

快速康复外科护理对胃肠术后患者疼痛及并发症发生率的影响

袁媛 张露

重庆市大足区人民医院, 重庆市大足区, 402360;

摘要: 目的: 探讨快速康复外科护理对胃肠术后患者疼痛及并发症发生率的影响。方法: 时间: 本院 2024 年 1 月-2025 年 10 月收治 80 例胃肠手术患者。分组: 随机分为常规组(常规护理, n=40 例)和外科组(快速康复外科护理, n=40)。并对比两组护理后的疼痛、并发症发生率及相关康复恢复时间。结果: 护理后, 外科组患者疼痛评分有明显减轻, 并发症发生率也减少, 在康复恢复相关时间方面得到显著缩短, 护理后的相关效果均优于常规组, 有显著差异。结论: 快速康复外科护理可有效减轻胃肠术后患者疼痛, 减少并发症发生率, 加速康复时间。

关键词: 快速康复外科护理; 胃肠手术; 疼痛; 并发症; 康复进程

DOI: 10.69979/3029-2808.26.02.031

据黄海霞^[1]等参考文献指出: 胃肠外科手术针对食管、胃、肠道等消化道器官, 通过外科或内镜操作, 治疗肿瘤、溃疡、出血、梗阻等疾病。该疾病我们是要保证进行切除病变, 然后进行修复损伤部位, 从而来改善患者身体健康。但是往往手术都是避免不良会有创伤, 有创伤就会可能引发术后的一系列疼痛及可能会出现不良情况, 从而会影响患者康复。所以, 在该疾病治疗过程中, 采取有效的护理是很重要的。而目前临床上的常规护理往往注重出现相关不良对症进行处理, 从而呈现效果欠佳。有研究指出: 快速康复外科(ERAS)护理作为一种创新的护理模式, 它是以加速患者康复为核心, 通过减少应激, 从而优化流程, 从而改善预后。有研究指出: 快速康复外科(ERAS)护理作为一种创新的护理模式, 它是以加速康复为核心, 通过在护理采取护理来减少应激反应, 从而优化流程, 改善患者预后^[2]。因此, 本文将探讨这种护理模式在胃肠术后患者的影响效果。

1 对象和方法

1.1 对象

本次研究对象及时间和摘要中方法一致。其中常规组男女比例(22/18), 年龄及平均年龄为(30-64, 47.01±4.45岁); 外科组男女比例(20/20), 年龄及平均年龄为(30-65, 47.05±4.48岁)。两组一般基线对比, 无显著差异。

纳入标准: 符合胃肠手术指征; 能够配合干预, 且

知情同意。

排除标准: 精神或认知不正常者; 合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍。

1.2 方法

1.2.1 常规组(常规护理)

常规组 40 例患者取常规护理, 包括给予患者健康宣教、生命体征监测、导管留置、活动指导、服药指导等。

1.2.2 外科组(快速康复外科护理)

(1) 术前干预: 首先, 护理人员需要采取一对一及视频和手册相结合, 向患者及家属普及该护理的理念及手术的具体流程和要注意的情况, 从而来减少患者不良情绪。其次, 让患者在术前的两三天要引入无渣的饮食, 为肠道手术做准备。再者, 采用通俗易懂话告知患者术前的前几个小时做到禁食和禁水, 同时给予患者葡萄糖的溶液, 从而减轻低血糖的不良情况。

(2) 术中干预: 术中, 护理人员首先要做就是一个温度调整, 做到温度保持在一个合理范围, 同时输液和输血前要使用加温的仪器, 避免患者出现低体温的情况。其次, 要保障术中的一个输液量控制在一个合理范围, 避免出现水肿情况。

(3) 术后干预: 术后就是一个康复进程情况, 这个时间段护理人员首先要为患者给予抗炎的药物或者自控镇痛方法。其次, 指导患者进行早期活动, 为患者术后 6 小时进行床上翻身, 每 2 个小时进行 1 次, 等到

24 小时过后, 可以进行下床活动, 在慢慢增加活动量。再者, 就是饮食方面, 术后 6 小时左右要进行温水服用, 等到 12 小时左右在进行清流的食物服用, 比如米汤这些, 在过度到半流食和普食。最后, 就是进行一个引流管的一个管理, 患者术后 24 小时若没有出现尿潴留情况, 可以进行拔尿管; 若 48 小时内没有出现呕吐或者腹胀情况, 可进行拔胃管, 从而避免长时间的流管引发感染情况。

1.3 观察指标

1. 疼痛情况: 采用 VAS 评分评估干预前后疼痛程度, 总分为 0-10 分, 分数和效果呈现反比例关系。

2. 并发症发生率: 记录两组感染、腹胀、肠梗阻、尿潴留等并发症发生情况。

3. 康复恢复时间: 包括首次排气时间、首次排便时间、住院时间。

1.4 统计学分析

将数据导入 SPSS22.0, 运用频数、均值、卡方等统计方法进行分析, $p < 0.05$ 得出结论。

2 结果

2.1 对比两组干预前后疼痛情况

干预前

外科组 40 例 VAS (5.2 ± 2.9)

常规组 40 例 VAS (5.1 ± 2.8) $p > 0.05$

干预后

外科组 40 例 VAS (1.8 ± 0.7)

常规组 40 例 VAS (2.6 ± 1.3)

($t=3.133$ $p=0.002$)

2.2 对比两组并发症发生率

外科组 40 例 感染 1 腹胀 1 肠梗阻 0 尿潴留 0 合计 2 (0.5%)

常规组 40 例 感染 3 腹胀 3 肠梗阻 1 尿潴留 1 合计 8 (2%)

($\chi^2=4.114$ $p=0.043$)

2.3 对比两组康复恢复时间

外科组 40 例 首次排气时间 ($36.1 \pm 8.9h$) 首次排便时间 ($54.3 \pm 10.1h$) 住院时间 ($7.8 \pm 1.5d$)

常规组 40 例 首次排气时间 ($48.2 \pm 10.5h$) 首次排便时间 ($72.5 \pm 12.3h$) 住院时间 ($10.2 \pm 2.1d$)

($t_1=5.560$ $p_1=0.001$) ($t_2=7.232$ $p_2=0.001$)

($t_3=5.882$ $p_3=0.001$)

3 讨论

快速康复外科护理 (ERAS) 这一核心护理理念, 它是来自于丹麦外科医师 Kehlet 在 2001 年提出来的理论, 它的思想是以“人为本”, 护理通过优化手术期间的流程, 从而减少手术带来的应激^[3]。该理论模式它不仅仅注重手术的技术, 还注重围术期相关流程全干预, 从而能够更好改善患者预后。基于此理论基础模式, 本研究也采取了该护理模式在胃肠手术患者中, 取得了和这一理论结果一致, 效果显著。

本次研究结果显示: 护理后, 外科组的疼痛评分、并发症发生率及康复恢复相关时间方面均优质于常规组。表明了 ERAS 护理不仅可以有效减轻患者的术后疼痛, 减少并发症发生率, 还能够加速康复相关恢复情况, 有显著差异体系。分析原因在于: 首先, 针对于在疼痛方面: 研究中 ERAS 护理通过采用了抗炎的药物和自控镇痛方法进行相互联合, 从而降低药物的不良情况。同时, 采取了术后进行早期的活动, 促进了血液的循环, 故而能够缓解疼痛。且还知道患者进行早期的饮食, 为刺激肠胃道的一个蠕动, 减少了因为长期引发的胀痛情况。所有, 能够更好加速术后疼痛减轻情况, 也符合 ERAS 加速护理理念核心思想^[4]。针对于在不良反应方面: 研究中通过术前的肠道准备进行优化, 采取了无渣饮食, 减少了黏膜的一个损伤, 从而降低切口感染和肠梗阻的一个风险。同时, 为患者采取术中的一个体温调整在合适范围, 避免了因为体温引发的血凝功能和免疫功能降低, 从而引发的肺部感染。最后就是引流管理和早期活动等一系列加速护理措施, 从而更好减少感染、腹胀及肠梗阻的不良情况发生, 这种护理模式体系了加速系统性干预, 能够更好降低一系列不良情况^[5]。针对于在康复恢复相关时间方面: 研究中通过 ERAS 护理加速理念, 通过早期进食、活动, 体液管理等一些列措施, 从而促进了胃肠功能恢复, 缩短了排气和排便时间, 能够更好为患者胃肠道恢复做准备, 故而患者首次排气时间、首次排便时间、住院时间均显著缩短^[6]。

综上所述: 加速康复外科护理模式不仅能够有效减轻肠胃术后患者的疼痛情况, 还能够减少不良情况, 从而加速康复时间, 可值得在临床进行推广和应用。

参考文献

- [1] 黄海霞, 叶露. 快速康复外科护理对胃肠术后患者疼痛及并发症发生率的影响[J]. 浙江创伤外科, 2025, 30(10): 2003-2005
- [2] 张丽霞. 快速康复外科护理干预对腹腔镜胆囊切除术患者术后恢复质量及并发症发生率的影响[J]. 基层医学论坛, 2025, 29(16): 131-134
- [3] 张韶君, 龚妮. 快速康复外科护理对胃肠外科手术后病人疼痛及并发症的影响[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(2): 166-166168
- [4] 华娜. 关于快速康复外科护理对胃肠外科手术后患者疼痛及并发症的影响研究[J]. 每周文摘·养老周刊, 2024(14): 0239-0241
- [5] 孔凡娜. 快速康复外科理念在护理乳腺癌改良根治围手术期患者中对并发症发生率的改善评价[J]. 中国科技期刊数据库 医药, 2025(4): 066-069
- [6] 伍荣. 快速康复外科护理在泌尿外科腹腔镜手术患者围术期护理中的应用效果[J]. 中国社区医师, 2025, 41(23): 118-120