

# 全膀胱切除术后患者康复护理路径的构建与效果观察

杨逸

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430030

**【摘要】**目的：探讨全膀胱切除术后患者康复护理路径的构建与效果。方法：选取本院2023年1月—2025年1月收治的66例全膀胱切除术患者，随机抽样法分为观察组（采用构建的全膀胱切除术后康复护理路径，33例）与对照组（实施常规康复护理33例）。比较术后并发症、康复达标率、护理满意度。结果：观察组术后并发症发生率低于对照组，康复达标率、护理满意度均高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：全膀胱切除术后康复护理路径的构建与应用，能有效降低患者术后并发症发生率，提高康复达标率及患者护理满意度。

**【关键词】**全膀胱切除术；康复护理路径；护理效果

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.012

在泌尿外科临床诊疗工作中，全膀胱切除术是临床常用的根治性手术方式。该手术具有创伤大、操作难度高的特点，术后需对患者实施尿流改道处理，这不仅会改变患者正常的生理排尿功能，还会对其心理状态产生较大冲击，易导致患者出现焦虑、抑郁等负面情绪。术后患者易发生尿路感染、创面出血等多种并发症，且整体康复周期较长，需要长期的护理干预和康复指导。目前临床采用的传统常规护理模式，缺乏系统性的护理规划和个体化的护理方案，不利于患者快速恢复。因此，临床亟需构建一套科学、系统且贴合患者个体情况的康复护理路径，通过规范护理操作流程、明确各阶段护理重点，优化护理服务细节，从而改善患者术后康复结局。基于此，本文旨在探讨全膀胱切除术后患者康复护理路径的构建与效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院2023年1月—2025年1月收治的66例全膀胱切除术患者，随机抽样法将患者分为观察组与对照组。观察组男性15例、女性18例，年龄47~70岁，平均年龄（ $58.50 \pm 2.24$ ）岁。对照组男性17例、女性16例，年龄46~70岁，平均年龄（ $58.27 \pm 2.19$ ）岁。两组一般资料对比（ $P > 0.05$ ），具有可比性。所有患者均经膀胱镜活检确诊，符合全膀胱切除术手术指征，排除合并凝血功能异常、精神疾病者。

### 1.2 方法

对照组实施常规康复护理：术后密切监测生命体征，常规护理引流管，给予患者基础饮食指导、伤口护理等。

观察组采用构建的全膀胱切除术后康复护理路径：①术前护理：护理人员在开展术前健康宣教工作时，需先全面了解每位患者的文化程度和理解能力，再采用“一对一”的专属模式进行讲解。讲解过程中，护理人员需避开专业术语的堆砌，用通俗易懂的日常语言，把手术的具体操作流程、尿流改道的具体实施方式等核心康复要点，逐一细致讲清楚，确保每一位患者都能完全明白自己的治疗方案和后续康复流程。术前，很多

患者都会存在恐惧、焦虑等负面情绪，针对这一普遍情况，护理人员需主动与患者耐心沟通，认真倾听患者的心理诉求，弄清楚患者担忧的具体问题。护理人员需结合临床中同类疾病患者的良好康复案例，用真实的康复经历为患者加油打气，帮助患者慢慢建立起康复的信心。除此之外，护理人员需亲自指导患者完成术前肠道准备和皮肤准备工作，明确告知患者肠道准备药物的服用时间、具体剂量以及相关注意事项，同时仔细确认皮肤准备的范围和清洁标准，避免因准备不当影响手术。另外，护理人员还需耐心指导患者进行床上排尿、排便训练，一步步示范正确的方法，帮助患者提前适应术后卧床的生活状态，减少术后出现的适应障碍。②术中护理：护理人员需结合患者的体型、手术需求，协助其摆放舒适且符合手术操作要求的体位，避免因体位不当造成肢体压伤；术中持续为患者采取保暖措施，通过调节手术间温度、使用保温毯维持患者体温稳定，减少低体温对手术进程的影响。在手术操作过程中，护理人员要严格遵循无菌操作原则，密切配合医生完成器械传递、术野暴露等操作，同时实时监测患者的血压、心率、血氧饱和度等生命体征，一旦出现异常波动，及时告知医生并协助处理，最大程度降低手术创伤对患者机体的刺激。③术后护理：患者术后1~3天为重点监护期，护理人员需每1~2小时对患者的生命体征进行一次监测，重点关注体温、脉搏、呼吸、血压等指标的变化。同时，护理人员要密切关注引流管的通畅情况，及时检查管道是否存在扭曲、堵塞等问题，确保引流液能够顺利引出，并且详细、准确地记录每一次的引流量、引流液颜色及性状。除此之外，护理人员需仔细观察患者造口的颜色、质地变化，一旦发现造口出现发紫、发黑等缺血坏死的异常迹象，需立即通知主治医师，并积极配合医生开展急救处理工作，避免病情加重。术后4~7天，患者进入康复过渡阶段。待患者生命体征趋于稳定后，护理人员应指导患者尽早下床活动，结合患者的体力恢复情况，为其制定个性化的肢体功能锻炼计划，比如缓慢抬腿、肢体屈伸等简单易操作的动作，帮助患者逐步恢复肢体功能。饮食上遵循循序渐进的原则，先从米汤、菜汤

等流质食物开始，待患者消化适应后，再逐步过渡到粥、烂面条等半流质食物，护理人员需密切观察患者进食后的消化情况，及时根据患者的耐受度调整饮食方案，避免出现腹胀、腹泻等不适。术后 8~14 天为出院准备期，护理人员重点加强造口护理指导工作，通过现场演示、手把手教学的方式，教会患者及家属造口袋的正确更换步骤、造口皮肤的清洁与消毒方法，并着重强调造口护理过程中的注意事项，确保患者及家属能够熟练掌握。对于接受原位新膀胱术的患者，护理人员需针对性开展膀胱功能训练，重点指导患者进行盆底肌收缩训练，帮助患者逐步恢复膀胱控尿功能。此外，护理人员需详细向患者及家属告知出院后的康复注意事项，并发放康复护理手册，确保患者及家属能够熟练掌握居家康复技能。

### 1.3 观察指标

(1) 术后并发症发生率；(2) 康复达标率：从术后下床时间 $\leq 48\text{h}$ 、膀胱功能恢复时间 $\leq 7\text{d}$ 、住院时间 $\leq 14\text{d}$ 三个维度评估；(3) 护理满意度：分为完全满意、一般满意、不满意 3 个等级。

### 1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 处理数据，计数(由百分率%)进行表示)、计量(与正态分布相符，由均数 $\pm$ 标准差表示)资料分别行  $\chi^2$ 、t 检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组术后并发症发生率对比

观察组低于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 术后并发症发生率对比【n(%)】

组别	观察组	对照组	$\chi^2$	P
例数	33	33		
尿路感染	1 (3.03)	4 (12.12)		
出血	1 (3.03)	3 (9.09)		
造口坏死	0 (0.00)	1 (3.03)		
总发生率	2 (6.06)	8 (24.24)	5.832	<0.05

### 2.2 两组术后康复达标率对比

观察组均高于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 术后康复达标率对比【n(%)】

组别	观察组	对照组	$\chi^2$	P
例数	33	33		
术后下床时间 $\leq 48\text{h}$	29 (87.88)	21 (63.64)	4.258	<0.05
膀胱功能恢复时间 $\leq 7\text{d}$	28 (84.85)	20 (60.61)	6.352	<0.05

住院时间 $\leq 14\text{d}$  30 (90.91) 22 (66.67) 5.324 <0.05

### 2.3 两组护理满意度对比

观察组高于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 护理满意度对比【n(%)】

组别	观察组	对照组	$\chi^2$	P
例数	33	33		
完全满意	20 (60.61)	12 (36.36)		
一般满意	11 (33.33)	12 (36.36)		
不满意	2 (6.06)	9 (27.27)		
满意度	31 (93.94)	24 (72.73)	5.345	<0.05

## 3 讨论

膀胱癌是泌尿外科系统中最常见的恶性肿瘤之一，这一疾病的发生与多种因素密切相关。其中，长期吸烟是已知的主要危险因素，此外，长期接触化工产品、长期保持高脂饮食等不良生活及工作习惯，也会显著增加膀胱癌的发病风险。在膀胱癌的临床治疗中，浸润性膀胱癌以及复发性高级别非肌层浸润性膀胱癌，目前最有效的根治性治疗方式就是全膀胱切除术。全膀胱切除术不同于普通的局部手术，该手术不仅需要患者的膀胱完整切除，还必须同步进行尿流改道处理，以保障患者术后正常的排尿功能。这种手术方式操作复杂，创伤面积较大，术后患者身体恢复难度也相对较高，在恢复期间，患者容易出现各类并发症，比如尿路感染、术后出血、造口坏死等，这些并发症不仅会加重患者的身体痛苦，还会影响恢复进程。除了身体上的不适，患者在术后还会面临心理层面的问题。由于膀胱被切除、身体结构发生了根本性改变，很多患者会因此产生焦虑、自卑等负面心理情绪，这些情绪会进一步影响患者的治疗依从性和术后康复质量，最终对患者的日常生活质量造成严重影响<sup>[1]</sup>。目前，临床针对这类患者的常规康复护理，大多以被动护理模式为主，缺乏一套系统、规范且具有针对性的护理流程。现有护理内容较为杂乱，没有明确的时间节点和护理重点，无法全面覆盖患者术前准备、术中配合以及术后康复的全过程需求。这种不完善的护理模式，直接导致患者术后并发症发生率居高不下，康复周期明显延长，同时也使得患者对护理服务的满意度普遍偏低。

本研究团队构建的全膀胱切除术后康复护理路径，始终坚持“患者为中心”的护理理念，着力打破传统常规护理模式存在的诸多局限性<sup>[2]</sup>。在临床护理实践中，传统护理往往存在流程杂乱、标准不统一等问题，而本研究构建的护理路径，通过系统梳理全膀胱切除术的诊疗流程及患者康复规律，将整个护理过程进行标准化、规范化优化，清晰明确了术前、术中、术

后各个关键阶段的具体护理目标、详细护理内容以及精准的时间节点,让护理工作有章可循、有据可依。在护理实施过程中,实现了主动护理和个性化护理的有机融合,有效弥补了传统常规护理的不足。其中,主动护理要求护理人员提前预判患者需求,不再被动等待患者提出护理诉求,比如术前主动开展健康宣教、心理疏导,术后主动巡查病情、指导康复训练;个性化护理则结合患者的年龄、身体基础状况、心理状态及家庭支持情况,灵活调整护理方案,避免“一刀切”的护理模式<sup>[3]</sup>。通过这种科学的护理路径,切实为全膀胱切除术后患者提供了更具针对性、系统性的护理服务,有效解决了传统护理中护理内容模糊、护理时机不精准等问题,为患者术后康复提供了可靠保障。

本文研究显示,观察组术后并发症发生率(6.06%)低于对照组(24.24%),( $P<0.05$ ),这一明显的差异与观察组在治疗过程中采用的针对性并发症预防干预路径有着直接且密切的关联。在术前准备阶段,护理人员针对观察组患者制定了个性化的术前准备方案,重点做好肠道准备与皮肤准备工作,从源头减少术后感染隐患。具体而言,术前1-2天指导患者遵医嘱服用肠道清洁剂,清洁肠道内容物,避免术中肠道细菌污染腹腔,降低术后腹腔感染及切口感染的发生风险<sup>[4]</sup>;同时,对手术区域皮肤进行彻底的清洁与消毒,去除皮肤表面的污垢与细菌,确保手术区域的无菌环境,进一步减少感染相关并发症的发生可能。术后护理环节,护理人员持续密切监测观察组患者的引流管通畅情况及造口状态,做到早发现、早处理异常问题。护理人员定时巡查引流管,检查引流管是否存在扭曲、堵塞等情况,及时记录引流液的颜色、量及性状,若发现引流液异常(如出现鲜血、脓液等),立即上报主治医生并采取相应处理措施;对于造口患者,密切观察造口的颜色、质地及张力,若出现造口苍白、发黑、张力异常等提示造口坏死的迹象,及时实施干预,有效降低造口坏死的发生率<sup>[5]</sup>。此外,术后护理人员还针对性地指导观察组患者进行合理饮食与早期活动。饮食指导方面,根据患者的恢复情况,逐步指导其从流质饮食过渡至半流质、普通饮食,强调饮食清淡、营养均衡,避免食用辛辣、油腻等刺激性食物,减少胃肠道负担,降低尿路感染、腹胀等并发症的风险;早期活动指导方面,在患者身体条件允许的情况下,鼓励其尽早下床活动,促进胃肠道功能恢复,增强机体抵抗力,进一步减少各类术后并发症的发生,最终使得观察组术后并发症发生率显著低于对照组。

观察组术后下床时间 $\leq 48\text{h}$ 、膀胱功能恢复时间 $\leq 7\text{d}$ 、住院时间 $\leq 14\text{d}$ 的达标率均高于对照组( $P<0.05$ ),深入分析其核心原因,主要在于观察组采用的康复护理路径,与对照组常规护理模式相比,具有明确的针对性和可操作性,有效解决了

常规护理中存在的不足<sup>[6]</sup>。具体而言,康复护理路径为观察组患者制定了清晰、具体的术后康复目标和明确的时间节点,护理人员严格按照该路径开展各项护理干预工作。在术后下床活动方面,护理人员会在患者术后24h内,先评估其生命体征、伤口愈合情况及肢体活动能力,待患者生命体征平稳、伤口无明显渗血渗液后,于术后48h内逐步指导患者下床活动,先在床边坐起适应10-15分钟,再缓慢站立、短距离行走,避免患者因突然下床出现头晕、乏力等不适,同时全程陪同监护,确保活动安全。在膀胱功能恢复训练上,护理人员从术后第1天开始,根据患者的手术类型,指导患者进行盆底肌功能训练、间歇性夹管训练等,明确要求在术后7d内完成膀胱功能恢复目标,帮助患者逐步恢复自主排尿能力,减少尿滞留等并发症的发生<sup>[7]</sup>。更为关键的是,护理人员在实施康复护理路径的过程中,并非机械执行固定流程,而是充分结合每位患者的具体病情、手术方式、年龄及身体基础状况,制定个性化的康复方案。相较于对照组常规护理中“一刀切”的模式——即所有患者采用统一的护理流程,不考虑个体差异,导致部分患者康复节奏过快或过慢,影响康复效果,观察组的个性化康复方案更贴合患者实际需求,护理干预更具针对性。

观察组护理满意度(93.94%)高于对照组(72.73%),( $P<0.05$ ),通过对两组护理模式的对比分析发现,导致这种满意度差异的核心原因在于,观察组所采用的康复护理路径中,针对性加入了术前心理干预与全程健康宣教两项关键措施,同时规范了护理流程、明确了护理责任,全方位提升了患者的护理体验。在术前护理阶段,观察组护理人员针对患者普遍存在的术前焦虑、恐惧等负面情绪,开展了一对一的心理干预服务。这种个性化的心理干预,让患者感受到了护理人员的关怀,有效减轻了术前心理负担<sup>[8]</sup>。与此同时,观察组实施了全程健康宣教,通过口头讲解、发放宣教手册等多种方式,确保患者及家属能够全面掌握相关内容。让患者及家属清晰了解手术及康复的全过程,不仅减少了因认知不足产生的顾虑,更增强了患者配合治疗和康复训练的主动性,进一步提升了患者的康复信心。此外,观察组在护理过程中明确了各护理人员的岗位职责,制定了规范的护理流程,从患者入院评估、术前准备、术中配合到术后康复指导,每一个环节都有专人负责。护理人员能够及时关注患者的身体状况和需求,快速响应患者的咨询与诉求,为患者提供全方位、精细化的护理服务,有效减少了护理疏漏,提升了患者的就医舒适度和认可度,最终使得观察组的护理满意度显著高于对照组。

综上所述,全膀胱切除术后康复护理路径的构建与应用,可以明显减少术后并发症的发生,提高康复达标率和护理满意度,临床应用价值较显著。

**参考文献:**

- [1] 王小英,霍斯文,张文玲,等.全膀胱切除尿流改道患者行康复护理的疗效探索[J].中国现代药物应用,2020,14(6):217-218.
- [2] 吕伟.腹腔镜全膀胱切除术患者围手术期中快速康复外科理念的应用[J].健康之友,2021(20):38.
- [3] 林建安,叶凯,许建华.术后加速康复路径在完全腹腔镜根治性全胃切除术围手术期中的应用[J].中华普通外科杂志,2021,36(10):797-798.
- [4] 陈红梅,施姬,薛凯,等.快速康复外科理念在腹腔镜解剖性左半肝切除术患者围手术期护理中的应用[J].福建医药杂志,2021,43(6):140-141.
- [5] 万晓琼,兰花,李玉梅,等.构建膀胱癌围手术期加速康复临床护理路径及效果评价[J].临床医学研究与实践,2020,5(36):181-183.
- [6] 易红美,王俊,罗迪,等.全膀胱切除术后患者支持性照护需求及影响因素的纵向研究[J].护理学杂志,2022,37(19):29-32.
- [7] 何秀梅,王海燕,马春美.系统化护理干预预防全膀胱切除术后肠梗阻的效果研究[J].当代护士(中旬刊),2016,23(4):43-45.
- [8] 旦增贡色.快速康复外科理念在高原地区腹腔镜肝切除术围手术期中的应用可行性方案[J].西藏科技,2025,47(11):67-73.