

基于 ERAS 理念的剖宫产围术期护理路径优化对术后胃肠功能恢复的影响

张文颖

咸宁市中心医院湖北科技学院附属第一医院 湖北 咸宁 437000

【摘要】目的：分析基于加速康复外科（ERAS）理念制定的剖宫产围术期护理路径对患者术后胃肠功能的恢复效果。方法：选择 2024 年 1 月—2025 年 12 月于我院实施剖宫产分娩的 60 例产妇，使用随机数字表法分为对照组与观察组，各 30 例。对照组采取常规护理模式，观察组采取基于 ERAS 理念优化围术期护理路径。对比两组术后胃肠功能恢复指标；术后疼痛评分；并发症率；住院时间以及护理满意度。结果：观察组各项术后胃肠功能恢复指标优于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组术后疼痛评分低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组并发症率低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组住院时间短于对照组，护理满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：基于 ERAS 理念的剖宫产围术期护理路径优化方案的应用，能够改善产妇术后的胃肠蠕动功能，促进其胃肠功能的恢复，降低术后疼痛，预防并发症的发生。

【关键词】：ERAS 理念；剖宫产；围术期护理；胃肠功能恢复；护理路径优化

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.064

剖宫产属于临床中解决难产、高危妊娠、胎儿窘迫等产科多种危急重症的重要手术方式，该方式能够有效保障母婴生命安全。随着剖宫产手术技术的逐渐成熟，大幅度提升患者的手术安全性，但手术创伤、麻醉刺激、腹腔脏器牵拉、术后卧床以及禁食禁饮等多种传统干预模式的应用，容易使产妇术后产生胃肠蠕动抑制，出现腹胀、排气排便延迟、恶心呕吐等多种胃肠功能紊乱相关症状^[1]。加速康复外科（ERAS）理念是以循证医学证据为根据对围术期各项干预措施进行不断优化新型康复理念，核心就是通过开展规范化、个体化以及精细化的围术期护理干预，降低手术应激反应以及并发症率，促进患者术后的康复。该理念充分摒弃了传统外科手术的长时间禁食、术后保持绝对卧床、常规留置管路等相关保守干预方法，强调为患者提供术前的充分宣教、术中的精准保温、术后的早期进食以及早期活动等优化措施，目前该方法已经广泛应用在普外科、妇产科、骨科等多个外科领域^[2]。现做出如下研究，旨在分析基于 ERAS 理念的剖宫产围术期护理路径优化方案的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2024 年 1 月—2025 年 12 月于我院实施剖宫产分娩的 60 例产妇，使用随机数字表法分为对照组与观察组，各 30 例。对照组年龄为 23~37 岁，平均为（ 29.65 ± 3.24 ）岁；孕周为 37~41 周，平均为（ 39.12 ± 1.05 ）周；体重为 58~76kg，平均为（ 67.32 ± 4.58 ）kg。观察组年龄为 22~38 岁，平均为（ 30.12 ± 3.18 ）岁；孕周为 37~42 周，平均为（ 39.35 ± 1.12 ）周；体重为 57~78kg，平均为（ 68.15 ± 4.62 ）kg。两组一般资料对比（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①单胎足月妊娠，与剖宫产手术指征相符；②

年龄范围为 22~38 岁；③首次实施剖宫产手术；④意识清晰，能够正常沟通，可依从护理干预以及相关研究调查；⑤产妇及其家属在知情同意书上签字。

排除标准：①伴发妊娠期糖尿病或者妊娠期高血压等重度妊娠并发症；②手术前伴发胃肠功能疾病或者消化系统器质性病变；③需要手术中转、术中大出血或者腹腔存在重度粘连等特殊手术情况；④肝肾功能或者心肺功能异常；⑤伴发精神性疾病、认知障碍。

1.2 方法

对照组：实施常规护理：手术前对患者实施常规健康宣教，告知产妇手术相关流程、术前的注意事项，手术前保持 12h 禁食、6h 禁饮，常规做好备皮、留置导尿管工作；手术中需要积极配合医生进行手术，对患者的生命体征进行常规监测；术后保持去枕平卧 6h，禁食禁饮，直到肛门排气后逐步恢复进食，术后 24h 保持下床活动，常规给予其镇痛、抗感染以及补液治疗，对患者的切口、阴道流血以及胃肠情况进行密切观察，若产生腹胀、呕吐等症状后，需要进行对症支持处理。

观察组：采用基于 ERAS 理念优化围术期护理路径：

（1）术前：①个体化健康宣教：术前 1d 使用图文手册、视频讲解或者一对一沟通等形式，向产妇及其家属介绍 ERAS 快速康复理念、剖宫产手术流程以及术后胃肠功能恢复特点，以及时纠正产妇的错误认知，降低术前焦虑、紧张情绪严重程度；②饮食优化：术前 6h 需要禁食固体食物，术前 2h 能够饮用少量温糖水或者无渣清饮，防止术前发生低血糖、脱水，避免胃肠空虚产生蠕动紊乱。

（2）术中：①体温保护：术中控制手术室内温度至 24~26℃ 范围内，使用保温毯覆盖产妇的非手术区域，手术中对于

输注的液体进行提前加温，防止低温产生机体应激、胃肠血管收缩；②精细化手术配合：对患者的手术时间进行严格控制，避免腹腔脏器发生牵拉、延长暴露时间，减轻手术创伤对于患者胃肠功能的刺激程度。

(3) 术后：①疼痛优化干预：使用多模式镇痛方案进行干预，术后常规给予患者静脉镇痛泵联合局部切口镇痛，对患者的疼痛评分进行定时评估，以患者的疼痛程度为根据对镇痛方案进行镇痛，防止剧烈疼痛对胃肠蠕动、产妇活动造成限制作用；②早期进食干预：术后 2h 未产生恶心、呕吐症状，则能够少量的饮用温水、米汤，术后 6h 逐渐过渡到流质、半流质饮食上，按照少量多餐的原则进行进食；③早期活动干预：术后 2h 指导产妇进行翻身，并做好四肢活动工作，术后 6h 可保持半卧位，术后 12h 进行下床床边站立以及缓慢行走，逐渐适当提升活动量，加快胃肠的蠕动以及腹腔气体的排出；④胃肠专项护理：术后定时保持顺时针按摩产妇的腹部，每次持续 10~15min，每天 2~3 次，加快肠鸣音恢复，同时对腹胀、排气排便情况进行密切观察，提前干预以预防胃肠并发症的发生。

1.3 观察指标

①胃肠功能恢复指标。

②术后疼痛程度：采用视觉模拟评分法（VAS）评估，满分为 10 分，分数和疼痛剧烈程度呈正比。

③并发症率。

④康复指标以及满意度：满意度采用我院自制护理满意度量表评估，满分 100 分，≥90 分代表非常满意，80~89 分代表满意，<80 分代表不满意。满意度=非常满意率+满意率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS25.0 统计学软件，其中均数+标准差符合正态分布，以 ($\bar{x} \pm s$) 用来表示计量资料，通过计算 t 值进行验算，率 (%) 用来表示计数资料，通过计算 X^2 进行验算。

2 结果

2.1 胃肠功能恢复指标对比

观察组均优于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1；

表 1 胃肠功能恢复指标对比 ($\bar{x} \pm s$) (h)

组别	对照组	观察组	t	P
例数	30	30	-	-
肠鸣音恢复时间	18.65±2.36	12.32±2.14	10.883	0.000
首次排气时间	24.32±3.15	16.85±2.86	9.616	0.000
首次排便时间	48.56±5.21	36.24±4.85	9.480	0.000

2.2 术后疼痛程度对比

观察组低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2；

表 2 术后疼痛程度对比 ($\bar{x} \pm s$) (分)

组别	对照组	观察组	t	P
例数	30	30	-	-
术后 6h	6.85±1.12	5.12±0.86	6.710	0.000
术后 12h	5.42±0.98	3.65±0.72	7.972	0.000
术后 24h	3.86±0.75	2.14±0.58	9.936	0.000

2.3 并发症率对比

观察组低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 3；

表 3 并发症率对比[n (%)]

组别	对照组	观察组	X^2	P
例数	30	30	-	-
腹胀	5	1	-	-
恶心呕吐	4	1	-	-
便秘	3	0	-	-
发生率	12(40.00)	2(6.67)	9.317	0.002

2.4 住院时间和满意度对比

观察组均优于对照组 ($P < 0.05$)，见表 4；

表 4 住院时间和满意度对比[n (%)] ($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	观察组	t/ X^2	P
例数	30	30	-	-
住院时间(d)	5.86±1.24	4.12±0.98	6.030	0.000
满意度	24(80.00)	29(96.67)	4.043	0.0444

3 讨论

剖宫产术后胃肠功能紊乱属于临床产科术后的最常法性应激性并发症，该疾病的发生核心机制在于：手术创伤、腹腔脏器牵拉、麻醉药物抑制、术后长期卧床以及禁食禁饮等，会降低患者胃肠道平滑肌蠕动速度以及胃肠动力，进而导致其发生排气排便延迟、腹胀、呕吐等相关症状。常规围术期护理的实施主要利用传统外科护理经验，通过做好术前长时间禁食、术后保持绝对卧床以及排气后进食等保守措施，虽然能够规避部分术后风险事件，但会对胃肠蠕动产生抑制作用，导致其机体应激反应程度加重，对患者术后胃肠功能的快速恢复造成影响。

研究发现：观察组胃肠功能恢复指标、住院时间与满意度均优于对照组，原因在于：术前 2h 适量的补充无渣清饮，能够维持其胃肠道的基础性代谢活性，对患者的胃肠黏膜屏障功能起到保护作用，防止胃肠废用性蠕动速度降低。同时术中做好体温保护、精准性补液、降低腹腔脏器暴露时间等相关措施，能够规避低温应激、过量补液引发胃肠水肿、血管收缩问题的发生，避免手术以及麻醉对胃肠动力产生抑制作用。术后早期进食干预的应用，能够避免食物刺激患者的胃肠黏膜，激活其胃肠道蠕动的节律，加快胃肠激素的分泌速度，促进肠鸣音的恢复；联合早期翻身、下床活动以及腹部按摩，能够加快腹腔气体的排出速度以及胃肠内容物的转运速度，促进其胃肠功能的恢复^[3]。

研究发现：观察组疼痛程度低于对照组，原因在于：ERAS

理念利用多模式的超前镇痛，使用镇痛泵进行持续给药，并联合局部切口镇痛，能够实现全程的平稳性镇痛，进一步降低术后疼痛应激程度，对交感神经的异常兴奋产生抑制作用，纠正其胃肠神经功能的紊乱，从而促进其胃肠蠕动的恢复，同时，还可以缓解疼痛程度^[4]。

研究发现：观察组并发症率低于对照组，原因在于：手术前进行健康宣教，能够进一步提升产妇的配合度，术中能够降低胃肠应激损伤程度，术后采用早期干预胃肠蠕动，并保持循序渐进原则进行进食以及规律活动，从而防止胃肠胀气、肠道蠕动停滞等问题的发生。

综上所述，剖宫产围产期中应用基于 ERAS 理念优化剖宫产围术期护理路径，能够提升其满意度，促进其胃肠功能的恢复，预防并发症的发生。

参考文献：

- [1] 胡梦佳,李珺璐,叶双.揸针联合快速康复外科理念对剖宫产后恢复及并发症影响[J].中国计划生育学杂志,2024,32(3):609-613.
- [2] 毛洪巍,王海艳.基于 ERAS 理念的整体优化护理模式在妇科微创术后肠粘连防治中的应用效果研究[J].当代医药论丛,2025,23(30):17-20.
- [3] 段晓宇,许小芳,秦瑶.加速康复外科路径在择期剖宫产产妇围手术期管理中的应用[J].福建医药杂志,2025,47(10):107-110.
- [4] 王帅,赵志军,王强.加速康复外科(ERAS)理念下腹部手术多模式镇痛的研究进展[J].临床医学进展,2026,16(1):1019-1028.