水平、血清去甲肾上腺素水平、并发症发生率,缩短术后排气时间、排便时间、下床活动时间、住院时间,存在较高的推广应用价值,然而护士长依然需要结合患者的实际情况对方案内容予以进一步完善。

参考文献:

- [1] 乔娜,程艳爽.快速康复外科护理在胰十二指肠切除术围手术期患者中的临床应用研究[J].湖南中医药大学学报,2020,40(S2):252-253.
- [2] 梁润霞,李新丽,郭振青,等.快速康复外科理念在胃肠道肿瘤切除术围手术期患者中的应用研究[J].癌症进展,2021,19(19):2032-2035.
- [3] 李静.特定电磁波谱治疗仪照射联合快速康复外科护理在胃肠手术患者中的应用效果[J].医疗装备,2022,35(10):152-154.
- [4] 沈娅.快速康复外科理念在胃肠手术患者护理中的应用分析[J].妇幼护理,2025,5(6):1495-1497.
- [5] 张玉玲.快速康复外科护理在外科手术患者中的应用效果及对生活质量的影响[J].当代护士(下旬刊),2020,27(8):75-76.
- [6] 陈彩芳.基于快速康复外科理念下多模式护理在胃肠手术患者围术期的应用效果分析[J].检验医学与临床,2021,18(3):387-389.
- [7] 马文霞.快速康复外科护理在胃肠外科手术患者围术期的应用效果[J].中国社区医师,2024,40(22):124-126.
- [8] 蔡红梅,杨春珍,邹书娟.快速康复外科护理在胃肠手术患者围术期的应用效果[J].中国社区医师,2026,42(06):127-129.