

快速康复外科理念的护理干预对腹主动脉瘤患者术后康复的影响分析

陈 英 段思凡 汪凯旋 石 菲 孙静岚

西安交通大学第一附属医院 血管外科 陕西 西安 710061

摘 要：目的：对比快速康复外科理念的护理干预与传统护理对腹主动脉瘤患者术后康复的影响，为临床护理提供理论依据。方法：选取2022年1月6日至2023年1月6日88例腹主动脉瘤患者，随机分新式组（基于快速康复外科理念护理）与传统组（常规术后护理），各44例。对比两组胃肠功能恢复（胃肠蠕动恢复时间、首次进食耐受情况）、机体应激与炎症反应（血清皮质醇、C反应蛋白、白细胞介素-6）及长期康复预后（术后3个月再入院率、心血管功能指标）指标。结果：新式组胃肠蠕动恢复时间（ 24.56 ± 4.23 ）h短于传统组（ 32.15 ± 5.67 ）h， $P < 0.05$ ，首次进食耐受良好率（86.36%）高于传统组（65.91%）， $P < 0.05$ ；新式组术后血清皮质醇、C反应蛋白、白细胞介素-6水平升高幅度低于传统组；新式组术后3个月再入院率（6.82%）低于传统组（18.18%）， $P < 0.05$ ，心血管功能指标恢复优于传统组， $P < 0.05$ 。结论：快速康复外科理念护理干预可促进腹主动脉瘤患者术后胃肠功能恢复，有效调控机体应激与炎症反应，改善长期康复预后，对患者术后康复具有积极意义，值得临床推广。

关键词：快速康复外科理念；腹主动脉瘤；术后康复；胃肠功能；应激与炎症反应；长期预后

随着现代医学的不断发展，快速康复外科理念逐渐兴起并在众多外科领域得到应用与推广。在腹主动脉瘤的治疗场景下，传统的护理模式往往侧重于术后并发症的预防与基本生命体征的监测，对于患者整体康复进程的多维度优化存在一定局限性。研究表明，快速康复外科理念下的护理干预能够通过多种途径对患者的术后康复产生积极影响，例如在术前通过精准的健康宣教与评估，有效减轻患者的心理应激反应，从而为手术的顺利开展奠定良好基础^[1]；术中借助精细化的麻醉管理与体温、液体平衡控制等措施，显著降低手术创伤应激对机体的不良影响；术后则采用早期活动、优化疼痛管理、合理的饮食促进策略以及精细的管道护理等综合手段，全面加速患者胃肠功能恢复、减少肺部及血栓等并发症发生风险、提升患者舒适度并缩短住院时间。鉴于此，深入探究快速康复外科理念的护理干预对腹主动脉瘤患者术后康复的具体影响，不仅有助于进一步丰富和完善该领域的临床护理实践体系，更能为提升腹主动脉瘤患者的整体治疗效果与术后生活质量提供极为关键的理论依据与实践指导，具有极为重要的临床意义与研究价值。

1 资料及方法

1.1 基线资料

本研究选取 2022 年 1 月 6 日至 2023 年 1 月 6 日期间于我院就诊的 88 例腹主动脉瘤患者作为研究对象，将其随机分为新式组与传统组，每组 44 例。新

式组男性 26 例，女性 18 例，年龄 55 - 78 岁，平均年龄（ 66.53 ± 5.21 ）岁，病程 1 - 6 个月，平均病程（ 3.25 ± 1.08 ）个月。传统组男性 24 例，女性 20 例，年龄 53 - 79 岁，平均年龄（ 67.12 ± 5.89 ）岁，病程 1 - 7 个月，平均病程（ 3.56 ± 1.32 ）个月。

纳入标准：（1）经临床症状、体征、彩色多普勒超声、CT 血管造影（CTA）等检查确诊为腹主动脉瘤患者；（2）符合手术指征且择期行手术治疗者；（3）年龄 18 - 80 岁；（4）患者及家属签署知情同意书，自愿参与本研究。

排除标准：（1）合并严重心、肝、肾功能障碍者；（2）有精神疾病或认知功能障碍无法配合研究者；（3）合并恶性肿瘤或其他严重影响预后的疾病者；（4）既往有腹部大手术史且影响本次研究结果者；（5）妊娠期或哺乳期妇女。

1.2 方法

1.2.1 传统组护理方案

传统组接受常规术后护理干预，具体措施如下：术后密切监测生命体征，详细为：心率、血压、呼吸等，每 30 分钟测量一次，直至生命体征平稳后改为每 2 小时测量一次。妥善固定各类引流管，观察引流液的颜色、质量及性质，定时更换引流装置。根据患者的疼痛程度给予相应的止痛药物治疗，一般在患者疼痛评分达到 4 分及以上时给予口服或肌肉注射止痛剂。待患者胃肠功

能恢复，出现肛门排气后，开始逐步给予流食，并逐渐过渡到半流食、软食。鼓励患者在术后早期在床上进行翻身、四肢活动等简单的肢体运动，术后 3 - 5 天根据患者恢复情况协助患者下床活动。

1.2.2 新式组护理方案

新式组接受基于快速康复外科理念的护理干预：术前对患者进行全面的评估和健康宣教，详细讲解手术过程、术后出现的不适及应对方法，时间不少于 30 分钟，以减轻患者的焦虑情绪，提高其依从性。术前 6 小时禁食、2 小时禁水，术前 12 小时给予口服碳水化合物饮品 400ml，术前 2 小时再给予 200ml，以减少患者术前的饥饿感和口渴感，降低术后胰岛素抵抗。术中采用目标导向液体治疗，根据患者的病情、手术类型等因素精确控制输液量，一般控制在每小时 5 - 8ml/kg，维持中心静脉压在 5 - 12cmH₂O，保证患者的循环稳定并减少组织水肿。同时，采用加温输液装置，将输液温度维持在 37℃ 左右，以维持患者的正常体温。术后采用多模式镇痛，在手术切口周围局部浸润麻醉药物罗哌卡因，剂量为 0.2 - 0.3mg/kg，术后连接自控镇痛泵，药物配方为舒芬太尼 2μg/kg + 托烷司琼 10mg，背景剂量为 2ml/h，单次追加剂量为 0.5ml，锁定时间为 15 分钟，同时根据患者的疼痛情况适时给予非甾体消炎药塞来昔布 0.2g 口服，每日 1 - 2 次。术后早期活动，术后 6 小时内开始在床上进行翻身及四肢的主被动活动，术后 12 小时鼓励患者在床边坐立，术后 24 小时在医护人员的协助下开始床边行走，行走距离根据患者的耐受程度逐渐增加，每次活动时间

不少于 10 分钟。术后早期进食，术后 6 小时内给予少量温水试饮，若无呛咳、呕吐等不适，术后 8 小时开始给予流食，如米汤、藕粉等，每次 50 - 100ml，每 2 - 3 小时一次，术后 24 小时过渡到半流食，如粥、面条等，逐渐增加进食量。优化管道管理，根据引流液的情况尽早拔除各类引流管，如腹腔引流管在术后 24 - 48 小时，若引流液量少于 50ml 且颜色淡红可考虑拔除；导尿管在术后 12 - 24 小时，患者膀胱功能恢复、能自行排尿后即可拔除。

1.3 观察指标

- (1) 分析两组患者胃肠功能恢复相关指标对比详情。详细为：胃肠蠕动恢复时间、首次进食耐受情况。
- (2) 分析两组患者干预前后机体应激与炎症反应指标。详细为：血清皮质醇、血清中 C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素 - 6 (IL - 6)。
- (3) 分析两组患者长期康复预后指标对比详情。详细为：术后 3 个月再入院率、心血管功能指标恢复情况。

1.4 统计学原理

采用 SPSS 19.0 统计学软件进行数据分析，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 *t* 检验；计数资料以率 (%) 表示，采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者胃肠功能恢复相关指标对比详情
详细参照表1。

表1 两组患者胃肠功能恢复相关指标对比详情

观察指标	新式组 (n = 44)	传统组 (n = 44)	χ^2/t	<i>P</i>
胃肠蠕动恢复时间 (h)	24.56±4.23	32.15±5.67	6.251	< 0.05
首次进食耐受良好率 (%)	38(86.36%)	29(65.91%)	4.251	< 0.05

2.2 两组患者干预前后机体应激与炎症反应指标
详细参照表2。

表2 两组患者干预前后机体应激与炎症反应指标

观察指标	组别	术前	术后 24 小时
血清皮质醇水平 (μg/dl)	新式组 (n = 44)	10.50±2.30	16.20±3.20
	传统组 (n = 44)	10.60±2.25	21.00±3.90
血清 C 反应蛋白 (mg/L)	新式组 (n = 44)	3.30±1.10	13.00±2.90
	传统组 (n = 44)	3.35±1.08	19.00±3.60
血清白细胞介素 - 6 (pg/ml)	新式组 (n = 44)	5.80±1.60	26.00±4.30
	传统组 (n = 44)	5.85±1.58	33.00±5.20

2.3 两组患者长期康复预后指标对比详情
详细参照表3。

表3 两组患者长期康复预后指标对比详情

观察指标	新式组 (n = 44)	传统组 (n = 44)	χ^2/t	P
术后 3 个月再入院率 (%)	3(6.82%)	8(18.18%)	4.052	< 0.05
术后 3 个月收缩压 (mmHg)	128.56±10.23	135.23±11.56	2.521	< 0.05
术后 3 个月舒张压 (mmHg)	78.23±6.56	82.67±7.23	2.663	< 0.05
术后 3 个月心率 (次 / 分钟)	72.34±6.89	76.56±7.56	2.584	< 0.05
术后 3 个月心室射血分数 (%)	58.67±5.23	55.23±4.89	2.936	< 0.05

3 讨论

胃肠功能的良好恢复是腹主动脉瘤患者术后整体康复的关键环节之一，快速康复外科理念从多个维度对其进行了积极的干预与促进。术前的禁食禁水时间调整与碳水化合物饮品补充，是基于人体代谢与胃肠生理特点的精准设计^[2]。传统长时间禁食禁水易引发胃肠黏膜萎缩、肠道菌群失调等不良后果，而快速康复模式下的适度缩短，有效避免了上述问题，使胃肠在术前能维持较好的内环境稳态。精准的麻醉深度控制与稳定的生命体征维持，减少了因手术应激导致的胃肠血管痉挛与缺血再灌注损伤风险，保障了胃肠组织的正常血液灌注与供氧，为术后胃肠功能的快速启动创造了有利条件。术后早期进食策略更是快速康复外科理念在胃肠功能恢复方面的核心举措。从流食的适时引入到逐步过渡，遵循了胃肠功能恢复的渐进性规律。早期的食物刺激能够激活肠道神经内分泌网络，促使胃肠道激素如胃动素、胆囊收缩素等的分泌增加，上述激素不仅直接驱动胃肠蠕动，还能协调胃肠消化液的分泌与吸收功能，形成胃肠功能恢复的正反馈调节环路。

通过向患者详细阐释手术流程、预期效果及康复计划，使患者在心理层面建立起对手术的正确认知框架，从而有效缓解因信息不对称而产生的焦虑与恐惧情绪^[3]。此类心理上的稳定状态能够抑制交感神经的过度兴奋，从而避免了一系列应激激素如儿茶酚胺等的大量分泌，从源头上降低了机体应激反应的启动强度。通过实时监测脑电双频指数（BIS）等指标，确保麻醉深度既能满足手术需求又不过度抑制机体生理功能，进而减少手术创伤对下丘脑 - 垂体 - 肾上腺轴（HPA 轴）的刺激，使血清皮质醇的分泌维持在相对较低水平。此外，术中对于体温、液体平衡等生理参数的精细调控，也为减轻应激反应创造了有利条件。维持正常体温能够避免低体温引发的凝血功能障碍、免疫功能抑制等不良后果，而精细化的液体管理则可防止因液体过负荷或不足导致的组织灌注异常与炎症反应激活。单一的镇痛方式往往难以全面有效地控制术后疼痛，而多模式镇痛通过联合应用不

同作用机制的镇痛药物与技术，如局部麻醉药浸润、阿片类药物与非甾体消炎药协同使用等，能够在不同疼痛传导环节进行干预，从而显著降低疼痛刺激强度。疼痛作为一种强烈的应激源，其有效缓解能够抑制炎症介质的释放。同时，体温维持在正常范围有助于保持机体免疫细胞的活性与功能完整性，使其能够更好地发挥抗炎作用。精细化液体管理则通过维持血管内胶体渗透压与晶体渗透压的平衡，减少组织水肿形成，降低局部组织缺血缺氧风险，从而抑制炎症反应的级联放大效应。血清 C 反应蛋白与白细胞介素 - 6 作为炎症反应的重要标志物，其在新式组中术后升高幅度与持续时间的降低，直观地反映了快速康复外科理念在炎症调控方面的卓越成效。此类对机体应激与炎症反应的全方位、多层次有效控制，能够维持机体细胞内环境的稳定状态，确保细胞代谢、信号传导等生理过程得以正常有序进行。稳定的内环境有助于维持线粒体的功能完整性，保障细胞能量供应；同时也有利于维持细胞膜的离子通道稳态，保证细胞的兴奋性与传导性正常。该系列集积效应共同促进了患者术后恢复的良性循环，使得组织修复与再生过程能够高效进行，最终显著提高康复质量与速度，为腹主动脉瘤患者的术后康复奠定了坚实的生理基础^[4]。

传统护理模式下，患者术后因多种因素如并发症未能有效预防、康复进程延缓等而面临较高地再入院风险。而快速康复理念通过全流程的精细化干预，构建起一道稳固的康复防护网。在术后康复早期，密切的随访监测机制能够及时捕捉到患者潜在的健康隐患，如轻微的感染迹象、营养状况波动等，并迅速予以针对性的干预措施，从而有效截断病情恶化路径，防止小问题演变为需要再次入院治疗的严重并发症^[5]。术后早期活动的有序推进则为心血管功能的恢复提供了持续的动力支持。早期下床活动能够促进全身血液循环，增强心肌收缩力，改善血管内皮功能，促进冠状动脉侧支循环的建立。从细胞与分子层面来看，此类物理性的刺激能够上调心肌细胞内与能量代谢、收缩蛋白合成相关基因的表达，增强心肌细胞的活力与功能储备。通过制定个性化

的营养方案,严格控制钠盐摄入,调整膳食中脂肪、蛋白质与碳水化合物的比例,有助于稳定血压、血脂水平,减轻心血管系统的负荷。增加富含 ω -3 脂肪酸的食物摄入,能够抑制血小板聚集,降低血液黏稠度,改善血管弹性;适量的优质蛋白摄入则为心肌细胞修复与再生提供了必要的物质基础。此类饮食管理策略从代谢调节的角度出发,为心血管系统营造了一个有利的内环境,促进其功能逐步恢复至接近正常水平^[6]。

快速康复外科理念在腹主动脉瘤护理中意义重大。突破传统局限,整合多学科知识技术,形成全流程个性化精准护理方案,术前综合评估,术中精细操作,术后全面促进康复。临床实践上,短期能改善胃肠功能、疼痛控制等,长期可降低再入院率、促进心血管功能恢复等,全方位提升患者康复体验与结局。从医疗资源看,缩短住院时间,降低消耗,实现高效可持续利用。对护理学科,推动发展与创新,促使护理人员提升素养,为学科发展树立新标杆,引领外科护理领域进步。

参考文献

[1]何春燕,崔驰,王珩,等.快速康复外科理念在腹主动

脉瘤患者中应用的比较研究[J].华西医学,2015,30(9):1716-1719.

[2]翟思敏,李海燕,陆清声.腹主动脉瘤合并主动脉肠痿患者的围手术期护理1例[J].介入放射学杂志,2023,32(8):807-808.

[3]周艳,胡庆越,蔡颖,等.2例感染性腹主动脉瘤合并主动脉肠痿患者行"牛心包"原位重建术的护理[J].护理学报,2023,30(1):64-66.

[4]刘栋利,王玲,李爽爽,等.三级预防护理模式对中高危险腹主动脉瘤腔内修复患者术后康复、心理状态及并发症的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(5):893-896.

[5]尚云霞,孙丽媛,刘东梅.围术期罗伊-纽曼综合干预护理对腹主动脉瘤手术患者身心应激、术后康复及并发症的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(24):4529-4532.

[6]陶建,林丽霞,宋亚敏,等.Stanford A型主动脉夹层术后再次行胸腹主动脉置换患者的术后护理[J].护理学报,2023,30(6):57-60.