

快速康复护理在宫腔镜宫颈息肉切除术患者中的应用研究

兰秋红

江西省妇女儿童医学中心 江西南昌

【摘要】目的 探讨快速康复护理在宫腔镜宫颈息肉切除术患者中的应用效果。**方法** 选取 2025 年 3 月至 2026 年 3 月期间收治的 60 例患者按照随机数字表法分为研究组（30 例，快速康复护理）与对照组（30 例，常规护理），比较两组术后恢复指标。**结果** 研究组患者术后首次排气时间、首次排便时间、首次下床时间、阴道流血持续时间以及白带恢复时间均短于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ）。**结论** 快速康复护理可促进宫腔镜宫颈息肉患者术后恢复，缩短康复周期。

【关键词】 快速康复护理；宫腔镜宫颈息肉切除术；首次排气时间

【收稿日期】 2026 年 9 月 5 日

【出刊日期】 2026 年 10 月 6 日

【DOI】 10.12208/j.jnmn.20260542

Application of rapid recovery nursing in patients undergoing hysteroscopic cervical polyp resection

QiuHong Lan

Jiangxi Women and Children Medical Center, Nanchang, Jiangxi

【Abstract】Objective To explore the application effect of rapid recovery nursing in patients undergoing hysteroscopic cervical polyp resection. **Methods** From March 2025 to March 2026, 60 patients were randomly divided into the study group (30 cases, rapid recovery nursing) and the control group (30 cases, conventional nursing) based on the random number table method. The postoperative recovery indicators of the two groups were compared. **Results** The time of first flatus, first defecation, first getting out of bed, duration of vaginal bleeding, and recovery time of vaginal discharge in the study group were shorter than those in the control group, and the differences were statistically significant (all $P < 0.05$). **Conclusion** Rapid recovery nursing can promote the postoperative recovery of patients with cervical polyps under hysteroscopy and shorten the recovery period.

【Keywords】 Rapid recovery nursing; Hysteroscopic cervical polyp resection; First exhaust time

宫颈息肉是妇科常见病、多发病，其发病率约占育龄期女性的 2%~5%。作为慢性宫颈炎的一种表现形式，宫颈息肉虽多为良性病变，但其引起的异常子宫出血、白带增多、接触性出血及不孕等问题，严重影响了患者的生殖健康与生活质量^[1-2]。目前，宫腔镜下宫颈息肉切除术是临床首选的治疗手段，该手术虽属微创手术，但由于术中需扩张宫颈、膨宫介质的应用及术后子宫收缩等因素，患者常伴有明显的疼痛、恶心、呕吐及迷走神经反射等应激反应，甚至导致术后恢复延迟及并发症增加。常规护理模式多遵循严格的术前禁饮食、术中常规保温及术后被动观察等，虽在一定程度上保障了医疗安全，但往往忽视了机体应激反应对术后康复的负面影响^[3]。近年来，以循证医学为基础的快速康复外科（ERAS）理念逐渐引入妇科护理领域，其核心在于通过优化一系列护理措施，最大限度地降低机体的

应激反应与创伤，从而加速患者术后生理功能的恢复，缩短住院时间，减少医疗费用。鉴于此，本研究旨在探讨快速康复护理在宫腔镜宫颈息肉切除术患者中的应用效果，以为临床提供科学的护理实践依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2025 年 3 月至 2026 年 3 月期间收治的 60 例患者按照随机数字表法分为研究组与对照组，各 30 例。研究组年龄 28~63 岁，平均 (45.2 ± 8.3) 岁；息肉直径 0.5~3.2cm，平均 (1.8 ± 0.6) cm；其中单发息肉 22 例、多发息肉 8 例。对照组年龄 27~64 岁，平均 (44.8 ± 8.7) 岁；息肉直径 0.6~3.0cm，平均 (1.7 ± 0.7) cm；其中单发息肉 23 例、多发息肉 7 例。两组基础疾病等方面比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：①经妇科检查及超声/宫腔镜诊断为宫颈管或宫颈外口息肉；②术后病理证实为良性病变；③临床及随访资料完整。

排除标准：①术前检查或病理提示恶变倾向、子宫颈上皮内瘤变 2 级（CIN2）及以上病变；②妊娠期或哺乳期女性；③合并严重心、肝、肺、肾等重要脏器功能障碍；④术前存在急性生殖道炎症；⑤患有精神疾病或认知障碍，无法配合护理干预及随访评估。

1.2 方法

1.2.1 对照组

在常规护理上，需要由责任护士完成入院的宣讲跟基本疾病的说明，向患者讲解手术形式、麻醉风险以及术中术后可以配合的主要方面。告知患者应当坚持禁食禁饮的基础要求，并在患者进入手术室后协助其选择截石位，并按照流程建立静脉通路，配合麻醉医师完成麻醉诱导及维持等相关工作，密切监测患者的生命体征以及出入量变化。在患者术后将其送往病房，并持续心电图监测，直至病情稳定。

1.2.2 研究组

采用快速康复护理，具体为：

（1）术前护理

①优化术前宣教：要转变传统的口头告知的宣讲模式，而采取一对一讲解结合文图讲解或短视频等方式，以多维度讲为患者讲解疾病相关知识，重点要介绍宫腔镜的优势以及微创特性，以及术后及出院前的相关配合事宜。②在心理干预上，应当对患者进行心理测评，针对有失眠、焦虑显著的患者进行放松训练及呼吸指导，必要时可以由心理咨询师进行深入一对一分析。

（2）术中护理

①体温管理：手术室温度维持在 22~25℃，使用加温毯、液体加温仪对输注液体及冲洗液进行加温（维持在 37℃左右），防止低体温引发的寒战、凝血功能障碍及心肌损伤。②体位与舒适度保护：在不影响手术操作的前提下，应当减少截石位腿架的高度。并且使用软垫对肩部/腘部进行保护，减少腰背酸痛以及神经损伤的风险。在无特殊情况下不留置导尿管，减少对尿道的刺激，预防尿路感染。

（3）术后护理

①极早期进食与营养支持：在进食和营养支持方面，患者若术后意识清醒，反吞咽反射正常，可以在半小时后服用少量的温开水，在术后两小时可以进行流质饮食，在 6 小时后可以过渡为半流质饮食，并逐步恢复到正常饮食。营养师将配合医护人员进行查房，根

据患者的恢复情况制定饮食方案，补充蛋白、维生素等。②即刻活动与功能锻炼：在患者术后清醒时进行床上的双下肢踝泵运动，术后 30 分钟可以在护理人员的协助下进行床边起坐，如果无其他异常如头晕、心悸者，可以进行下床行走；上午完成手术的患者，无异常情况，可以下午办理出院。如下午手术患者当日无异常则可以立即出院，护理人员需要评估患者的活动耐力，在离院前应当告知患者居家护理的要点，以及定期复查的时间。③多模式镇痛管理摒弃传统的单一阿片类药物的镇痛模式，而是使用三位一体镇痛体系，通过药理、物理、心理三者相结合来帮助患者缓解疼痛，提高疼痛阈值，术后服用口服非甾体抗炎药物，同时对于疼痛敏感者，可以进行下腹部冷敷，每次 15~20 分钟，间隔 1 小时可以进行第二次。同时可以结合音乐疗法、分散注意力疗法来帮助患者转移注意力，减轻疼痛。将视觉模拟评分法（VAS）评分控制在≤3 分，减少因疼痛限制活动导致的康复延迟。④排尿管理：若患者术后未见特殊情况，则不需要留置导尿管，在患者清醒后便鼓励其自行排尿，指导患者利用听流水声或者热敷下腹的方式来诱导排尿。责任护士还可以评估患者的排尿情况以及膀胱的充盈度，必要时可以通过超声残余尿进行测定，如残余尿量超过 10mL，则需要结合具体情况和医嘱建议进行处理。⑤并发症预警与处理：建立术后观察，主要侧重于并发症的管理跟预防，同时还要监测阴道出血量，对患者的体温情况、腹痛情况及排尿情况均进行预警管理。

1.3 观察指标

记录术后恢复指标，包括首次排气/排便时间、首次下床时间、阴道流血持续时间以及白带恢复时间。

1.4 统计学分析

采用 SPSS27.0 统计学软件进行数据分析。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料以[例(%)]表示，组间比较采用 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

研究组首次排气、首次排便时间、首次下床时间、阴道流血持续时间及白带恢复时间短于对照组，差异具备统计学意义（P<0.05），见表 1。

3 讨论

宫腔镜宫颈息肉切除术是当前妇科治疗宫颈息肉的首选微创方式，常规护理模式多强调“安全至上”的保守理念，如术前长时间禁食禁饮、术后长期卧床、延迟进食等，虽在一定程度上降低了麻醉误吸风险，但也

显著增加了患者口渴、饥饿、低血糖、胰岛素抵抗及下肢静脉血栓的发生率，不利于术后快速康复^[4-5]。

表 1 两组术后恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次排气时间 (h)	首次排便时间 (h)	首次下床时间 (h)	阴道流血持续时间 (d)	白带恢复时间 (d)
研究组	30	12.3±2.5	14.1±2.8	14.6±2.2	2.1±0.5	3.5±1.2
对照组	30	14.7±3.1	16.4±3.2	17.4±2.9	3.4±0.8	5.1±1.4
t		5.640	5.922	7.413	3.959	6.970
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

本研究结果显示，研究组患者术后各项指标的恢复时间用时短于对照组 (P 均 <0.05)。术后首次排气与排便时间的缩短主要得益于 ERAS 理念中“早期进食”与“早期活动”的双重干预^[6]。研究组患者术后两小时可以进行流质饮食，不仅提供了能量基础，还能够刺激胃肠道激素的分泌，有助于肠蠕动的恢复^[7]。同时在术后 6 小时进行下床活动，能够进一步改变体位，并通过肌肉收缩来增加胃肠蠕动，有助于改善术后腹胀、便秘等常见的不适问题。与此同时，患者的手术下床时间缩短，说明快速康复管理能够加强对体能的储备，并加强疼痛抑制。在多模式镇痛下能够进一步降低患者的术后疼痛感，减少患者由于害怕疼痛而不敢进行大幅度活动的心理障碍。阴道流血持续时间与白带恢复时间的缩短则与 ERAS 减轻炎症反应、促进创面修复密切相关。快速康复理念是一套围手术期多学科综合管理的理念，能够促使患者早日康复，减少并发症。其核心要素包括了术前的评估与管理，术中的温度控制、应激反应管理、精准液体治疗等，以及在术后鼓励患者早下床、早进食，并通过康复训练、营养支持、疼痛管理，使护理方案更加精准、科学、规范。不仅有助于维持患者内环境稳定，提升了机体免疫力，有利于术后宫颈创面的血管收缩与上皮再生^[8]。同时，早期活动能够促进盆腔血液循环，使炎性物质更好地吸收跟排出，有助于减少术后阴道淋漓出血时间及异常白带的持续时间。

综上所述，快速康复护理作为有效的围术期管理模式，优化了宫腔镜宫颈息肉切除术患者的短期康复指标，具有推广价值。

参考文献

[1] 农桂娟. 护理干预在宫腔镜电切术治疗宫颈息肉中的

应用效果观察[J]. 妇幼护理,2023,3(13):307 1-3073.

- [2] 张敏. 延续性护理干预在宫颈息肉手术患者中的护理效果及对我管理水平的影晌研究[J/OL]. 中国科技期刊数据库医药,2021,(11):147-149[2026-09-30].
<http://qikan.cqvip.com/Qikan/Article/Detail?id=1000003232658>.
- [3] 陈茜. 宫颈管息肉宫腔镜摘除术后的护理要点及感染预防措施[J/OL]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2026,(2):228-231[2026-09-30].
<http://qikan.cqvip.com/Qikan/Article/Detail?id=1000004570958>.
- [4] 丁婷婷. 慢性宫颈炎患者实施针对性护理的临床症状改善效果分析[J]. 中外女性健康研究,2023(10):139-140,159
- [5] 曾小玉,朱淑惠,欧小容,等. 护理干预对宫颈机能不全患者的应用效果分析[J]. 中外女性健康研究,2022(3):145-146.
- [6] 张莉. 优质护理干预在宫颈糜烂患者护理中的应用效果观察与分析[J]. 黑龙江中医药,2021,50(1):355-356.
- [7] 张立梅. 优质护理服务在宫腔镜围手术期中的应用效果[J]. 中国医药指南,2022,20(20):143-145.
- [8] 廖秀登. 中医特色护理联合快速康复护理在宫腔镜宫颈息肉切除术患者中的应用研究[J]. 健康导刊,2025,2(35):106-108.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS