

肝内外胆管结石合并胆管炎患者围手术期护理干预效果研究

汪枝芝

景德镇市第一人民医院 江西 景德镇 333000

【摘要】：目的：研究肝内外胆管结石合并胆管炎患者围手术期护理干预效果。方法：选取2024年6月-2026年2月本院肝内外胆管结石合并胆管炎患者60例，以随机数字表法分组，各30例。均行手术治疗。对照组采取常规护理，研究组开展围手术期护理干预。比较干预效果。结果：术后康复相关指标、不良情绪评分、疼痛评分、并发症发生率及实验室相关指标对比，研究组均优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：围手术期护理干预可加速肝内外胆管结石合并胆管炎患者的康复进程，缩短住院时间，有效预防并发症，缓解负面情绪及术后疼痛，并可改善肝功能。

【关键词】：肝内外胆管结石；胆管炎；围手术期护理干预；康复效果；肝功能

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.058

肝内外胆管结石会阻塞胆道，引起胆汁淤积，易诱发急性胆管炎，引起腹痛、高热、黄疸等表现，严重时还可进展为感染性休克、多器官功能损伤，危及生命。对于该病的治疗，手术是优选方案，通过清除结石，可解除胆道梗阻，恢复胆道引流通畅。不过手术创伤、胆道炎症刺激、术后引流管留置、疼痛等因素，可能会诱发围术期不良情绪，延缓术后康复进程，引起多种并发症，影响手术疗效与患者预后^[1]。围手术期护理是指贯穿术前、术中、术后的全流程护理模式，通过规范、科学、个体化的干预措施，能够有效降低手术风险，减轻不良刺激，加速术后康复进程。但目前常规护理多为基础操作，侧重于术前简单宣教、术中体征监测、手术配合以及术后各种事件的被动应对，在患者术后炎症控制、心理疏导、并发症的预防方面的干预效果并不理想^[2]。鉴于此，我院细化了围手术期护理工作，并将其用于该病患者临床护理中，探究应用价值，为优化临床护理实践提供参考，详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年6月-2026年2月本院肝内外胆管结石合并胆管炎患者60例，以随机数字表法分组，各30例。对照组，男16例，女14例；年龄32-75岁，平均（ 53.62 ± 8.45 ）岁；病程1-8年，平均（ 4.25 ± 1.36 ）年；其中胆总管切开取石+T管引流术18例，肝部分切除术+胆道探查术12例。研究组，男17例，女13例；年龄33-74岁，平均（ 52.98 ± 8.62 ）岁；病程1-9年，平均（ 4.31 ± 1.42 ）年；其中胆总管切开取石+T管引流术19例，肝部分切除术+胆道探查术11例。基线数据对比结果（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①经影像学检查结合临床症状，明确诊断；②首次接受胆道手术治疗；③意识清楚，可配合研究及随访。

排除标准：①伴肝肾功能衰竭；②凝血功能异常；③伴恶性肿瘤；④合并严重腹腔感染。

1.2 方法

对照组行常规护理：①术前根据医嘱引导患者完善检查，评估手术风险，并监测体温、腹痛、黄疸等临床表现，记录变化情况。②介绍疾病相关知识，告知术前禁食禁饮要求，完成术前准备。③术中密切监测生命体征，观察手术进展，传递手术器械。④术后常规开展抗感染、补液、保肝治疗。妥善固定引流管，做好切口护理工作，按时更换敷料。

研究组采取围手术期护理：

（1）术前：①间隔4小时测量一次体温，并观察血压、心率变化情况。对于高热患者，给予药物干预，并配合物理降温策略，稳定控制体温。②给予抗感染治疗，控制胆道炎症反应，监测实验室相关指标，警惕感染性休克早期征象。③心理疏导：主动沟通，根据文化水平、理解能力，以简单、易于理解的语言介绍疾病知识，分享成功案例，树立康复信心。引导家属参与临床护理，提供情感支持。④术前准备：术前1天为患者清洁腹部皮肤，检查皮肤完好性，指导术前8小时进食，4小时禁水，辅助完成肠道准备。介绍T管留置目的，强调术后相关注意事项，普及术后疼痛、引流管护理知识，使其做好心理准备，避免因疼痛及引流管留置引起的情绪紧张。

（2）术中：①入室后，核对身份信息，开通静脉通道，根据手术需求，协助摆放舒适的手术体位。加强术中保暖护理，在手术以外区域加盖保温毯，加热并保温液体，减少体温流失。②全程监测生命体征，根据手术流程快速且准确地传递器械，保障手术顺利完成。③严格落实无菌操作，降低术中感染风险，及时为患者擦拭汗液，整理手术区域，提升手术效率。

（3）术后：①术后24小时持续监测生命体征，评估意识状态，观察有无腹痛、发热、皮肤巩膜黄染等表现，警惕胆漏、腹腔感染、胆道炎症反复发作。监测肝功能和炎症指标，动态评估恢复效果。②妥善固定T管和腹腔引流管，明确标识，防止扭曲、受压、滑脱。每天记录引流液颜色、量、性状，一旦发现引流液浑浊、增多或血性液体，立即上报并配合处理。接

触患者前后做好个人卫生工作，严格落实无菌操作原则，及时更换引流袋与切口敷料，预防感染。评估拔管指征，缩短导管留置时间。③疼痛护理：以视觉模拟法（VAS）评估疼痛程度，轻度通过体位调整、聊天转移、听舒缓音乐等方式辅助缓解。中重度给予药物干预，结合疼痛控制效果调整镇痛方案。④禁食期加强口腔护理，预防口腔感染和肺部感染。待肠鸣音恢复、排气后，给予少量温水，无不适感后提供低脂流食，结合耐受程度向半流食和普食过渡。术后 24 小时引导患者开展床边坐位、床下站立及步行活动，结合适应情况，逐渐增加活动时间和活动量。⑤警惕各种并发症的早期征象，术后 6 小时协助更换体位，按摩下肢，预防血栓。加强切口观察，严格遵医嘱执行抗感染治疗，加强炎症指标监测。规范体位护理，嘱患者避免剧烈活动，防止胆道吻合口损伤。⑥出院时发放居家康复指导手册，详细介绍居家作息、饮食、运动禁忌。建立随访档案，按时电话随访，了解康复情况，解答康复问题，动态调整康复方案，并通知患者来院复查。

1.3 观察指标

（1）康复指标：肠鸣音恢复时间、首次排气时间、下床活动时间、住院时间。

（2）情绪及疼痛：应用焦虑、抑郁自评量表（SAS、SDS）和 VAS 评分，SAS、SDS 临界分值为 50 分和 53 分，VAS 0-10 分，各分值越低越好。

（3）并发症：切口感染、胆漏、腹腔积液、胆道炎症复发。

（4）实验室指标：总胆红素（TBIL）及谷丙转氨酶（ALT），抽取空腹静脉血 5 ml，分离血清后，分别以重氮法和速率法检测。

1.4 统计学分析

所用的处理软件为 SPSS 25.0。对于计量数据，（ $\bar{x} \pm s$ ）为表述方式，而计数资料，则用 n(%)表示；检验值为 t、 χ^2 。当 $P < 0.05$ 时，认为差异有显著性。

2 结果

2.1 术后康复指标比较

术后胃肠功能康复时间和住院时间，研究组较对照组短（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 术后康复指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	研究组	对照组	t	P
例数	30	30		
肠鸣音恢复时间(h)	23.66±2.78	17.55±3.66	7.281	0.000
首次排气时间(h)	28.34±3.69	33.12±5.58	3.914	0.000
下床活动时间(d)	2.34±0.56	3.15±0.78	4.620	0.000

住院时间(d)	9.65±1.23	10.65±1.46	2.869	0.006
---------	-----------	------------	-------	-------

2.2 情绪及疼痛评分比较

术后情绪及疼痛指标评分，研究组较对照组低（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 情绪及疼痛评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		研究组	对照组	t	P
例数		30	30		
SAS	干预前	60.32±5.47	60.27±5.36	0.036	0.972
	干预后	38.22±3.26	48.57±4.28	10.537	0.000
SDS	干预前	58.34±4.78	58.36±4.82	0.016	0.987
	干预后	37.33±3.12	45.26±4.36	8.101	0.000
VAS	干预前	4.33±0.65	4.29±0.57	0.253	0.801
	干预后	1.14±0.23	1.69±0.34	7.339	0.000

2.3 并发症发生率比较

术后并发症发生人数，研究组较对照组少（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 3 并发症发生率比较[n(%)]

组别	研究组	对照组	χ^2	P
例数	30	30		
切口感染	0	1	-	-
胆漏	0	2	-	-
腹腔积液	0	1	-	-
胆道炎症复发	1	2	-	-
合计	1(3.33)	6(20.00)	4.043	0.044

2.4 实验室指标比较

实验室指标，研究组较对照组低（ $P < 0.05$ ）。见表 4。

表 4 实验室指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		研究组	对照组	t	P
例数		30	30		
TBIL(μmol/L)	干预前	86.55±6.77	86.62±6.83	0.040	0.968
	干预后	28.65±3.69	36.55±4.47	7.465	0.000
ALT(U/L)	干预前	92.69±10.36	92.58±1.24	0.058	0.954
	干预后	35.78±6.32	48.77±8.75	6.592	0.000

3 讨论

肝内外胆管结石伴胆管炎属肝胆外科高发疾病, 结石引起的胆道梗阻与炎症刺激相互影响, 除了会引起腹痛、高热、黄疸以外, 若未及时干预, 疾病持续发展还会引起感染性休克和多器官功能损伤, 甚至造成患者死亡^[3]。手术是目前治疗该疾病的有效方式, 但受多因素影响, 患者存在一定的不良情绪, 会影响治疗及护理配合度, 且护理不当可能出现多种并发症, 延缓术后康复进程。常规护理多为诊疗配合性操作, 并未结合患者需求和个体差异制定干预策略, 更缺乏对患者心理状态的调节, 因此效果并不理想。围手术期护理是指围绕手术全程构建个体化的综合干预策略, 旨在通过提升临床护理质量, 优化患者康复结局, 改善预后。

研究组术后胃肠功能恢复时间、住院时间较对照组短, $P < 0.05$, 提示围手术期护理能够缩短术后康复时间; 术后 SAS、SDS、VAS 评分较对照组低 $P < 0.05$, 提示围手术期护理还可缓解负面情绪, 减轻术后疼痛。分析原因, 术前心理支持结合案例分享, 能够消除患者对手术未知恐惧, 配合家属情感支持, 建立了全方位的心理支持体系^[4]。术后根据 VAS 评估结果, 采取分层镇痛策略, 并根据效果动态调整, 保证了术后疼痛控制

的精准性。而患者负面情绪和疼痛的有效缓解, 可进一步提高依从性, 使其尽早开展康复训练, 进而加速胃肠功能恢复, 缩短住院时间。

并发症发生率研究组低于对照组 $P < 0.05$, 说明围手术期护理服务可降低术后并发症的发生风险; 肝功能相关指标, 干预后研究组同样低于对照组 $P < 0.05$, 说明围手术期护理服务利于患者肝功能改善。在护理过程中, 术后 24 小时持续进行生命体征监护、精细化导管护理工作、严格落实无菌操作, 可有效预防胆漏、切口感染、腹腔积液等常见并发症; 配合早期体位护理、下肢按摩、炎症指标动态监测, 有效预防并尽早识别并发症早期征象, 通过早干预、早处理, 避免诱发严重后果^[5]。护理全程加强炎症指标监测, 落实感染控制、保肝护理及科学饮食指导工作, 能够减轻胆道损伤, 促进肝细胞组织自我修复, 加速胆红素代谢, 进而从根源上改善肝功能指标, 提升预后质量^[6]。

总之, 肝内外胆管结石伴胆管炎患者手术治疗期间, 采取系统化的围手术期护理工作, 可缓解负面情绪, 减少术后并发症, 减轻术后疼痛, 缩短住院时间, 促进肝功能自我修复。

参考文献:

- [1] PAN Xingmei, FENG Ling. 围手术期优质护理对肝内外胆管结石患者术后恢复的影响[J]. 中外医学研究, 2025, 23(11): 91-94.
- [2] 梁丽萍, 赵新颖, 范培. 全面质量管理模式在肝内外胆管结石微创术围术期中的应用研究[J]. 全科护理, 2023, 21(12): 1680-1683.
- [3] 潘星梅, 丰玲. 围手术期优质护理对肝内外胆管结石患者术后恢复的影响[J]. 中外医学研究, 2025, 23(11): 91-94.
- [4] 熊丹, 胡星, 桂艳. 质量反馈护理模式对肝内外胆管结石微创手术护理质量的影响[J]. 中国当代医药, 2023, 30(23): 162-166.
- [5] 胡星, 桂艳, 熊丹, 等. Servqual 模型评价肝内外胆管结石微创手术护理质量的研究[J]. 当代医学, 2024, 30(8): 166-170.
- [6] 郭丽红, 赖秋妃, 洪春晓. 腹腔镜手术治疗老年急性重症胆管炎围手术期针对性护理效果分析[J]. 中国医药指南, 2025, 23(29): 166-168.