

加速康复外科理念的护理干预模式对肝胆管结石术后患者干预的价值

罗瑞 康侨*

西部战区空军医院

DOI:10.32629/carnc.v4i1.19800

[摘要] 目的：探讨基于加速康复外科（ERAS）理念的护理干预模式在肝胆管结石术后患者中的应用价值，为临床护理优化提供循证依据。方法：选取2024年1月至2025年12月在本院肝胆外科接受手术治疗的66例肝胆管结石患者作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与试验组，每组33例。对照组实施常规围手术期护理，试验组应用ERAS理念指导的综合护理干预模式，比较两组患者术后疼痛程度、康复进程及并发症发生率。结果：试验组术后各时间点疼痛评分均显著低于对照组，术后康复进程相关指标显著优于对照组，并发症发生率显著低于对照组，（ $P<0.05$ ）。结论：ERAS理念指导的护理干预模式可有效减轻肝胆管结石术后患者的疼痛程度，加速整体康复进程，降低并发症风险，具有重要的临床推广价值。

[关键词] 加速康复外科理念；肝胆管结石；术后护理

中图分类号：R473.6 文献标识码：A

The Value of Nursing Intervention Mode Based on Enhanced Recovery After Surgery Concept in Patients Undergoing Surgery for Hepatolithiasis

Rui Luo, Qiao Kang*

Air Force Hospital of Western Theater Command

Abstract: Objective: To explore the application value of the nursing intervention mode based on the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) concept in patients after hepatolithiasis surgery, and to provide evidence-based basis for the optimization of clinical nursing. Methods: A total of 66 patients with hepatolithiasis who underwent surgical treatment in the Department of Hepatobiliary Surgery of our hospital from January 2024 to December 2025 were selected as the research subjects. They were divided into a control group and an experimental group by random number table method, with 33 cases in each group. The control group received routine perioperative nursing, while the experimental group was given a comprehensive nursing intervention mode guided by the ERAS concept. The postoperative pain degree, rehabilitation process and incidence of complications were compared between the two groups. Results: The pain scores of the experimental group at each postoperative time point were significantly lower than those of the control group, the relevant indicators of postoperative rehabilitation process were significantly better than those of the control group, and the incidence of complications was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: The nursing intervention mode guided by the ERAS concept can effectively alleviate the pain of patients after hepatolithiasis surgery, accelerate the overall rehabilitation process, reduce the risk of complications, and has important clinical promotion value.

Keywords: Enhanced Recovery After Surgery concept; Hepatolithiasis; Postoperative nursing

引言

肝胆管结石是我国常见的难治性胆道疾病，常伴随胆管狭窄等并发症，严重威胁患者生命健康，手术治疗是其主要根治手段，但手术创伤、麻醉刺激等因素易导致患者出现疼痛剧烈、胃肠道功能恢复迟缓等问题，增加并发症风险，延长住院时间^[1]。加速康复外科（ERAS）是基于循证医学证据的围手术期管理理念，通过优化术前、术中、术后全流程护

理措施，减少手术相关应激与并发症，加速患者康复进程，近年来已广泛应用于肝胆外科临床护理^[2]。本文主要探讨加速康复外科理念的护理干预模式在肝胆管结石术后患者中的应用价值，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年12月在本院肝胆外科接受

Clinical Application Research of Nursing Care

择期手术治疗的肝胆管结石患者 66 例, 采用随机数字表法将 66 例患者分为对照组与试验组, 每组 33 例。对照组中男性 15 例, 女性 18 例; 年龄 32~74 岁, 平均 (56.80±10.30) 岁; 病程 1~8 年, 平均 (4.20±1.50) 年; 结石部位: 左肝管 12 例, 右肝管 9 例, 左右肝管均受累 12 例; 试验组中男性 14 例, 女性 19 例; 年龄 30~75 岁, 平均 (57.20±10.50) 岁; 病程 1~9 年, 平均 (4.50±1.60) 年; 结石部位: 左肝管 11 例, 右肝管 10 例, 左右肝管均受累 12 例; 两组患者在性别、年龄、病程、结石部位等一般资料方面比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 符合《肝胆管结石病诊断治疗指南》中相关诊断标准, 经腹部超声、腹部 CT 或磁共振胰胆管成像(MRCP) 影像学检查确诊; 年龄 18~75 岁, 性别不限; 拟行胆管切开取石+T 管引流术或肝部分切除术, 手术指征明确; 患者及家属对本研究知情并签署同意书; 临床基线资料完整, 无认知功能障碍或精神疾病史, 可配合完成研究相关评估与随访。排除标准: 合并严重心、肺、肾、肝等重要脏器功能不全者; 合并胆道恶性肿瘤、凝血功能障碍、全身感染性疾病急性期者; 妊娠期或哺乳期女性; 手术中中转开腹、术中出现大出血等严重并发症者; 术后因病情危重转入重症监护室治疗者; 无法配合完成术后随访者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施肝胆外科常规围手术期护理, 遵循临床护理路径。术前 12h 禁食、4h 禁饮, 完成手术区域备皮与肠道清洁, 开展疾病知识宣教及常规心理疏导; 术中常规监测生命体征、严格无菌操作, 采用常温输液; 术后去枕平卧 6h, 禁食至肛门排气后逐步过渡饮食, 24~48h 按需给予哌替啶等镇痛药物, 常规留置胃管、尿管及腹腔引流管, 48h 后协助翻身, 指导患者下床活动, 做好切口护理与出院复查指导。

1.2.2 试验组

在对照组基础上实施 ERAS 理念综合护理, 成立由肝胆外科主治医师、专科责任护士、麻醉医师及临床营养师组成的多学科干预小组, 全员经 ERAS 理念专项培训并考核合格, 结合患者年龄、身体状况及手术方式制定个体化护理方案。术前优化饮食与准备, 6h 禁食固体食物, 无糖尿病患者术前 2h 口服 5% 葡萄糖溶液 250ml, 糖尿病患者替换为木糖醇溶液, 仅对合并便秘患者术前 1d 予乳果糖口服液缓泻, 简化手术区域备皮仅做切口周边清洁消毒; 同时开展多形式健康宣教, 通过一对一讲解、发放康复手册、播放科普视频普及 ERAS 理念及配合要点, 采用汉密尔顿焦虑量表评估心理状态并针对性疏导, 系统指导患者呼吸功能、床上排便、踝泵运动及术后早期活动训练。术中实施精细化干预, 将手术室

温度控制在 24~26℃, 为患者铺设加温床垫, 采用加温装置对输注液体、手术冲洗液加温, 维持核心体温稳定, 遵循限制性液体输注原则调整输液量与速度, 同时配合麻醉医师在手术切皮前实施超声引导下腹横肌平面神经阻滞, 完成多模式超前镇痛。术后强化疼痛管理, 采用患者自控镇痛泵(PCA) 联合口服镇痛药物实施多模式镇痛, 动态监测疼痛评分并及时调整方案; 推行早期进食, 术后 6h 无不适即可试饮温水, 12h 给予流质饮食并遵循少量多餐原则, 逐步过渡至半流质, 由营养师制定个性化饮食方案保证营养供给; 落实梯度化早期活动, 6h 协助翻身坐起、12h 床边坐立、24h 下床活动, 同时优化管道管理, 24h 内拔除胃管、12~24h 拔除尿管, 加强引流管固定与观察; 针对性做好肺部、泌尿系统感染及深静脉血栓等并发症预防, 出院前完成全面康复指导, 建立微信随访群, 术后 1 周、2 周、1 个月开展电话及微信随访, 提供全程延续性护理指导。

1.3 观察指标

(1) 疼痛程度: 采用视觉模拟疼痛评分(VAS) 评估患者术后 1h、12h、24h、48h 的疼痛程度, VAS 评分范围 0~10 分, 0 分为无痛, 10 分为剧烈疼痛, 评分越高提示患者疼痛程度越严重。(2) 康复进程指标: 准确记录两组患者术后首次肛门排气时间、首次进食时间、首次下床活动时间及总住院天数。(3) 并发症发生情况: 观察并记录两组患者术后 30d 内并发症发生情况, 包括切口感染、胆漏、肺部感染、腹胀、下肢深静脉血栓等, 计算并发症发生率, 并发症发生率=并发症发生例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法

所有结果的统计学分析使用 SPSS 29.0 软件进行, 使用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示符合正态分布的计量资料, 使用独立样本(t) 检验进行组间比较; 使用中位数(最小值-最大值) 表示偏态分布的计量资料, 使用秩和检验进行组间比较; 使用重复测量方差分析进行多组间、多个时间点的计量资料比较; 使用 (χ^2) 检验进行计数资料率(%) 和不良反应发生率的比较, 设定当 ($P<0.05$) 时, 认为有统计学差异。

2 结果

2.1 两组术后疼痛程度比较

试验组患者术后 1h、12h、24h、48h 各时间点 VAS 评分均显著低于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。具体数据: 术后 1h, 对照组 (6.80±1.20) 分、试验组 (4.20±1.00) 分; 术后 12h, 对照组 (5.90±1.10) 分、试验组 (3.50±0.90) 分; 术后 24h, 对照组 (4.80±1.00) 分、试验组 (2.80±0.80) 分; 术后 48h, 对照组 (3.20±0.90) 分、试验组 (1.90±0.70) 分。

2.2 两组康复进程指标比较

试验组患者术后首次肛门排气时间、首次进食时间、首次下床活动时间均显著短于对照组,总住院天数显著少于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。具体数据:首次肛门排气时间,对照组(55.80 ± 10.20)h、试验组(32.60 ± 7.80)h;首次进食时间,对照组(42.70 ± 6.80)h、试验组(24.50 ± 5.30)h;首次下床活动时间,对照组(36.50 ± 8.40)h、试验组(18.20 ± 4.60)h;住院天数,对照组(11.70 ± 3.20)d、试验组(8.30 ± 2.10)d。

2.3 两组并发症发生情况比较

试验组患者术后并发症发生率为6.06%(2/33),显著低于对照组的24.24%(8/33),组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。具体情况:对照组发生切口感染3例、胆漏1例、肺部感染2例、腹胀2例,共8例;试验组发生切口感染1例、腹胀1例,共2例,无胆漏、肺部感染、下肢深静脉血栓等并发症发生。

3 讨论

肝胆管结石作为临床高发的难治性胆道疾病,手术是目前根治该病的核心手段,但手术创伤引发的组织损伤、麻醉药物的残余刺激,易导致患者术后出现中重度疼痛^[3-4]。这种疼痛不仅给患者带来剧烈躯体痛苦,还会通过神经-内分泌调节机制抑制胃肠道功能恢复,降低患者早期进食、主动活动的积极性,进而形成“疼痛加剧应激反应-康复进程滞后-并发症风险升高”的恶性闭环,显著增加肺部感染、下肢深静脉血栓、腹胀、切口愈合不良等不良临床结局的发生概率^[5]。常规围手术期护理多沿用传统护理流程,存在镇痛方式单一(以术后按需给药为主)、康复干预启动时机滞后、引流管道留置过久等局限,难以从根源上破解疼痛与康复的矛盾,无法充分满足患者术后快速、安全康复的临床需求^[6-7]。

本研究基于ERAS理念构建的综合护理干预模式,通过围手术期术前、术中、术后全流程精细化优化,实现了患者临床获益的多维提升:在疼痛管理上,采用“超前镇痛+多模式联合”的科学镇痛策略,术中通过超声引导下腹横肌平面神经阻滞从痛觉传导源头减轻疼痛刺激,术后搭配患者自控镇痛泵与口服镇痛药物的联合方案^[8],动态监测VAS评分并按时调整镇痛措施,确保患者术后疼痛持续控制在轻度水平,从根本上缓解躯体痛苦;在康复促进上,打破传统护理中“长时间禁食禁饮”“术后卧床静养”的固有桎梏,推行术后6h无不适即可温水试饮、12h给予流质饮食的渐进式营养支持方案,快速恢复胃肠道蠕动与肠道黏膜屏障功能,同时制定6h协助翻身、12h床边坐立、24h下床活动的梯度化早期康复方案,配合早期拔除胃管、尿管等非必要引流管道,最大限度减少生理刺激与心理负担,显著缩短患者术后

首次肛门排气、进食、下床活动时间及总住院天数^[9-10];在并发症预防上,依托肝胆外科医生、专科护士、麻醉医师、营养师组成的多学科团队,从术前健康宣教、功能训练,到术中体温保护、限制性液体输注,再到术后针对性肺部护理、下肢血栓预防、切口管理等多环节筑牢安全防线,最终使试验组并发症发生率降至6.06%,远低于对照组的24.24%。

综上所述,ERAS理念指导的综合护理干预可有效减轻肝胆管结石术后疼痛、加速康复进程、降低并发症风险,符合现代外科快速康复趋势,具有重要临床推广价值。

【参考文献】

- [1]张婷婷,刘志鑫,郑丹红,等.基于加速康复外科理念的护理干预模式对肝胆管结石术后患者应激反应及疼痛水平影响的临床研究[J].当代医药论丛,2024,22(18):169-172.
- [2]蒲江玲.加速康复外科护理理念对双镜联合治疗胆囊结石并胆管结石患者术后疼痛持续时间的影响[J].当代医学,2023,29(2):181-183.
- [3]杨娟,徐琳.ERAS理念下的术后护理管理在肝内胆管结石患者术后康复中的应用价值[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022,26(12):47-48.
- [4]孔倩倩,程丽萍.加速康复外科理念护理对胆囊结石合并肝外胆管结石患者术后康复进程及并发症的影响[J].反射疗法与康复医学,2022,30(22):112-115.
- [5]杨娟,徐琳.ERAS理念下的术后护理管理在肝内胆管结石患者术后康复中的应用价值[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022,15(12):44-45.
- [6]涂志坚,曹辉,周鹏宇,等.术后加速康复背景下机器人与腹腔镜左半肝切除治疗肝胆管结石的疗效分析[J].中华肝胆外科杂志,2024,30(4):259-264.
- [7]梁尔斌,庞阮琴.加速康复外科指导下腹腔镜胆总管切开取石术围手术期中医综合疗法疗效观察[J].数理医药学杂志,2022,35(1):153-155.
- [8]李佳佳,李汛,岳平,等.ERAS多元化临床干预路径在不同年龄层次胆管结石患者ERCP围术期中的应用[J].西部医学,2022,35(33):121-131.
- [9]董瑞鹏,沈娜,刘彩云,等.ERAS理念在腹腔镜肝切除治疗肝内胆管结石中的应用[J].腹部外科,2024,31(1):88-94.
- [10]李晓杰,刘立宝,胡昆鹏,刘波,王庆亮.ERAS理念下经皮经肝胆道镜碎石术治疗肝胆管结石病的疗效[J].中华肝脏外科手术学电子杂志,2022,22(1):88-91.

作者简介:

罗瑞(1990.05-),女,四川宜宾人,本科,主管护师,研究方向为普外科。