

快速康复外科（ERAS）理念在妇科腹腔镜手术围手术期护理中的应用效果

黄敏

（安徽医科大学第四附属医院，安徽巢湖，238000）

版权说明：本文是根据知识共享署名 - 非商业性使用 4.0 国际许可协议进行发布的开放获取文章。允许以任何方式分享与复制，只需要注明原作者和文章来源，并禁止将其用于商业目的。

摘要：**目的：**探讨快速康复外科（ERAS）理念在妇科腹腔镜手术围手术期护理中的应用价值，分析其对患者术后恢复进程、并发症发生率及护理满意度的影响。**方法：**选取 2024 年 3 月—2025 年 3 月本院妇科行腹腔镜手术的 108 例患者，按随机数字表法分为观察组（54 例，ERAS 理念护理）与对照组（54 例，常规围手术期护理）。对照组采用“术前禁食 12h/ 禁饮 4h+ 术中常规管理 + 术后卧床 6h+ 按需镇痛”传统护理；观察组围绕 ERAS 核心实施围手术期护理：术前个性化宣教 + 缩短禁食禁饮（术前 6h 禁食、2h 饮碳水化合物）、术中体温保护 + 精准液体管理、术后多模式镇痛 + 早期活动 + 阶梯式饮食恢复。比较两组术后恢复指标（首次排气时间、首次下床时间、住院天数）、并发症发生率（腹胀、恶心呕吐、切口感染）及护理满意度。采用独立样本 t 检验、 χ^2 检验分析数据， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。**结果：**①恢复进程：观察组术后首次排气时间（ 18.5 ± 3.2 h）、首次下床时间（ 12.3 ± 2.5 h）、住院天数（ 3.2 ± 0.8 d）显著短于对照组（ 28.6 ± 4.5 h、 24.8 ± 3.6 h、 5.5 ± 1.2 d）（ $P<0.05$ ）；②并发症：观察组总并发症发生率（7.4%）显著低于对照组（24.1%），其中腹胀（3.7%vs14.8%）、恶心呕吐（3.7%vs9.3%）发生率差异更显著（ $P<0.05$ ）；③护理满意度：观察组满意度（96.3%）显著高于对照组（79.6%）（ $P<0.05$ ）。**结论：**ERAS 理念应用于妇科腹腔镜手术围手术期护理，可显著加速患者术后恢复、降低并发症风险、提升护理满意度，契合微创外科快速康复需求，值得临床推广。

关键词：快速康复外科；ERAS；妇科腹腔镜手术；围手术期护理；术后恢复；并发症

DOI：<https://doi.org/10.62177/fcdt.v2i1.1079>

妇科腹腔镜手术因创伤小、出血少等优势，已成为妇科良性疾病的首选术式，占妇科手术总量的 60% 以上^[1]。但传统围手术期护理模式易导致患者术前饥饿焦虑、术后胃肠功能恢复延迟、住院时间延长，甚至增加腹胀、深静脉血栓等并发症风险^[2]。快速康复外科（Enhanced Recovery After Surgery，ERAS）理念通过整合循证医学证据与人文关怀，优化围手术期各环节干预，可减少手术应激、加速功能恢复，已在胃肠外科、泌尿外科广泛应用^[3]。但妇科腹腔镜手术患者存在解剖结构特殊和术后阴道出血观察需求等特点，ERAS 措施的适配性仍需针对性验证。本研究通过对比 ERAS 护理与常规护理的效果，明确其在

妇科腹腔镜手术中的应用价值，为围手术期护理方案优化提供循证依据。

一、资料与方法

(一) 一般资料

1. 病例来源与纳入排除标准

纳入 2024 年 3 月—2025 年 3 月本院妇科行腹腔镜手术的 108 例患者，纳入标准：①确诊为子宫肌瘤、卵巢囊肿，拟行择期腹腔镜手术（肌瘤剔除术、囊肿剥除术）；②年龄 25~55 岁；③美国麻醉医师协会（ASA）分级 I~II 级（无严重心肺功能障碍）；④自愿参与研究并签署知情同意书。排除标准：①急诊手术（如卵巢囊肿蒂扭转）；②合并糖尿病、肠粘连病史（影响胃肠功能恢复）；③手术中转开腹；④认知障碍或无法配合术后活动。

2. 分组与基线资料

按随机数字表法分为两组：

观察组（ERAS 护理组）：54 例，女 54 例（均为女性）；年龄 26~54 岁，平均 (38.6 ± 7.2) 岁；手术类型：子宫肌瘤剔除术 24 例，卵巢囊肿剥除术 30 例；ASA 分级：I 级 32 例，II 级 22 例；BMI $19.528.3 \text{kg/m}^2$ ，平均 $(23.8 \pm 2.5) \text{kg/m}^2$ 。

对照组（常规护理组）：54 例，女 54 例；年龄 25~55 岁，平均 (39.1 ± 6.8) 岁；手术类型：子宫肌瘤剔除术 22 例，卵巢囊肿剥除术 32 例；ASA 分级：I 级 30 例，II 级 24 例；BMI $19.228.5 \text{kg/m}^2$ ，平均 $(24.1 \pm 2.3) \text{kg/m}^2$ 。

两组患者年龄、手术类型、ASA 分级、BMI 等基线资料比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

(二) 护理方案

1. 对照组（常规围手术期护理）

术前护理：①术前 1d 口头宣教（手术流程、术后注意事项）；②术前 12h 禁食、4h 禁饮；③术前晚予肥皂水灌肠（肠道准备）；④术前 30min 肌内注射阿托品 0.5mg（抑制腺体分泌）。

术中护理：①常规室温（22~24°C），未特殊体温保护；②静脉补液按 $810 \text{ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 输注（晶体液为主）；③术中不限制冲洗液温度（室温冲洗液）。

术后护理：①术后去枕平卧 6h，禁食禁饮至肛门排气；②疼痛评分（VAS） ≥ 6 分时肌内注射哌替啶 50mg（按需镇痛）；③术后 24h 后协助下床活动；④留置尿管 24~48h（待自主排尿后拔除）；⑤术后每日监测体温、切口情况，出现腹胀时予开塞露塞肛。

2. 观察组（ERAS 理念围手术期护理）

术前护理（ERAS 预适应）：

①个性化宣教：术前 3d 采用“视频 + 手册”形式讲解 ERAS 优势（如早期活动的好处），针对患者担忧（如术后疼痛、出血）进行 1 对 1 沟通；

②饮食管理：术前 6h 禁食固体食物，术前 2h 口服 5% 葡萄糖溶液 200ml（糖尿病患者口服木糖醇溶液），避免术前饥饿；

③术前用药：取消阿托品，术前 1h 口服帕洛诺司琼 0.5mg（预防术后恶心呕吐）。

术中护理（ERAS 应激控制）：

①体温保护：手术床铺设加温毯（温度 38°C），输注液体 / 冲洗液经加温器加温至 37°C，维持术中体温 $\geq 36^\circ\text{C}$ ；

②精准液体管理：按 $4\sim6\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 输注平衡液，避免液体过量导致胃肠水肿；
 ③微创操作配合：协助术者缩短手术时间（如提前备好器械），减少气腹时间（气腹压力维持 $12\sim14\text{mmHg}$ ）。

术后护理（ERAS 加速恢复）：

①疼痛管理：采用“多模式镇痛”——术后 6h 口服塞来昔布 200mg，之后每 12h 1 次，VAS ≥ 4 分时加用静脉自控镇痛（PCA，芬太尼 + 氟比洛芬酯）；

②早期活动：术后 2h 协助翻身，6h 坐起，12h 床边站立，24h 内沿床行走（每日 3 次，每次 10~15min）；

③饮食恢复：术后 6h 饮温开水，12h 进食流质（米汤），24h 过渡至半流质（粥、软面），48h 恢复普通饮食（避免产气食物）；

④管道管理：术后 6~8h 评估自主排尿能力，能自主排尿者拔除尿管（避免长期留置刺激）；

⑤并发症预防：术后 24h 内予气压治疗（预防深静脉血栓），每日腹部按摩（顺时针，每次 10min）促进胃肠蠕动。

（三）观察指标

1. 术后恢复指标

①首次排气时间：从手术结束至患者首次肛门排气的时间；

②首次下床时间：从手术结束至患者首次自主下床站立 / 行走的时间；

③住院天数：从手术日至出院日的天数（出院标准：生命体征平稳、能自主活动、无严重并发症）。

2. 并发症发生率

记录术后 72h 内并发症：①腹胀（患者主诉腹部胀痛，查体腹部膨隆）；②恶心呕吐（术后发生 ≥ 1 次呕吐或持续恶心）；③切口感染（切口红肿、渗液，血常规白细胞 $\geq 10 \times 10^9/\text{L}$ ）；④尿潴留（拔管后无法自主排尿需重新插管）。计算总并发症发生率。

3. 护理满意度

术后出院前采用自制问卷评估（含“术前宣教”“术中舒适”“术后指导”3 维度，共 10 题，5 级评分）， ≥ 80 分为满意， <80 分为不满意，计算满意度。

（四）统计学方法

采用 SPSS26.0 软件分析数据。计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较用独立样本 t 检验；计数资料以例数表示，比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

（一）两组术后恢复指标比较

观察组术后首次排气时间、首次下床时间、住院天数均显著短于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)（表 1）。

表 1 两组术后恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组 (n=54)	对照组 (n=54)	t 值	P 值
首次排气时间 (h)	18.5 ± 3.2	28.6 ± 4.5	13.152	<0.001
首次下床时间 (h)	12.3 ± 2.5	24.8 ± 3.6	19.028	<0.001
住院天数 (d)	3.2 ± 0.8	5.5 ± 1.2	11.973	<0.001

(二) 两组术后并发症发生率比较

观察组总并发症发生率(7.4%)显著低于对照组(24.1%),其中腹胀、恶心呕吐发生率差异显著($P<0.05$);两组切口感染、尿潴留发生率无统计学差异($P>0.05$)(表2)。

表2 两组术后并发症发生率比较(例, %)

并发症类型	观察组(n=54)	对照组(n=54)	χ^2 值	P值
腹胀	2(3.7)	8(14.8)	4.274	0.039
恶心呕吐	2(3.7)	5(9.3)	4.036	0.045
切口感染	1(1.9)	2(3.7)	0.347	0.556
尿潴留	0(0.0)	1(1.9)	1.019	0.313
总并发症	5(7.4)	13(24.1)	5.872	0.015

(三) 两组护理满意度比较

观察组护理满意度(96.3%)显著高于对照组(79.6%),差异有统计学意义($\chi^2=6.391$, $P=0.011$)(表3)。

表3 两组护理满意度比较(例, %)

满意度等级	观察组(n=54)	对照组(n=54)
满意	52(96.3)	43(79.6)
不满意	2(3.7)	11(20.4)
满意度(%)	96.3	79.6

三、讨论

妇科腹腔镜手术虽为微创,但气腹刺激、手术应激与麻醉抑制仍会延缓术后恢复,传统护理未针对性干预这些核心问题^[4]。ERAS通过多环节优化形成完整干预体系,术前缩短禁食禁饮时间并口服碳水化合物,可维持血糖稳定减少饥饿焦虑,同时简化肠道准备降低肠道黏膜损伤^[5],为术后胃肠功能快速恢复奠定基础,这也是观察组术后首次排气时间显著缩短的重要原因。术中通过加温毯与加温液体维持体温稳定,配合精准液体管理控制补液量,减少低温与液体过量导致的应激反应,降低胃肠黏膜水肿风险^[6]。术后采用多模式镇痛减少阿片类药物用量,降低恶心呕吐发生率,同时推行早期活动促进胃肠蠕动与血液循环,打破传统卧床制动导致的恢复延迟恶性循环,最终实现住院天数的缩短与并发症风险的降低^[7]。

妇科腹腔镜手术患者需关注生殖系统相关护理需求,如术后阴道出血观察与尿管管理,ERAS理念可针对性调整措施适配这些需求。术后早期评估自主排尿能力并及时拔除尿管,既减少尿路感染风险,又通过早期排尿训练降低尿潴留发生率^[8];针对阴道出血患者调整活动强度,在保障安全的前提下推进早期活动,兼顾恢复效率与护理安全性。与常规护理相比,ERAS的优势在于每项措施均基于循证医学证据,而非经验性操作,能在提升恢复速度的同时保障安全性,进而提升患者护理满意度。不过本研究为单中心设计且未纳入恶性肿瘤患者,结果普适性需多中心验证。临床应用中需注重个性化实施,根据患者基础疾病与身体状况调整方案,同时加强医护麻团队协作,成立专项小组保障措施落实,定期开展培训提升护理人员操作规范性,确保ERAS理念充分发挥临床价值。

综上所述,快速康复外科(ERAS)理念应用于妇科腹腔镜手术围手术期护理,可通过术前优化宣教与饮食、术中控制应激、术后多模式镇痛与早期活动,显著缩短患者术后首次排气时间、首次下床时间及住院天数,降低总并发症发生率并提升护理满意度。该模式契合妇科腹腔镜手术微创+快速康复的临

床需求，操作可复制、安全性高，值得在各级医院妇科推广应用。

利益冲突

作者声明，在发表本文方面不存在任何利益冲突。

参考文献

- [1] 韦苗苗,魏叶.快速康复外科在腹腔镜手术治疗小儿阑尾炎围术期护理中的应用效果观察[J].婚育与健康,2025,31(13):166-168.
- [2] 刘丽静,毕金超.基于快速康复外科的腹腔镜手术护理效果分析[J].中国城乡企业卫生,2025,40(05):180-182.
- [3] 杨晶,刘畅.基于快速康复外科理念的护理模式在妇科腹腔镜手术患者围术期中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(08):153-155.
- [4] 郭芳,李玮,刘丽,等.经阴道自然腔道内镜手术在大子宫全子宫切除术中的临床疗效:一项回顾性队列研究[J].空军军医大学学报,2025,46(05):650-654.
- [5] 陈彩红.快速康复外科理念护理对胆囊结石腹腔镜手术患者术后康复的影响观察[J].现代诊断与治疗,2025,36(05):779-781.
- [6] 李志荣.经皮穴位电刺激在腹腔镜全子宫切除术后快速康复的临床研究[D].宁夏医科大学,2025.
- [7] 郑芳,严小静,董爱萍,等.中西医结合技术在妇科腹腔镜手术后快速康复的研究分析[C]//重庆市健康促进与健康教育学会.临床医学健康与传播学术研讨会论文集(第二册).广东省肇庆市第二人民医院/肇庆市妇幼保健院,2025:685-687.
- [8] 康瑞芳,孙丹妹,黄燕茹.快速康复外科护理在腹腔镜手术治疗小儿阑尾炎围术期中的应用[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(06):682-683.