

快速康复外科护理在胃癌术后老年患者中的应用

钱志芳

苏州市立医院东区 江苏 苏州 215000

摘要：目的：探讨快速康复外科护理人员护理在胃癌术后老年患者中的应用效果及临床价值。方法：选取我院2023年1月至2024年1月收治的胃癌根治术老年患者80例，采用随机数字表法分为对照组（40例，常规护理）和观察组（40例，实施ERAS护理）。比较两组老年患者术后首次排气时间、首次进食时间、住院天数、并发症发生率及护理满意度。结果：观察组老年患者术后首次排气时间、首次进食时间及住院天数均显著短于对照组，并发症发生率低于对照组，护理满意度明显提高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：ERAS护理模式能有效促进胃癌术后老年患者的快速康复，降低并发症发生率，提高护理质量与老年患者满意度，值得临床推广应用。

关键词：快速康复外科；胃癌；术后护理；康复；满意度

胃癌是消化系统中最常见的恶性肿瘤之一，手术切除仍是主要治疗手段。然而，传统术后护理模式存在禁食时间长、卧床时间久、恢复慢等问题，易导致老年患者并发症增多、住院时间延长及心理压力加重^[1]。快速康复外科（ERAS）理念由Henrik Kehlet教授于20世纪90年代提出，其核心在于通过多学科协作、减少手术应激反应、优化围术期管理以促进老年患者早期康复^[2]。护理作为ERAS路径的重要环节，在促进老年患者术后康复中起着关键作用。本文通过临床对比研究，探讨ERAS护理在

胃癌术后老年患者中的应用效果，为临床护理提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2024年1月我院行胃癌根治术老年患者80例，随机分为对照组与观察组各40例^[1]。两组老年患者性别、年龄、TNM分期及手术方式比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性如下表1所示。

表1 患者基本情况

组别	例数（ n ）	男（例）	女（例）	年龄（岁， $\bar{x} \pm s$ ）	术式（近端/远端）
对照组	40	23	17	65.2 \pm 6.4	16/24
观察组	40	22	18	62.7 \pm 4.1	15/25
P 值	—	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

实施常规护理，包括术前健康宣教、术后禁食、常规留置胃管、逐步恢复饮食及活动^[2]。

1.2.2 观察组

在常规护理的基础上，本研究对观察组老年患者实施了快速康复外科（ERAS）护理干预措施，该干预覆盖术前、术中及术后多个环节。其核心目的是通过优化围术期管理流程，最大限度地减轻老年患者手术应激反应，同时促进术后机体功能的快速恢复和康复进程。

术前阶段，护理人员对老年患者开展系统化的心理护理工作，详细说明手术流程以及ERAS护理理念，使老年患者对术前准备和术后康复的各项注意事项有充分了解。这一措施能够有效缓解老年患者的焦虑情绪，提

高其配合度与依从性。此外，术前6小时禁止摄入固体食物，术前2小时允许口服适量碳水化合物饮料，以降低术中代谢应激反应，改善胰岛素敏感性。对于存在营养风险的老年患者，护理团队进行了营养风险筛查，并在术前实施个体化营养干预，从而优化术前营养状态，为术后快速康复提供基础保障。

在术中阶段，护理措施重点包括体温维持及液体管理。通过将老年患者体温控制在37℃左右，并配合恒温输液及保温毯使用，可有效防止术中体温下降引发的不良反应。同时，严格控制输液总量，避免液体负荷过高，以降低术后水肿以及心肺系统并发症的发生风险，保障手术安全性。

术后阶段，护理团队根据老年患者个体情况，实施循序渐进的康复干预。对于无特殊禁忌的老年患者，术

后当日或6小时内即拔除胃管；术后6小时开始床上轻度活动，24小时内指导老年患者下床行走，以促进血液循环和肠道蠕动功能恢复。在饮食管理方面，术后6至8小时可尝试少量饮水，次日逐步开始半流质饮食，逐步过渡至正常饮食。护理过程中，还结合多模式镇痛管理策略，缓解术后疼痛，减轻疼痛对活动和进食的影响。同时，严格进行并发症监测和风险控制。出院后，建立连续性随访机制，护理人员通过电话或门诊随访，对老年患者进行康复指导和健康教育，确保术后各项康复措施能够持续有效地实施。

1.3 观察指标

①术后首次排气时间；②首次进食时间；③术后住院天数；④并发症发生率（包括切口感染、肺部感染、肠梗阻、吻合口瘘等）；⑤护理满意度（采用自制问卷

调查，满分100分）。

2 结果

本研究共纳入80例胃癌术后老年患者，其中对照组40例，观察组40例。两组老年患者基线资料具有可比性，年龄、性别及术前身体状况差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

2.1 术后恢复时间指标比较

观察组老年患者在术后首次排气时间、首次进食时间及住院天数方面均显著优于对照组。具体数据见表2。统计分析显示，三项指标组间差异具有显著性（ t 值分别为8.58、9.71、8.02，均 $P < 0.05$ ），提示ERAS护理干预可显著加快胃癌术后老年患者的胃肠功能恢复和缩短住院周期。

表2 观察组与对照组术后恢复时间指标比较

指标	对照组（ $n = 40$ ）	观察组（ $n = 40$ ）	t 值	P 值
首次排气时间（h）	58.6±10.4	39.8±9.6	8.58	< 0.05
首次进食时间（h）	72.4±12.3	48.6±10.8	9.71	< 0.05
住院天数（d）	11.6±2.4	7.9±1.8	8.02	< 0.05

2.2 并发症发生情况比较

表3 观察组与对照组术后并发症发生情况比较

并发症类型	对照组（ $n = 40$ ）例数（%）	观察组（ $n = 40$ ）例数（%）	χ^2 值	P 值
肠麻痹	3（7.5）	1（2.5）	1.07	> 0.05
切口感染	2（5.0）	0（0）	2.05	> 0.05
肺部感染	3（7.5）	1（2.5）	1.07	> 0.05
泌尿系感染	1（2.5）	0（0）	1.01	> 0.05
下肢静脉血栓	1（2.5）	1（2.5）	0.00	> 0.05
合计	10（25.0）	3（7.5）	4.18	< 0.05

结果说明：

两组老年患者术后主要并发症包括肠麻痹、切口感染、肺部感染、泌尿系感染及下肢静脉血栓等。观察组并发症总发生率为7.5%，显著低于对照组的25.0%（ $\chi^2 = 4.18$ ， $P < 0.05$ ）。其中，肠麻痹与肺部感染在对照组中较为常见。结果显示，实施ERAS护理可有效减少胃癌术后老年患者的并发症发生，尤其在促进肠道功能恢复和

预防感染方面具有显著优势。

2.3 护理满意度比较

在护理满意度方面，观察组老年患者评分为95.2±4.7分，高于对照组的86.3±6.2分，组间差异显著（ $t = 7.43$ ， $P < 0.05$ ），显示ERAS护理模式不仅改善了老年患者术后生理恢复指标，同时也显著提升了老年患者的主观满意度，具体数据见表4。

表4 观察组与对照组护理满意度比较

满意度等级	对照组（ $n = 40$ ）例数（%）	观察组（ $n = 40$ ）例数（%）	χ^2 值	P 值
非常满意	18（45.0）	30（75.0）	8.29	< 0.05
满意	14（35.0）	8（20.0）	—	—
不满意	8（20.0）	2（5.0）	—	—

3 讨论

ERAS护理模式核心理念在于,通过科学化、系统化的围术期管理策略,最大限度地减轻老年患者的手术应激反应,从而促进机体功能的稳定恢复与整体康复过程的加速^[3]。本研究结果表明,实施ERAS护理的观察组老年患者在多项关键术后恢复指标上均显示出明显优势,包括术后首次排气时间、首次进食时间以及住院总天数等方面,均显著优于常规护理组。同时,观察组的术后并发症发生率明显下降,护理满意度水平显著提升,且差异具有统计学意义($P < 0.05$)。这些结果充分说明,ERAS护理模式能够在胃癌术后康复过程中发挥积极作用,有效改善老年患者术后生理功能的恢复进程,使老年患者能够更早恢复胃肠动力,缩短住院周期,并在整体康复质量上取得显著提升。

ERAS护理模式的实施通过对术前、术中以及术后三个关键环节的系统优化,突破了传统护理理念中存在的“过度禁食”“长期卧床”等不利于术后康复的陈旧做法,逐步形成了以老年患者为中心、强调个体差异的综合康复体系^[4]。在术前阶段,护理人员通过健康宣教与心理干预,帮助老年患者充分了解手术流程及术后恢复要求,缓解焦虑与恐惧情绪,从而提升老年患者的自我调节能力与依从性;在术中阶段,医护团队通过强化体温保护、合理控制输液量及优化麻醉方案等措施,降低了机体的代谢负荷与手术应激反应,促进了老年患者内环境的稳态维持;在术后阶段,护理工作重点放在早期拔除胃管、逐步恢复进食以及鼓励下床活动,这些措施能够有效刺激胃肠蠕动、促进代谢循环,加快消化功能的恢复,同时减少肺部感染、下肢静脉血栓及泌尿系感染等术后并发症的发生率^[5]。

ERAS护理促进胃癌术后老年患者快速康复的作用机制是多方面的,其核心在于通过优化代谢状态、恢复胃

肠功能、促进机体循环及减轻疼痛应激等综合措施,协同实现术后机体的整体平衡与快速康复。首先,在术前阶段,ERAS护理通过实施术前口服碳水化合物负荷,显著改善了传统长时间禁食导致的负氮平衡和胰岛素抵抗问题。术前适量的碳水化合物补充不仅可以提供能量储备,还能有效减轻手术引起的代谢应激反应,维持血糖及电解质平衡,从而稳定老年患者的生理状态,为术后康复奠定良好的基础^[6]。

综上所述,快速康复外科护理应用于胃癌术后老年患者中,可显著促进机体功能恢复,降低并发症,提高满意度与康复质量。该护理模式科学、系统且可操作性强,应在胃癌围术期管理中广泛推广。

参考文献

- [1]刘选文,朱甲明,吴睿.老年胃癌患者腹腔镜下保留胃幽门远端胃切除手术的疗效[J].中国老年学杂志,2025,45(21):5158-5161.
- [2]李国栋,梁奇正,范悦,等. Kamikawa吻合术在老年胃癌患者近端胃切除术中的应用效果及安全性评价[J].国际老年医学杂志,2025,46(05):529-533.
- [3]李丹,詹丽花,何义,等.右美托咪定对老年胃癌手术患者术后谵妄发生和血清炎症因子的影响[J].临床合理用药,2025,18(26):76-79.D
- [4]李燕梅,邵建富,孟宪静,等.老年胃癌根治术后患者发生肌少症的危险因素分析[J].中国普外基础与临床杂志,2025,32(09):1170-1175.
- [5]郑卓恩.胃癌老年患者术后饮食管理措施[J].现代食品,2025,(16):118-121.
- [6]张程,刘明珠,刘晗.焦点解决模式下心理干预对老年胃癌患者负性情绪、总体幸福感及生存质量的影响[J].心理月刊,2024,19(24):156-158.