

不同护理干预措施对外科术后患者康复速度的影响研究

熊桃

秭归县归州镇中心卫生院 湖北宜昌 443601

摘要: 目的: 探讨常规护理、综合护理与个性化护理对外科术后患者康复速度的影响。方法: 采用随机对照设计, 纳入 285 例 2024 年 1 月至 2025 年 6 月收治的外科手术患者, 按 1:1:1 分配至三组; 主要评价指标为术后首次下床时间、住院天数及并发症发生率。结果: 个性化护理组下床时间最短 (28.5 ± 6.3 h), 住院天数最少 (7.2 ± 1.5 d), 并发症发生率最低 (2.11%); 三组间差异均具统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 个性化护理较综合护理与常规护理更能加速功能恢复、缩短住院周期并提升安全性, 为围术期精准分层护理提供实证支持。

关键词: 外科术后; 康复速度; 常规护理; 综合护理; 个性化护理

前言

外科手术虽已成为现代医学治疗多种疾病的关键手段, 但其成功不仅取决于术中操作, 更依赖于术后康复质量。尽管手术安全性不断提升, 并发症如切口或肺部感染、深静脉血栓及胃肠功能障碍仍较常见, 影响患者恢复、延长住院时间并增加医疗负担^[1]。在此背景下, 优化围术期护理策略尤为关键。近年来, “以患者为中心”的理念推动了加速康复外科 (ERAS) 的广泛应用, 而护理作为 ERAS 落地的核心, 在疼痛管理、早期活动、营养支持和心理干预等方面作用突出^[2]。传统常规护理难以满足个体化需求, 尤其在老年或高危患者中易显不足; 相比之下, 综合护理通过整合多项措施提升响应效率, 个性化护理则进一步结合患者年龄、病情、生理状态及社会支持等因素, 实现动态适配^[3]。目前, 国内针对不同护理模式对术后下床时间、住院天数及并发症等核心指标影响的高质量研究仍较缺乏^[4]。本研究基于 2024 年 1 月至 2025 年 6 月 285 例外科手术患者, 采用随机对照设计, 系统比较常规、综合与个性化护理的效果, 旨在为构建精准、分层的围术期护理体系提供实证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 1 月—2025 年 6 月接受外科手术治疗 285 例患者作为研究对象, 所有患者均自愿参与本研究并签署知情同意书。患者年龄 22 ~ 78 岁, 平均 (48.6 ± 10.3) 岁; 其中男性 156 例, 女性 129 例; 手术类型涵盖胃肠外科手术 82 例、肝胆外科手术 65 例、骨科手术 78 例、其他外科手

术 60 例。纳入标准为: 符合外科手术指征并顺利完成手术; 意识清晰, 能够配合护理干预及康复评价; 无严重心、肝、肾等重要脏器功能衰竭。排除标准为: 存在精神疾病或认知功能障碍; 合并严重感染、凝血功能异常等并发症; 术后出现严重不良反应需转入重症监护室治疗; 临床资料不完整。采用随机数字表法将患者分为常规护理组 (95 例)、综合护理组 (95 例) 及个性化护理组 (95 例), 三组患者在年龄、性别、手术类型等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

常规护理组采用外科术后基础护理措施, 密切监测患者生命体征, 包括体温、脉搏、呼吸、血压等指标的动态变化; 做好切口护理, 定期更换敷料, 观察切口有无渗血、渗液、红肿等感染迹象; 遵医嘱完成药物输注, 告知患者药物使用方法及可能出现的不良反应; 指导患者术后饮食, 从流质饮食逐步过渡至半流质、普通饮食, 避免辛辣刺激食物; 解答患者及家属基础护理相关疑问, 提供常规健康宣教。综合护理组在常规护理基础上增加全面护理干预内容, 强化疼痛管理, 通过数字疼痛评分法评估患者疼痛程度, 针对不同疼痛等级采用音乐疗法、体位调整、镇痛药物辅助等方式缓解疼痛; 开展早期康复训练, 术后 6 ~ 24 小时根据患者手术类型及身体状况, 指导其进行床上翻身、肢体活动等被动训练, 术后 2 ~ 3 天逐步过渡至主动翻身、坐起、床边站立等训练, 避免长期卧床导致的肌肉萎缩、深静脉血栓等问题; 加强心理护理, 通过与患者沟通了解其心理状态, 针对焦虑、抑

郁等负面情绪进行疏导,介绍术后康复成功案例增强患者信心。个性化护理组在综合护理基础上实施个性化干预方案,术前结合患者年龄、手术类型、身体状况及心理需求制定专属护理计划;对于老年患者重点加强基础疾病监测及防跌倒护理,增加陪护指导频次;对于年轻患者侧重康复训练的个性化调整,结合其运动习惯制定针对性训练方案;对于合并糖尿病、高血压等基础疾病的患者,同步加强血糖、血压监测及饮食调控指导;定期评估患者康复进展,根据实际情况动态调整护理干预措施,确保护理方案的针对性与有效性。

1.3 评价指标及判定标准

选取术后康复相关核心指标进行评价,包括术后首次下床活动时间、术后住院天数及术后并发症发生率。术后首次下床活动时间指患者手术结束后至首次自主下床站立或行走的时间;术后住院天数指患者入院至符合出院标准并办理出院手续的总天数;术后并发症包括切口感染、肺部感染、深静脉血栓、腹胀便秘等,并发症发生率 = 发生并发症例数 / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件处理研究数据,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率 (%) 表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义,通过规范的统计分析确保研究结果的可靠性与科学性。

2 结果

2.1 三组患者术后首次下床活动时间比较

不同护理干预措施下,三组患者术后首次下床活动时间呈现明显差异。常规护理组因仅接受基础护理,缺乏针对性康复引导,术后首次下床活动时间最长;综合护理组在常规护理基础上增加早期康复训练,该时间较常规护理组显著缩短;个性化护理组结合患者个体情况制定专属康复计划,术后首次下床活动时间最短,且与其余两组对比差异更为突出。经 t 检验,三组间数据比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1: 三组患者术后首次下床活动时间比较 ($\bar{x} \pm s, h$)

组别	例数	术后首次下床活动时间	P 值 (与常规护理组比较)
常规护理组	95	48.6 ± 8.2	-
综合护理组	95	36.2 ± 7.5	<0.05
个性化护理组	95	28.5 ± 6.3	<0.05

2.2 三组患者术后住院天数比较

术后住院天数的对比结果与首次下床活动时间趋势一致,护理干预措施越完善,患者住院周期越短。常规护理组术后住院天数为 (12.5 ± 2.3) d,综合护理组通过疼痛管理、心理疏导等全面干预,住院天数缩短至 (9.8 ± 1.8) d;个性化护理组凭借术前规划、动态调整等专属护理,住院天数进一步缩减至 (7.2 ± 1.5) d。经 t 检验,三组患者术后住院天数比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$),充分体现综合护理与个性化护理对缩短康复周期的积极作用。详见表 2。

表 2: 三组患者术后住院天数比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	术后住院天数	P 值 (与常规护理组比较)
常规护理组	95	12.5 ± 2.3	-
综合护理组	95	9.8 ± 1.8	<0.05
个性化护理组	95	7.2 ± 1.5	<0.05

2.3 三组患者术后并发症发生率比较

从并发症发生情况来看,常规护理组因缺乏针对性预防干预,并发症发生率最高,达 15.79%;综合护理组通过切口护理强化、早期康复训练等措施,有效降低了并发症风险,发生率降至 7.37%;个性化护理组针对不同人群制定预防方案,如老年患者的防跌倒护理、基础疾病患者的指标监测等,并发症发生率最低,仅为 2.11%。经 χ^2 检验,三组患者术后并发症发生率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$),表明完善的护理干预可显著提升术后康复安全性。详见表 3。

表 3: 三组患者术后并发症发生率比较

组别	例数	并发症例数	发生率 (%)	P 值 (与常规护理组比较)
常规护理组	95	15	15.79	-
综合护理组	95	7	7.37	<0.05
个性化护理组	95	2	2.11	<0.05

3 讨论

外科术后康复是一个涉及生理、心理及社会支持等多维度的复杂过程,护理干预作为其中的关键环节,其模式的优化直接关系到患者功能恢复的速度与质量^[5]。传统常规护理虽能保障基本医疗安全,满足生命体征监测、切口管理与基础宣教等需求,但在应对个体差异和潜在风险方面表现出一定的局限性。随着加速康复外科理念的深入推广,护理实践正逐步从标准化向精细化转变,综合护理与个性化护理因其更强的针对性与系统性,在缩短康复周期、降低并发症发生率方面展现出显著优势。

护理干预的效果不仅体现在技术操作层面，更在于对患者整体状态的动态把握与科学调控。综合护理在常规基础上融入疼痛管理、早期活动指导与心理支持，形成多维度协同干预机制。疼痛作为术后常见的应激源，若控制不佳，易引发心率加快、血压升高，甚至抑制胃肠蠕动与呼吸功能，延缓康复进程。采用数字评分法进行量化评估，并结合音乐放松、体位调整及镇痛药物的阶梯式应用，能够实现疼痛的有效缓解，提升患者的舒适度与依从性。与此同时，早期康复训练的介入打破了“静养为主”的传统观念，通过术后 6 至 24 小时内的被动活动，逐步过渡到主动坐起、站立乃至行走，有效促进血液循环，预防肌肉萎缩与深静脉血栓的发生；肠道功能也在适度活动刺激下更快恢复，减少腹胀与便秘的发生概率。心理层面的干预同样不可忽视，手术带来的焦虑与不安可能削弱免疫应答能力，影响伤口愈合速度，通过沟通疏导与成功案例分享，有助于稳定情绪，增强康复信心。

个性化护理则进一步深化了精准照护的理念，强调以患者为中心，依据年龄、手术类型、基础疾病及心理特征制定专属方案。老年患者常伴有多系统功能减退，术后跌倒风险高，需加强环境安全评估与陪护指导；合并糖尿病或高血压者，则需将血糖、血压控制纳入日常护理重点，配合饮食调控与用药监督，避免代谢紊乱干扰组织修复。年轻患者通常身体耐受性较好，可适当增加康复训练强度，结合既往运动习惯设计个性化锻炼计划，提高功能恢复效率。这种因人而异的策略使护理措施更具适应性，不仅提升了干预的科学

性，也增强了患者对护理服务的认同感。

护理团队的专业能力与多学科协作水平是保障高质量护理实施的基础。护理人员需具备敏锐的观察力与扎实的理论知识，能够及时识别病情变化并作出相应调整。跨专业团队的合作则整合了医疗、营养、康复等资源，为患者提供全方位支持。此外，健康教育贯穿始终，通过通俗易懂的方式传递康复知识，提升患者自我管理能力和使其由被动接受转为主动参与，从而放大护理干预的实际成效。尽管本研究在单中心开展，随访时间有限，但结果仍具参考价值，未来可拓展至多中心大样本研究，进一步验证不同护理模式的长期效应，并借助循证医学持续优化临床路径，推动围术期护理向更高水平发展。

参考文献：

- [1] 张彤, 刘春燕. 手术室护理干预对于降低胸外科术后患者肺部感染的作用 [J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(2): 393-395.
- [2] 包章艳, 季湧, 高峰, 等. 以手术陪护为主的综合护理干预对普外科手术患者术前焦虑的影响 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(2): 4-5.
- [3] 张伟, 袁小芳. 全面护理干预在神经外科术后患者中的应用效果 [J]. 中文科技期刊数据库 (全文版) 医药卫生, 2023(1): 14-15.
- [4] 由文萍, 于翔诚. 分析护理干预对普外科术后疼痛的影响效果 [J]. 医学研究, 2020(2): 25-26.
- [5] 赵小红. 探讨外科手术室护士对外科手术患者的心理分析及护理措施 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(14): 2-3.