

快速康复外科护理在泌尿外科腹腔镜手术围手术期中的应用效果

马玉娇

景洪市第一人民医院（泌尿外科） 云南 景洪 666199

【摘要】：目的：将泌尿外科腹腔镜手术护理作为研究切入点，探讨快速康复外科护理的应用效果。方法：选取2025年4月至2026年3月我院泌尿外科收治的94例腹腔镜手术患者，所有研究对象均无严重器质性病变，随机分成参照组（常规护理， $n=47$ ）和观察组（快速康复外科护理， $n=47$ ），比较应用效果。结果：观察组术后康复指标均优于参照组（ $P<0.05$ ）；观察组术后12h、24h、48h视觉模拟疼痛评分（VAS）显著低于参照组（ $P<0.05$ ）；两组并发症率分别为4.26%、17.02%，数据对比差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：根据泌尿外科腹腔镜手术患者的实际情况，在围手术期间开展快速康复外科护理，有助于减轻术后疼痛，加速胃肠功能恢复，并降低并发症风险，值得推广。

【关键词】：快速康复外科护理；泌尿外科；腹腔镜；康复效果；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.18.053

泌尿外科疾病是临床常见病和多发病，而腹腔镜手术凭借自身创伤小、术后瘢痕美观等优势，已成为输尿管结石取石、精索静脉高位结扎等疾病的主流术式^[1]。腹腔镜虽能降低手术创伤，但麻醉刺激、术前禁食禁饮、术后卧床制动等因素，易引发应激反应，导致患者出现胃肠功能紊乱、切口疼痛等问题，并因诱发尿路感染、皮下气肿等并发症，延缓康复进程。常规泌尿外科围术期护理模式较为单一，常因忽视患者的康复需求，而无法满足微创外科快速康复的临床理念。快速康复外科护理是一种基于循证医学的围手术期护理模式，可通过减少手术对患者的生理和心理创伤，提升整体康复效果^[2]。为此，本次研究特选取94例腹腔镜手术患者开展分组试验，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间段为2025年4月至2026年3月，研究对象为我院泌尿外科收治的94例腹腔镜手术患者，随机分为两组，资料如下：

参照组男29例，女18例，平均年龄为（ 46.29 ± 7.34 ）岁，肾囊肿去顶减压术16例，输尿管腹腔镜取石术19例，肾上腺肿瘤切除术7例，其他5例。观察组男27例，女20例，平均年龄为（ 45.82 ± 7.51 ）岁，肾囊肿去顶减压术15例，输尿管腹腔镜取石术20例，肾上腺肿瘤切除术6例，其他6例。两组患者基线资料对比，差异不显著（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①符合泌尿外科腹腔镜手术指征；②年龄22~70岁；③沟通正常，可配合研究调查者；④患者及家属知情同意。

排除标准：①术前存在严重感染、发热者；②既往有精神疾病或认知障碍无法配合者；③既往存在腹部、泌尿外科手术史者；④术中开放手术或病情危重者；⑤严重器质性损伤者。

1.2 方法

1.2.1 参照组

常规护理：床旁宣教时口头讲解手术基本知识和注意事项，强调术前常规禁食12h、禁水6h的重要性，并辅助患者在术前晚上开展清洁灌肠操作。同时，术中常规放置引流管和导尿管，并于术后保持去枕平卧位6h，待肛门排气后，由禁食禁饮逐步过渡至流质、半流质饮食。此外，在患者疼痛时按需使用镇痛药物，常规留置导尿管2-5d，并遵医嘱开展对症处理，出院时落实出院指导。

1.2.2 观察组

快速康复外科护理，具体如下：

①术前护理：医护人员采用图文手册、短视频通俗地讲解腹腔镜手术优势、快速康复外科护理流程，重点讲解术后早期下床、早期进食的重要性，以缓解焦虑、恐惧情绪。同时，采用营养风险筛查量表（NRS-2002）评估患者营养状况，为评分 ≥ 3 分者提供口服营养补充治疗，持续3-5d^[3]。术前6h禁食固体食物，术前2h口服200-400ml的12.5%碳水化合物饮品，且无需开展常规机械肠道准备，必要时可为便秘患者提供简易通便处理。

②术中护理：术中持续监测患者的核心体温，使用充气式加温毯、输液加温仪，并借助37℃恒温箱预热冲洗液，使其核心体温不低于36℃。同时，术中采用目标导向液体治疗策略，将晶体液输注速度控制在5-8ml/kg·h，以维持容量平衡，且术中优化手术体位，积极保护肢体受压部位。

③术后护理：术后采用多模式镇痛，即术前30min口服200mg赛来昔布，术后静脉注射50mg氟比洛芬酯，联合切口局部浸润麻醉，并采用视觉模拟评分法（VAS）予以评估，实时记录镇痛效果。术后4-6h少量多次口服温水，每次20-30ml，若无恶心、呕吐等反应，可在术后8h-12h进食米汤、菜汤等流质饮食，术后24h可过渡至粥、面条等半流质饮食，要求少食

多餐，并利用宣教手册强调营养支持的重要性，术后 48h 便可恢复正常饮食。同时，术后 4-6h 开始床上踝泵运动，每次 5min，每日 6-8 次，术后 8-12h 协助患者由半卧位过渡至坐位，术后 12-24h 协助患者开展床边站立和原地踏步训练，并于术后 24h 协助患者开展床旁行走训练，每次训练时长控制在 10-15min，2-3 次/日，且活动期间需要密切监测生命体征^[4]。术后 24h 内拔除导尿管，且拔管前需要引导患者开展膀胱功能训练。实时评估引流液颜色、量，待术后 24-48h 引流量<50ml/24h 时拔除引流管，并为患者制定出院康复计划，强调居家饮食指导、活动指导、伤口护理的重要性。待患者出院后，利用电话或微信开展随访工作，邀请患者添加微信群聊，并引导患者定时打卡用药、饮食、运动情况。

1.3 观察指标

①术后康复指标：记录首次排气时间、下床活动时间、住院时间。

②疼痛评分：采用 VAS 评分评估术后 6h、12h、24h、48h 的疼痛程度。

③并发症：统计两组下肢静脉血栓、尿路感染、切口感染、皮下气肿发生情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS27.0 统计学软件分析数据，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，行 t 检验，计数资料以[n (%)]表示，行 X^2 检验， $P<0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 术后康复指标对比

表 1 数据显示，观察组术后康复指标优于参照组($P<0.05$)。

表 1 术后康复指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	参照组	t 值	P
例数	47	47		
首次排气时间(h)	16.34±3.16	28.67±4.39	15.784	<0.001
首次下床时间(h)	18.53±4.17	32.19±5.28	13.874	<0.001
住院天数(d)	4.62±1.28	7.93±1.68	10.684	<0.001

2.2 术后疼痛评分对比

表 2 数据显示，两组患者术后 VAS 评分随时间进程呈现下降趋势，且观察组 VAS 评分均低于参照组 ($P<0.05$)。

表 2 术后疼痛评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	参照组	t 值	P
例数	47	47		

术后 6h	4.31±1.06	4.65±1.13	-1.592	0.114
术后 12h	3.46±0.98	4.46±1.17	-4.352	<0.001
术后 24h	2.81±0.93	4.12±1.26	-5.752	<0.001
术后 48h	2.05±0.78	3.43±1.04	-6.905	<0.001

2.3 并发症发生情况对比

表 3 数据显示，两组并发症率分别为 4.26%、17.02%，数据对比差异显著 ($P<0.05$)。

表 3 并发症发生情况对比[n (%)]

组别	观察组	参照组	X^2	P
例数	47	47		
下肢静脉血栓	1(2.13)	3(6.38)		
尿路感染	0(0.00)	2(4.26)		
切口感染	1(2.13)	2(4.26)		
皮下气肿	0(0.00)	1(2.13)		
总发生率	2(4.26)	8(17.02)	4.032	0.017

3 讨论

泌尿外科腹腔镜微创手术具有创伤性，并在手术麻醉、腹腔充气、术后卧床等多种因素作用下，抑制手术患者的胃肠蠕动，并因引发切口疼痛而影响术后日常生活质量^[5]。常规围手术期护理模式较为固定，要求患者术前长时间禁食禁饮，易导致患者出现低血糖、乏力、焦虑等问题。同时，术后长期卧床、延迟进食会导致患者的血液循环减慢，并抑制胃肠功能恢复，增加下肢静脉血栓、感染等并发症风险。快速康复外科护理是以循证医学为核心的新型护理模式，可通过优化护理细节，减少医疗护理操作对于手术患者的应激损伤，现被广泛应用于微创手术中。整理研究数据发现，观察组术后康复指标优于参照组 ($P<0.05$)，说明快速康复外科护理可加快患者术后康复进程。事实上，术前口服碳水化合物可一定程度减轻患者的术前饥饿感，避免机体因长时间禁食而出现分解代谢状态，这有助于加快胃肠功能恢复^[6]。同时，术中目标导向液体治疗可避免患者因液体过负荷而出现组织水肿、胃肠功能抑制问题，这有助于维持患者的重要脏器有效灌注量。此外，术后 4-6h 进水、8-12h 进流质饮食可通过食物刺激促进患者分泌胃肠激素，且术后早期实施系统化活动方案可促进血液循环，并通过物理刺激加速患者的胃肠功能的恢复效率。本研究采用的预防性镇痛、非阿片类药物镇痛和切口局部浸润麻醉可从外周、中枢层面抑制疼痛信号传导，从而发挥协同镇痛作用。

观察组术后疼痛评分、并发症发生率低于参照组 ($P<0.05$)，说明本次研究项目护理效果显著。其实，下肢静脉血栓诱因与

手术截石体位压迫下肢静脉血管内皮、CO₂气腹造成腹腔内压力升高、手术应激导致血液处于高凝状态有关,快速康复外科护理要求患者合理优化术中体位,并通过控制术中输液总量、术后早期活动干预,降低血栓形成风险。尿路感染是泌尿外科最常见的院内获得性感染,诱发因素与导尿管刺激尿道黏膜、术后长期卧床、手术应激反应、尿道口细菌定植有关,快速康复外科护理要求最大限度缩短导尿管留置时间,并通过每日清洁尿道口,减少细菌逆行感染风险,而术中控制术中输液量,可避免膀胱出现过度充盈风险。切口感染诱因与机体免疫功能下降、术中大量补液等有关,术中使用恒温毯、输液加温装置

可有效维持患者的核心体温,保护机体免疫细胞的杀菌能力,而限制性输液策略可避免腹壁组织出现水肿问题。同时,按需更换切口敷料,并在术后开展早期下床活动,可加速泌尿外科腹腔镜手术患者的全身血液循环,促进气肿快速消退,并降低感染发生风险。

综上所述,在泌尿外科腹腔镜手术围手术期间实施快速康复外科护理,有助于缓解患者的术后疼痛,缩短住院康复周期,并降低下肢静脉血栓、尿路感染并发症风险,整体护理效果显著,值得泌尿外科大力推广。

参考文献:

- [1] 郑振兰,张晓燕,吕梅蓉.以循证理念为基础的快速康复外科护理对行经皮肾镜碎石取石术治疗患者的疗效[J].医学临床研究,2025,42(10):1784-1786.
- [2] 伍荣.快速康复外科护理在泌尿外科腹腔镜手术患者围术期护理中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(23):118-120.
- [3] 苏晓瑜,郭招治.快速康复外科护理在泌尿外科腹腔镜手术围术期中的应用效果[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(5):597-598.
- [4] 李月云,刘二红.快速康复外科护理联合系统护理用于泌尿外科患者围术期护理的效果[J].医药前沿,2024,14(21):112-114.
- [5] 卢梦阳,邵越,谭永兰.基于行为研究法的快速康复护理在促进泌尿外科患者手术切口愈合及康复中的应用[J].临床研究,2024,32(2):158-161.
- [6] 杜楠.快速康复外科护理在腹腔镜手术患者围术期护理中的应用效果[J].中国冶金工业医学杂志,2023,40(1):109-110.