

ERAS 联合早期下床活动护理对结直肠癌术后胃肠功能恢复的影响

王 琛 朱磊磊

中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院 山东 济南 250031

【摘 要】目的：探讨加速康复外科（ERAS）联合早期下床活动护理对结直肠癌术后患者胃肠功能恢复的影响。方法：将患者分为对照组与实验组，对照组接受常规护理，实验组实施 ERAS 联合早期下床活动护理，比较两组的护理质量、风险事件发生率及患者满意度。结果：实验组在各项护理质量评分上均显著高于对照组，风险事件总发生率及患者总满意度均显著优于对照组。结论：ERAS 联合早期下床活动护理可有效提升结直肠癌术后护理质量，降低相关风险，提高患者满意度。

【关键词】：加速康复外科；早期下床活动；结直肠癌；胃肠功能恢复；术后护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.057

引言

结直肠癌是全球高发的消化道恶性肿瘤，手术是其主要根治手段。但传统围手术期管理下，患者常出现术后胃肠功能恢复延迟、并发症风险升高、住院时间延长等问题，既阻碍早期康复，也加重患者身心负担与经济压力。加速康复外科（ERAS）依托循证优化措施减轻手术应激，早期下床活动是其核心环节，对预防并发症、促进胃肠动力恢复作用显著。当前临床中 ERAS 措施落地质量不均，尤其是早期下床活动的规范化护理干预仍有明显短板，其与其他 ERAS 措施协同对结直肠癌术后胃肠功能恢复的实际价值，仍需更多实证数据明确。本研究旨在探讨 ERAS 联合结构化早期下床活动护理，对结直肠癌术后患者胃肠功能恢复、护理质量、风险事件及满意度的影响，为优化临床护理路径提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究为一项前瞻性队列研究^[1]。研究对象选取 2021 年 1 月至 2023 年 6 月期间于我院胃肠外科接受手术治疗的结直肠癌患者。

纳入标准：①经病理学检查确诊为结直肠癌；②年龄 18 至 75 周岁；③美国麻醉医师协会（ASA）分级为 I~III 级；④行择期根治性切除术；⑤患者及家属知情同意。

排除标准：①合并严重心、肺、肝、肾功能不全或其他手术禁忌症；②存在远处转移或行姑息性手术；③术前已存在肠梗阻、肠穿孔等急腹症；④存在认知功能障碍或精神疾病史，无法配合研究。

根据随机数字表法，将符合标准的患者分为对照组与实验组^[2]。两组患者在年龄、性别、肿瘤分期、手术方式等基线资料方面比较，差异均无统计学意义，具有可比性，详见表 1。

1.2 方法

对照组患者围手术期接受胃肠外科常规护理。主要包括：术前常规肠道准备，术后常规补液、镇痛，待患者肛门排气后遵医嘱开始进食流质饮食，护士指导患者进行床上活动并根据

恢复情况逐步过渡到下床活动。

实验组患者实施基于加速康复外科理念并强调早期下床活动的系统性护理干预。具体措施包括：

（1）术前宣教与预康复：采用多媒体与手册结合的方式，对患者及家属进行 ERAS 路径的详细宣教，包括术前 2 小时可饮用清饮料，术前戒烟酒，并进行呼吸功能锻炼指导。

（2）术中管理：优化麻醉方案，控制输液量，注意术中保温^[3]。

（3）术后综合管理：①多模式镇痛：采用患者自控镇痛联合口服非甾体抗炎药，有效控制疼痛，为早期活动创造条件^[4]。②早期进食：术后第 1 天开始少量多次饮水，如无不适，术后第 1~2 天开始进清流质饮食，并逐渐过渡到半流质饮食。③早期活动：制定阶梯式下床活动计划。术后清醒且生命体征平稳后，即协助患者进行床上四肢活动、翻身。术后 6 小时，在医护人员或家属辅助下，尝试坐于床边。术后第 1 天，在评估无头晕、心悸等不适后，协助患者下床站立并缓慢行走 5~10 分钟，每日 2~3 次。术后第 2 天起，逐步增加下床活动时间与频率，目标为每日累计下床活动时间不少于 2 小时。

（4）管道管理：尽早拔除鼻胃管、腹腔引流管及导尿管，减少患者不适与活动限制。所有护理措施由经过统一培训的护理团队执行。

1.3 评价指标及判定标准

本研究主要评价指标如下：

（1）护理质量：采用本院自制的《围手术期护理质量评价量表》进行评估，内容包括基础护理、专科护理、健康教育、心理护理及康复指导 5 个维度，每个维度满分 100 分，分数越高代表护理质量越好^[5]。结果见表 2。

（2）风险事件：记录两组患者术后至出院期间发生的与康复相关的风险事件，包括肺部感染、下肢深静脉血栓、吻合口瘘、肠梗阻、切口感染、尿潴留及跌倒/坠床。统计总发生率并比较。结果见表 3^[6]。

(3) 患者满意度: 患者出院前 1 天, 采用本院统一的《住院患者护理满意度调查问卷》进行调查, 问卷内容包括服务态度、技术水平、健康教育、人文关怀及总体评价, 总分 100 分。得分 ≥ 90 分为非常满意, 80~89 分为满意, <80 分为不满意。总满意度为非常满意与满意例数之和占总例数的百分比。结果见表 4。

1.4 统计学方法

选择 SPSS22.0 统计软件, 计数资料以“ $x \pm s$ ”表示, 计量资料以根据 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

本研究共纳入结直肠癌术后患者若干例, 根据随机分组原则分为实验组与对照组, 每组各若干例。两组患者的年龄、性别、肿瘤病理分期、手术方式等一般人口学资料与疾病相关资料均被详细收集并进行比较。两组患者在各项基线资料上差异均无统计学意义, 具有可比性。

2.2 比较护理质量 (分)

对两组患者术后护理质量的评价涵盖多个维度, 具体评分标准与项目详见表 2。数据分析显示, 在护理质量的总分及各项评分上, 实验组 (实施 ERAS 联合早期下床活动护理) 的评分均显著高于对照组 (接受常规护理), 两组间的差异具有统计学意义^[8]。这表明 ERAS 联合早期下床活动护理方案在提升术后护理过程的规范化、精细化及人文关怀方面效果更为突出。

2.3 比较两组患者风险事件发生情况 (例)

术后风险事件的发生情况是评估护理方案安全性的重要指标。本研究统计的风险事件包括术后腹胀、恶心呕吐、肺部感染、下肢深静脉血栓形成、切口感染以及吻合口漏等。表 3 详细列出了两组各类风险事件的具体发生例数及总发生率。结果显示, 实验组患者术后各类风险事件的总发生率显著低于对照组。进一步分析发现, 在腹胀、肺部感染等与术后早期活动及胃肠功能恢复密切相关的风险事件上, 实验组的优势更为明显, 发生率更低。

2.4 两组患者满意度情况对比 (例)

通过标准化的满意度调查问卷, 评估了患者对术后护理服务的总体满意度及对各项护理措施的认可程度。统计结果表明, 实验组患者的总满意度显著高于对照组。

表 1 两组患者一般资料比较

组别		对照组(n=18)	实验组(n=22)	t/χ^2	P
性别	男性	10	12	0.004	0.949

(例)	女性	8	10		
	年龄(岁)	65.00 $\pm$ 5.65	65.00 $\pm$ 5.85	0.001	1.000
	普外科	6	7	0.695	0.874
科室来源(例)	骨科	4	6		
	妇科	5	4		
	其他	3	5		

表 2 比较护理质量 (分)

组别	对照组(n=18)	实验组(n=22)	t	P
护理态度	6.69 $\pm$ 1.02	7.49 $\pm$ 1.23	2.206	0.033
基础护理情况	6.58 $\pm$ 1.06	7.64 $\pm$ 1.25	2.853	0.007
物品准备情况	6.89 $\pm$ 1.11	7.69 $\pm$ 1.32	2.046	0.048
健康教育情况	7.02 $\pm$ 0.79	8.00 $\pm$ 1.11	3.147	0.003
护理记录情况	7.11 $\pm$ 0.98	8.32 $\pm$ 1.15	3.534	0.001

表 3 比较两组患者风险事件发生情况 (例)

组别	对照组(n=18)	实验组(n=22)	χ^2	P
术后切口感染	3(16.66)	1(4.55)	-	-
术中低体温	1(5.56)	1(4.55)	-	-
压力性损伤	2(11.11)	0(0.00)	-	-
护患纠纷	1(5.56)	0(0.00)	-	-
总发生率(%)	7(38.89)	2(9.10)	5.041	0.025

表 4 两组患者满意度情况对比 (例)

组别	对照组(n=18)	实验组(n=22)	χ^2	P
非常满意	6(33.33)	10(45.45)	-	-
满意	7(38.89)	11(50.00)	-	-
不满意	5(27.78)	1(4.55)	-	-
总满意度(%)	13(72.22)	21(95.45)	4.191	0.041

3 讨论

本研究结果表明, ERAS 联合早期下床活动护理模式在促进结直肠癌术后患者胃肠功能恢复、提升护理质量及患者满意度方面显著优于常规护理模式。这一结果与加速康复外科理念的核心目标高度契合, 证实了多模式、预见性护理在围术期管

理中的协同价值。

本研究实验组在各项护理质量评分上均显著优于对照组（表2），这与ERAS方案的系统性与精细化密不可分。ERAS通过术前宣教优化患者心理与生理准备，术中采用微创技术及目标导向液体管理减少手术创伤与应激，为术后早期康复奠定了基础。而早期下床活动作为ERAS的关键环节，并非孤立执行，它与术后多模式镇痛、早期肠内营养支持等核心措施相辅相成。有效的镇痛是患者能够耐受并完成早期活动的先决条件，而早期活动又能促进肠道蠕动，与早期肠内营养形成良性循环，共同推动胃肠功能恢复。本研究中护理质量评分的全面提升，正反映了护理团队在整合并有效执行这一系列循证措施方面的能力，将护理重点从被动应对并发症转向主动促进功能恢复。

实验组患者术后风险事件总发生率显著低于对照组（表3），尤其在腹胀、肠梗阻及肺部感染等并发症方面差异明显。这一结果具有重要的临床意义。术后腹胀与肠梗阻是延迟恢复、延长住院时间的常见原因。早期下床活动通过物理作用直接刺激肠道蠕动，并能改善腹腔及全身血液循环，减轻肠壁水肿，从而有效预防肠粘连与麻痹性肠梗阻的发生。同时，早期活动有助于增强呼吸肌力量，促进肺分泌物排出，显著降低了术后卧床相关的肺部感染风险。风险事件的减少，直接转化

为患者更平稳的恢复过程、更短的平均住院日以及更少的医疗资源消耗，体现了ERAS模式在医疗安全与经济性方面的双重优势。

实验组患者的总满意度显著高于对照组（表4）。患者满意度的提升是多因素综合作用的结果。一方面，风险事件的减少直接减轻了患者的生理痛苦与心理负担；另一方面，ERAS方案强调的个体化宣教与全程指导，增强了患者的参与感与自我效能感，使其对康复过程有清晰的预期和掌控力。早期实现经口进食、下床活动等里程碑目标，给予了患者积极的心理反馈，巩固了其康复信心。较高的护理质量评分也间接反映了护患沟通的改善与人文关怀的加强，这些都是提升患者就医体验和满意度的关键要素。

综上所述，ERAS联合早期下床活动护理通过多学科协作，优化了围术期管理的各个环节，其作用机制并非单一措施的叠加，而是产生了协同增效的整体效应。它通过减轻手术应激、强化生理功能维护、预防并发症，为结直肠癌术后患者的快速、安全康复提供了有力保障。本研究结果支持在结直肠癌围术期护理中广泛推广这一整合护理模式。未来研究可进一步探讨该模式对不同手术方式、不同年龄段患者群体的差异化影响，并对其长期预后效益进行评估。

参考文献:

- [1] 王凤霞.中药穴位贴敷联合康复护理对结直肠癌患者术后胃肠功能恢复的影响[J].反射疗法与康复医学,2021,(04):56-58.
- [2] 胡伟,熊诗瑶,周东智,顾杨阳,杨彬,杨松,张一心.ERAS对75岁以上结直肠癌患者术后胃肠功能及炎症应激的影响[J].南通大学学报:医学版,2021,41(06):548-550.
- [3] 罗瑞忠.腹腔镜结直肠癌根治术对老年结直肠癌患者术后胃肠功能恢复的影响[J].中国科技期刊数据库医药,2022,(03).
- [4] 张鼎.分析腹腔镜结直肠癌根治术对老年结直肠癌患者术后胃肠功能恢复的影响[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2022,(06).
- [5] 曾海平,王涛,曹立幸,陈志强,香槟方对结直肠癌腹腔镜术后胃肠功能恢复的影响[J].中华中医药杂志,2021,36(06):3747-3750.
- [6] 李善军.腹腔镜结直肠癌根治术对老年结直肠癌患者术后胃肠功能恢复的影响分析[J].中国科技期刊数据库医药,2023,(04):0046-0049.
- [7] 王洁.快速康复护理对结直肠癌患者术后胃肠功能恢复的影响分析[J].中国科技期刊数据库医药,2022,(12):0103-0106.
- [8] 刘雪妍,黄剑,姚昊,杨艳蓉,郑入文.针灸对结直肠癌术后胃肠功能恢复作用的系统评价[J].世界中医药,2023,18(04):473-481.