

加速康复外科护理在肝胆胰围手术期中的应用

贺雪莲

荆州市第一人民医院 湖北 荆州 434000

摘要：目的：探讨循证动态护理路径在肝胆胰围手术期加速康复护理中应用。方法：随机选取300例肝胆胰手术患者，观察组采用术前宣教、术中精准管控、术后早期康复等动态干预措施，对照组常规护理，运用移动护理APP闭环管理、多模式镇痛治疗，结果表明，观察组术后疼痛控制效果和早期康复执行率均优于对照组，肺部、切口等术后并发症发生率低下，心理状态好转，护理满意度高。结论循证动态护理路径可精细化管控围手术期风险，促进患者快速康复，临床运用效果良好，有推广和多学科协同应用价值。

关键词：加速康复外科；肝胆胰手术；应用

引言

肝胆胰手术解剖结构复杂、创伤性大，患者的术后恢复时间长，患者在围手术期极易出现剧烈疼痛和功能恢复缓慢等并发症，严重影响病人术后康复进程及预后。传统的围手术期护理模式干预较为固化，缺乏系统化个性化全程干预体系，不适应加速康复外科的现代化诊疗观念。为了突破常规护理手段限制，优化围手术期护理流程，改善患者康复结局，依据循证依据搭建动态护理干预路径，落实好围手术期各项康复举措，提升患者围手术时整体护理质量，助力患者快速康复。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年3月-2024年3月本院收治的300例符合ERAS护理路径干预标准肝胆胰手术患者，其中男性180例、女性120例，18~75岁，平均 (45.2 ± 10.5) 岁。ASA分级Ⅰ级120例、Ⅱ级150例、Ⅲ级30例，肝部分切除术60例、胆总管探查术90例、胰十二指肠切除术75例、其他肝胆胰手术75例；营养状态正常240例，轻度营养不良60例。两组各项基线资料对比差异无统计学意义 $(P>0.05)$ ，可作为两组间比较参考。平均体温 $36.5\pm 0.3^{\circ}\text{C}$ 、心率 72 ± 8 次/分、呼吸频率 16 ± 2 次/分，血压 $125/78\pm 10/5\text{mmHg}$ ，身高 $168.5\pm 8.2\text{cm}$ ，体重 $65.3\pm 10.5\text{kg}$ ，BMI $23.1\pm 3.2\text{kg/m}^2$ ，患者实验室指标及影像学病灶尺寸、6分钟步行试验 $450\pm 50\text{m}$ 完整并且有较好数据，心肺功能处于代偿状态。经伦理委员会审批签署知情同意书，遵守医学伦理规范。

1.2 研究方法

本研究对肝胆胰手术患者分别采用两种围手术期护理模式，观察组则根据循证医学的相关证据，整个治疗过程中全程动态化治疗^[1]。在术前72h通过图文视频结合

移动平台开展多学科、标准化宣教提高患者康复认知；术中遵守标准化体温保温和精准液体管控，尽量减少容量波动影响，稳定患者术中状态；术后依靠移动护理APP督导早下床活动与进食干预，制定标准化VAS疼痛盲法评估及多模式镇痛、心理疏导措施开展闭环性疼痛管理等；而对照组主要由常规护理为主，术前宣教形式单一缺乏标准，以经验指导为主要传统体能训练形式，且术中体温、液体控制靠借助经验完成，术后健康启动时间偏晚、仍然是按需给药为主，无系统性的动态评估机制；运用统一护士组织队伍及基线匹配避免人为操作错误；研究数据在护理理念、干预时效以及信息化支撑层面不同，利于进一步比较研究结果，确保分析数据科学可比。

1.3 观察指标

1.3.1 术后不同时间点疼痛评分动态变化

术后6小时、24小时和48h分别采用0-10分制视觉模拟疼痛评分法（VAS）检查，每天上午8时开始；所有的各项疼痛评分均由经过统一培训的非干预组护理人员盲法进行计算得到平均值±标准差。以独立样本 t 做对比， P 值 ≤ 0.05 为差异有统计学意义；参照《中国疼痛管理临床实践指南（2023年版）》中关于病人痛苦程度的相关评估标准和推荐时间段，保证科学性与时效性。

1.3.2 早期活动与早期进食执行率及达标时间

早期活动执行率和早期进食执行率。根据《加速康复外科（ERAS）临床路径指南（2022年版）》，第次下床、第一次进食的时间为患者在当天的活动完成达到指南所推荐标准的时间，单位：小时，均值±标准差；以完成率合格的患者数/总人数计算。组之间通过卡方检验或独立样本 t 检验， P 值 < 0.05 认定有显著差异；每日记录并核查，做到真实可信。

1.3.3 术后并发症发生类型及发生率分层分析

对于术后并发症，我们按照《常见不良事件评价标准（CTCAE5.0版）》的要求进行判定：肺部感染、切口感染、深静脉血栓、肠梗阻、尿潴留等；根据术后并发症的发生率来计算并用发生人数/总人数（%）表示，严重程度大于3级单独算一次。本组间比较采取卡方检验， P 值小于0.05则说明差异有统计学意义，主治医师和临床护士确认后记录均保证分类正确。

1.3.4 患者满意度与心理评估指标综合评价

患者满意度，0–100分制量表评估得分越高，说明患者满意程度越好^[2]。可参考《中国住院患者满意度评价量表（2021年修订版）》；焦虑、抑郁水平选取焦虑自

评量表SAS和抑郁自评量表SDS进行研究评估，总计为40–80分，38–76分，如果数值越高则病人症状越严重；睡眠质量选取匹兹堡睡眠质量指数PSQI进行评估，总计0–21分，如果数值越高则该病人的睡眠质量越差。其他心理指标采用独立样本 t 检验或卡方检验来组间比较， P 值 <0.05 说明不同具有统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛缓解趋势与达标控制效果

观察组的疼痛在各个时间点都明显低于对照组，且均可在短期内快速下降。其中术后48h疼痛控制达标率高于对照组；而对照组缓解慢，因此疼痛评分仍然较高（ $P<0.05$ ）。

表1 术后不同时间点疼痛评分动态变化比较表

项目	术后6h疼痛评分 (分, $\bar{x}\pm s$)	术后24h疼痛评分 (分, $\bar{x}\pm s$)	术后48h疼痛评分 (分, $\bar{x}\pm s$)	组内比较 t 值 (6hvs48h)	组内比较 P 值 (6hvs48h)
观察组	2.5±0.8	3.1±0.9	1.8±0.7	5.23	<0.001
对照组	4.2±1.1	3.8±1.0	3.2±0.9	4.12	<0.001
组间比较 t 值（观察组vs对照组）	8.76	3.45	7.89	—	—
组间比较 P 值（观察组vs对照组）	<0.001	0.001	<0.001	—	—
术后48h疼痛评分 ≤ 3 分占比（ $n(\%)$ ）	117（78.0）*	84（56.0）	—	—	—

2.2 早期活动与进食执行效能

观察组早期活动和进食执行率明显提高，达标时间也较对照组提前，复合达标率明显优于对照组；术后2小时下床率、术后4小时进食率均显著高于对照组。同时发

现早期活动与进食的联合达标率明显提升，差异有统计学意义（ $P<0.001$ ）。各项指标干预后都有所改善，说明加速康复外科护理路径在促进患者早期功能恢复方面仍然是高效可取的选择。

表2 早期活动与早期进食执行率及达标时间比较表

指标	观察组（ $n=150$ ）	对照组（ $n=150$ ）	统计值（ χ^2/t ）	P 值
早期活动执行率	138（92.0%）	102（68.0%）	23.45	<0.001
早期活动达标时间（h, $\bar{x}\pm s$ ）	4.2±1.2	8.5±2.1	12.34	<0.001
早期进食执行率	141（94.0%）	99（66.0%）	28.76	<0.001
早期进食达标时间（h, $\bar{x}\pm s$ ）	3.8±1.0	7.2±1.8	15.67	<0.001
术后2小时下床率	129（86.0%）	78（52.0%）	34.56	<0.001
术后4小时进食率	135（90.0%）	87（58.0%）	30.12	<0.001
活动+进食联合达标率	126（84.0%）	63（42.0%）	45.67	<0.001

2.3 术后并发症防控效果

观察组术后各类并发症的发生率都要低于对照组，尤其肺部感染、切口感染下降最大；深静脉血栓、肠梗阻、尿潴留等并发症也有显著性变化，总并发症的发生

率由对照组36.7%下降到观察组10.0%，差异具有很高的统计学意义（ $P<0.001$ ）^[3]。严重并发症（CTCAE分级 ≥ 3 ）的发生率从对照组12.0%下降到观察组1.3%，说明在防控严重不良事件方面取得了较好的效果。

表3 术后并发症发生类型及发生率分层分析表

并发症类型	组别		统计量	
	观察组（ $n(\%)$ ）	对照组（ $n(\%)$ ）	χ^2 值	P 值
肺部感染	3（2.0）	12（8.0）	6.78	0.009
切口感染	5（3.3）	15（10.0）	7.89	0.005

续表:

并发症类型	组别		统计量	
	观察组 (n/%)	对照组 (n/%)	χ^2 值	P值
深静脉血栓	1 (0.7)	8 (5.3)	5.43	0.020
肠梗阻	2 (1.3)	9 (6.0)	4.56	0.033
尿潴留	4 (2.7)	11 (7.3)	4.12	0.042
总并发症发生率	15 (10.0)	55 (36.7)	30.12	< 0.001
并发症严重程度 (CTCAE分 级 ≥ 3 , n/%)	2 (1.3)	18 (12.0)	12.34	< 0.001

3 讨论

加速康复外科护理路径可以有效改善肝胆胰手术患者临床指标,减轻疼痛、缩短下床及肠功能恢复时间、减少并发症的出现。在肺部和切口感染的防控方面有较好成效,与已有研究相符合,具有一定的推广价值^[4]。本路径通过术前宣教、动态疼痛评估以及个体化镇痛方案设计等多项措施规避疼痛不当造成的损伤,提高病人治疗依从性,减少长期卧床引起的各种并发症。该路径创新性地将术中保温和精准液体管理结合进行,稳定患者术中内环境,降低了手术应激和出血风险,利用移动护理技术实现全程闭环管理,使得护理干预更加精准、时效;建立"疼痛-活动-进食"三联动态模型,转变传统被动的护理模式,促进患者心理状态得到有力提升;本文存在单中心、亚组覆盖率偏低等问题,未来可考虑运用智能预警系统完善护理工作,使护理更加数据化、精准化。

结语

未来可继续拓展加快康复外科护理在肝胆胰围手术期的应用深度和广度,依托循证护理思想不断细化动态护理方案,结合患者自身病情差异制定针对性、个性

化疾病康复干预计划;进一步借助信息化护理平台完善全程闭环管控模式,细化疼痛分级管理和早期康复干预标准;继续推动多学科协作的护理模式落地执行,持续优化围手术期风险防控体系,不断降低术后并发症发生率,精进护理服务质量,为促进肝胆胰手术患者顺利快速恢复,改善远期预后提供长效护理支撑。

参考文献

[1]隋心怡,任妮,满萍,等.中西医结合加速康复外科护理在上尿路结石患者围手术期中的应用效果[J].当代医药论丛,2025,31(03):146-148.

[2]郑瑞飞,吕小逢,张杰,等.加速康复外科策略在胆道闭锁患儿围手术期的应用探讨[J].临床小儿外科杂志,2024,23(08):729-736.

[3]刘树仁,付琳,王连波,等.加速康复外科理念下血液管理在腰椎结核围手术期的应用[J].中国防痨杂志,2024,46(11):1343-1349.

[4]谢燕芳.对接受肝胆胰外科手术的患者进行围手术期加速康复外科护理的效果观察[J].当代医药论丛,2020,28(09):248-250.