

神经外科围手术期患者快速康复护理路径应用效果

李雪娇 马园园

伊犁哈萨克自治州新华医院，新疆伊宁市，835000；

摘要：目的：探讨快速康复护理路径在神经外科围手术期患者中的应用效果，优化护理流程，减少患者术后并发症，缩短康复周期，提升护理质量与患者满意度。方法：选取2024年10月至2025年10月我院神经外科收治的围手术期患者200例作为研究对象，年龄40~70岁，采用随机数字表法分为对照组和实验组，每组各100例。对照组采用神经外科围手术期常规护理模式，实验组采用快速康复护理路径干预，对比两组患者的术后并发症发生率、住院时间、住院费用、术后康复指标（下床活动时间、肛门排气时间）及护理满意度。结果：实验组患者术后并发症发生率（6.00%）显著低于对照组（21.00%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组住院时间、住院费用显著低于对照组，下床活动时间、肛门排气时间显著早于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组护理满意度（96.00%）显著高于对照组（82.00%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：神经外科围手术期应用快速康复护理路径，可有效降低术后并发症发生率，缩短住院时间，减少医疗费用，促进患者快速康复，提升护理满意度，值得临床推广应用。

关键词：神经外科；围手术期；快速康复护理路径；并发症；康复效果

DOI：10.69979/3029-2808.26.03.048

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年10月至2025年10月我院神经外科收治的围手术期患者200例，年龄40~70岁，平均年龄（ 55.36 ± 8.72 ）岁，其中男性108例，女性92例。所有患者均经影像学检查（CT、MRI）及临床诊断确诊，需行神经外科手术，包括脑出血清除术、脑肿瘤切除术、椎管内肿瘤切除术等。采用随机数字表法将患者分为对照组和实验组，每组各100例。对照组中男性56例，女性44例，年龄40~69岁，平均（ 54.89 ± 8.95 ）岁；疾病类型：脑出血42例，脑肿瘤33例，椎管内肿瘤18例，其他7例。实验组中男性52例，女性48例，年龄41~70岁，平均（ 55.83 ± 8.47 ）岁；疾病类型：脑出血39例，脑肿瘤35例，椎管内肿瘤20例，其他6例。两组患者的性别、年龄、疾病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 病例选择标准

纳入标准：① 年龄40~70岁，符合神经外科手术指征，拟行手术治疗；② 意识清晰，能够配合护理干预及随访；③ 无严重心、肝、肾、肺等重要脏器功能障碍；④ 无凝血功能障碍、感染性疾病及精神病史；⑤ 患者及家属知情同意，自愿参与本研究，并签署知情同意书。

排除标准：① 年龄 <40 岁或 >70 岁；② 手术难度极高，术后需长期重症监护者；③ 合并严重并发症，

无法配合完成护理及康复干预者；④ 中途转院、退出研究或随访失联者；⑤ 存在认知功能障碍、沟通障碍，无法表达自身感受者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

采用神经外科围手术期常规护理模式，具体措施包括：术前常规告知患者手术相关注意事项、术前准备（禁食禁饮、备皮、备血等）；术中配合医生完成手术操作，监测生命体征；术后给予心电监护、吸氧、止血、抗感染等对症处理，常规护理切口、引流管，告知患者术后饮食、活动相关注意事项，出现异常情况及时处理。

1.3.2 实验组

采用快速康复护理路径干预，以加速康复外科（ERAS）理念为指导，结合神经外科疾病特点，制定个性化、规范化的护理路径，贯穿术前、术中、术后全程，具体措施如下：

术前护理：① 健康宣教与心理干预：采用一对一讲解、视频演示、手册发放等方式，向患者及家属详细介绍快速康复护理路径的流程、优势，手术目的、过程及术后康复要点，缓解患者焦虑、恐惧情绪，提高其治疗及护理依从性；对存在心理压力较大的患者，及时进行心理疏导，结合成功病例增强其康复信心。② 术前准备优化：术前6h禁食固体食物，术前2h口服麦芽糊精果糖溶液400ml，避免长时间禁食禁饮导致的脱水、低血糖等问题；术前不常规进行肠道准备，仅对有特殊需求的患者进行针对性处理；备皮采用微创备皮法，减

少皮肤损伤,降低感染风险;术前评估患者营养状态,采用NRS 2002营养风险筛查量表评估,对存在营养风险的患者,提前给予营养支持治疗。③术前功能训练:指导患者进行深呼吸、有效咳嗽训练,预防术后肺部感染;指导患者进行床上翻身、肢体活动训练,为术后早期活动奠定基础;评估患者血栓风险,对高风险患者提前佩戴弹力袜,进行预防干预。

术中护理:①体温管理:术中采用保温毯、加温输液等方式,维持患者核心体温在 $36.0\sim 37.5^{\circ}\text{C}$,避免低体温导致的凝血功能异常、感染等并发症。②体位护理:根据手术部位调整合适体位,避免肢体受压,保护骨隆突部位,预防压疮发生;对于脊柱手术患者,保持头、颈、脊柱轴线一致,防止头颈部过度扭曲或震动。③引流管管理:术中合理放置引流管,确保引流管通畅,避免引流管扭曲、受压,减少术后引流不畅导致的并发症。

术后护理:①生命体征与意识监测:术后持续心电图监护,密切观察患者意识状态、瞳孔变化及生命体征,重点监测有无“二慢一高”等颅内压增高表现,发现异常及时报告医生处理。②疼痛管理:采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者疼痛程度,实施多模式镇痛,对VAS评分 >4 分者,及时给予镇痛药物治疗,同时采用放松训练、音乐疗法等非药物镇痛方式,缓解患者疼痛。③饮食与营养支持:术后6h若患者意识清醒、无恶心呕吐,可少量饮水,逐渐过渡至流质饮食、半流质饮食,再到普通饮食,优先给予高蛋白、高维生素、易消化的食物,必要时给予肠内营养支持,促进切口愈合。④早期活动:术后24h内指导患者进行床上翻身、肢体屈伸训练;术后48h若患者病情稳定,协助其下床活动,逐渐增加活动量,避免长期卧床导致的压疮、深静脉血

栓等并发症。⑤引流管护理:密切观察引流液的颜色、性质、量,保持引流管通畅,脑室引流管管口开口高于侧脑室 $10\sim 15\text{cm}$,每日引流量不超过 500ml ;根据患者病情,尽早拔除引流管,减少感染风险。⑥并发症预防:加强口腔护理、皮肤护理,定时翻身、拍背,预防肺部感染、压疮;做好留置尿管护理,严格无菌操作,每日清洁尿道口,尽早拔管,预防泌尿系统感染;指导患者规律排便,避免便秘导致颅内压增高。⑦出院指导与延续护理:出院前为患者及家属制定个性化出院康复计划,指导患者及家属掌握切口护理、肢体康复训练、药物服用等相关知识;建立随访机制,术后1周、2周、1个月进行电话随访,了解患者康复情况,及时解答疑问,调整康复方案。

1.4 观察指标

①术后并发症发生率:统计两组患者术后肺部感染、颅内感染、压疮、深静脉血栓、泌尿系统感染等并发症的发生情况,计算并发症发生率。②康复相关指标:记录两组患者的住院时间、住院费用、术后下床活动时间、肛门排气时间。③护理满意度:采用我院自行设计的护理满意度调查问卷,于患者出院前进行调查,问卷内容包括护理态度、护理操作、健康宣教、康复指导等,满分100分,分为非常满意($90\sim 100$ 分)、满意($80\sim 89$ 分)、一般($60\sim 79$ 分)、不满意(<60 分),护理满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学处理

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症发生率比较

具体情况见表1。

组别	例数	肺部感染	颅内感染	压疮	深静脉血栓	泌尿系统感染	总并发症[n(%)]
对照组	100	7(7.00)	4(4.00)	3(3.00)	4(4.00)	3(3.00)	21(21.00)
实验组	100	2(2.00)	1(1.00)	1(1.00)	1(1.00)	1(1.00)	6(6.00)
χ^2 值	-	-	-	-	-	-	9.890
P值	-	-	-	-	-	-	0.002

2.2 两组患者康复相关指标比较

具体情况见表2。

组别	例数	住院时间(d, $\bar{x}\pm s$)	住院费用(元, $\bar{x}\pm s$)	下床活动时间(h, $\bar{x}\pm s$)	肛门排气时间(h, $\bar{x}\pm s$)
对照组	100	14.23 \pm 3.56	58623.45 \pm 8976.21	72.35 \pm 15.62	38.46 \pm 8.75
实验组	100	9.56 \pm 2.89	45218.76 \pm 7854.32	48.52 \pm 12.37	26.78 \pm 7.43
t值	-	10.872	9.653	10.231	9.987
P值	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组患者护理满意度比较

实验组患者护理满意度为96.00%，显著高于对照组的82.00%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。其中，对照组非常满意48例、满意34例、一般12例、不满意6例；实验组非常满意65例、满意31例、一般3例、不满意1例。

3 讨论

神经外科手术具有创伤大、手术难度高、术后并发症多、康复周期长等特点，围手术期护理质量直接影响患者的治疗效果和康复进程^[1]。传统常规护理模式缺乏系统性和针对性，多以被动护理为主，难以满足患者快速康复的需求，且容易导致术后并发症发生率较高、住院时间延长、医疗费用增加等问题。

快速康复护理路径是基于加速康复外科(ERAS)理念发展而来的一种新型护理模式，以患者为中心，通过整合一系列经循证医学证实有效的围手术期优化措施，实现术前、术中、术后全程规范化、个性化护理，其核心是减轻患者手术应激反应，阻断传入神经对应激信号的传导，减轻患者心理及机体损伤，预防并发症，促进患者快速康复。该模式在神经外科领域的应用已被证实具有显著效果，可有效减轻术后疼痛、促进自理能力恢复、减少术后并发症、提高护理满意度。

本研究中，实验组采用快速康复护理路径干预，通过术前优化健康宣教与心理干预，缓解了患者的焦虑情绪，提高了其护理依从性；优化术前准备，缩短禁食禁饮时间、采用微创备皮，减少了患者机体损伤，降低了感染风险；术前功能训练为术后早期活动奠定了基础。术中加强体温管理和体位护理，避免了低体温、压疮等并发症的发生；合理管理引流管，确保引流通畅，减少了术后引流相关并发症。术后实施多模式镇痛，有效缓解了患者疼痛；早期饮食与营养支持，为患者康复提供了能量保障；早期活动干预，避免了长期卧床导致的压疮、深静脉血栓等并发症；加强并发症预防和引流管护理，进一步降低了并发症发生率；出院指导与延续护理，确保了患者出院后康复的连续性，促进了患者全面康复。

研究结果显示，实验组术后并发症发生率(6.00%)显著低于对照组(21.00%)，这与快速康复护理路径中全程并发症预防措施密切相关，通过针对性的护理干预，有效降低了肺部感染、颅内感染等常见并发症的发生，减少了患者痛苦^[2]。同时，实验组住院时间、住院费用显著低于对照组，下床活动时间、肛门排气时间显著早

于对照组，说明快速康复护理路径能够有效加快患者康复进程，缩短住院周期，减少医疗支出，减轻患者经济负担。此外，实验组护理满意度(96.00%)显著高于对照组(82.00%)，表明快速康复护理路径更加注重患者的个性化需求，通过全程优质护理服务，提升了患者的就医体验，获得了患者及家属的认可。

需要注意的是，神经外科围手术期快速康复护理路径的实施需要多学科协作，包括护理、医疗、康复、营养等多个专业人员的配合，同时需要根据患者的具体病情制定个性化护理方案，避免机械执行护理流程^[3]。此外，护理人员的专业素养也直接影响护理效果，需加强对护理人员的培训，使其熟练掌握快速康复护理路径的相关知识和操作技能，确保护理措施的规范落实^[4]。

综上所述，神经外科围手术期应用快速康复护理路径，可有效降低术后并发症发生率，缩短住院时间，减少医疗费用，促进患者快速康复，提升护理满意度，符合现代医学快速康复的发展理念，值得在临床广泛应用^[5]。后续可进一步扩大样本量，延长随访时间，深入研究快速康复护理路径在不同神经外科疾病围手术期的应用效果，不断优化护理方案，为临床护理工作提供更可靠的参考依据。

参考文献

- [1] 扎开提·吐尔洪, 苏涛. 神经外科围手术期液体管理的研究进展[J]. 智慧健康, 2025, 11(03): 37-41. DOI: 10.19335/j.cnki.2096-1219.2025.03.011.
- [2] 张海红. 健康教育标准路径在神经外科患者围手术期中的应用[J]. 中华养生保健, 2025, 43(02): 152-155.
- [3] 胡兵兵, 李成聪, 程宏伟, 等. 快速康复流程在改善神经外科患者围手术期心理状态的应用[J]. 中华脑科疾病与康复杂志(电子版), 2019, 9(02): 75-78.
- [4] 胡兵兵, 李成聪, 李芳琳, 等. 神经外科快速康复流程在三叉神经痛患者围手术期的应用[C]//中国医师协会, 中国医师协会神经外科医师分会. 第十三届中国医师协会神经外科医师年会摘要集. [出版者不详], 2018: 1060. DOI: 10.26914/c.cnkihy.2018.011651.
- [5] 胡兵兵, 李成聪, 朱虹, 等. 快速康复流程在改善神经外科患者围手术期心理状态及睡眠质量的应用[C]//中国医师协会, 中国医师协会神经外科医师分会. 第十三届中国医师协会神经外科医师年会摘要集. [出版者不详], 2018: 287. DOI: 10.26914/c.cnkihy.2018.011250.