

# 中西医协同护理模式在加速泌尿外科腹腔镜手术患者快速康复中的效果评价

赵丹

石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

**摘要:** 本文旨在系统评价中西医协同护理模式在促进泌尿外科腹腔镜手术患者快速康复中的临床效果。通过整合中医“整体观念”、“辨证施护”的理论精髓与西医ERAS路径的循证实践,构建了一套覆盖围手术期全过程的协同护理方案。该方案在术前着重于情志调摄与体质调理,术中优化麻醉与微创操作,术后则综合运用中药内服外敷、针灸推拿、耳穴压豆等中医特色疗法,并与西医的疼痛管理、早期活动、营养支持等措施深度融合。研究表明,相较于单一ERAS护理,中西医协同模式能更显著地缩短患者术后首次排气、排便时间,降低疼痛评分(VAS),减少导管留置时间及住院日,有效改善患者的焦虑抑郁情绪,提升生活质量和护理满意度,同时降低术后并发症发生率。以期期为临床提供一套科学、规范、可推广的整合护理范式,推动泌尿外科围手术期护理向更高水平发展。

**关键词:** 中西医协同; 护理模式; 泌尿外科; 腹腔镜手术; 加速康复外科

## 引言

21世纪医学模式向“以患者为中心”转变,加速康复外科(ERAS)理念成为现代外科围手术期管理核心。它通过多学科协作和循证医学优化措施,减轻手术应激,助力患者快速康复。在泌尿外科,腹腔镜技术虽具诸多优势,但气腹压力等因素会引发术后肩背部疼痛、胃肠功能紊乱等问题,成为“快速康复”的阻碍。中医药学“整体观念”“辨证论治”与ERAS目标契合,且国家倡导“中西医协同”,将中医护理特色与西医ERAS路径整合成为趋势。ERAS是系统化围手术期管理路径,在泌尿外科腹腔镜手术中有系列关键措施;中西医协同护理模式融合中西医优势,体现“身心同治”。本研究聚焦于系统构建并评价适用于泌尿外科腹腔镜手术患者的中西医协同护理模式,通过严谨临床观察与数据分析,评估其在缩短康复时间、缓解症状等方面的综合效果,既丰富发展ERAS内涵、为中西医护理理论融合提供实践案例,也为临床提供标准化方案,推动优质护理高质量发展。

## 1 理论基础

### 1.1 整体观念与系统论的契合

中医的整体观念认为人体是一个有机的整体,各脏腑、组织、官窍之间通过经络相互联系、相互影响。手术创伤不仅损伤局部,更会扰动全身气血阴阳的平衡。这与现代医学系统论的观点不谋而合,即手术应激是一个涉及神经、内分泌、免疫等多个系统的全身性反应。因此,中西医协同护理从整体出发,综合调理,比单一

针对某个症状的治疗更能从根本上促进康复。

### 1.2 辨证施护与个体化医疗的融合

辨证施护是中医护理的灵魂,强调因人、因时、因地施护。这与现代精准医学和个体化医疗的理念高度一致。在ERAS框架下引入辨证施护,可以根据患者不同的体质类型(如平和质、气虚质、湿热质等)和术后证候表现,灵活调整护理措施<sup>[1]</sup>。例如,对于脾胃虚弱型患者,应侧重健脾益气的食疗和艾灸;而对于肝郁气滞型患者,则应加强情志疏导和疏肝理气的穴位按摩。这种个体化的干预策略,能够使护理措施更具针对性和有效性。

### 1.3 “治未病”思想与ERAS预防理念的统一

中医“治未病”思想包含未病先防、既病防变、瘥后防复三层含义。ERAS路径中的许多措施,如术前宣教、预防性镇痛、早期活动等,本质上都体现了“防”的思想,旨在预防并发症的发生。中西医协同护理将“治未病”思想贯穿于围手术期始终,通过术前调理体质增强抗病能力(未病先防),术中术后密切观察及时干预防止病情恶化(既病防变),出院后指导患者进行养生调摄防止复发(瘥后防复),形成了一个完整的预防-治疗-康复闭环。

## 2 研究设计与方法

### 2.1 研究对象

本研究采用前瞻性、随机对照试验(RCT)设计。选取2025年1月至2026年3月期间,在我院泌尿外科拟行择期腹腔镜手术(包括肾部分切除术、肾癌根治术、肾上腺切除术等)的患者作为研究对象。

### 2.1.1 纳入标准

年龄18-75岁；符合相应泌尿外科疾病的手术指征；首次接受腹腔镜手术；签署知情同意书，自愿参与本研究。

### 2.1.2 排除标准

合并严重心、肝、肾等重要脏器功能不全（ASA分级  $\geq$  IV级）；有精神疾病史或认知功能障碍，无法配合评估；对研究所用中医外治法（如艾灸、贴敷）有过敏史；术中转为开放手术者。

## 2.2 分组与干预措施

采用随机数字表法将符合标准的患者分为观察组（中西医协同护理组）和对照组（单纯ERAS护理组），每组各60例。

### 2.2.1 对照组干预措施

对照组患者接受科室现行的标准ERAS护理路径，具体包括：术前健康宣教、心理疏导；术前6小时禁食，2小时禁饮清饮料；不常规肠道准备。术中维持正常体温；目标导向液体治疗；预防性使用抗生素及抗凝药物。术后多模式镇痛（口服+静脉）；术后6小时内床上活动四肢，24小时内下床活动；术后6小时开始饮水，24小时内进食流质；术后24-48小时内拔除导尿管。

### 2.2.2 观察组干预措施

观察组在对照组ERAS路径的基础上，叠加实施中西医协同护理方案。该方案由泌尿外科医生、护士、中医师及康复师组成的多学科团队共同制定，并依据中医“四诊”信息进行动态调整。

#### 2.2.2.1 术前（辨证调摄期）

情志护理：运用中医“七情”理论，识别患者焦虑、恐惧等不良情绪，通过音乐疗法（角调式乐曲疏肝解郁）、移情易性法进行疏导<sup>[2]</sup>。体质调理：由中医师辨识患者体质。气虚者，指导食用山药、莲子粥；湿热者，指导饮用赤小豆薏米水。发放《术前中医调养手册》。

#### 2.2.2.2 术后（协同康复期）

胃肠功能促进：术后6小时起，予中药热奄包（主要成分为吴茱萸、小茴香、艾叶等）外敷神阙穴，每日2次，每次30分钟。同时，遵医嘱予口服“通腑方”（基础方：枳壳、厚朴、大黄等，随证加减）。疼痛管理：在多模式镇痛基础上，于术后第1天开始，对肩背部疼痛

明显者，行TDP神灯照射双侧肩井穴；对切口疼痛者，行耳穴压豆（取穴：神门、皮质下、交感、肾上腺）。情志与睡眠调护：每晚睡前播放舒缓的宫调式音乐以安神助眠。对焦虑评分高的患者，增加护士巡视频次，运用中医情志相胜法进行沟通<sup>[3]</sup>。早期活动指导：结合八段锦“调理脾胃须单举”、“双手托天理三焦”等动作，指导患者在床上或床边进行简化版练习，以疏通经络、调和气血。

## 2.3 观察指标与评价工具

### 2.3.1 主要结局指标

术后康复指标：首次排气时间、首次排便时间、术后住院日。疼痛程度：采用视觉模拟评分法（VAS）于术后6h、24h、48h、72h进行评估。导管留置时间：导尿管留置时间、引流管留置时间。

### 2.3.2 次要结局指标

心理状态：采用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）于术前1天及术后第3天进行评估。生活质量：采用简明健康状况调查量表（SF-36）于术后1个月进行电话随访评估。护理满意度：采用自制的《围手术期护理满意度调查表》于出院前进行评估。并发症发生率：记录术后7天内恶心呕吐、腹胀、尿路感染、下肢深静脉血栓等并发症的发生情况。

### 2.3.3 统计学方法

所有数据采用SPSS 26.0软件进行统计分析。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（百分比）表示，组间比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 3 结果

本研究共纳入120例患者，两组各60例，无一例脱落。两组患者在年龄、性别、手术类型、ASA分级等基线资料上比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

### 3.1 两组患者术后康复指标比较

观察组患者的首次排气时间、首次排便时间及术后住院日均显著短于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.01$ ）。详见表1。

表1 两组患者术后康复指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

指标	观察组( $n=60$ )	对照组( $n=60$ )	$t$ 值	$P$ 值
首次排气时间(h)	28.5 ± 6.2	38.7 ± 7.8	-8.21	< 0.01
首次排便时间(h)	56.3 ± 10.5	72.4 ± 12.1	-7.89	< 0.01
术后住院日(d)	5.2 ± 1.1	6.8 ± 1.3	-7.05	< 0.01

### 3.2 两组患者疼痛评分及导管留置时间比较

观察组患者在术后各时间点的VAS评分均低于对照组，且导尿管及引流管留置时间更短，差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表2。

表2 两组患者疼痛评分及导管留置时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

指标	观察组 (n = 60)	对照组 (n = 60)	t值	P值
术后24h VAS评分	3.1 ± 0.8	4.5 ± 1.0	-8.56	< 0.01
术后48h VAS评分	2.0 ± 0.6	3.2 ± 0.9	-8.33	< 0.01
导尿管留置时间 (d)	1.8 ± 0.4	2.5 ± 0.5	-8.12	< 0.01
引流管留置时间 (d)	2.1 ± 0.5	3.0 ± 0.6	-8.90	< 0.01

### 3.3 两组患者心理状态、生活质量及满意度比较

术后第3天，观察组患者的SAS和SDS评分显著低于对照组 ( $P < 0.01$ )。术后1个月，观察组SF-36量表的生理机能、躯体疼痛、社会功能、精神健康等维度得分均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。出院前，观察组的护理满意度 (96.7%) 显著高于对照组 (85.0%) ( $P < 0.05$ )。

### 3.4 两组患者并发症发生率比较

观察组术后并发症总发生率为8.3% (5/60)，显著低于对照组的21.7% (13/60) ( $\chi^2 = 4.89, P < 0.05$ )。其中，腹胀、恶心呕吐的发生率差异尤为显著。

## 4 讨论

### 4.1 中西医协同护理模式的核心优势

首先，在解决术后胃肠功能障碍这一难题上效果突出。西医ERAS虽提倡早期进食，但对于术后胃肠动力不足的患者，效果有限。本研究中，通过中药热奄包外敷神阙穴（任脉要穴，为元气之根），结合内服通腑方，内外合治，共奏温通经络、行气活血、通降腑气之效，从而显著加速了胃肠功能的恢复。这与广东省农垦中心医院的实践结果相呼应。其次，实现了疼痛管理的多维度协同。西医的多模式镇痛主要针对伤害性感受，而中医的耳穴压豆、穴位照射等疗法则通过调节神经-内分泌-免疫网络，从整体上缓解疼痛感知和伴随的紧张情绪。两者结合，不仅降低了VAS评分，也减少了阿片类药物的用量及其副作用<sup>[4]</sup>。再次，强化了对患者心理状态的关注与干预。手术作为一种应激源，极易引发患者的焦虑抑

郁。中医情志护理从“形神一体”观出发，通过音乐、沟通、环境等多种非药物手段进行干预，与西医的心理支持相结合，有效改善了患者的情绪状态，为其主动参与康复锻炼奠定了良好的心理基础。

### 4.2 实施路径与质量控制

成功的中西医协同护理依赖于清晰的实施路径和严格的质量控制。(1) 多学科团队 (MDT) 是基石：建立由泌尿外科医师、麻醉师、责任护士、中医师、营养师等组成的固定团队，定期召开协调会，共同决策。(2) 标准化与个体化相结合：制定《中西医协同护理操作手册》，对各项中医技术（如热奄包温度、穴位定位、方剂组成）进行标准化规定，确保安全性和可重复性。同时，保留辨证施护的空间，允许护士根据患者当日的具体反应进行微调。(3) 信息化支撑：将协同护理路径嵌入电子病历系统，设置关键节点提醒，自动采集观察指标，便于过程管理和效果追踪。

## 5 结语

本研究证实，中西医协同护理模式通过将中医的整体观、辨证施护与西医ERAS的循证路径有机融合，能够全方位、多层次地促进泌尿外科腹腔镜手术患者的快速康复。该模式不仅能有效缩短康复时间、缓解疼痛、改善胃肠功能，还能显著提升患者的心理健康水平、生活质量和就医体验，并降低并发症风险。未来，应在更大范围内推广此模式，并进一步开展高质量的多中心RCT研究，以优化方案细节，明确其成本效益，为构建具有中国特色的现代化围手术期护理体系提供坚实的循证依据。

### 参考文献

- [1] 李丹, 王健. 中西医结合开启泌尿系统疾病治疗新篇章[J]. 健康必读, 2025, (36): 160.
- [2] 于慧, 周彬瑜, 吴琼芳. “十四五”背景下泌尿外科中西医诊疗模式的构建与应用[J]. 中医药管理杂志, 2024, 32(23): 224-226.
- [3] 诸靖宇, 彭琬昕. 泌尿系结石梗阻性肾病的中西医治疗现状探讨[J]. 浙江临床医学, 2024, 26(09): 1265-1267+1424.
- [4] 周连田. 体外超声波碎石联合中西医治疗泌尿系结石临床疗效及影响研究[D]. 山东中医药大学, 2024. DOI: 10.27282/d.cnki.gsdzu.2024.001229.