

妇产科腹腔镜术后胃肠蠕动功能恢复的综合性护理干预研究

张茜 谢华^(通讯作者)

上海市第一人民医院嘉定分院/上海市嘉定区江桥医院 上海 201803

【摘要】：妇产科腹腔镜术后胃肠蠕动功能恢复的护理，需以影响因素精准识别、多维度干预协同为核心逻辑，是缓解患者术后不适、缩短康复周期的关键环节。本文手术相关、药物相关、患者自身、护理相关四维度剖析蠕动抑制诱因，再系统阐述基础护理、物理护理、疼痛管理、心理护理的具体实施路径，最终为临床提供科学、可落地的护理方案，助力提升术后护理质量与患者康复体验。

【关键词】：妇产科；腹腔镜；胃肠蠕动；功能恢复；护理

DOI:10.12417/2811-051X.26.08.082

妇产科腹腔镜手术因创伤小、恢复快成为子宫肌瘤、卵巢囊肿等良性疾病治疗的主流术式，但术后胃肠蠕动抑制问题频发，其诱因涉及手术操作、药物使用等多方面。这类问题不仅加重患者术后躯体不适，还可能延缓进食、下床活动时间，延长住院周期。基于此，深入剖析蠕动抑制的核心影响因素，并采取针对性护理干预措施尤为重要。

1 妇产科腹腔镜术后胃肠蠕动功能抑制的影响因素

1.1 手术相关因素

手术操作对胃肠蠕动的抑制，核心源于CO₂气腹建立、腹腔脏器牵拉、手术时长延长的叠加作用。腹腔镜手术需注入CO₂建立气腹，气体一方面对胃肠壁产生机械性压迫，缩小胃肠腔容积、限制平滑肌舒张功能^[1]；另一方面，CO₂与腹腔体液反应生成碳酸，酸性产物刺激胃肠神经末梢，抑制神经反射，打乱蠕动节律。手术中对子宫、卵巢及周围肠管的牵拉，会激活迷走神经抑制反射，降低胃肠平滑肌收缩频率，尤其操作靠近肠管时，牵拉刺激更易引发蠕动短暂停滞^[2]。此外，长时间手术会加重胃肠黏膜缺血、水肿，进一步延缓蠕动功能的自然恢复进程。

1.2 药物相关因素

术后药物对胃肠蠕动的影响，主要来自镇痛药物、麻醉药物残留、抗生素干扰的协同作用。阿片类镇痛药物会作用于中枢μ受体，同时抑制胃肠道胆碱能神经，减少乙酰胆碱释放，导致胃肠平滑肌松弛、蠕动减慢，甚至诱发麻痹性肠梗阻前期症状。全身麻醉药物术后短期内的残留，会持续抑制胃肠中枢调节功能，延迟蠕动启动信号传递，对代谢能力较弱的患者影响更显著^[3]。

1.3 患者自身因素

患者自身特质对蠕动恢复的影响，体现在生理状态、基础疾病、生活习惯的综合作用上。从生理状态看，年龄增长会导致胃肠平滑肌弹性下降、神经反射灵敏度降低，妊娠期或产后患者因激素变化，本身胃肠蠕动基础速度较慢，术后更难快速恢复。基础疾病方面，糖尿病患者的长期高血糖会损伤胃肠自

主神经，导致动力不足；慢性胃炎、肠易激综合征患者的胃肠黏膜本就存在炎症或功能紊乱，术后更易出现蠕动节律异常^[4]。生活习惯上，术前长期卧床、缺乏运动者胃肠肌肉力量薄弱，膳食纤维摄入不足者肠道内容物推进动力弱，均会增加术后蠕动恢复难度。

1.4 护理相关因素

护理干预不当对胃肠蠕动的间接影响，集中在干预时机延误、措施选择不当、细节把控缺失三个层面。部分护理仍遵循术后平卧6小时、禁食8小时的传统方案，未根据手术时长、麻醉恢复状态调整，对恢复良好者，过度平卧会减少躯体对胃肠的刺激，过度禁食会导致胃肠空虚、消化酶分泌减少，均会延迟蠕动启动。若护理中未及时关注腹胀程度、肛门排气情况，会错过早期干预时机；物理干预的不规范操作，不仅无法促进蠕动，还可能加重患者不适，甚至牵拉伤口，形成护理层面的恢复阻碍^[5]。

2 促进妇产科腹腔镜术后胃肠蠕动功能恢复的护理干预措施

2.1 基础护理干预

在体位护理上，需突破传统术后平卧的局限，待患者生命体征平稳后，优先采取半坐卧位（床头抬高30°-45°），该体位可通过重力作用减轻腹腔脏器对胃肠壁的压迫，扩大胃肠腔容积，同时促进腹腔内残留CO₂气体向上扩散排出，减少酸性产物对胃肠黏膜的持续刺激。术后6-8小时，可协助患者进行床上翻身，翻身时需托住腰部与臀部，避免牵拉腹部伤口，通过躯体轻微活动带动腹部肌肉收缩，间接刺激胃肠平滑肌，唤醒蠕动反射；对恢复良好者，术后12小时可尝试床边坐起，进一步通过体位变化增强胃肠神经敏感性^[6]。

饮食过渡需遵循循序渐进原则，从流质饮食、半流质饮食、软食逐步升级。术后早期给予温凉开水，少量多次，湿润胃肠黏膜以激活消化酶分泌；无不适症状后过渡至无渣流质饮食，如米汤、稀藕粉，这类食物无需胃肠过度研磨，可减少消化负担，同时为胃肠提供基础营养支持，避免长期空腹导致的蠕动

抑制；待肛门排气后，再逐步添加半流质饮食，如小米粥、鸡蛋羹，最后过渡至软食，如软面条、蒸蔬菜，全程需避开易产气食物，如牛奶、豆类，防止腹胀加重影响蠕动^[7]。

早期活动干预需分阶段实施，术后2-4小时从床上肢体活动开始，如屈膝、踝泵运动，通过下肢与腹部肌肉的轻微收缩，刺激胃肠神经传导，促进胃肠血液循环；术后6-8小时可进行床上坐起训练，每次5-10分钟，增强躯体对活动的耐受度；术后12-24小时，在护士陪同下开展床边站立、短距离行走，通过全身活动带动胃肠蠕动频率提升^[8]。活动过程中需密切关注患者反应，若出现轻微腹胀可适当放慢节奏，避免过度活动导致疲劳，反而延缓恢复进程。

2.2 物理护理干预

腹部按摩需遵循科学手法、精准时机的原则，在患者术后12小时开始实施。操作前护士需温暖双手，避免冷刺激引发胃肠痉挛，协助患者取屈膝仰卧位，放松腹部肌肉，以脐部为中心，采用掌根部顺时针按摩，力度以患者感觉轻微酸胀但无疼痛为宜，避免过度用力压迫伤口。按摩过程中需保持动作匀速，每分钟10-15圈，每次持续10-15分钟，每日3次。通过机械刺激可直接促进胃肠平滑肌收缩，同时推动肠道内容物缓慢移动，减少内容物滞留对蠕动的抑制。按摩时需避开腹部手术伤口，若按摩过程中患者出现肠鸣音增强，如腹部轻微咕噜声，说明干预已开始起效^[9]。

穴位干预聚焦调节胃肠神经反射，常用穴位包括足三里、内关、中脘。穴位按压时，用拇指指腹垂直发力，力度由轻至重，以患者产生酸、麻、胀的得气感为标准，每个穴位按压3-5分钟，每日2-3次，通过刺激穴位可激活胃肠调节神经通路，促进乙酰胆碱释放，增强胃肠平滑肌收缩力^[10]。

2.3 疼痛管理干预

优化镇痛药物选择，推行多模式镇痛方案，减少单一阿片类药物的用量，改用非甾体类药物、局部镇痛泵、低剂量阿片类药物的联合方案。非甾体类药物如布洛芬、氟比洛芬酯，通过抑制前列腺素合成发挥镇痛作用，对胃肠道的抑制效应远低于阿片类药物，可作为术后基础镇痛药物；局部镇痛泵如腹横肌平面阻滞泵，通过在手术区域局部释放药物，直接作用于疼痛靶点，减少全身用药量，降低对胃肠神经的抑制；仅在患者疼痛程度较重时，短期使用小剂量阿片类药物，避免长期使用导致麻痹性肠梗阻风险^[11]。同时，优先选用口服剂型替代注射剂型，减少药物对胃肠黏膜的间接刺激。

精准把控镇痛时机，推行超前镇痛、按需镇痛结合的模式。术前30分钟给予非甾体类药物，提前阻断疼痛信号传递，降低术后疼痛初始强度；术后每4小时评估患者疼痛感受，如可以通过表情、语言反馈判断，若患者仅表现为轻微不适，无需额外用药，可通过放松训练缓解；若疼痛明显，先给予口服非

甾体类药物；若疼痛仍未缓解，再联合局部镇痛泵或小剂量阿片类药物，避免盲目用药导致药物过量^[12]。同时，告知患者及时反馈疼痛的重要性，部分患者因担心药物副作用或怕麻烦而隐瞒疼痛，导致疼痛加剧后需使用更大剂量药物，反而进一步抑制胃肠蠕动，形成疼痛、用药、蠕动抑制的恶性循环。

此外，加强患者疼痛教育，讲解疼痛与药物的关联知识，告知患者合理使用镇痛药物不会导致成瘾，隐瞒疼痛反而不利于康复；同时指导患者识别药物相关不适，如服用阿片类药物后出现腹胀，若出现此类症状及时反馈，便于护士调整用药方案，如减少剂量或更换药物^[13]。通过科学的疼痛管理，在有效缓解不适的同时，最大限度保护胃肠蠕动功能，为术后恢复奠定基础。

2.4 心理护理干预

术前宣教需聚焦减少未知恐惧，护士用通俗语言向患者讲解腹腔镜手术的优势与术后胃肠功能恢复规律，同时演示术后早期活动、腹部按摩的正确方法，让患者清晰了解康复过程，减少对术后不适的担忧。对焦虑情绪明显的患者，可讲解胃肠蠕动与情绪的关联，如紧张会导致胃肠肌肉紧绷，帮助患者建立情绪影响恢复的认知，主动配合心理护理；此外，可分享同类手术患者的康复经验，增强患者对康复的信心^[14]。

术后沟通需注重倾听与共情，护士每日多次与患者交流，用温和的语气询问腹胀是否缓解、有没有想进食的欲望，耐心倾听患者的不适反馈，避免打断或敷衍。当患者表达担忧时，需用客观语言解释原因，如“术后胃肠蠕动启动需要时间，目前的腹胀程度在正常范围”，同时反馈恢复进展，如“你的肠鸣音比昨天多了，说明蠕动在慢慢恢复”，让患者感受到被关注与理解，缓解紧张情绪。沟通时需避免使用专业术语，用接地气的表达让患者轻松理解。

情绪疏导可采用放松训练、分散注意力的方法。放松训练包括深呼吸练习（指导患者缓慢吸气4秒，屏息2秒，缓慢呼气6秒，重复多次）与渐进式肌肉放松（从脚部开始，逐部位紧张后放松），每日2次，每次15分钟。通过放松身体缓解心理焦虑，调节自主神经功能，减少负面情绪对胃肠蠕动的抑制。分散注意力则可根据患者兴趣选择听轻音乐、看轻松的书籍或视频，引导患者将注意力从腹部不适转移到其他事物上，减少对不适症状的过度关注，避免焦虑情绪加剧^[15]。同时，鼓励家属参与心理护理，如陪伴患者聊天、协助患者进行放松训练，通过家庭支持增强患者的心理安全感，进一步促进情绪稳定，为胃肠蠕动恢复创造有利条件。

3 结语

妇产科腹腔镜术后胃肠蠕动抑制是手术、药物、患者自身、护理多因素叠加的结果，而基础护理、物理护理、疼痛管理、心理护理的多维度协同干预，可有效破解这一临床难题。实践

中,需精准识别不同患者的风险靶点,如老年患者侧重早期活动强化、糖尿病患者侧重饮食与药物适配,优化护理细节,如腹部按摩的手法和时机、穴位干预的得气感把控。该护理体系

不仅能缓解术后腹胀、排气延迟等不适,还能提升康复效率,未来需进一步深化个性化护理,为妇产科腹腔镜术后护理质量持续提升提供支撑。

参考文献:

- [1] 李小琴.妇产科腹腔镜术后促进胃肠蠕动功能恢复的护理[J].养生保健指南,2020(17):218.
- [2] 卢其玉*.妇产科腹腔镜术后促进胃肠蠕动功能恢复的护理[J].当代护理,2022,3(3).
- [3] 妥霞.妇产科腹腔镜术后促进胃肠蠕动功能恢复的护理[J].母婴世界,2022(33):146-148.
- [4] 陈满兰,黄晖,梅春香.妇产科腹腔镜术后促进胃肠蠕动功能恢复的护理效果[J].中国医药指南,2022,20(24):187-189.
- [5] 陈巧月.妇产科腹腔镜术后促进胃肠蠕动功能恢复的护理[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(25):109-110.
- [6] 隋红叶,于海丽,于晓静,等.通补法对腹腔镜术后胃肠功能恢复的影响[J].光明中医,2024,39(4):638-641.
- [7] 王霞.妇科腹腔镜术后的护理干预对患者胃肠蠕动功能恢复的影响[J].健康忠告,2022,16(22):117-119,135.
- [8] 帅青青,林文财.热敏灸对腹腔镜卵巢囊肿剥除术后患者胃肠功能恢复的影响[J].中医外治杂志,2022,31(3):98-99.
- [9] 倪建芳,何丽燕,方铭敏.针对性护理对妇科腹腔镜术后患者胃肠功能及机体免疫的影响[J].中国药物与临床,2020,20(6):1043-1045.
- [10] 薛艳萍,薛艳利,聂玮.消毒供应中心护理质量控制责任制对妇产科腹腔镜器械消毒供应管理质量的影响[J].临床研究,2025,33(4):184-186.
- [11] 窦晓雪,贺楠,邢聪聪.心理护理对围麻醉期妇产科腹腔镜手术患者的效果[J].国际精神病学杂志,2024,51(5):1652-1655.
- [12] 田春丽,王一,陈颖,等.人机协同一体化护理策略在机器人辅助腹腔镜下卵巢癌全面分期术手术室护理中的应用[J].机器人外科学杂志(中英文),2025,6(5):786-790,796.
- [13] 周代俊.医护一体化护理在异位妊娠腹腔镜手术患者中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2024,3(8):132-135,144.
- [14] 曹雨辰,段玉梅.中医特色辅助护理配合改良功能性康复操在妇科腹腔镜术后患者非切口疼痛与胃肠道功能中的应用[J].国际护理学杂志,2024,43(3):405-409.
- [15] 张盼盼,刘丛艳.加速康复外科护理干预对腹腔镜子宫肌瘤切除术患者术后康复及预后的影响[J].黑龙江医药科学,2025,48(1):139-141.