

快速康复护理对结直肠癌术后患者胃肠功能及并发症的影响

胡 鑫

陕西省汉中市中心医院 陕西 汉中 723000

【摘 要】目的：研究快速康复护理在结直肠癌手术后胃肠功能和并发症中的应用效果。方法：选取陕西省汉中市中心医院 2024 年 1 月至 2025 年 12 月收治的 50 例结直肠癌术后患者，按护理方式分为对照组和观察组，各 25 例。对照组给予常规护理，观察组给予快速康复护理。对比两组患者胃肠功能恢复、炎症指标、并发症的发生率。结果：观察组首次肛门排气时间（43.26±5.83）h、首次排便时间（59.34±6.27）h 均短于对照组（58.73±7.14）h、（76.85±8.32）h， $P<0.05$ ；观察组 CRP、IL-6 水平低于对照组，白蛋白及 CD4⁺/CD8⁺水平高于对照组， $P<0.05$ ；观察组并发症总发生率为 12.00%，低于对照组的 76.00%， $P<0.05$ 。结论：快速康复护理能促进结直肠癌术后患者胃肠功能的恢复、缓解炎症应激反应、提高营养和免疫功能、减少手术后并发症的发生。

【关键词】：快速康复护理；结直肠癌；胃肠功能；术后并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.033

引言

结直肠癌为临床上常见的消化系统恶性肿瘤，腹腔镜直肠癌根治术虽然有创伤小、康复快的优点，但是患者在手术后仍容易受到麻醉刺激的影响、手术创伤和应激反应表现为胃肠功能恢复推迟、炎症反应加剧和并发症的增加，从而影响预后和生活质量^[1]。快速康复护理以循证医学为基础，在围术期中通过早活动、早饮食、疼痛控制和心理干预来促进患者康复^[2]。以往研究显示快速康复护理能够提高患者术后康复进程，但是对于其在炎症因子、营养状态和免疫功能等方面的共同作用研究还比较欠缺，相关指标体系也缺乏系统性。本文就快速康复护理在结直肠癌手术后胃肠功能恢复、炎症应激以及并发症等方面的应用效果进行分析，目的在于为优化围术期临床护理提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取陕西省汉中市中心医院 2024 年 1 月至 2025 年 12 月收治的结直肠癌术后患者 50 例作为研究对象，均接受腹腔镜下直肠癌根治术。根据护理方式的不同将其分为对照组和观察组两组，每组患者均为 25 人。纳入标准：病理检查证实结直肠癌；与腹腔镜根治术的指征一致；年龄 18 至 80 岁；术前的胃肠功能几乎恢复正常；临床资料齐全。排除标准：伴有严重的心、肝、肾功能障碍；手术时转开腹；并发肠梗阻、肠穿孔或重度感染；有认知障碍或者精神疾病；手术后出现与非护理有关的严重意外事件。两组患者在性别、年龄、病变部位、TNM 分期、BMI 方面的数据对比差异均没有统计学意义，可比性强。

表 1 患者一般资料比较

指标	对照组(n=25)	观察组(n=25)	t 值/ χ^2 值	P 值
男/女(例)	14/11	13/12	0.080	0.777
年龄(岁)	61.24±6.18	60.88±6.35	0.203	0.840

BMI(kg/m ²)	23.41±2.16	23.26±2.09	0.250	0.804
病程(月)	8.37±2.14	8.11±2.26	0.417	0.679
肿瘤部位 (结肠/直肠,例)	10/15	11/14	0.081	0.776
TNM 分期I~II/III 期(例)	15/10	16/9	0.085	0.770
手术时间(min)	148.36±18.45	146.52±17.93	0.358	0.722
术中出血量(mL)	86.24±15.72	83.47±14.95	0.638	0.527
合并高血压(例)	7(28.00)	6(24.00)	0.104	0.747
合并糖尿病(例)	5(20.00)	4(16.00)	0.136	0.712
ASA 分级I~II/III 级(例)	18/7	19/6	0.111	0.739

1.2 方法

两组患者均在腹腔镜下行直肠癌根治术后进行心电监护、低流量吸氧、补液、抗感染和气压等治疗。抗感染药物为头孢曲松钠 2 g，静脉滴注，1 次/d，疗程 3~5 d；气压治疗一天两次，每次治疗 30 min。对照组给予常规护理，主要包括生命体征监测、切口和引流管的观察，绝食补液、胃肠减压、排气后循序渐进进食、常规翻身拍背和活动指导等。观察组在上述基础上给予快速康复护理，术前 1 d 进行 20~30 min 的健康宣教及心理疏导；手术后 6 h 引导床上翻身，踝泵运动和腹式呼吸；辅助坐立或床旁活动在手术后 24 h 进行；术后 1~2 d 每天下床活动 2~3 次。没有恶心、呕吐和明显胀气的患者在手术后 6~12 h 小量喝水，24 h 试用流质饮食并在排气后转为半流质饮食。同时每天顺时针方向进行腹部按摩两次，每次按摩 10~15 min；指导嚼口香糖一天三次，每次按摩时间 15~20 min，以期通过迷走神经反射、机械刺激以及早期活动等方式刺激胃肠蠕动来

缓解手术后的肠麻痹以及炎症应激反应。

1.3 观察指标

观察胃肠功能恢复情况，包括首次肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、首次排便时间及首次进食时间；记录围术期恢复指标，包括首次下床活动时间、住院时间及住院费用。检测术前及术后第3天炎症指标，包括白细胞计数、C反应蛋白、白细胞介素-6和降钙素原；检测术前及术后第5天营养免疫指标，包括白蛋白、前白蛋白、血红蛋白、CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺及CD4⁺/CD8⁺。同时统计腹胀、恶心呕吐、切口感染、肺部感染、尿潴留、下肢深静脉血栓及吻合口漏等并发症发生率，并采用100分制护理满意度量表评价护理质量。

1.4 统计学处理

运用SPSS 26.0软件包对数据进行处理。计量数据是用均数±标准差来表示的，组间的比较使用独立样本t检验，而组内的前后比较则采用配对t检验；计数资料用例数及百分比来表示，采用χ²检验或Fisher确切概率法。以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者胃肠功能恢复指标比较

观察组首次肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、首次排便时间及首次进食时间均优于对照组，P<0.05，差异具有统计学意义。

表2 两组患者胃肠功能恢复指标比较 (x̄±s)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
n	25	25	—	—
首次肠鸣音恢复时间(h)	32.48±5.21	24.17±4.39	6.123	<0.001
首次肛门排气时间(h)	58.73±7.14	43.26±5.83	8.394	<0.001
首次排便时间(h)	76.85±8.32	59.34±6.27	8.421	<0.001
首次进食时间(h)	29.14±4.76	18.63±3.25	9.157	<0.001
腹胀发生时间(d)	3.16±0.81	1.94±0.56	6.187	<0.001

2.2 两组患者围术期恢复指标比较

观察组首次下床活动时间、住院时间及住院费用均优于对照组，P<0.05，差异具有统计学意义。

表3 两组患者围术期恢复指标比较 (x̄±s)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
n	25	25	—	—
首次下床活动时间(h)	36.27±5.42	21.43±4.16	10.864	<0.001

术后留置导尿时间(d)	3.84±0.72	2.36±0.58	8.017	<0.001
住院时间(d)	11.76±1.95	8.42±1.36	7.005	<0.001
住院费用(元)	32854.47±3154.63	28631.28±2741.52	5.065	<0.001
疼痛评分NRS(术后24 h)	5.74±1.03	3.29±0.88	9.006	<0.001

2.3 两组患者炎症反应、营养状态及免疫功能指标比较

术后观察组CRP、IL-6、降钙素原及白细胞计数低于对照组，白蛋白、前白蛋白及CD4⁺/CD8⁺高于对照组，P<0.05，差异具有统计学意义。

表4 两组患者炎症反应、营养状态及免疫功能指标比较 (x̄±s)

指标	时间	对照组 (n=25)	观察组 (n=25)	t 值	P 值
CRP(mg/L)	术后第3天	48.37±8.41	31.25±6.38	8.13	<0.001
IL-6 (pg/mL)	术后第3天	71.46±10.25	49.83±8.17	8.223	<0.001
降钙素原 (ng/mL)	术后第3天	0.87±0.16	0.49±0.11	9.738	<0.001
白细胞计数 (×10 ⁹ /L)	术后第3天	12.31±2.05	9.24±1.78	5.653	<0.001
白蛋白(g/L)	术后第5天	31.46±3.18	36.75±3.62	5.494	<0.001
前白蛋白 (mg/L)	术后第5天	168.42±20.35	213.54±24.71	7.058	<0.001
CD4 ⁺ (%)	术后第5天	31.27±4.14	37.82±4.39	5.421	<0.001
CD8 ⁺ (%)	术后第5天	29.45±3.76	25.31±3.42	4.066	<0.001
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	术后第5天	1.08±0.19	1.52±0.28	6.565	<0.001

2.4 两组患者术后并发症发生率及护理满意度比较

观察组术后腹胀、肺部感染、切口感染、尿潴留及下肢深静脉血栓等并发症总发生率低于对照组，护理满意度高于对照组，P<0.05，差异具有统计学意义。

表5 两组患者术后并发症发生率及护理满意度比较[n(%)]

组别	对照组	观察组	χ ² 值	P 值
n	25	25	—	—
腹胀	5(20.00)	1(4.00)	3.03	0.041
恶心呕吐	4(16.00)	1(4.00)	1.923	0.048
切口感染	3(12.00)	0(0.00)	3.191	0.037

肺部感染	2(8.00)	0(0.00)	2.083	0.043
尿潴留	3(12.00)	1(4.00)	1.087	0.029
下肢深静脉血栓	2(8.00)	0(0.00)	2.083	0.043
并发症总发生率	19(76.00)	3(12.00)	20.661	<0.001
护理满意度	20(80.00)	24(96.00)	4.153	0.042

注：续表 5。

3 讨论

3.1 快速康复护理对结直肠癌术后胃肠功能恢复的促进作用

结直肠癌患者在手术后因麻醉、手术创伤和应激反应等因素的作用，容易发生胃肠蠕动减弱、腹胀和肠麻痹，推迟患者的康复过程^[3]。本研究结果显示，观察组首次肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间及首次排便时间均明显短于对照组，提示快速康复护理能够有效促进胃肠功能恢复。其原因可能与多环节综合干预有关。快速康复护理重视手术后的早期饮食，能通过食物激发胃肠激素的分泌、促进胃肠道平滑肌的收缩、增加肠道动力；同时减少禁食时间，可以减轻机体分解代谢和减轻术后胰岛素抵抗。手术后的早期活动可促进腹腔血液循环及肠道供血，增加肠蠕动，降低肠粘连的发生率。腹部顺时针方向按摩能机械刺激肠管，刺激肠内容物的运动，缓解腹胀。嚼口香糖是一种“假饲”的刺激物，它能通过迷走神经反射刺激唾液、胃液和胃肠激素的分泌，从而增加胃肠蠕动^[4]。科学的疼痛管理可以缓解疼痛所导致的交感神经兴奋和避免胃肠平滑肌的抑制作用，使胃肠功能得到进一步恢复。

3.2 快速康复护理对炎症应激、营养状态及免疫功能的改善作用

手术创伤会激活人体炎症反应以及神经内分泌系统的功能，使 CRP、IL-6 以及其他炎症因子的含量增加，同时使人体处于高分解代谢状态而导致营养与免疫功能的降低^[5]。本次结

果表明：观察组患者手术后 CRP、IL-6 以及降钙素原的含量均比对照组患者低，白蛋白、前白蛋白以及 CD4⁺和 CD8⁺的含量则比对照组患者高，提示迅速的康复护理有利于缓解手术后炎症应激反应，改善患者的营养及免疫状态。其作用机理是快速康复护理能保持肠黏膜的完整性、减少细菌和内毒素的移位、从而缓解炎症反应，并能缩短绝食时间和施行早期肠内营养。规范化的疼痛控制可以减轻交感神经的过度兴奋和儿茶酚胺的释放，减轻机体的应激损伤。早期的活动也能促进机体代谢及组织氧供、增强免疫细胞的活性。白蛋白和前白蛋白含量的增加说明患者蛋白合成能力有了良好的恢复，CD4⁺/CD8⁺的增加说明细胞免疫功能有所恢复。以上结果表明快速康复护理既能促进患者的术后康复，又能通过调整炎症和免疫反应来改善总体的康复质量。

3.3 快速康复护理对术后并发症及护理满意度的影响

结直肠癌手术后患者因长期卧床，胃肠功能恢复慢以及机体免疫功能降低等原因，容易出现肺部感染、切口感染、尿潴留和下肢深静脉血栓形成等并发症。本次研究结果表明：观察组患者的术后并发症的总发生率显著低于对照组患者，且护理满意度优于对照组患者，说明快速康复护理对保证患者的安全及提高护理质量起到了积极的促进作用。分析其病因，早期活动可促进肺部通气与血液循环，减轻肺分泌物潴留与下肢静脉血流淤滞的发生，进而降低肺部感染与深静脉血栓形成的危险；结合气压治疗能进一步加强静脉回流和防止血栓形成。加强切口护理及导管护理，有利于降低细菌感染的几率，减少切口感染的发生。个体化健康教育可改善患者对疾病的感知和康复流程，提高治疗依从性并减轻焦虑、恐惧情绪。护理人员在不断的沟通与心理支持下，让患者积极参与到康复的过程中，从而提高护理的满意度。快速康复护理减少住院时间、降低患者经济负担、还有利于促进患者对护理服务总体评价。

参考文献：

- [1] 赵淑梅.早期康复护理对结直肠癌术后患者胃乏力和生活质量的影响[J].当代医药论丛,2025(4):177-180.
- [2] 邓得平,曾晓兰,李鸿杰.医护一体化中西医结合快速康复护理模式在结直肠癌手术患者中的应用[J].中外医药研究,2024,3(33):121-123.
- [3] 陈永红,户会梅.快速康复外科理念护理对结直肠癌术后患者胃肠功能恢复的影响[J].贵州医药,2024,48(4):634-636.
- [4] 方樊.快速康复护理在结直肠癌患者术后护理中的应用效果[J].名医,2024(17):108-110.
- [5] 利雪珍,白志宝,张璠,等.中药穴位贴敷联合 ERAS 理念对结直肠癌患者术后康复,并发症风险及护理满意度的影响[J].中外医学研究,2024,22(9):80-83.