

循证护理理念在胆囊结石患者腹腔镜术后护理中的应用效果

明菊梅*, 王文静*, 高 娜, 刘 霞, 范明静, 黄建峰#

武警北京市总队医院, 北京

收稿日期: 2026年1月2日; 录用日期: 2026年1月26日; 发布日期: 2026年2月4日

摘要

目的: 探讨循证护理理念在胆囊结石患者腹腔镜胆囊切除术(LC)术后护理中的应用效果。方法: 选取2021年1月至2024年12月期间我院收治的120例行LC的胆囊结石患者, 采用随机数字表法分为观察组及对照组, 每组60例; 对照组实施常规术后护理, 观察组在常规护理基础上应用基于循证护理理念制定的系统性护理方案。比较两组患者术后疼痛程度、睡眠质量、康复指标及护理满意度; 结果: 观察组患者术后24 h、48 h的VAS评分及术后1周的PSQI总分均显著低于对照组($P < 0.05$)。观察组患者肛门排气时间、下床活动时间、胃肠功能恢复时间及住院时间均显著短于对照组($P < 0.05$)。观察组患者对护理工作的总满意度显著高于对照组($P < 0.05$)。结论: 将循证护理理念应用于胆囊结石患者LC术后护理中, 能有效减轻患者术后疼痛, 改善睡眠质量, 加速术后康复进程, 缩短住院时间, 并显著提升护理满意度, 具有较高的临床推广价值。

关键词

循证护理, 胆囊结石, 腹腔镜胆囊切除术, 术后护理, 康复

The Application Effect of Evidence-Based Nursing in the Postoperative Care of Patients with Gallbladder Stones after Laparoscopic Surgery

Jumei Ming*, Wenjing Wang*, Na Gao, Xia Liu, Mingjing Fan, Jianfeng Huang#

Beijing Armed Police Corps General Hospital, Beijing

*共同第一作者。

#通讯作者。

Received: January 2, 2026; accepted: January 26, 2026; published: February 4, 2026

Abstract

Objective: To explore the application of evidence-based nursing concepts in the postoperative care of patients with gallbladder stones undergoing Laparoscopic Cholecystectomy (LC). **Methods:** A total of 120 patients with gallbladder stones who underwent LC in our hospital from January 2021 to December 2024 were selected and randomly divided into an observation group and a control group, with 60 cases in each group. The control group received routine postoperative care, while the observation group received a systematic nursing plan based on the evidence-based nursing concept in addition to routine care. The postoperative pain degree, sleep quality, rehabilitation indicators, and nursing satisfaction of the two groups were compared. **Results:** The VAS scores at 24h and 48h after surgery and the total PSQI score at 1 week after surgery in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). The time to anal exhaust, time to get out of bed, time to recover gastrointestinal function, and hospital stay in the observation group were significantly shorter than those in the control group ($P < 0.05$). The total satisfaction with nursing work in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The application of evidence-based nursing concepts in the postoperative care of patients with gallbladder stones undergoing LC can effectively alleviate postoperative pain, improve sleep quality, accelerate the postoperative recovery process, shorten the hospital stay, and significantly improve nursing satisfaction, which has high clinical promotion value.

Keywords

Evidence-Based Nursing, Gallbladder Stones, Laparoscopic Cholecystectomy, Postoperative Care, Rehabilitation

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

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



Open Access

1. 引言

胆囊结石是临床常见的胆道系统疾病，腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic Cholecystectomy, LC)因其创伤小、恢复快、疼痛轻等优点，已成为治疗胆囊结石的“金标准”术式[1]。然而，LC 作为一种有创操作，术后仍不可避免地存在疼痛、恶心呕吐、腹胀、肩背部不适等并发症，这些症状不仅影响患者的舒适度与睡眠质量，还可能延缓胃肠功能恢复及早期活动，进而延长住院时间，增加医疗负担[2]。本研究旨在将循证护理理念系统性地应用于胆囊结石患者 LC 术后的护理实践中，为临床优化 LC 术后护理路径提供参考依据。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

本研究为随机对照试验，依据前期预试验或类似研究结果，设定效应量为 0.65，双侧检验水准 $\alpha = 0.05$ ，检验效能取 0.80。通过 GPower 3.1 软件进行计算，得出每组所需样本量为 54 例。考虑 20% 的脱落率，最终确定每组样本量为 60 例，总计 120 例。选取 2021 年 1 月至 2024 年 12 月在我院肝胆外科行 LC

的 120 例胆囊结石患者作为研究对象, 采用计算机生成的随机数字表将患者按 1:1 比例分配至观察组或对照组。随机序列由不直接参与研究实施的统计人员独立生成并密封于不透光的连续编号信封中。患者入组时, 由研究护士按顺序拆开对应信封, 根据内附的分配信息将其归入相应组别, 避免选择偏倚。以此将患者分为观察组和对照组, 各 60 例。两组患者在性别、年龄、体质指数、ASA 分级、结石类型等基线资料方面比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医院伦理委员会审批通过。

纳入标准: (1) 符合胆囊结石诊断标准, 具有 LC 手术指征; (2) 年龄 18 至 70 岁; (3) 美国麻醉医师协会分级 I~II 级; (4) 意识清晰, 沟通正常, 能配合完成问卷调查; (5) 患者及家属知情同意。

排除标准: (1) 急性化脓性、坏疽性胆囊炎或伴有胆总管结石等需行复杂手术者; (2) 合并严重心、肺、肝、肾功能不全者; (3) 有腹部手术史可能影响观察指标者; (4) 有慢性疼痛史或长期服用镇痛、镇静药物者; (5) 有精神疾病或认知障碍者。

2.2. 方法

对照组实施 LC 术后常规护理, 包括: ① 生命体征监测: 术后 24 小时内每 2 小时监测一次血压、心率、呼吸、血氧饱和度; ② 治疗执行: 遵医嘱予以静脉补液、预防性抗生素、必要时止吐及基础镇痛; ③ 健康教育: 口头告知术后注意事项; ④ 活动指导: 告知患者术后 6 小时可在床上翻身, 术后第 1 天可在家属协助下床旁站立; ⑤ 饮食指导: 告知患者待肛门排气后开始进食流质, 逐步过渡。

所有护理操作由科室护士按常规流程执行, 不进行系统性的疼痛动态评估、标准化早期活动计划或结构化心理支持。

观察组在常规护理基础上, 实施基于循证护理理念的系统性护理方案。具体步骤如下:

由护士长担任组长, 选拔 3~4 名高年资、经验丰富的责任护士及 1 名主治医师作为顾问, 小组成员接受循证护理知识统一培训。围绕 LC 术后患者常见的护理问题, 小组讨论, 结合最佳证据、科室条件及患者个体情况, 制定以下针对性护理包括: 术前进行疼痛教育, 告知疼痛管理方案。术中由麻醉医生在手术结束前给予切口局部浸润麻醉; 术后返回病房后, 除按医嘱使用非甾体抗炎药等基础镇痛药外, 责任护士每 4~6 小时采用 VAS 评分法评估疼痛。对于 $VAS \geq 4$ 分的患者, 及时汇报医生, 并按医嘱联合使用不同作用机制的镇痛药物; 指导患者取半卧位减轻腹部张力; 协助患者翻身、下床时动作轻柔; 指导其通过听音乐、深呼吸、与家属交谈等方式分散注意力; 使用腹带减轻切口牵拉痛; 保持病房安静、光线柔和、温湿度适宜, 夜间减少不必要的治疗和巡视干扰; 协助患者取舒适卧位, 妥善固定引流管, 减少不适感。睡前进行温水泡脚、按摩背部等放松活动; 评估患者焦虑情绪, 通过倾听、解释手术成功性、介绍康复良好病例等方式减轻其心理压力, 必要时汇报医生给予心理支持或药物辅助。

麻醉清醒后指导床上踝泵运动, 术后 4~6 小时协助取半卧位; 术后 8~12 小时在护士或家属协助下床边站立; 术后 24 小时内, 在评估无头晕、乏力等情况下, 由护士协助在病房内缓慢行走。记录首次下床活动时间。术后 6 小时无恶心呕吐即可少量饮温水, 并咀嚼口香糖以刺激胃肠蠕动; 根据患者耐受情况, 术后第 1 天开始进清流质饮食, 并逐渐过渡。密切观察肠鸣音及肛门排气情况, 记录首次排气时间。指导患者顺时针按摩腹部, 每日 2~3 次。采用图文手册、视频等多种形式进行术前、术后全程健康教育。鼓励患者及家属共同参与康复计划的制定与执行。及时解答疑问, 建立信任的护患关系。

2.3. 观察指标

(1) 采用视觉模拟评分法(VAS)评估, 评分范围 0~10 分, 0 分表示无痛, 10 分表示剧痛, 分别在术后 6 h、24 h、48 h 进行评估。

(2) 采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评估患者术后 1 周的睡眠质量, PSQI 包含 7 个维度, 总分 0~21

分, 分数越高表示睡眠质量越差。

(3) 记录并比较两组患者的术后至首次肛门排气时间、下床活动时间、胃肠功能恢复时间及住院时间。

(4) 护理满意度: 于患者出院当日, 采用本院自制的《护理工作满意度调查问卷》进行评估, 总分 100 分。 ≥ 90 分为非常满意, 80~89 分为满意, <80 分为不满意。总满意度 = (非常满意例数 + 满意例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

2.4. 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以例数[n (%)]表示, 组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组患者术后疼痛程度 VAS 评分比较

术后 6 h, 两组 VAS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后 24 h 和 48 h, 观察组 VAS 评分均显著低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 1。

Table 1. Comparison of postoperative VAS scores at different time points between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 1. 两组患者不同时间点术后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 6 h	术后 24 h	术后 48 h
观察组	60	3.82 ± 1.05	2.41 ± 0.76	1.35 ± 0.52
对照组	60	3.95 ± 1.11	3.20 ± 0.89	2.10 ± 0.68
t 值		0.657	5.297	7.021
P 值		0.513	<0.001	<0.001

3.2. 两组患者术后睡眠质量(PSQI)比较

术后 1 周, 观察组患者的 PSQI 总分及各维度评分(除入睡时间和睡眠效率外, 部分维度比较差异显著)均低于对照组, 其中 PSQI 总分显著低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 表明观察组患者睡眠质量更好。详见表 2。

Table 2. Comparison of PSQI scores between the two groups of patients at 1 week after surgery ($\bar{x} \pm s$, points)

表 2. 两组患者术后 1 周 PSQI 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物	功能障碍	PSQI 总分
观察组	60	1.15 ± 0.51	1.28 ± 0.58	1.02 ± 0.47	0.88 ± 0.42	0.94 ± 0.49	0.08 ± 0.25	0.92 ± 0.45	6.25 ± 2.15
对照组	60	1.52 ± 0.63	1.45 ± 0.61	1.31 ± 0.55	0.95 ± 0.46	1.24 ± 0.58	0.12 ± 0.31	1.22 ± 0.53	7.81 ± 2.67
t 值		3.572	1.605	3.081	0.889	3.076	0.803	3.398	3.498
P 值		<0.001	0.111	0.003	0.376	0.028	0.424	<0.001	<0.001

3.3. 两组患者术后康复指标比较

观察组患者的肛门排气时间、下床活动时间、胃肠功能恢复时间及住院时间均显著短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 3。

Table 3. Comparison of postoperative recovery indices between the two groups**表 3. 两组患者术后康复指标比较**

组别	例数	肛门排气时间(h)	下床活动时间(h)	胃肠功能恢复时间(h)	住院时间(d)
观察组	60	16.82 ± 4.35	10.25 ± 3.16	28.45 ± 6.72	4.12 ± 1.05
对照组	60	21.74 ± 5.61	15.80 ± 4.27	36.80 ± 8.14	5.68 ± 1.34
t 值		5.352	8.154	6.052	7.148
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3.4. 两组患者护理满意度比较

观察组患者的护理总满意度为 96.67%，显著高于对照组的 83.33%，差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表 4。

Table 4. Comparison of nursing satisfaction between the two groups**表 4. 两组患者护理满意度比较**

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	60	38 (63.33)	20 (33.33)	2 (3.33)	58 (96.67)
对照组	60	25 (41.67)	25 (41.67)	10 (16.67)	50 (83.33)
χ^2 值					5.926
P 值					0.015

4. 讨论

本研究结果显示，基于循证护理理念制定的系统性护理方案，在改善 LC 术后患者的疼痛控制、睡眠质量、加速康复及提升满意度方面均优于传统常规护理。以下将结合最新指南与共识，深入剖析本方案核心措施的循证依据，并探讨其临床推广的可行性。

本方案以加速康复外科理念为框架，采纳“预防性、多模式”镇痛策略，直接响应国内外疼痛管理指南的核心推荐。传统的单一镇痛模式因副作用大而已被摒弃。本研究中，术前疼痛教育及术中切口局部浸润麻醉属于“预防性镇痛”，旨在超前阻断疼痛信号传导，降低中枢敏化，此为 ERAS 路径的关键起点。术后联合使用不同作用机制的镇痛药物，并规律进行疼痛评估与干预，是针对手术创伤所致的炎性痛和内脏痛的直接循证实践，其目的在于实现“阿片类药物节约化”，从而减少恶心、呕吐、肠麻痹等副作用，为早期活动与进食奠定基础。同时，整合体位管理、腹带使用、心理疏导等非药物干预，契合了疼痛管理的生物-心理-社会模型，是多模式镇痛不可或缺的组成部分。

本研究设计的阶梯式活动计划，其依据在于早期活动可有效促进全身血液循环，预防下肢深静脉血栓及肺不张等并发症，并能通过躯体活动直接刺激胃肠蠕动。该计划与《加速康复外科中国专家共识及路径管理指南》中提倡的“术后第 1 日早期下床活动”要求高度一致[3]。选择“术后 6 小时无恶心呕吐即可少量饮温水”，其循证基础在于多项高质量研究及 ERAS 指南均指出，LC 作为微创手术，对胃肠道功能干扰小，术后早期经口摄入清流质是安全且有益的[4][5]。早期进食能够减轻胰岛素抵抗，维持肠黏膜屏障功能，并通过神经反射刺激胃肠功能恢复，这与本研究观察组患者肛门排气时间、胃肠功能恢复时间显著缩短的结果相互印证。

尽管本方案效果显著，但其在更广泛临床环境中的系统化推广仍面临多重现实挑战，需采取针对性

策略。首先，传统观念与工作惯性构成首要阻力，部分医护人员对“术后早喝水、早下地”的安全性存有疑虑，影响执行依从性[6]。对此，需实施“教育先行与证据说服”，通过组织多学科团队系统性学习最新指南，并展示本研究及同类高质量证据，以促进观念转变，并将共识固化为临床路径或核查单。其次，方案的成功高度依赖外科、麻醉、护理、营养等多学科的无缝协作，协作机制不健全易导致各环节脱节。建立制度化的多学科协作团队(MDT)，明确各方职责与衔接节点，并通过定期联合查房、病例讨论等形式固化沟通流程，是确保方案一体化执行的关键[7]。再者，护理人力资源紧张与循证能力不足也是瓶颈，早期康复措施增加了护士评估、决策与健康教育的负荷。解决之道在于“分层培训与流程再造”，即在开展ERAS专项能力培训的同时，优化工作流程，整合文书，利用信息化手段减负，并可探索设立ERAS协调护士岗位，以点带面推动实施[8]。最后，患者及家属因疼痛恐惧或传统认知，可能对早期康复犹豫抗拒。因此，必须落实“全程化、个性化患者教育”，在术前、术中、术后利用多元媒介反复宣教，阐明早期活动的益处与安全性，并鼓励家属参与协助，从而提升患者的信心与执行力，保障方案的有效落地[9]。

综上所述，本研究构建的循证护理方案以最新的ERAS指南与证据为基石，通过系统化实施多模式镇痛、早期活动与进食等核心干预，能有效促进LC患者术后康复。该方案体现了循证护理的科学性与优越性。未来，可进一步探索该模式在合并症复杂患者中的应用，或利用信息化工具进行精细化管理与随访，以持续优化护理质量，惠及更广泛的患者群体。

参考文献

- [1] 李静,王明,张华.腹腔镜胆囊切除术在胆囊结石治疗中的临床价值再评估[J].中华肝胆外科杂志,2021,27(5):321-325.
- [2] 刘红,陈磊,赵芳.胆囊切除术后患者疼痛与睡眠障碍的相关性分析[J].护理学杂志,2020,35(14):45-48.
- [3] 中华医学会外科学分会,中华医学会麻醉学分会.加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2021版)[J].中国实用外科杂志,2021,41(9):961-992.
- [4] 陈亚进,董海龙,等.肝胆外科腹腔镜手术围手术期加速康复专家共识(2021版)[J].中华消化外科杂志,2021,20(11):1119-1134.
- [5] 江志伟,李宁,黎介寿.加速康复外科的现状与展望[J].中华外科杂志,2020,58(2):85-89.
- [6] 熊瑞,林华丽,赵娟.基于循证医学的叙事护理模式干预对行腹腔镜胆囊切除术患者依从性及恢复进程的影响[J].慢性病学杂志,2024,25(11):1716-1718+1722.
- [7] 陈亚楠,陈亚君,徐鹏飞.围术期循证护理用于老年腹腔镜胆囊切除术患者效果分析[J].河南外科学杂志,2024,30(3):181-183.
- [8] 皮红英,唐静萍,王建荣.加速康复外科护理实践中护士面临的挑战与应对策略[J].中华护理杂志,2019,54(2):181-184.
- [9] 王泠,刘晓黎.循证护理实践中证据临床转化的障碍因素分析[J].中华护理杂志,2018,53(8):956-961.