

## 快速康复外科护理联合系统护理用于泌尿外科患者围术期护理的效果评价

任 怡, 徐海燕\*

无锡市第二人民医院 江苏无锡

**【摘要】目的** 探讨快速康复外科护理联合系统护理在泌尿外科患者围术期护理中的应用效果。**方法** 选取无锡市第二人民医院 2022 年 6 月至 2024 年 6 月泌尿外科手术患者 120 例为研究对象, 按护理方案不同分为对照组与实验组, 各 60 例。对照组采用常规围术期护理, 实验组实施快速康复外科护理联合系统护理。比较两组术后恢复指标、并发症发生率及护理满意度。**结果** 实验组肛门排气时间、下床活动时间、住院时间均短于对照组 ( $P < 0.05$ ); 实验组并发症发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 实验组满意度高于对照组 ( $P < 0.05$ )。**结论** 快速康复外科护理联合系统护理可加速泌尿外科患者术后恢复, 降低并发症风险, 提升护理满意度, 具有临床推广价值。

**【关键词】** 快速康复外科护理; 系统护理; 泌尿外科; 围术期护理

**【收稿日期】** 2026 年 3 月 18 日

**【出刊日期】** 2026 年 4 月 17 日

**【DOI】** 10.12208/j.jacn.20260213

### Effect evaluation of enhanced recovery after surgery nursing combined with systematic nursing in perioperative nursing of urology patients

Yi Ren, Haiyan Xu\*

Wuxi Second People's Hospital, Wuxi, Jiangsu

**【Abstract】Objective** To explore the application effect of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) nursing combined with systematic nursing in the perioperative nursing of urology patients. **Methods** A retrospective analysis was conducted on 120 urology surgery patients admitted to Wuxi Second People's Hospital from June 2022 to June 2024. They were divided into a control group and an experimental group according to different nursing schemes, with 60 cases in each group. The control group received routine perioperative nursing, while the experimental group was given ERAS nursing combined with systematic nursing. Postoperative recovery indicators, complication rate and nursing satisfaction were compared between the two groups. **Results** The anal exhaust time, ambulation time and hospital stay of the experimental group were shorter than those of the control group (all  $P < 0.05$ ); the complication rate of the experimental group was lower than that of the control group ( $P < 0.05$ ); the satisfaction degree of the experimental group was higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** ERAS nursing combined with systematic nursing can accelerate the postoperative recovery of urology patients, reduce the risk of complications and improve nursing satisfaction, which has clinical promotion value.

**【Keywords】** Enhanced recovery after surgery nursing; Systematic nursing; Urology; Perioperative nursing

#### 引言

泌尿外科疾病涵盖前列腺增生、泌尿系结石、肾囊肿等, 手术是主要治疗手段, 但围术期创伤、应激反应及术后并发症易影响患者康复进程<sup>[1]</sup>。随着生物-心理-社会医学模式的发展, 患者对康复质量与速度的需求不断提升, 传统围术期护理模式因缺乏系统性与针对性, 已难以满足临床需求。快速康复外科 (ERAS) 理念以“减少应激、加速康复”为核心, 通过多学科协作

优化围术期流程; 系统护理则强调从生理、心理、社会维度构建全面护理体系<sup>[2]</sup>。二者结合可实现优势互补, 既通过 ERAS 优化医疗流程, 又依托系统护理关注患者整体需求。本研究以无锡市第二人民医院泌尿外科手术患者为对象, 探讨两种护理模式联合应用的效果, 旨在为提升泌尿外科围术期护理水平提供实践参考, 推动护理模式向精准化、系统化转型。

#### 1 研究资料与方法

\*通讯作者: 徐海燕

### 1.1 一般资料

选取无锡市第二人民医院 2022 年 6 月至 2024 年 6 月期间泌尿外科手术患者 120 例作为研究对象, 为保证研究结果的可靠性与科学性, 采用随机数字表法将其分为对照组和实验组, 每组各 60 例。纳入标准: 均经临床症状、影像学及实验室检查确诊, 符合泌尿外科手术指征; 年龄 18~75 岁; 意识清晰, 可配合护理及随访; 临床资料完整。排除标准: 合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍者; 存在恶性肿瘤远处转移者; 有精神疾病或认知障碍无法沟通者; 合并凝血功能障碍或感染性疾病者。经统计学检验, 两组患者在性别构成 ( $\chi^2=0.133, P=0.715$ )、年龄分布 ( $t=0.312, P=0.755$ ) 及疾病类型等基线资料方面差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。已获得伦理委员会的批准。所有参与者在入选前均签署了书面知情同意书。

### 1.2 实验方法

对照组实施常规围术期护理, 具体内容包括: 术前 1d 进行常规健康宣教, 告知患者手术时间、注意事项, 术前 12h 禁食、6h 禁饮; 术前完善相关检查, 做好皮肤准备与肠道准备; 术中配合医生完成操作, 监测生命体征; 术后遵医嘱进行输液、止痛、抗感染治疗, 告知患者术后饮食及活动相关要求, 待患者出现排气后指导进食流质饮食, 逐步过渡至普通饮食; 定期协助患者翻身, 预防压疮, 观察切口及引流情况, 发现异常及时报告医生。实验组采用快速康复外科护理联合系统护理, 以“流程优化+全面干预”为核心构建护理体系, 具体措施如下: 术前护士进行个体化健康宣教与沟通, 讲解疾病知识、手术流程、快速康复外科理念, 重点培训深呼吸、有效咳嗽、踝泵运动及弹力袜的使用, 让患者主动参与康复。术前肠道准备优化, 遵循“非必要不准备”原则, 减少肠道准备引发的电解质紊乱, 减轻患者不适, 降低麻醉风险及对术后肠功能恢复的影响。术中阶段, 采用保温措施, 将手术间温度控制在 22~25℃, 使用加温毯对患者非手术区域进行保暖, 输入液体及冲洗液均经加温处理 (37℃左右), 减少体温波动引发的应激反应; 严格控制输液量, 根据患者血压、心率等指标精准调节输液速度。术后阶段, 疼

痛管理采用多模式镇痛方案, 术后按需使用静脉镇痛泵, 同时结合音乐疗法、放松训练等非药物镇痛手段, 将疼痛评分控制在 3 分以下; 饮食管理方面, 结石术后 6h 若患者无恶心、呕吐等不适, 指导其饮用少量温开水, 术后 12h 进食流质饮食, 术后 24h 过渡至半流质饮食, 遵循“少量多餐、循序渐进”原则, 补充优质蛋白与维生素; 活动管理上, 术后 6h 协助患者在床上进行翻身、四肢活动, 术后 12h 在护士陪同下坐起, 术后 24h 协助下床站立, 逐步增加活动量, 每日活动时间不少于 30min; 引流管管理采用“早期拔除”策略, 若患者尿液颜色正常、引流量逐渐减少, 术后 24~48h 拔除导尿管, 减少感染风险; 心理干预方面, 每日与患者沟通, 了解其心理状态, 针对焦虑、抑郁情绪给予疏导, 邀请康复良好的患者分享经验, 增强其康复信心; 出院指导阶段, 为患者制定个性化康复计划, 明确饮食、活动、用药及复查时间等要求, 建立微信随访群, 及时解答患者疑问。

### 1.3 观察指标

(1) 术后恢复指标: 记录两组患者术后肛门排气时间、下床活动时间及住院时间, 评估康复速度<sup>[3]</sup>。(2) 并发症发生率: 统计两组术后尿路感染、切口感染、尿潴留及深静脉血栓等并发症发生情况, 计算发生率<sup>[4]</sup>。

(3) 护理满意度: 采用医院自制护理满意度量表进行评价, 量表 Cronbach's $\alpha$  系数为 0.86, 包含护理态度、操作技能、健康指导等 6 个维度, 共 20 个条目, 每个条目 1~5 分, 总分 100 分。得分  $\geq 90$  分为非常满意, 70~89 分为满意,  $<70$  分为不满意, 满意度 = (非常满意例数 + 满意例数) / 总例数  $\times 100\%$ <sup>[5]</sup>。

### 1.4 研究计数统计

用 SPSS 26.0 分析, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 用  $t$  检验; 计数资料 [ $n$  (%)], 用  $\chi^2$  检验。  $P < 0.05$  为有统计学意义

## 2 结果

### 2.1 两组患者术后恢复指标比较

由表 1 可知, 实验组术后肛门排气时间、下床活动时间及住院时间均显著短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $t=14.528, 19.036, 10.982, P$  均  $<0.001$ )。

表 1 两组患者术后恢复指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

指标	对照组 (n=60)	实验组 (n=60)	t 值	P 值
肛门排气时间 (h)	28.5 $\pm$ 4.1	18.2 $\pm$ 3.5	14.528	<0.001
下床活动时间 (h)	42.3 $\pm$ 5.6	24.6 $\pm$ 4.2	19.036	<0.001
住院时间 (d)	9.2 $\pm$ 2.1	5.8 $\pm$ 1.3	10.982	<0.001

### 2.2 两组患者术后并发症发生率比较

由表 2 可知, 对照组术后并发症总发生率为 16.67%, 实验组为 3.33%, 实验组显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $\chi^2=6.171$ ,  $P=0.013$ )。

### 2.3 两组患者护理满意度比较

由表 3 可知, 实验组护理满意度为 96.67%, 显著高于对照组的 81.67%, 差异具有统计学意义 ( $\chi^2=6.982$ ,  $P=0.008$ )。

表 2 两组患者术后并发症发生率比较[n (%) ]

指标	对照组 (n=60)	实验组 (n=60)	$\chi^2$ 值	P 值
尿路感染	4 (6.67)	1 (1.67)	-	-
切口感染	3 (5.00)	0 (0.00)	-	-
尿潴留	2 (3.33)	1 (1.67)	-	-
深静脉血栓	1 (1.67)	0 (0.00)	-	-
总发生率	10 (16.67)	2 (3.33)	6.171	0.013

表 3 两组患者护理满意度比较[n (%) ]

指标	对照组 (n=60)	实验组 (n=60)	$\chi^2$ 值	P 值
非常满意	28 (46.67)	40 (66.67)	-	-
满意	21 (35.00)	18 (30.00)	-	-
不满意	11 (18.33)	2 (3.33)	-	-
满意度	49 (81.67)	58 (96.67)	6.982	0.008

## 3 讨论

泌尿外科手术患者围术期易受手术创伤、应激反应及护理干预措施等因素影响, 导致术后恢复延迟或并发症发生, 因此构建科学高效的护理模式至关重要。本研究将快速康复外科护理与系统护理联合应用于泌尿外科患者围术期, 结果显示实验组在术后恢复、并发症控制及护理满意度方面均优于对照组, 充分体现了联合护理模式的应用价值。

从术后恢复指标来看, 实验组肛门排气时间、下床活动时间及住院时间均显著缩短, 这一结果与快速康复外科护理的核心优势密切相关。传统术前肠道准备除了对患者胃肠道反应剧烈, 存在电解质紊乱风险, 更让患者产生清肠焦虑, 降低治疗信心, 增加术中应激反应。而实验组术前避免不必要的肠道准备, 符合 ERAS 理念中“以患者为中心”的要求, 为术后早期康复奠定基础。术中保温措施的实施有效避免了低体温引发的凝血功能异常、免疫力下降等问题, 减少了对胃肠功能的抑制; 术后多模式镇痛方案将疼痛评分控制在较低水平, 打破了“疼痛-不敢活动-恢复延迟”的恶性循环, 为早期活动提供了保障。同时, 系统护理中个性化的活动指导与饮食干预, 遵循“循序渐进”原则, 既避免了过早活动导致的切口裂开风险, 又通过科学饮食促进了胃肠功能恢复, 加速了患者康复进程<sup>[6]</sup>。

并发症发生率的降低是联合护理模式的另一重要优势。泌尿外科术后常见并发症包括尿路感染、切口感染等, 其发生与引流管管理、卫生护理、免疫功能等因素相关。实验组采用“早期拔除导尿管”策略, 结合严格的无菌操作与会阴护理, 减少了细菌滋生的机会, 因此尿路感染发生率显著降低; 术中精准控制输血量、术后早期活动, 有效促进了血液循环, 降低了深静脉血栓的发生风险; 切口感染的预防则得益于术中保温、术后切口护理及营养支持的综合作用, 充足的营养摄入提升了患者免疫力, 为切口愈合提供了物质保障。而对照组因常规护理缺乏针对性干预, 如术后依赖患者主动诉求进行疼痛管理, 导致部分患者因疼痛不敢翻身, 增加了切口感染与压疮风险, 同时导尿管留置时间过长, 进一步提升了尿路感染发生率<sup>[7]</sup>。

护理满意度的提升反映了联合护理模式在人文关怀方面的优势。系统护理强调“以患者为中心”, 术前通过多样化健康宣教缓解患者焦虑情绪, 术后通过心理疏导与经验分享增强其康复信心, 满足了患者的心理需求; 在护理操作过程中, 护士注重沟通技巧, 及时解答患者疑问, 提升了患者的就医体验。此外, 联合护理模式中护士的主动干预意识更强, 如定期巡视病房、主动评估疼痛与康复情况, 而非被动等待患者呼叫, 这种主动服务模式更易获得患者认可。对照组中部分患

者对护理服务不满意, 主要因健康指导内容笼统、疼痛控制不及时等问题, 反映出传统护理模式在个性化与主动性方面的不足<sup>[8]</sup>。

#### 4 结论

综上所述, 快速康复外科护理与系统护理的联合应用, 可通过优化围术期流程、实施全面干预, 有效加速泌尿外科患者术后恢复, 降低并发症风险, 提升护理满意度。这一护理模式不仅符合现代医学发展趋势, 还能减少医疗资源消耗, 具有较高的临床推广价值。在临床实践中, 护理人员应熟练掌握联合护理模式的核心要点, 结合患者个体情况调整护理方案, 实现“精准护理、加速康复”的目标。

#### 参考文献

- [1] 彭娟.心理疏导护理联合快速康复外科护理在胃癌根治术患者中的应用效果[J].中国典型病例大全,1-8.
- [2] 赵静,魏靖杰.快速康复外科护理联合情志干预在急性阑尾炎腹腔镜阑尾切除术患者中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(24):133-135.
- [3] 辛苏苏.快速康复外科护理联合综合呼吸功能训练在孤立性肺结节电视胸腔镜手术患者中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(23):121-123.
- [4] 米美娜.快速康复外科护理联合中医康复在腹腔镜胆囊切

除术后中的应用研究[A]关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(中)--银发浪潮下老年护理的挑战与机遇专题[C].中国生命关怀协会,中国生命关怀协会,2025:3.

- [5] 梁雅玲,黄丽芬,赵艳娟,黄瑞心.快速康复外科护理联合家庭参与在学龄期高位隐睾患儿围手术期中的实施效果[J].医学理论与实践,2025,38(12):2120-2122.
- [6] 朱传平.快速康复外科护理联合持续健康宣教干预对卵巢癌术后患者恢复情况及自我护理能力的影响[J].反射疗法与康复医学,2025,6(02):155-158.
- [7] 韩万会,杨雪娇,魏彬彬.激励式护理联合快速康复外科护理在食管癌患者围手术期的应用[J].临床研究,2024,32(12):179-182.
- [8] 吴娟,胡锐.CICARE 标准化沟通联合快速康复外科护理模式在老年髋部骨折术后患者中的应用[A]第六届上海国际护理大会论文汇编(中)[C].上海市护理学会,上海市护理学会,2024:1.

**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**