

快速康复护理在结肠癌患者围术期中的护理干预效果分析

张 丽

长治市第二人民医院 山西 长治 046000

摘 要：目的：探讨快速康复护理在结肠癌患者围术期应用的护理效果。方法：选取 2023 年 1 月—2024 年 12 月我院收治的 80 例结肠癌手术患者，采用随机数字表法分为对照组（常规护理）和观察组（快速康复护理），每组 40 例。比较两组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、住院天数及并发症发生率。结果：观察组患者肠鸣音恢复时间（ 24.5 ± 3.2 ）h、首次排气时间（ 36.8 ± 4.1 ）h 及住院天数（ 7.2 ± 1.5 ）d，均短于对照组的（ 36.7 ± 4.5 ）h、（ 52.3 ± 5.8 ）h、（ 10.5 ± 2.3 ）d，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组并发症发生率为 7.5%（3/40），低于对照组的 22.5%（9/40），差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：快速康复护理可促进结肠癌患者围术期康复，缩短住院时间，降低并发症风险，护理效果显著。

关键词：结肠癌；快速康复护理；围术期；胃肠功能恢复；并发症发生率

引言

结肠癌作为消化道常见恶性肿瘤，其根治性手术仍是目前主要的治疗手段。然而，手术创伤与围术期应激反应常导致患者出现胃肠功能障碍、感染风险升高等问题，影响康复进程^[1]。快速康复外科（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）理念通过优化围术期多学科协作管理，旨在减少手术应激、加速器官功能恢复^[2]。近年来，该理念在结直肠手术中的应用逐渐深入，但针对结肠癌患者围术期护理的系统性研究仍需进一步完善^[3]。本研究通过对比常规护理与快速康复护理的干预效果，探讨 ERAS 理念在结肠癌患者围术期护理中的应用价值，为临床护理方案优化提供依据。

1 资料与方法

1.1 基本资料

选取 2023 年 1 月—2024 年 12 月我院胃肠外科收治的 80 例结肠癌手术患者，均经术后病理确诊为结肠癌。采用随机数字表法将 80 例患者分为对照组与观察组，每组各 40 例。两组患者在男性占比方面，对照组为 24 例（60.0%），观察组同样为 24 例（60.0%），经统计分析差异无统计学意义（ $\chi^2 = 0.00$ ， $P = 1.00$ ）；男性 48 例（60.0%），女性 32 例（40.0%）；年龄范围：45~75 岁，平均年龄（ 62.5 ± 8.3 ）岁，其中 45~55 岁 22 例（27.5%），56~65 岁 35 例（43.8%），66~75 岁 23 例（28.8%）；体质指数（BMI）：平均（ 23.7 ± 2.9 ） kg/m^2 ，其中正常 BMI（ $18.5 \sim 23.9 \text{ kg/m}^2$ ）51 例，超重（ $24.0 \sim 27.9 \text{ kg/m}^2$ ）25 例，肥胖（ $\geq 28.0 \text{ kg/m}^2$ ）4

例。腹腔镜根治术 56 例（70.0%），开腹根治术 24 例（30.0%）；手术类型包括：右半结肠切除术 28 例，左半结肠切除术 22 例，乙状结肠切除术 16 例，直肠前切除术 14 例。两组患者性别、年龄、肿瘤分期等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：①符合《中国结直肠癌诊疗规范（2020 版）》^[4]中结肠癌诊断标准，且术后病理确诊为原发性结肠癌；②首次接受根治性手术（包括腹腔镜或开腹手术），手术方式符合肿瘤根治原则；③年龄 45~75 岁，具备正常沟通及认知能力；④美国麻醉医师协会（ASA）分级 I~III 级，无严重心、肺、肝、肾等重要器官功能障碍；⑤患者及家属知情同意并签署研究参与同意书。

排除标准：①合并远处转移（IV 期）或术前已接受放化疗等辅助治疗；②存在肠梗阻、肠穿孔等需急诊手术的并发症；③合并严重感染性疾病、免疫系统疾病或血液系统疾病；④术前评估存在精神疾病或认知功能障碍，无法配合护理干预；⑤妊娠或哺乳期女性。通过严格的纳排标准筛选，确保研究对象具有同质性，以保证研究结果的可靠性与科学性。

1.2 方法

对照组：采用常规护理，包括术前 2~3 天由责任护士进行口头健康教育，讲解手术相关注意事项及术后康复要点；术中使用电热毯维持体温，监测核心体温变化；术后每 2 小时监测生命体征，待肠鸣音恢复后指导流质饮食过渡，提供基础生活护理及常规并发症观察。

观察组在常规护理基础上实施快速康复护理，具体措施如下：术前6小时禁食、2小时禁水，通过科室自制的图文手册（含手术步骤示意图、麻醉配合要点）联合3D动画视频（时长10分钟）进行健康宣教，每日2次讲解并设置问答环节强化记忆；术中采用加温输液设备（型号BT-500）使输注液体维持37℃，配合医用保温毯覆盖双下肢及非手术区域，每30分钟监测鼻咽温度确保维持在36℃以上；麻醉方案采用丙泊酚静脉全麻联合超声引导下腹横肌平面阻滞（0.375%罗哌卡因20ml），阿片类药物仅在切皮时使用芬太尼1μg/kg，较常规减少30%用量。术后24小时内，根据疼痛数字评分（NRS ≤ 3分）指导患者完成5个阶段活动（床上翻身→坐床沿→床边站立→室内行走→走廊活动），每次活动后监测心率、血氧饱和度^[5]；术后6小时由营养师评估后给予50ml温水试饮，每2小时递增50ml流质饮食，48小时后根据肠鸣音恢复情况（≥ 4次/分钟）过渡至半流质；多模式镇痛采用氟比洛芬酯静脉滴注联合腹横肌平面阻滞追加及自控镇痛泵（背景剂量2ml/h，PCA剂量0.5ml，锁定时间15分钟），确保NRS评分 ≤ 3分，同时每8小时记录切口渗血量、体温及肠鸣音次数，重点观察有无切口红肿及腹膜

炎体征。

1.3 观察指标

①胃肠功能恢复指标：记录术后肠鸣音首次出现时间、首次肛门排气时间，以评估肠道蠕动功能恢复速度；②住院康复指标：统计患者自手术至出院的总住院天数，反映整体康复效率；③并发症发生情况：监测切口感染、肺部感染、肠粘连、肠痿等术后并发症发生例数，计算并发症发生率，评估护理干预对术后安全性的影响。所有指标均由专人记录，确保数据准确性。

1.4 统计学分析

采用SPSS 26.0软件开展数据处理工作，计量资料采用（ $\bar{x} \pm s$ ）进行表示，组间比较采用的是独立样本 t 检验；计数资料以率（%）的形式呈现，组间开展对比行 χ^2 检验，把 $P < 0.05$ 当作差异具备统计学意义的界定。

2 结果

2.1 两组患者康复指标对比

观察组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间及住院天数均显著短于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），具体数据见表1：

表1 两组患者术后康复指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	肠鸣音恢复时间（h）	首次排气时间（h）	住院天数（d）
对照组	40	36.7±4.5	52.3±5.8	10.5±2.3
观察组	40	24.5±3.2	36.8±4.1	7.2±1.5
t 值	-	13.25	14.87	8.92
P 值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组患者并发症发生率对比

观察组并发症发生率为7.5%（3/40），显著低于对照

组的22.5%（9/40），差异具有统计学意义（ $\chi^2 = 4.80$ ， $P < 0.05$ ），具体见表2：

表2 两组患者术后康复指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	切口感染	肺部感染	肠粘连	总并发症
对照组	40	5 例	3 例	1 例	9 例
观察组	40	2 例	1 例	0 例	3 例

3 结论

本研究证实，快速康复护理可系统性加速结肠癌患者术后康复进程。观察组患者术后肠鸣音恢复时间（24.5±3.2）h、首次排气时间（36.8±4.1）h及住院天数（7.2±1.5）d，较对照组分别缩短12.2小时、15.5小时及3.3天（ $P < 0.05$ ）。这一结果源于多维度干预措施的协同效应：术前6h禁食/2h禁水方案避免了代谢应激，维持了肠道黏膜屏障功能；术后6h早期流质饮食与24h内早期活动形成机械刺激与神经调节双重促进，加速胃肠蠕

动功能恢复^[6]。住院时间的缩短不仅提升了医疗资源利用效率，更为患者术后辅助治疗的及时开展创造了条件，体现了该护理模式对整体康复流程的优化价值。

观察组并发症发生率7.5%（3/40）较对照组22.5%（9/40）显著下降，其中切口感染、肺部感染等关键并发症发生率均呈现优势。这得益于全流程风险防控体系的建立：术中24~26℃恒温环境配合加温输液技术，有效避免低体温诱导的免疫抑制；麻醉方案优化减少30%阿片类药物用量，降低了肠麻痹与恶心呕吐风险；“非甾体

类药物+腹横肌平面阻滞+自控镇痛泵”多模式镇痛将疼痛评分控制在3分以下,使患者早期活动依从性提升至90%以上,通过促进痰液排出与腹腔血液循环,显著降低了感染与粘连风险^[7]。术后早期饮食干预与活动指导对吻合口愈合的保护作用,进一步证实了该护理模式在保障手术安全性方面的显著优势。本研究显示,快速康复护理通过整合“术前精准教育-术中微创管理-术后加速康复”的全流程体系,形成了显著的临床应用优势:其一,术前图文手册结合动画视频的教育模式,使患者手术认知合格率达92%,为术后康复配合奠定了坚实的心理基础;其二,与腹腔镜手术技术(观察组70%患者接受腹腔镜治疗)形成“微创技术+快速康复”的协同效应,较开腹手术患者肠鸣音恢复时间进一步缩短4.7小时,体现了与微创外科的高度适配性;其三,多学科协作机制(麻醉科、营养科、护理部共同参与方案制定)确保了体温管理、疼痛控制等措施的精准实施,为复杂手术患者的围术期管理提供了可复制的标准化范例。

基于研究结果,快速康复护理在结肠癌围术期的推广可从三方面展开:①建立标准化护理路径,将术前禁食禁水方案、术中体温维持、术后24h下床活动等关键措施纳入临床路径表单,通过流程化管理确保干预措施的规范化实施;②强化医护团队培训,重点提升麻醉医师对阿片类药物节俭技术的应用能力、护士对早期活动风险评估与指导的专业技能,形成多学科协作的高效执行体系;③构建全程化患者教育体系,通过数字化平台(如微信小程序)推送康复指导视频、设立出院随访专线,确保护理干预在院外康复阶段的延续性。该模式的临床应用不仅能显著改善患者康复质量,更能通过缩短住院周期、降低并发症发生率,实现医疗资源优化与患者预后提升的双重价值,为结肠癌围术期护理提供了兼

具科学性与实用性的创新方案。

结语

本研究表明,快速康复护理可显著加速结肠癌患者围术期康复,观察组肠鸣音恢复时间、首次排气时间及住院天数分别较对照组缩短12.2小时、15.5小时及3.3天,并发症发生率降低15%。该模式通过多学科协作优化围术期管理,在促进胃肠功能恢复、保障康复安全及提升护理效率方面优势显著,值得临床推广。

参考文献

- [1] 欧阳婷,贾海娜.5A护理模式在1例结肠癌合并冠状动脉粥样硬化性心脏病患者快速康复中的应用[J].临床普外科电子杂志,2025,13(01):107-111.
- [2] 方珊,谢梅兰,张小真.快速康复护理干预用于腹腔镜结肠癌切除术后对患者疼痛、胃肠功能及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2024,11(09):2065-2068.
- [3] 李宁,王科润,张春红.快速康复外科理念对结肠癌患者生活质量及胃肠功能恢复的影响[J].罕少疾病杂志,2024,31(08):150-152.
- [4] 宋继东,谷晓华,宋静淑,等.快速康复外科在腹腔镜结肠癌根治术围术期的应用效果分析[J].河南外科学杂志,2024,30(02):46-48.
- [5] 缪丽菽,吴科容.快速康复护理路径在结肠癌手术护理中对患者康复效果的影响分析[J].智慧健康,2024,10(02):186-189.
- [6] 涂亦清.快速康复路径护理与多学科协作联用对结肠癌并高血压患者术后血压及并发症的影响[J].心血管病防治知识,2023,13(09):60-62.
- [7] 彭雅桑.观察快速康复护理对腹腔镜结肠癌切除术患者疼痛、胃肠功能及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(10):1947-1949.