

胃癌术后患者消化道功能恢复的针对性护理干预策略研究

陈 涛

四川省医学科学院·四川省人民医院胃肠外科 四川 610000

【摘要】目的：探究针对性护理干预对胃癌术后患者消化道功能恢复的影响，明确其在缩短恢复时间、减轻消化道症状及降低并发症发生率中的应用价值，为胃癌术后护理提供优化方案。方法：选择2022年5月-2024年5月在我院接受胃癌根治术的120例患者作为研究对象，采用随机数字法分为对照组（n=60）和干预组（n=60）。对照组实施胃癌术后常规护理，干预组在常规护理基础上实施针对性护理干预，比较组间干预效果。结果：干预组术后恢复时间、并发症发生率均优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：针对胃癌术后患者实施针对性护理干预，可有效缩短消化道功能恢复时间，降低并发症发生风险，是促进胃癌术后患者快速康复的有效护理策略，值得临床推广应用。

【关键词】胃癌术后；消化道功能恢复；针对性护理；护理干预；并发症；快速康复

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.027

胃癌是我国高发的消化道恶性肿瘤，2023年全国癌症统计数据^[1]显示，胃癌发病率位居恶性肿瘤第2位，死亡率居第3位，严重威胁居民生命健康^[1]。胃癌根治术是治疗早中期胃癌的首选方案，但术后易发生消化道功能障碍^[2]。有研究显示，胃癌术后约70%患者会出现不同程度的消化道功能异常，其中20%-30%可能并发胃排空延迟、肠梗阻等严重并发症^[3]。

目前临床常规护理模式缺乏对患者个体差异及消化道功能恢复核心需求的精准干预，难以有效缓解术后胃肠功能抑制状态^[4]。随着快速康复外科（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）理念的普及，临床护理逐渐向“个性化、针对性”转型，强调通过多维度干预减少手术应激、促进功能恢复^[5]。针对性护理干预基于患者病情特点、手术类型及身体状况，围绕消化道功能恢复的关键环节制定个性化方案^[6]，满足患者个体化需求。本研究通过对比常规护理与针对性护理干预的效果，明确针对性护理在促进胃癌术后患者消化道功能恢复中的应用价值，为临床护理优化提供参考。

1 材料与方

1.1 研究对象

选择2022年5月-2024年5月在我院胃肠外科接受胃癌根治术（腹腔镜下或开腹胃癌根治术）的120例患者作为研究对象。采用随机数字法将患者分为对照组和干预组，每组60例。

纳入标准：①经病理活检确诊为胃癌（TNM分期I-III期），符合胃癌根治术手术指征；②年龄35-75周岁；③术前无严重消化道功能障碍、肠梗阻、肠粘连等疾病；④意识清晰，能够配合护理干预及数据收集；⑤自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：①合并严重心、肝、肾等重要脏器功能不全；②存在手术禁忌症或术中转为姑息手术；③术后出现严重感染、大出血等紧急并发症需特殊处理；④存在精神疾病、认知障碍或沟通障碍；⑤妊娠或哺乳期女性；⑥随访期间失访。

本研究已通过我院伦理委员会审查批准（伦理批号：20220510），所有研究对象及其家属均知情并签署知情同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组（常规护理）

实施胃癌术后常规护理措施：①术前护理：完善术前检查，告知手术相关注意事项，常规禁食禁饮，肠道准备；②术后护理：监测生命体征、切口渗血渗液情况，保持胃肠减压管通畅，遵医嘱给予补液、抗感染治疗；③饮食指导：术后待排气后遵医嘱逐步恢复流质、半流质饮食；④基础护理：协助患者翻身、拍背，预防压疮及肺部感染。

1.2.2 干预组（针对性护理干预）

在常规护理基础上，围绕消化道功能恢复实施针对性护理，具体措施如下：

术前针对性准备：①健康教育：采用图文手册、视频讲解结合一对一沟通方式，向患者及家属说明手术对消化道功能的影响、术后恢复关键节点及护理配合要点，重点强调早期活动、饮食依从性的重要性；②心理疏导：评估患者焦虑、抑郁情绪（采用SAS、SDS量表），针对恐惧手术、担心预后等心理问题进行个性化疏导，分享康复案例，缓解心理压力，提高治疗配合度^[7]。

术后早期活动指导：①术后6h：协助患者取半卧位，进行床上翻身、四肢屈伸运动，每次10-15min，每2h1次；②术后24h：病情稳定后协助下床活动，从床边站立、缓慢行走开始，逐渐增加活动时长（初始5-10min/次，每日3-4次，逐渐增至20-30min/次），避免剧烈运动^[8]。

胃肠功能刺激护理：①腹部按摩：术后24h开始，护士协助患者取平卧位，以脐部为中心，顺时针方向轻柔按摩腹部，每次10min，每日3次，促进胃肠蠕动；②穴位刺激：选取足三里、中脘、内关等穴位，采用指压或艾灸方式（艾灸距离皮肤3-5cm，每次15min，每日2次），刺激胃肠功能恢复；③

胃肠减压护理：保持胃肠减压管通畅，观察引流液颜色、量及性状，待胃肠功能初步恢复（出现肠鸣音）后，遵医嘱逐步夹闭胃管，评估患者耐受情况后拔管。

阶梯式饮食干预：①第一阶段（术后 1-2d，排气前）：禁食，通过静脉补液维持营养；②第二阶段（排气后）：给予少量温流质饮食（米汤、菜汤、藕粉），每次 50-100mL，每日 4-6 次，观察有无腹胀、恶心等不适；③第三阶段（术后 3-4d）：若流质饮食耐受良好，过渡至稀流质饮食（稀粥、蛋花汤），每次 100-150mL，每日 4 次；④第四阶段（术后 5-7d）：逐步恢复半流质饮食（软面条、蒸蛋羹、肉末粥），遵循“少量多餐、细嚼慢咽”原则，避免辛辣、油腻、生冷食物^[10]。

并发症预防护理：①胃排空延迟预防：密切监测肠鸣音恢复情况，若术后 72h 仍未排气或出现顽固性腹胀，及时报告医生，给予胃肠动力药、中药灌肠等干预；②肠梗阻预防：观察患者腹痛、腹胀程度及排便情况，避免过早进食易产气食物，指导患者正确活动；③切口感染预防：保持切口清洁干燥，定期换药，观察切口有无红肿、渗液，加强营养支持，增强机体抵抗力^[11]。

1.3 观察指标

消化道功能恢复指标：记录两组患者首次排气时间、首次排便时间、恢复流质饮食时间、恢复半流质饮食时间。

并发症发生率：统计术后 30d 内胃排空延迟、肠梗阻、切口感染、肺部感染等并发症发生情况。

1.4 统计学分析

利用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，t 检验，计数资料以 (n%) 表示， χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般临床资料比较

两组患者在年龄、性别、BMI、手术方式、TNM 分期等一般临床资料方面比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性 (表 1)。

表 1 两组患者一般临床资料比较

项目	对照组(n=60)	干预组(n=60)	X ² /t	P
年龄(岁)	56.32±8.74	55.89±9.12	0.256	0.798
性别[n(%)]			0.178	0.673
男	35(58.33)	33(55.00)		
女	25(41.67)	27(45.00)		
BMI(kg/m ²)	23.15±2.87	22.98±3.05	0.321	0.748

手术方式[n(%)]			0.364	0.546
腹腔镜下胃癌根治术	42(70.00)	45(75.00)		
开腹胃癌根治术	18(30.00)	15(25.00)		
TNM 分期[n(%)]			0.587	0.746
I期	23(38.33)	25(41.67)		
II期	28(46.67)	26(43.33)		
III期	9(15.00)	9(15.00)		

2.2 两组患者消化道功能恢复指标比较

干预组患者首次排气时间、首次排便时间、恢复流质饮食时间、恢复半流质饮食时间均显著短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 2)。

表 2 两组患者消化道功能恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	对照组(n=60)	干预组(n=60)	t	P
首次排气时间(h)	68.35±12.47	45.28±10.63	11.264	<0.001
首次排便时间(h)	96.58±15.72	72.36±13.85	9.872	<0.001
恢复流质饮食时间(h)	72.46±13.25	48.53±11.74	10.543	<0.001
恢复半流质饮食时间(d)	5.87±1.24	4.12±1.05	8.965	<0.001

2.3 两组患者并发症发生率比较

干预组并发症发生率为 6.67%，显著低于对照组的 20.00%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 3)。

表 3 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

并发症类型	对照组(n=60)	干预组(n=60)	X ²	P
胃排空延迟	5(8.33)	1(1.67)		
肠梗阻	3(5.00)	1(1.67)		
切口感染	3(5.00)	1(1.67)		
肺部感染	1(1.67)	0(0.00)		
合计	12(20.00)	4(6.67)	4.685	0.030

3 讨论

胃癌根治术对胃肠道结构和功能的破坏是导致术后消化道功能障碍的主要原因，而有效的护理干预是促进功能恢复、改善患者预后的关键。常规护理模式措施较为单一，难以满足

患者个体化需求。针对性护理干预基于 ERAS 理念，从术前、术后多维度制定个性化方案，实现“精准护理”。

胃癌患者术前常因恐惧手术、担心预后产生焦虑、抑郁情绪，而心理应激会通过神经-体液调节抑制胃肠蠕动，影响术后功能恢复^[7]。本研究中，干预组通过个性化健康教育让患者明确术后恢复规律，心理疏导缓解负面情绪，有效提高了患者护理配合度，这与公玮玮等^[7]研究结果具有一致性。

手术创伤会导致胃肠蠕动暂时抑制，而早期活动可通过刺激胃肠道平滑肌收缩、促进血液循环，加速胃肠功能恢复^[8]。本研究干预组术后 6h 即开始床上活动，24h 后逐步下床行走，显著缩短了首次排气、排便时间，这与岳莺等^[8]“术后早期运动护理可缩短胃癌患者康复时间”的研究结果相符。

阶梯式饮食干预符合胃癌术后胃肠道功能恢复的生理规律。术后胃肠道消化吸收功能较弱，过早或不当进食会加重胃肠道负担，引发不适^[9]。干预组采用“禁食-流质-稀流质-半流

质”的阶梯式饮食方案，根据患者排气情况、症状耐受度逐步调整饮食类型和摄入量，既保证了营养支持，又避免了胃肠道过度负荷，这与杨鸿锋等^[9]“ERAS 联合临床护理路径中的阶梯饮食可缩短饮食恢复时间”的结论一致。

并发症预防护理是保障消化道功能恢复的重要保障。胃排空延迟、肠梗阻是胃癌术后常见的消化道并发症，一旦发生会严重阻碍功能恢复^[10]。干预组通过密切监测肠鸣音、排气排便情况，及时采取胃肠动力药、中药灌肠等干预措施，有效降低了并发症发生率，这与陈婷等^[10]“针对性并发症预防可使胃癌术后并发症发生率降低 10%-15%”的研究结果相符。

4 结论

针对胃癌术后患者实施针对性护理干预，可有效缩短消化道功能恢复时间，减轻术后消化道不适症状，降低并发症发生风险，该护理策略符合快速康复外科理念，为胃癌术后护理提供了优化方案，值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 国家癌症中心.2023 年全国癌症报告[R].北京:中国医药科技出版社,2023.
- [2] 中华医学会外科学分会胃肠外科学组.胃癌根治术后消化道功能障碍诊疗专家共识(2022 版)[J].中华胃肠外科杂志,2022,25(8):665-672.
- [3] 曾祥宇,熊振,励超,等.加速康复外科理念在胃癌根治术患者中的安全性分析[J].中华胃肠外科杂志,2023,26(2):1-5.
- [4] 张艳,李娟,王敏.胃癌术后常规护理与快速康复护理的效果对比[J].护士进修杂志,2020,35(12):1123-1125.
- [5] 中华医学会外科学分会.加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018 版)[J].中国实用外科杂志,2018,38(1):1-20.
- [6] 王丽,刘敏,陈燕.针对性护理干预对胃癌术后患者胃肠功能恢复及生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28(5):629-632.
- [7] 公玮玮.术后护理干预用于促进胃癌根治术后患者胃肠功能恢复及生存质量的改善效果[J].中外医疗,2025,44(1):122-125.
- [8] 岳莺,张红娟,仲霞,等.术后早期运动护理对胃癌患者术后康复及并发症的影响[J].国际护理学杂志,2014,33(4):792-793.
- [9] 杨鸿锋,周小江.快速康复外科理念联合临床护理路径模式对胃癌患者相关康复指标和心理状态的影响[J].实用临床医药杂志,2021,25(22):78-81.
- [10] 陈婷.护理干预对胃癌根治术患者胃肠功能恢复的影响观察[J].基层医学论坛,2017,21(36):5084-5085.
- [11] 李冬梅,王敏.加速外科康复护理对老年胃癌根治术患者术后恢复及细胞因子水平的影响[J].中国老年学杂志,2025,45(8):1865-1868.