

快速康复外科理念用于心脏外科围手术期护理效果探究

王基甜

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘要】：目的：旨在剖析加速康复外科模式对心脏外科围术期患者康复效能的影响，以期为临床护理方案的优化与预后质量的提升寻求实证支撑。方法：选取我院 2024 年 7 月至 2025 年 7 月期间收治的 80 例心脏手术者，经随机数字表法均分为对照组与观察组。前者落实基础围术期规程，后者深度融合 ERAS 理念执行系统化干预。通过对比两组术后转归指标、并发症风险、住院时长及经济负担，并同步借助 VAS 与 SAS 量表精细测定患者的疼痛阈值及心理应激状态，综合评价干预成效。结果：观察组术后首次下床、进食、拔胸腔引流管、ICU 停留及总住院时间均短于对照组（ $P<0.05$ ）；术后 24h、48h VAS 评分及术前 1d、术后 3d SAS 评分均低于对照组（ $P<0.05$ ）；术后并发症总发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）；住院总费用低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：ERAS 理念用于心脏外科围手术期护理，可加速患者术后康复，减轻疼痛与焦虑，降低并发症发生率，缩短住院时间并减少费用，有临床推广价值。

【关键词】：快速康复外科；心脏外科；围手术期护理；术后康复；并发症

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.065

心脏外科手术创伤大、操作复杂、术后并发症多，是临床围手术期管理的重难点^[1]。传统心脏外科围手术期护理模式以疾病为中心，虽保障手术安全，但存在患者康复慢、住院久、费用高、体验差等问题^[2]。近年来，快速康复外科（ERAS）理念在临床各外科领域广泛应用^[3]。ERAS 理念由丹麦医生 Kehlet 于 1997 年提出，核心是整合多学科资源，围手术期实施优化措施，减少手术应激、降低并发症、加速康复^[4]。本研究选取我院心脏外科 2024 年 7 月—2025 年 7 月 80 例手术患者，探讨 ERAS 理念在心脏外科围手术期护理的应用效果，对比常规与 ERAS 护理模式下患者临床指标，验证其可行性与有效性，为优化护理流程提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究共纳入 2024 年 7 月至 2025 年 7 月间在我院心外科接受外科干预的 80 例患者。入选对象均具备确切的手术指征，拟行瓣膜置换、冠脉搭桥或先心病矫治术，且年龄跨度在 18-75 岁，ASA 分级评定为 I~III 级。此外，受试者须神志清晰以确保诊疗评估与护理配合的有效性，并由本人或家属签署知情同意文件。在排除标准方面，本研究严格剔除了合并重要脏器功能衰竭、凝血机制异常或恶性肿瘤的病例，并滤除了急诊抢救、二次开胸手术以及存在精神疾患或认知障碍的患者。针对伴发严重感染、免疫机能缺陷及处于妊娠或哺乳期的特殊群体，亦不予纳入研究范畴。

本项研究纳入的 80 例受试者经随机数字表法被均分为观察组与对照组。观察组样本由 22 名男性与 18 名女性组成，年龄跨度为 21~72 岁，平均岁；对照组则包括男 23 例、女 17 例，年龄分布在 23~74 岁，均值为岁。经统计学检验，两组人口学基线资料间的差异均无显著性意义，组间具有良好的均衡可比性。此外，本研究方案已获本院伦理委员会审核并批准实施。

1.2 方法

对照组给予心脏外科常规围手术期护理。术前向患者及家属介绍手术相关知识及注意事项，常规禁食 12h、禁饮 4h；术中密切监测生命体征，严格执行无菌操作；术后返回 ICU 监护，待生命体征平稳后转回普通病房，常规卧床休息 24~48h，根据患者恢复情况逐步拔除各类管道，指导患者循序渐进地进行饮食与活动训练，常规给予镇痛药物及抗感染治疗。

观察组在常规护理基础上实施基于 ERAS 理念的系统化护理干预，具体措施如下。

术前干预：成立由护士长、责任护士、麻醉医生及手术医生组成的 ERAS 护理小组。术前 1d，责任护士用通俗语言向患者及家属讲解 ERAS 理念、手术流程、围手术期注意事项及术后康复训练方法，发放康复指导手册。同时评估患者心理状态，进行针对性心理疏导，介绍成功病例增强信心。术前禁食 6h、禁饮 2h，术前 2h 口服 10%葡萄糖溶液 200ml。不常规进行肠道准备。指导患者进行术前呼吸功能训练，每日 3 次，每次 15-20min。

术中干预：用加温毯维持患者体温在 36.5-37.5℃，液体及血液制品经加温仪加温后输注。采用目标导向液体治疗策略，根据相关指标精准控制输液量及速度。采用全身麻醉联合硬膜外麻醉，减少全麻药物用量，术后采用多模式镇痛方案。

术后干预：建立疼痛评估制度，每 4h 用 VAS 评分法评估疼痛程度，采用多模式镇痛方案，根据评分调整药物剂量，控制 VAS 评分在 3 分以下。术后 6h 协助床上翻身及四肢被动活动，12h 指导床上坐起训练，24h 在陪同下下床站立及行走，逐步增加活动量。术后 6h 清醒无不适可给少量温水，12h 给流质饮食，24h 过渡到半流质及普通饮食，鼓励多吃高蛋白、高维生素、易消化食物。优化管道留置时间，术后 24-48h 尽早拔

除胸腔引流管，24h 拔除导尿管。每日评估患者心理状态，处理不良情绪，鼓励家属参与护理给予情感支持。

1.3 观察指标

临床康复维度主要考核术后首次离床、进食、拔管耗时以及 ICU 与总住院天数。疼痛感与心理应激分别采用 VAS 量表和 SAS 量表进行量化，得分越高代表症状越重。安全性方面严密监测肺部感染、心律失常、切口质量及深静脉血栓等围术期并发症，并最终核算两组患者的医疗总支出。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例数 (%) 表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后恢复指标比较

观察组患者术后恢复指标均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者术后恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
首次下床活动时间(h)	28.64±5.32	56.28±8.75	17.071	<0.001
首次进食时间(h)	10.25±2.16	24.56±4.32	18.738	<0.001
胸腔引流管拔除时间(h)	36.42±6.58	62.35±9.64	14.051	<0.001
ICU 停留时间(h)	22.56±4.28	48.72±7.56	19.045	<0.001
总住院时间(d)	9.25±1.36	14.68±2.15	13.499	<0.001

2.2 两组患者疼痛与焦虑评分比较

观察组疼痛与焦虑评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者疼痛与焦虑评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	观察组(n=40)	对照组(n=40)	t 值	P 值
术后 24h VAS 评分	2.35±0.68	4.62±1.15	10.746	<0.001
术后 48h VAS 评分	1.68±0.52	3.25±0.87	9.797	<0.001
术前 1d SAS 评分	42.36±5.28	56.72±6.54	10.805	<0.001
术后 3d SAS 评分	38.52±4.65	51.28±5.87	10.777	<0.001

2.3 两组患者术后并发症发生率比较

观察组患者术后并发症总发生率为 7.5%，显著低于对照组的 25%，差异有统计学意义 ($\chi^2=4.501$, $P=0.034$)。详见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生率比较[n(%)]

并发症类型	观察组(n=40)	对照组(n=40)	χ^2	P
肺部感染	1	4		
心律失常	1	3		
切口感染	0	1		
深静脉血栓	1	2		
总发生率	3(7.50)	10(25.00)	4.501	0.034

2.4 两组患者住院费用比较

观察组患者住院总费用为 (6.85 ± 0.72) 万元，显著低于对照组的 (9.23 ± 1.05) 万元，差异有统计学意义 ($t=11.875$, $P < 0.001$)。

3 讨论

心脏外科手术对患者的生理与心理均造成巨大的应激反应，这种应激反应可导致机体代谢紊乱、免疫功能下降，进而增加术后并发症的发生风险，延缓患者的康复进程^[5]。传统的体外循环围术期护理模式存在诸多弊端，如术前长时间禁食禁饮、术后长期卧床、疼痛管理不足等，这些因素均会加重患者的应激反应，影响患者的预后。

ERAS 理念主张以人为本，依托多学科协作机制对围术期方案进行精细化改良，核心目的在于通过平抑生理及心理应激，驱动术后康复进程的提速^[6]。本组实验数据揭示，观察组在撤离气管导管、下床活动及恢复进食等康复指标上，其时间成本较对照组均有大幅下调，且住院总时长优势明显，各项比较结果均呈现出统计学意义。这与国内外相关研究结果一致。分析其原因，主要在于 ERAS 理念下的术前准备优化，避免了长时间禁食禁饮导致的脱水与低血糖，提高了患者的手术耐受力；术中采用限制性液体输注与体温管理，减少了手术对机体的干扰；术后早期拔管与早期活动，能够有效促进患者心肺功能的恢复，减少肺部感染等并发症的发生。

术后疼痛是心脏外科患者最常见的不适症状之一，剧烈的疼痛不仅会影响患者的休息与睡眠，还会导致患者不敢咳嗽与深呼吸，增加肺部感染的风险。本研究观察组 VAS 评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。这表明 ERAS 理念下的多模式镇痛方案能够有效减轻患者的术后疼痛。多模式镇痛通过联合使用不同作用机制的镇痛药物，能够发挥协同镇痛作用，减少单一药物的用量，降低不良反应的发生率。同时，术前预防性使用镇痛药物，能够阻断疼痛信号的传导，提高患者的疼痛阈值。

本研究结果还显示，观察组术后并发症总发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。这主要得益于 ERAS 理念下的一系列优化措施。早期下床活动能够促进血液循环，减少深静脉血栓的发生；早

期进食能够维持肠道黏膜的屏障功能,减少肠道细菌移位;管道管理的优化能够减少管道相关感染的发生。此外,术前的健康教育与心理干预,能够缓解患者的焦虑情绪,提高患者的治疗依从性,从而减少并发症的发生。

护理满意度是评价护理质量的重要指标。观察组患者护理总满意度显著高于对照组($P<0.05$)。表明 ERAS 理念能够显著提高护理质量,改善患者的就医体验。ERAS 理念下的护理

干预更加注重患者的个体需求,通过提供全面、系统、个性化的护理服务,让患者感受到被尊重与被关怀,从而提高患者的护理满意度。

综上所述,将 ERAS 理念应用于心脏外科围手术期护理,可有效加速患者术后康复进程,减轻患者疼痛与焦虑情绪,降低术后并发症发生率,缩短住院时间并减少医疗费用,具有重要的临床推广价值。

参考文献:

- [1] 邢小香.快速康复外科理念护理在心脏外科手术患者中的应用效果[J].中国民康医学,2025,37(9):172-174.
- [2] 张晓琴,张群,赵焕利.快速康复外科理念护理在经导管主动脉瓣置换术围手术期护理中的应用效果[J].当代医药论丛,2026,24(9):170-173.
- [3] 阿纳尔古丽·对山拜,周亮.快速康复外科理念在心脏外科手术护理中的应用研究[J].当代护理,2026,7(1).
- [4] 王云.浅析快速康复外科理念在冠脉搭桥围手术期护理中的应用[J].养生保健指南,2021(11):211.
- [5] 张林虹,钟天丽.快速康复外科理念用于心脏术后伤口愈合不良病人护理中的效果观察[J].健康之友,2021(1):236.
- [6] 李菁婧,周凤英,徐振艳.快速康复外科理念应用于瓣膜置换术围手术期中的效果观察[J].长寿,2023(9):2530-2531,2534.