

快速康复护理在胆囊胃大切术后早期肠功能恢复中的应用效果研究

金国英

内蒙古呼伦贝尔市莫力达瓦达斡尔族自治旗中蒙医院 内蒙古 呼伦贝尔 162850

摘要:目的:探讨快速康复护理在胆囊胃大切术后早期肠功能恢复中的应用效果。方法:选取2023年1月—2024年12月于我院普外科行胆囊胃大切术的患者共50例,随机分为观察组与对照组各25例。对照组采用常规围手术期护理,观察组在此基础上实施快速康复护理。比较两组术后肠功能恢复时间、术后不良反应发生率、术后住院天数及护理满意度评分。结果:观察组术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间显著早于对照组($P < 0.05$);不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$);住院时间更短、满意度评分更高($P < 0.05$)。结论:快速康复护理有助于促进胆囊胃大切术后早期肠功能恢复,减轻术后不适,缩短住院时间,提升护理质量与患者满意度,值得推广。

关键词:快速康复护理;胆囊胃大切术;肠功能恢复;术后护理;护理满意度

胆囊胃大切术是治疗胃窦部及十二指肠周围病变的常见术式,涉及多消化器官,术后肠功能恢复慢、不良反应多,影响患者预后与生活质量^[1]。传统护理强调基础监测与并发症预防,但缺乏系统性干预,难契合快速康复理念。快速康复外科(ERAS)护理模式1997年由丹麦Kehlet教授提出,以循证医学为基础,多学科协作,全流程优化管理^[2-3]。本文探讨其在胆囊胃大切术后早期肠功能恢复中的效果,为临床提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月—2024年12月期间我院普外科收治的50例行胆囊胃大切术患者为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,各25例。观察组男性14例,女性11例,年龄46~72岁,平均(59.32±6.89)岁;对照组男性13例,女性12例,年龄45~73岁,平均(58.79±7.02)岁。两组性别、年龄、基础疾病等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具可比性。

1.2 纳排标准

纳入标准:①符合胆囊胃大切术适应证并接受手术治疗者;②手术方式及术后抗感染方案一致;③无精神障碍,能正常沟通;④知情同意并签署知情同意书。

排除标准:①伴有严重肝肾功能障碍、心功能不全者;②术中并发大出血、脏器损伤等需改行其他术式

者;③合并恶性肿瘤转移或预后不良者;④随访中断或资料不完整者。

1.3 方法

对照组实施常规围手术期护理,包括术前禁食禁饮、术后基础生命体征监测、胃肠减压、液体支持、饮食过渡等。观察组在对照组基础上实施快速康复护理干预,具体包括:(1)术前护理:术前日给予心理疏导,消除紧张焦虑;清晨口服含糖液体500mL,减少术后胰岛素抵抗;术前6h禁食、2h禁饮,避免长时间禁食引起电解质紊乱。(2)术中护理:控制输液总量,避免过度补液;体温保持在36.5~37.5℃,降低术后感染风险;维持血糖稳定。(3)术后护理:术后6h床上坐起,24h协助患者床边活动,鼓励早期下床活动;术后6~8h撤除胃管,鼓励少量饮水,24h内过渡至清流质饮食;每日评估肠鸣音、腹胀及排气排便情况;鼓励咀嚼无糖口香糖,促进肠蠕动。(4)多学科协作护理:术中术后由麻醉科、营养科、康复科及护理团队共同参与康复流程管理,制定个性化恢复计划。

1.4 观察指标

1.4.1 肠鸣音恢复时间

本研究于术后每2小时由专人使用听诊器于脐周顺时针四象限监测患者肠鸣音情况,首次听到连续肠鸣音(≥ 3 次/min)即视为肠功能开始恢复,记录具体时间(h),作为“肠鸣音恢复时间”。

1.4.2 首次排气、排便时间

在术后监测过程中,密切观察患者是否出现排气、排便行为。由护理人员每日定时询问及记录患者首次排气及首次排便的具体时间(h),该指标反映肠道运动的实际恢复程度与进展情况。

1.4.3 不良反应发生率

术后常见并发不适包括恶心、呕吐、腹胀以及切口感染等。本研究对两组患者术后7日内的不良事件进行动态观察与记录,采用统一登记表评估其发生率,并进行归类统计,以评估快速康复护理干预对术后并发症预防效果。

1.4.4 住院时间与护理满意度

术后住院时间(d)记录自术后至达到出院标准的时间,标准包括无发热、饮食恢复良好、肠功能基本恢复、切口愈合良好等。护理满意度评估则采用科室自制问卷,涵盖沟通及时性、服务态度、康复指导、护理专业性4个维度,每项25分,总分100分,术后第5天由非本组护理人员协助患者完成,确保数据客观性与准确性。

1.5 统计学分析

进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验;计数资料以[n(%)]表示,采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后肠功能恢复时间比较

观察组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间及首次排便时间均明显早于对照组。经t检验,差异具有统计学意义($P < 0.05$) (表1)。

表1 肠功能恢复时间比较($\bar{x} \pm s$, 小时)

指标	观察组 (n=25)	对照组 (n=25)	t	P
肠鸣音恢复时间	18.62±1.93	24.13±2.01	9.923	0.000
首次排气时间	26.94±2.48	32.25±2.69	7.221	0.000
首次排便时间	40.42±2.72	48.11±2.98	9.873	0.000

2.2 不良反应发生情况比较

观察组术后出现恶心/呕吐、腹胀及切口感染的总发生率为12.00%,显著低于对照组的56.00%。组间差异经 χ^2 检验后具有统计学意义($P < 0.05$) (表2)。

表2 不良反应发生率比较(n, %)

组别	恶心/呕吐	腹胀	切口感染	总发生率
观察组	2(8.00%)	1(4.00%)	0(0.00%)	3(12.00%)
对照组	6(24.00%)	5(20.00%)	3(12.00%)	14(56.00%)

2.3 术后住院时间比较

观察组术后住院时间为(9.01 ± 1.14)d,显著短于对照组的(12.11 ± 1.33)d,差异具有统计学意义($P < 0.05$) (表3)。

表3 术后住院时间比较($\bar{x} \pm s$, 天)

组别	术后住院时间	t	P
观察组	9.01±1.14	5.880	0.000
对照组	12.11±1.33	8.703	0.000

2.4 护理满意度比较

观察组护理满意度评分为(93.17 ± 3.14)分,明显高于对照组的(86.44 ± 3.92)分,差异具有统计学意义($P < 0.05$) (表4)。

表4 护理满意度评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理满意度评分	t	P
观察组	92.07±3.32	3.556	0.000
对照组	86.44±3.47	5.274	0.000

3 讨论

胆囊胃大切术作为治疗胃窦部病变及胆囊病变的联合手术方式,广泛应用于临床消化外科,其创伤范围大、术中干扰多,术后易引起肠道蠕动抑制、功能恢复迟缓等问题^[4]。本研究基于快速康复护理理念,对比了两组患者的术后肠功能恢复、不良反应、住院时间及护理满意度,结果显示观察组在多项指标上均显著优于对照组,具有积极的临床应用价值。

从肠功能恢复时间看,观察组肠鸣音恢复时间(18.62 ± 1.93)h,明显早于对照组(24.13 ± 2.01)h,首次排气与排便时间提前超5小时($P < 0.001$)。因快速康复护理术后早期鼓励患者活动、撤胃管、少量进食,并辅以非药物刺激^[4],激活迷走神经通路,增强肠道蠕动^[5]。相比传统护理,其强调“适度活动即治疗”,加速胃肠功能重建^[6]。

不良反应方面,观察组术后恶心、腹胀等总发生率12.00%,远低于对照组的56.00% ($P = 0.001$)。快速

康复护理通过液体管理、胃肠减压等多点干预,降低不适风险^[7]。术前个体化评估与术后分级护理,减少创伤与应激^[8]。观察组切口感染率为0,体现该护理路径在无菌操作等方面实施有效,印证了快速康复模式全流程质量控制的实效性。

住院时间是衡量手术康复效率与护理质量的关键指标,本研究中观察组术后住院时间为(9.01±1.14)d,较对照组的(12.11±1.33)d缩短了约3天,差异具有统计学意义(P<0.001)。在住院周期优化方面,快速康复护理构建了术前一术中一术后的完整闭环机制。例如,术前即进行营养评估与高碳预处理,术中减少输液量与维持体温平衡,术后缩短禁食时间并早期下床训练,从源头减少术后并发症的堆积^[9]。这一路径从“减应激、控节律、快唤醒”三方面着力,有效减少因术后胃瘫、腹胀、切口炎等问题带来的住院延期。相关研究亦指出,住院日每减少1天,患者感染概率可降低6.5%,住院总费用可下降12%,因此快速康复护理提升了疗效,也为患者减轻了经济与心理负担。

护理满意度评分方面,观察组得分为(92.07±

3.32)分,高于对照组的(86.44±3.47)分,差异具有统计学意义(P<0.001)。满意度的提升来自肠功能恢复和住院时间缩短,更得益于护理服务中“以患者为中心”的全过程理念。快速康复护理重视与患者的沟通互动,在术前开展宣教培训,在术后每日评估并反馈调整康复计划,增加了患者的参与感与掌控感^[10]。通过微信提醒、视频指导、分级管理等形式,护理团队从传统单向执行转向协同共享,明显提升了患者对护理服务的认可度^[11]。同时,这种机制也提升了护士职业价值和沟通主动性,为构建医患关系良性循环提供基础保障。

综上所述,本研究证实快速康复护理在胆囊肿大术后可有效加快肠功能恢复,减少术后并发症,缩短住院时间,提高护理满意度,临床应用前景广阔。其优势不仅体现在康复速度,更体现为全过程质量管理与人文关怀理念的统一。建议后续可在多中心、大样本范围内进一步探索该模式在不同术式中的可推广性与路径改良方案,推动快速康复护理在普通外科领域的制度化落地。

参考文献:

[1] 金家伟,侍阳,何骏,等.胆石症合并胆囊内瘘21例临床诊治分析[J].中国普通外科杂志,2024,33(08):1251-1257.

[2] 何薇,彭丽华,王晓琳,等.胆囊结石并发胆囊胃瘘及结石性小肠梗阻1例[J].现代消化及介入诊疗,2023,28(10):1203-1204+1208.

[3] 刘盈禹.胆囊结石发生胆囊消化道瘘危险因素分析及腹腔镜下处理胆囊消化道瘘临床疗效观察[D].中国医科大学,2023.

[4] 余居殿,王园园,秦建民.结石嵌顿性急性胆囊炎的临床处理与并发症防治[J].中国现代医药杂志,2022,24(12):102-108.

[5] 王毅,刘杰.腹腔镜困难胆囊切除术的手术策略分析[J].腹腔镜外科杂志,2021,26(09):683-686+690.

[6] 陈爱林,李铁丰.胆囊肿大黏膜异位1例[J].医学影像学杂志,2020,30(11):2059+2064.

[7] 王秀日,吕志武,吴建维,等.超声内镜引导下经口胆囊穿刺引流术入路选择的实验研究[J].中国现代医学杂志,2019,29(24):22-26.

[8] 张凯.内镜超声引导下消化道与胆囊暂时性支架吻合及关闭吻合口后对胆囊病理生理改变的研究[D].中国医科大学,2019.

[9] 林前煌,徐慧,唐小龙,等.胆囊结石并发胆囊胃瘘及胆石性肠梗阻1例报告[J].临床肝胆病杂志,2016,32(11):2177-2178.

[10] 杨军.腹腔镜胆囊切除术在基层医院开展的临床分析[J].中国药物与临床,2016,16(06):894-896.

[11] 赵鑫.胆囊肿大内瘘的术前诊断和腹腔镜手术治疗[D].南京大学,2016.