普外科术后患者胃肠功能恢复护理干预研究进展

王 铝

重庆市大足区中医院 重庆 402360

【摘 要】：普外科手术后出现的胃肠功能紊乱问题，是造成患者康复受阻的主要原因。本文对加速康复外科理念下多模式护理干预的研究进行了系统的整理，包括早期活动和营养支持、中医外治技术（经皮穴位电刺激、艾灸、择时护理）和多学科协作预警路径等干预措施，分析了各种干预措施对首次排气排便时间、术后恶心呕吐和住院时间的影响，也指出现有研究中样本量小、辨证不统一、多中心验证不够等问题，以期给临床护理方案的循证优化提供一定的参考。

【关键词】：普外科手术；胃肠功能恢复；护理干预；加速康复外科；中医护理

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.041

引言

腹部手术创伤可以引起神经内分泌应激反应，抑制胃肠蠕动，造成术后肠麻痹、腹胀、排气排便延迟，发生率可达10%～30%。ERAS理念下的早期活动、早期营养、多模式镇痛都已经被证明可以促进胃肠功能的恢复。近些年来，经皮穴位电刺激、择时护理这些中医特色干预同ERAS方案融合起来的使用越来越多。但是各种护理干预最佳时间、实施参数以及协同效应没有统一标准，证据转化存在困难。本文将对本领域研究进展进行系统的整理和评述。

1 加速康复外科理念下的基础护理干预

1.1 术后早期活动方案的精细化实施与胃肠动力改善效应

加速康复外科理念摒弃了传统的术后卧床静养模式，实行精细化、分阶段早期活动护理方案，适应普外科各种手术患者的康复需要。根据患者的手术创伤大小、身体状况和疼痛耐受程度来划分床上被动活动、床边坐起、下床站立、缓步行走等梯度活动阶段，确定各个阶段术后干预的时间、活动时长和频次标准。早期节律性躯体活动可以加强腹腔脏器蠕动，改善胃肠道局部血液循环，降低术后肠壁水肿和肠道粘连的风险，调节胃肠道平滑肌收缩节律。

1.2 早期经口营养与咀嚼口香糖等假饲干预的促蠕动作用

早期经口营养联合假饲干预属于加速康复外科体系当中推动胃肠功能快速恢复的主要手段，冲破了以往手术后长时间禁食的常规护理形式。术后患者麻醉清醒、生命体征稳定后，可以逐渐开始少量温水、流质饮食的经口摄取，慢慢启动胃肠道消化吸收功能。咀嚼口香糖的假饲干预方式，能经由口腔咀嚼和吞咽反射模仿正常的进食生理过程，促使迷走神经兴奋，加强胃肠蠕动信号传导。

1.3 多模式镇痛与体温管理对胃肠功能保护的协同效应

术后疼痛应激和低体温状况属于影响胃肠动力、延缓术后恢复的关键危险要素，多模式镇痛加精细化体温管理可以达成胃肠功能保护的协同效应。多模式镇痛是用不同的作用机制的镇痛药物和局部镇痛技术相结合，精确控制术后疼痛的程度，降低疼痛引起的交感神经亢奋，减少胃肠道血流灌注不足、平滑肌痉挛等。术中及术后全程体温管理可以避免低体温引起的胃肠代谢减慢、肠道菌群紊乱、炎症因子升高等问题，保持胃肠道正常的生理代谢节律。两种干预手段共同使用，可以减轻术后机体的应激反应，保护胃肠黏膜屏障的功能，为胃肠功能快速恢复创造稳定的机体环境。

2 中医外治技术在胃肠功能恢复中的应用

2.1 经皮穴位电刺激与电针促进首次排气排便的循证评价

经皮穴位电刺激和电针技术属于无创、规范的中医外治法，被普遍应用到普外科术后胃肠功能康复护理当中，有着充分的循证医学证据。临床干预主要选择足三里、合谷、中脘、天枢等胃肠调理的主要穴位，用特定频率和强度的电刺激来疏通脏腑经络气血，调节脾胃气机的运行。电针干预可以准确地刺激到穴位深部的神经和经络，改善胃肠道气血循环，增强胃肠蠕动，而皮下穴位电刺激不需要刺入，适合于那些不能忍受针刺的人使用。

2.2 艾灸与中药热熨对术后胃肠激素及肠鸣音恢复的调节

艾灸和中药热熨依靠中医温通经络、温补脾胃的理论，可以调节术后胃肠激素水平，加快肠鸣音恢复，改善胃肠功能抑制状态。艾灸利用温热作用刺激腹部及下肢的穴位，温煦脾胃阳气，疏通腹部经络的阻滞，促进胃肠道的气机升降有条理。中药热熨利用配伍中药材的温热渗透作用，直接作用于腹部脏腑区域，调节胃动素、胃泌素等主要胃肠激素的合成和分泌，纠正术后胃肠激素紊乱的状态。两种温热干预方式可以有效地提高术后肠鸣音活跃度和恢复速度，改善术后腹胀、腑气不通等症状，改善胃肠道消化动力，促进术后胃肠生理功能的快速恢复。

2.3 子午流注择时护理在腹腔镜术后康复中的特色优势

子午流注择时护理是依照中医时辰脏腑对应理论，按照脾胃经络气血盛衰的节律来实施靶向干预，在腹腔镜普外科术后康复中有着特别的优势。该护理模式抛弃了固定的干预时间，选择了脾胃气血充足、巳时、午时这四个时间段开展穴位按摩、

艾灸、热熨等干预措施，符合胃肠道生理修复的节律。腹腔镜手术创伤小、术后应激反应轻，择时干预可以最大程度地调动脾胃的运化功能，提高中医护理技术的干预效果，减少无效干预造成的资源浪费。

3 多学科协作与预警护理路径的构建

3.1 基于 ERAS 的循证护理方案对老年胃肠手术患者的恢复促进

按照加速康复外科理念创建的循证护理方案，能针对老年胃肠手术患者生理特性开展有针对性的护理，促使术后胃肠功能得到改善。老年患者机体机能衰退、合并基础疾病、胃肠耐受度差等问题使得常规护理方案的适用性较差。该循证方案以临床权威研究证据为基础，对围手术期禁食禁饮、早期活动、营养支持、疼痛管理等关键环节进行优化，削弱同质化护理模式，加强老年患者个性化干预。方案能明显降低老年病人术后胃肠胀气、胃排空延迟、肠道粘连等并发症的发生率，改善胃肠道血流灌注和代谢功能，稳步提高老年病人术后胃肠功能恢复质量，缩短住院康复时间。

3.2 中西医结合预警护理路径的构建方法与初步应用效果

中西医结合预警护理路径把术后胃肠功能障碍风险筛查当作核心，把西医 ERAS 护理规范和中医辨证施护理念融合起来，创建起标准化、系统化的干预体系。路径构建依靠术后胃肠功能异常风险评价指标，融合中医脾胃虚实、气血瘀滞辨证准则，分成低、中、高风险等级，对应制订差别化的中西医干预手段。低风险患者常规基础护理加基础中医调理，中高风险患者强化多模式镇痛和早期营养干预，再加上电针、艾灸等靶向中医外治技术。

3.3 护理主导的术后胃肠功能障碍风险识别与标准化沟通

以护理为主的对普外科术后胃肠功能障碍风险的识别以及标准化沟通，对保证患者术后康复质量有重要的作用。护理人员依靠专科评估量表，联系患者的手术方式，术中创伤，术后生命体征，肠鸣音状况，排气排便情形这些指标，开展术后胃肠功能障碍的动态风险筛查工作。创建医护、护患标准化沟通流程，确定风险预警上报标准、沟通内容及处置时限，达成风险信息快速传递并形成闭环。该模式可以冲破临床信息交流的障碍，及时纠正胃肠动力抑制、肠道胀气等异常状况，准确对接多学科干预资源，很好地避开术后胃肠功能恢复迟缓、并发症加重这些不良临床结果。

4 干预效应的机制研究与评价体系

4.1 脑肠轴与自主神经调节在护理干预促动力中的中介作用

脑肠轴和自主神经调节是各种护理干预促进术后胃肠动力恢复的主要中介途径，是目前护理机制研究的热点方向。普外科手术创伤会干扰脑肠轴的信号传导，造成自主神经功能紊乱，交感神经过度兴奋、副交感神经抑制，从而引起胃肠蠕动变慢。规范化护理干预依靠躯体刺激、神经调节、营养支持这些手段来修复脑肠轴双向信号传导通道，达到平衡自主神经张力的效果。早期活动、穴位电刺激等干预措施可以激活副交感神经的功能，调节脑肠肽的分泌，改善胃肠道的神经支配状态，从神经调控的角度上解除术后胃肠动力的抑制，达到胃肠生理功能良性恢复的目的。

4.2 胃肠激素（胃动素、胃泌素）与炎症指标作为护理疗效标志物的探索

胃动素、胃泌素等胃肠激素以及血清炎症指标可以作为评价术后胃肠护理干预效果的主要生物标志物。手术创伤引起炎症应激反应会抑制胃肠激素的合成和释放，造成胃排空迟缓、肠道蠕动减慢，炎症因子水平同胃肠功能损伤程度存在正相关关系。有效的护理干预可以降低术后肿瘤坏死因子、白细胞介素等炎症因子的表达，减轻胃肠道的炎症损伤，促进胃动素、胃泌素的规律分泌，恢复胃肠道正常的收缩节律。临床研究不断证明各种指标动态变化的规律，明确它们和胃肠功能恢复进程的相关性，给护理干预效果的量化评价赋予客观的实验室证据。

4.3 核心结局指标集的构建与中医护理技术标准化评价

术后胃肠功能恢复核心结局指标集的创建，促使中医护理技术评价变得标准且规范起来，克服了以往评价体系零散化的状况。传统的中医护理疗效评价大多依靠单一的症状指标，缺少统一全面的评价标准，各个研究的结果之间难以比较。核心结局指标集把主观症状、客观体征、实验室指标和康复预后指标融合起来，包含肠鸣音恢复时长、第一次排气排便时间、胃肠激素水平、并发症发生率等各方面。依靠该指标集可以对艾灸、电针、穴位干预等中医护理技术进行量化评价，统一临床研究评价标准，提高中医护理技术临床应用的科学性、规范性。

5 研究不足与未来方向

5.1 现有 RCT 样本量偏小与多中心验证的缺乏

目前普外科术后胃肠功能护理干预相关的随机对照试验普遍存在样本量小、单中心研究较多的问题，从而影响到研究结论的推广性以及可靠性。大多数临床研究只在某一个医疗机构进行，纳入病例的术式、患者年龄、基础病情范围比较狭窄，样本代表性差。小样本研究容易出现结果偏倚，不能很好地反映干预措施在广泛的临床环境中效果。同时缺少多中心、大样本联合验证研究，没有形成统一的临床干预证据体系，造成部分优质的护理干预方案不能在各级医疗机构得到全面推广使用，影响护理技术的规范化发展。

5.2 中医干预参数标准化与辨证分型客观化的瓶颈

中医外治护理技术在临床使用过程中还存在着参数不统一、辨证分型主观化的两大主要障碍，从而影响到技术的标准化发展。目前艾灸、电针、穴位按摩等干预操作的穴位选择、

刺激强度、干预时长、治疗频次没有统一的行业标准，不同的研究干预参数相差很大，研究结果的重复性不高。中医辨证分型大多依靠护理人员的临床经验来判断，缺少客观量化的指标和统一的辨证标准，存在着主观性。以上问题造成中医护理技术临床疗效不能准确地进行对比，不能形成规范化的干预方案，制约了中医护理技术的科学化、规模化推广使用。

5.3 护理干预长期效果追踪与实施科学研究的深化需求

目前的研究大多集中于普外科术后短期胃肠功能恢复指标上，缺少对患者远期康复结局的长期跟踪研究，随访体系不健全。大部分研究都只考虑术后住院期间的排气排便、腹胀减轻等短期指标，而对于患者出院后胃肠消化功能、饮食耐受度、慢性腹胀、肠道功能紊乱等远期预后没有做详细的跟踪。同时护理干预的实施科学研究不够深入，没有对干预措施的落实过程、质量控制、适用场景、依从性影响因素等进行系统的分析。后续的研究要健全长期随访制度，加深实施科学研究，发掘护理干预的远期应用价值，创建起全程化、长效化的术后胃肠康复护理体系。

6 结语

普外科术后胃肠功能恢复的护理干预已从单一措施应用走向ERAS框架下的多模式整合与中西医协同。早期活动、营养支持与镇痛管理的优化奠定了功能恢复的基础，经皮穴位电刺激、择时护理等中医特色技术进一步拓展了干预维度，多学科预警路径的构建则推动了护理模式从被动应对向主动防控的转型。然而，现有研究仍受限于样本量不足、中医干预参数标准化欠缺及长期效果数据匮乏。未来需以多中心高质量试验为支撑，构建兼具普适性与中医特色的核心结局指标体系，推动护理干预从经验驱动向循证决策的实质性跨越。

参考文献：

[1] 丘浪英,翁舜华.多学科协作下的康复护理对结肠癌术后患者胃肠功能恢复及生活质量的影响[J].中外医学研究,2025,23(8):77-80.

[2] 林春惠.术后早期活动量化护理干预对原发性肝癌切除术患者胃肠功能恢复及生活质量的影响[J].中外医药研究,2025,4(6):111-113.

[3] 闫岩,庄丛丛.针对性护理干预对肝胆患者外科手术后胃肠功能恢复的影响效果评价[C]//榆林市医学会.第三届全国医药研究论坛论文集(三).2023:773-779.

[4] 陆巧云,梁功强,苏健,等.标准化护理营养干预在老年腰椎术后患者胃肠功能恢复的应用[J].中国标准化,2023,(18):260-263+267.

[5] 杨淑燕.针对性护理干预对肝胆患者外科手术后胃肠功能恢复的影响效果评价[J].医学信息,2023,36(3):166-168.