

中医特色护理技术结合 ERAS 理念对腹腔镜下胃癌根治术患者胃肠功能恢复的影响

谢 荣

赣州市肿瘤医院 江西 赣州 341000

【摘要】目的：观察中医特色护理技术结合加速康复外科（ERAS）理念对腹腔镜下胃癌根治术患者胃肠功能恢复的影响。方法：选取 2024 年 2 月—2025 年 3 月在本院开展腹腔镜下胃癌根治术治疗的胃癌患者 80 例。以随机数表法分为对照组和观察组，每组 40 例。对照组接受常规护理，观察组接受中医特色护理技术结合 ERAS 理念护理。结果：观察组首次肠鸣音出现时间、首次排气时间、首次排便时间、住院时间短于对照组， $P < 0.05$ 。术前 1d，两组的 ALB、PA、CRP 水平对比， $P > 0.05$ 。两组术后 5d 的 ALB、PA 水平低于术前 1d，CRP 水平高于术前 1d， $P < 0.05$ 。术后 5d，观察组的 ALB、PA 水平高于对照组，CRP 水平低于对照组， $P < 0.05$ 。结论：中医特色护理技术结合 ERAS 理念对腹腔镜下胃癌根治术患者胃肠功能恢复具有促进作用，并能改善术后营养状况、减轻炎症反应。

【关键词】：中医特色护理技术；ERAS 理念；腹腔镜下胃癌根治术；胃肠功能

DOI:10.12417/2811-051X.25.11.038

胃癌作为一种高发的恶性疾病，严重危害患者生命健康。腹腔镜胃癌根治术是目前临床广泛采用的治疗手段，然而手术创伤易引发机体应激反应，而且尽管在腹腔镜下开展手术，仍会对患者造成较大的创伤，导致其术后消化功能失调，因此实施科学护理对患者康复至关重要^[1-2]。在制订护理计划时，应基于个体化原则，融合现代医学理念。加速康复外科（ERAS）理念突破了传统治疗模式重治疗轻康复的局限，既能有效控制疾病进展，又能优化患者生理机能恢复，显著提升疗效^[3]。中医护理作为运用传统医学理论的特色护理方法，在术后功能恢复领域具有显著优势^[4]。本文观察中医特色护理技术结合 ERAS 理念对腹腔镜下胃癌根治术患者胃肠功能恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 2 月—2025 年 3 月在本院开展腹腔镜下胃癌根治术治疗的胃癌患者 80 例。纳入标准：1) 胃癌确诊。2) 耐受手术和麻醉。3) 手术治疗成功。4) 意识清晰。5) 认知正常。6) 知晓研究。排除标准：1) 远端转移。2) 幽门梗阻。3) 急诊手术。4) 心肺、肝肾功能异常。5) 精神疾病。以随机数表法分为对照组和观察组，每组 40 例。对照组中男 25 例、女 15 例，年龄 47~67 岁、平均（57.38±6.31）岁，其中 TNM 分期 I b 期、II a 期、II b 期、III a 期、III b 期的患者分别有 4 例、7 例、6 例、10 例、13 例。观察组中男 24 例、女 16 例，年龄 47~69 岁、平均（57.343±6.34）岁，其中 TNM 分期 I b 期、II a 期、II b 期、III a 期、III b 期的患者分别有 4 例、7 例、7 例、10 例、12 例。以上对比， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组接受常规护理，观察组接受中医特色护理技术结合

ERAS 理念护理。

常规护理：手术前需要空腹 12 小时。手术前一天仅进食流质食物，并在手术前一晚或当天清晨服用通便药物。术前预防性使用抗生素一次，若手术时长超过 3 小时需追加一次剂量，术后继续使用抗生素至第三天。术后按标准方案给予阿片类镇痛药物。患者术后下床活动时间根据其身体状况和个人意愿决定。术后三天内逐步恢复饮水和进食，期间常规通过鼻胃管提供营养支持。每日静脉补液量维持在 2000~2500 毫升左右。

中医特色护理技术。1) 情志疏导。术前根据患者的情绪状态实施个性化心理疏导，重点说明保持积极乐观的心态对疾病治疗和术后恢复的积极作用。系统性地向患者及其家属介绍疾病发生的原因、手术方案的具体内容以及术后护理要点。认真倾听并详细解答患者及家属提出的各类问题，消除他们的疑虑。2) 饮食护理。胃癌术后患者常出现气血瘀滞、消化功能减弱的现象，因此需要科学安排膳食营养。在患者可以正常进食后，建议其在日常饮食中添加黄芪、山楂等，起到健脾和胃、行气活血的作用，有效改善术后气血不畅和胃肠功能低下的状况。3) 艾灸干预。术后使用艾条或配合灸盒对足三里、三阴交实施温和灸，每次 20 分钟，每日 1 次。4) 穴位按摩。对患者足三里等穴位进行指压治疗，每次按压 1 分钟，每日重复 30 次，以起到疏通经络、健脾和胃的作用。5) 穴位敷贴。将茱萸英用微波炉加热至外壳微裂、散发药香的程度，待其冷却到 60~65℃ 时，敷于脐部，可帮助患者恢复肠道功能。

ERAS 理念护理：手术前需要空腹 6 小时，禁饮 2 小时，并在手术前 2 小时饮用 500 毫升 10% 的葡萄糖盐水。无需进行肠道清洁准备。手术前预防性使用一次抗生素，若手术时长超过 3 小时需补充一次，术后继续使用抗生素 24 小时。术后应减少或避免使用阿片类镇痛药物。需特别向患者说明术后尽早

下床活动的重要意义。术后应及早恢复经口饮水和进食。每日输液量建议不超过 2000 毫升。

1.3 观察指标

记录两组的首次肠鸣音出现时间、首次排气时间、首次排便时间、住院时间。术前 1d、术后 5d，抽取患者的空腹静脉血，离心后取血清，以酶联免疫法检测血清白蛋白（ALB）、前白蛋白（PA）、C 反应蛋白（CRP）的水平。

1.4 统计学分析

用 SPSS27.0 统计学软件进行数据分析，计量资料符合正态分布，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示、行 t 检验，计数资料以百分数表示、行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠功能恢复情况

观察组首次肠鸣音出现时间、首次排气时间、首次排便时间、住院时间短于对照组， $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 胃肠功能恢复情况 $(\bar{x} \pm s)$

组别	对照组 (n=40)	观察组 (n=40)	t	P
首次肠鸣音出现时间(h)	16.86 ± 3.11	12.83 ± 2.83	6.062	<0.001
首次排气时间(h)	25.22 ± 5.10	19.23 ± 3.16	6.314	<0.001
首次排便时间(h)	40.86 ± 7.11	30.38 ± 5.04	7.605	<0.001
住院时间(d)	18.30 ± 3.10	14.76 ± 2.16	5.926	<0.001

2.2 营养状态及炎症反应情况

术前 1d，两组的 ALB、PA、CRP 水平对比， $P > 0.05$ 。两组术后 5d 的 ALB、PA 水平低于术前 1d，CRP 水平高于术前 1d， $P < 0.05$ 。术后 5d，观察组的 ALB、PA 水平高于对照组，CRP 水平低于对照组， $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 2 营养状态及炎症反应情况 $(\bar{x} \pm s)$

组别		对照组(n=40)	观察组(n=40)	t	P
ALB (g/L)	术前 1d	41.24 ± 5.16	41.38 ± 5.07	0.122	0.903
	术后 5d	32.98 ± 4.21	36.72 ± 4.71	3.744	<0.001
	t	7.844	4.259		
	P	<0.001	<0.001		
PA (mg/L)	术前 1d	270.33 ± 35.56	270.82 ± 35.77	0.061	0.951
	术后 5d	212.69 ± 33.31	237.37 ± 33.97	3.281	0.002

t		7.482	4.289		
P		<0.001	<0.001		
CRP (mg/L)	术前 1d	4.26 ± 1.22	4.23 ± 1.17	0.112	0.911
	术后 5d	40.30 ± 5.15	34.26 ± 4.91	5.369	<0.001
	t	43.068	37.628		
	P	<0.001	<0.001		

3 讨论

胃癌作为一种高发恶性疾病，严重危害患者生命健康，其主要治疗手段为根治性手术。自上世纪 90 年代起，腹腔镜技术被引入胃癌根治手术领域，经过数十年的技术革新，其临床价值已获广泛认同^[5-6]。然而手术创伤引发的应激反应会影响患者生理机能，此时采用合理的治疗理念对术后康复至关重要。中医将术后胃肠功能障碍归为“肠痹”“肠结”的范畴，认为手术损伤气血，导致气机不畅、脾胃失调，形成恶性循环^[7]。中医特色护理技术基于传统医学理论，融合经络学说与辨证施护原则，通过非药物疗法调节机体功能，兼具无创性、个体化和防治结合等特点^[8]。ERAS 理念是通过整合围手术期多项循证医学优化措施，减轻患者身心创伤应激，降低能量消耗，改善器官功能障碍，最终实现促进康复、缩短住院时间、降低医疗成本的目标，目前已在各临床科室逐步推广应用^[9-10]。

本研究中，观察组首次肠鸣音出现时间、首次排气时间、首次排便时间、住院时间短于对照组， $P < 0.05$ 。这是因为，观察组的护理方法中，情志疏导可减轻患者焦虑，避免负面情绪抑制胃肠蠕动；饮食护理科健脾和胃、行气活血，改善术后气血瘀滞，增强胃肠动力；艾灸、穴位按摩和敷贴可温经通络，刺激迷走神经，增强胃肠蠕动，调节脾胃功能；术前缩短禁食时间+口服葡萄糖盐水能减少代谢应激，维持肠道微循环，降低术后肠麻痹风险；不进行肠道准备能减少肠道菌群紊乱，保护肠道的屏障功能；早期进食可刺激胃肠激素分泌，促进肠蠕动恢复。本研究中，术后 5d 观察组的 ALB、PA 水平高于对照组， $P < 0.05$ 。这是因为，观察组的护理方法中，饮食干预能补气健脾，促进营养吸收，改善术后气血不足；艾灸、穴位按摩能增强脾胃的运化功能，提高营养物质的吸收利用率；早期经口进食可减少长期禁食导致的蛋白质分解，促进营养摄入；限制输液量能避免液体超负荷，减少组织水肿，改善胃肠道血供，促进营养吸收。本研究中，术后 5d 观察组 CRP 水平低于对照组， $P < 0.05$ 。这是因为，观察组的护理方法中，情志疏导可降低应激激素水平，减少炎症因子释放；艾灸、穴位按摩等措施能调节免疫系统功能，降低促炎因子水平，增强机体的抗炎功能；减少阿片类镇痛药可避免药物抑制免疫、加重炎症反应；早期下床活动可促进血液循环，减少炎症介质堆积，降低全身

炎症反应。

胃癌根治术患者胃肠功能恢复具有促进作用，并能改善术后营养状况、减轻炎症反应。

综上所述，中医特色护理技术结合 ERAS 理念对腹腔镜下

参考文献：

- [1] 夏越超.加速康复外科理念在腹腔镜胃癌根治术中的临床应用效果[J].中国医药指南,2020,18(13):168-169.
- [2] 姚增武,王熙勋,胡金晨,等.加速康复外科(ERAS)对腹腔镜胃癌手术患者术后肠功能及肠道菌群变化的影响[J].中华内分泌外科杂志,2021,15(6):583-587.
- [3] 党鹏远,张淋,张伟,等.ERAS对进展期胃癌根治术后患者胃肠功能恢复情况的影响[J].医药论坛杂志,2020,41(10):18-20,27.
- [4] 王红红.中医护理胃癌根治术后患者胃肠功能及不良情绪的影响[J].婚育与健康,2023,31(6):82-84.
- [5] 林建安,杜佳斌,钟文进,等.加速康复外科理念在腹腔镜下胃癌根治术中的应用[J].中国现代医生,2021,59(33):66-69.
- [6] 曾军.中医护理对胃癌根治术后患者胃肠功能恢复的影响[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(1):109-110.
- [7] 王昕虹.中医护理干预对胃癌根治术后患者胃肠功能恢复的影响[J].当代护士:下旬刊,2022,29(10):57-59.
- [8] 尹迪.中医辨证护理联合循证护理应用于胃癌根治术后患者中的价值[J].中外医药研究,2023,2(20):129-131.
- [9] 李威威,赵杰,蔡峰,等.加速康复外科理念在腹腔镜下胃癌根治术围术期的应用效果[J].临床医学研究与实践,2024,9(32):39-42.
- [10] 李舒心.快速康复联合中医护理对腹腔镜胃癌根治术后恢复的影响[J].国医论坛,2024,39(5):42-43.