

快速康复护理在小切口主动脉瓣狭窄置换术患者中的应用效果研究

陈燕辉 马小婷 宋靓媛*
宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750000

摘要:目的:探讨快速康复护理在小切口主动脉瓣狭窄置换术患者中的应用效果。方法:选取2022年3月至2024年9月在我院接受小切口主动脉瓣狭窄置换术的86例患者作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组43例。对照组采用常规护理模式,观察组采用快速康复护理模式。比较两组患者术后恢复指标、并发症发生率及护理满意度。结果:观察组患者术后首次下床活动时间、住院天数均短于对照组,并发症发生率低于对照组,护理满意度评分高于对照组($P < 0.05$)。结论:快速康复护理在小切口主动脉瓣狭窄置换术患者中的应用效果显著,能够促进患者术后快速康复,提高护理满意度,值得临床推广应用。

关键词:快速康复护理;小切口;主动脉瓣狭窄;置换术;应用效果

主动脉瓣狭窄是临床常见的心脏瓣膜疾病,严重影响患者的生活质量和预后。随着微创技术的不断发展,小切口主动脉瓣置换术已成为治疗主动脉瓣狭窄的重要手段。该术式具有创伤小、恢复快等优势,但术后护理质量直接影响患者的康复效果^[1]。传统的护理模式往往注重疾病治疗,忽视了患者的整体康复需求。快速康复护理是一种以循证医学为基础的新型护理模式,通过优化护理流程,促进患者术后快速康复^[2]。本研究旨在探讨快速康复护理在小切口主动脉瓣狭窄置换术患者中的应用效果,为临床护理实践提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年3月至2024年9月在我院接受小切口主动脉瓣狭窄置换术的86例患者。采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组43例。观察组:男25例,女18例;年龄45-72岁,平均年龄(58.3±8.2)岁;病程2-8年,平均病程(4.6±1.8)年。对照组:男23例,女20例;年龄43-74岁,平均年龄(59.1±7.9)岁;病程2-9年,平均病程(4.8±2.0)年。两组一般资料比较($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:确诊为主动脉瓣狭窄,符合手术指征;心功能分级Ⅱ-Ⅲ级。排除标准:合并严重心律失常;合并其他严重脏器功能不全;存在精神疾病或认知功能障碍。本研究经医院伦理委员会批准,所有患者均签署知情同意书。

通讯作者简介:宋靓媛,1991年9月,女,汉族,宁夏固原市,学历:本科,研究方向:心脏大血管外科护理,邮箱:943613657@qq.com

1.2 护理方法

对照组采用常规护理模式:术前进行常规健康宣教,术后按医嘱给予相应护理措施,包括生命体征监测、用药护理、基础护理等。

观察组采用快速康复护理模式,具体措施如下:

1.2.1 术前护理

(1)心理干预:护理人员与患者充分沟通,详细解释手术过程及注意事项,消除患者紧张焦虑情绪。建立良好的护患关系,耐心倾听患者主诉,针对患者担忧的问题给予专业解答。邀请康复患者分享经验,增强治疗信心。同时做好家属沟通工作,获得家庭支持系统的配合。(2)术前准备:指导患者进行呼吸功能训练,包括深呼吸、有效咳嗽、吹气球等,每日3-4次,每次15-20分钟,以增强肺功能。术前6小时禁食,术前2小时禁水,确保胃排空完全。完善各项术前检查,包括血常规、凝血功能、心电图等。术前一日进行皮肤准备,清洁手术区域,预防感染。(3)营养支持:评估患者营养状况,制定个性化营养方案。对于营养不良患者,适当补充蛋白质、维生素和微量元素。术前3-5天开始营养干预,监测白蛋白、血红蛋白等营养指标,为手术创造良好条件。

1.2.2 术中护理

(1)保温护理:维持手术室温度22-24℃,湿度50%-60%,使用保温毯、暖风机等设备维持患者体温,防止术中低体温。监测患者体温变化,保持核心体温在36-37℃范围内。(2)液体管理:严格控制输液速度和量,根据患者体重、手术类型和失血量精确计算补液量。采用目标导向液体治疗,维持血流动力学稳定,避免过多液体

输入导致组织水肿和心肺负担。(3)麻醉配合:密切配合麻醉医师,确保麻醉效果。监测生命体征变化,及时发现异常情况。保护患者隐私,做好体位护理,防止压疮和神经损伤。

1.2.3 术后护理

(1)早期活动:术后6小时开始床上活动,包括踝泵运动、膝关节屈伸等;术后12小时协助患者床上坐起,进行上肢活动;术后24小时鼓励患者下床活动,循序渐进增加活动量,预防深静脉血栓和肺部感染。(2)疼痛管理:采用多模式镇痛,包括药物镇痛(阿片类药物、非甾体抗炎药等)和非药物镇痛措施(音乐疗法、放松训练、体位调整等)。使用疼痛评估量表定期评估疼痛程度,确保镇痛效果。(3)营养支持:术后6小时开始流质饮食,如温开水、米汤等,无不适后逐渐过渡到半流质、软食,最后恢复正常饮食。监测营养摄入情况,必要时给予肠外营养支持。(4)并发症预防:建立完善的病情监测体系,每2-4小时测量体温、脉搏、呼吸、血压,观察患者神志状态。定期检查手术切口,注意有无红肿、渗血、分泌物等感染征象,保持切口敷料清洁干燥,按时更换。密切观察引流管通畅情况,记录引流液的颜色、性质、量,发现异常及时报告医师。针对肺部感染预防,指导患者进行有效咳嗽咳痰,定时翻身拍背,鼓励深呼吸运动,必要时进行雾化吸入治疗。对于泌尿系感染预防,保持尿管通畅,每日进行会阴部护理,鼓励患者多饮水,定期更换集尿袋。压疮预防方面,建立翻身卡,每2小时协助患者翻身一次,使用气垫床等减压装置,保持皮肤清洁干燥。同时预防深静脉血栓形成,指导患者进行下肢功能锻炼,必要时使用弹力袜或间歇性充气压迫装置。监测血糖、电解质等生化指标,预防代谢性并发症。建立并发症预警机制,制定应急预案,确保一旦出现异常情况能够及时有效处理,最大程度保障患者安全,促进康复进程。

1.3 观察指标

(1)术后恢复指标:记录两组患者术后首次下床活动时间、住院天数。(2)并发症发生率:统计两组患者术后肺部感染、心律失常、切口感染等并发症发生情况。(3)护理满意度:采用护理满意度调查表评估患者对护理服务的满意度,包括护理技术、服务态度、健康教育等方面,总分100分,≥80分为满意。

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±标准差表示)资料分别行 χ^2 、*t*检验; $P < 0.05$,则差异显著。

2 结果

2.1 两组患者术后恢复指标比较

观察组患者术后首次下床活动时间和住院天数均显著短于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 术后恢复指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术后首次下床活动时间(小时)	住院天数(天)
观察组	43	22.5±4.8	7.2±1.6
对照组	43	35.8±6.2	12.4±2.8
<i>t</i> 值	-	10.245	10.187
<i>P</i> 值	-	0.000	0.000

2.2 两组患者并发症发生率比较

观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 并发症发生率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	肺部感染	心律失常	切口感染	总发生率
观察组	43	2(4.7)	1(2.3)	1(2.3)	4(9.3)
对照组	43	5(11.6)	4(9.3)	2(4.7)	11(25.6)
χ^2 值	-	-	-	-	4.025
<i>P</i> 值	-	-	-	-	0.045

2.3 两组患者护理满意度比较

观察组患者护理满意度评分高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 护理满意度比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	护理满意度
观察组	43	92.4±6.8
对照组	43	78.6±9.2
<i>t</i> 值	-	8.142
<i>P</i> 值	-	0.000

3 讨论

主动脉瓣狭窄是老年人群中最常见的心脏瓣膜疾病之一,其发病率随年龄增长而增加。该疾病主要由于主动脉瓣钙化、纤维化导致瓣膜开口狭窄,影响血液从左心室向主动脉的正常流动。随着病情进展,患者可出现心绞痛、晕厥、呼吸困难等典型症状,严重影响生活质量,甚至危及生命。传统的主动脉瓣置换术需要开胸进行,创伤大、恢复慢,对患者身体条件要求较高^[3]。近年来,随着微创技术的不断发展,小切口主动脉瓣置换术逐渐成为治疗主动脉瓣狭窄的重要选择。该术式通过较小的胸壁切口完成手术,显著减少了手术创伤,缩短了术后恢复时间,降低了手术风险。然而,小切口手术对术者技术要求较高,需要丰富的经验和熟练的操作技巧。同时,术后护理质量对患者康复效果具有重要影响,优质的护理服务能够进一步发挥微创手术的优势,促进患者快速康复^[4]。

快速康复护理是一种以循证医学为基础的新型护理模式,旨在通过优化护理流程,减少手术应激反应,促进患者术后快速康复。该理念最早由丹麦外科医生Kehlet提出,经过数十年的发展,已在多个外科领域得到广泛应用。快速康复护理的核心在于多学科协作,通过术前、术中、术后的系统性干预措施,最大限度地减少手术对患者生理和心理的不良影响^[5]。在心血管外科领域,快速康复护理的实施需要考虑心脏手术的特殊性。术前准备是快速康复护理的重要环节,包括心理干预、营养支持、功能训练等。心理干预通过与患者充分沟通,消除紧张焦虑情绪,增强治疗信心。营养支持通过评估患者营养状况,制定个性化营养方案,改善患者营养状态,为手术成功奠定基础。功能训练通过指导患者进行呼吸功能训练,提高肺功能,预防术后并发症。术中护理是快速康复护理的关键环节,主要包括保温护理、液体管理、麻醉配合等。保温护理通过维持适宜的手术室温度,使用保温设备,避免术中低体温的发生。液体管理通过严格控制输液速度和量,避免过多液体输入导致的心功能负担。麻醉配合通过密切配合麻醉医师,确保麻醉效果,减少麻醉相关并发症。术后护理是快速康复护理的核心环节,主要包括早期活动、疼痛管理、营养支持、并发症预防等。早期活动通过鼓励患者尽早下床活动,促进血液循环,预防血栓形成,改善心肺功能。疼痛管理通过多模式镇痛,包括药物镇痛和非药物镇痛措施,有效控制术后疼痛,提高患者舒适度。营养支持通过早期进食,维持患者营养状态,促进组织修复。并发症预防通过密切观察患者病情变化,及时发现并处理并发症。

本研究结果显示,观察组患者术后首次下床活动时间、住院天数均显著短于对照组,护理满意度显著高于对照组,差异均有统计学意义。观察组患者并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义。这些结果充分说明了快速康复护理在小切口主动脉瓣狭窄置换术患者中的显著效果。分析其原因为:首先,快速康复护理通过术前心理干预,有效缓解了患者的紧张焦虑情绪,增强了治疗信心,为手术成功奠定了心理基础。术前功能

训练提高了患者的肺功能和身体素质,增强了对手术的耐受能力。其次,术中保温护理和液体管理减少了手术应激反应,降低了术后并发症发生风险。术中密切配合确保了手术顺利进行,减少了手术时间。再次,术后早期活动促进了血液循环,改善了心肺功能,加速了康复进程。疼痛管理有效控制了术后疼痛,提高了患者舒适度和配合度。营养支持通过早期进食,维持了患者营养状态,促进了组织修复。并发症预防通过密切观察,及时发现并处理并发症,避免了病情恶化。快速康复护理模式还体现了以患者为中心的护理理念,通过个性化的护理措施,满足了患者的多元化需求。护理人员与患者的密切沟通建立了良好的护患关系,提高了患者的治疗依从性。系统性的健康教育增强了患者的自我管理能力和,为出院后的康复奠定了基础。

综上所述,快速康复护理在小切口主动脉瓣狭窄置换术患者中的应用效果显著,能够促进患者术后快速康复,缩短住院时间,降低并发症发生率,提高护理满意度。该模式体现了现代护理理念的发展方向,具有重要的临床应用价值和推广意义。建议在临床实践中积极推广应用,并结合实际情况不断完善和优化护理措施,为患者提供更加优质的护理服务。

参考文献

- [1]蔡丽欣,施婧,白雅萍,等.基于医患共享决策的康复护理路径在经导管主动脉瓣置换术围手术期患者中的应用效果[J].中国康复医学杂志,2024,39(8):1215-1218.
- [2]张璐,李杰,廖瑶姬,等.46例经心尖经导管主动脉瓣置换术后患者并发症观察与护理[J].护理学报,2024,31(17):66-68.
- [3]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.经导管主动脉瓣置换术围术期护理中国专家共识[J].中华心血管病杂志,2024,52(9):1033-1043.
- [4]马兰,李艳.1例经导管主动脉瓣置换术患者术后观察要点及康复护理体会[J].饮食保健,2024(10):133-136.
- [5]陈海莲,邹双,李程,等.重度主动脉瓣狭窄患者急诊行经导管主动脉瓣置换术的围手术期护理[J].中华急危重症护理杂志,2025,6(1):79-82.