

# 胃癌根治术患者手术室加速康复外科护理对术后康复的影响研究

王旭露

西安交通大学第一附属医院东院 陕西 西安 710089

**摘要：**目的：探讨手术室加速康复外科护理在胃癌根治术患者中的应用效果，分析其对术后康复的影响。方法：选取2022年1月至2025年1月在我院接受胃癌根治术的患者120例，采用随机数字表法分为观察组和对照组各60例。对照组实施常规围手术期护理，观察组在常规护理基础上实施手术室加速康复外科护理。比较两组患者的术后胃肠功能恢复情况、术后并发症发生率及住院时间。结果：观察组患者术后首次排气时间、首次排便时间均显著短于对照组，术后并发症发生率明显低于对照组，住院时间显著缩短（ $P < 0.05$ ）。结论：手术室加速康复外科护理能够有效促进胃癌根治术患者术后胃肠功能恢复，降低并发症发生率，缩短住院时间，值得在临床实践中推广应用。

**关键词：**胃癌根治术；加速康复外科；手术室护理；术后康复；胃肠功能

胃癌是全球范围内常见的恶性肿瘤之一，在我国发病率和死亡率均位居前列。随着外科技术的不断发展和治疗理念的更新，胃癌根治术已成为治疗胃癌的主要手段。然而，传统围手术期处理模式往往导致患者术后恢复缓慢，住院时间延长，并发症发生率较高，给患者带来较大的身心负担和经济压力<sup>[1]</sup>。加速康复外科（ERAS）理念，其核心是通过优化围手术期处理措施，减少手术应激反应，促进患者快速康复。近年来，ERAS理念在胃肠外科领域得到了广泛应用，并取得了显著成效。手术室作为患者接受手术治疗的重要场所，其护理质量直接影响患者的手术效果和术后康复。将ERAS理念融入手术室护理实践中，通过多学科协作，实施个性化的护理干预措施，有望进一步改善胃癌根治术患者的预后<sup>[2]</sup>。本研究旨在探讨手术室加速康复外科护理在胃癌根治术患者中的应用效果，为临床护理实践提供科学依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2022年1月至2025年1月在我院接受胃癌根治术的患者120例作为研究对象。随机数字表法分为观察组和对照组各60例。观察组中男性34例，女性26例；年龄42-73岁，平均年龄（ $58.6 \pm 8.4$ ）岁。对照组中男性31例，女性29例；年龄40-75岁，平均年龄（ $59.2 \pm 8.1$ ）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：经病理学检查确诊为胃癌；首次接受胃癌根治术。排除标准：合并严重心、肺、肝、肾等重要脏器功能不全；合并其他恶性肿瘤；术前存在肠梗阻；既往有腹部手术史；精神障碍或认知功能障碍无法配合研究者。

### 1.2 护理方法

对照组实施常规围手术期护理：术前进行常规健康教育，指导患者术前禁食禁饮；术中配合医生完成手术操作，监测生命体征变化；术后给予常规护理措施，包括生命体征监测、伤口护理、引流管护理、疼痛管理等。

观察组在常规护理基础上实施手术室加速康复外科护理：（1）术前护理：①术前教育：术前1周开始进行ERAS理念宣教，通过图文资料、视频演示等方式向患者及家属详细介绍ERAS的概念、目的、具体措施及预期效果，消除患者焦虑情绪，提高治疗依从性。②营养评估与支持：术前进行全面营养评估，对存在营养不良的患者给予肠内或肠外营养支持，改善营养状况。③肠道准备：取消传统的机械性肠道准备，仅对部分高风险患者进行选择性地肠道准备。④禁食禁饮管理：术前6小时禁食固体食物，术前2小时禁饮清亮液体，术前1小时口服碳水化合物饮料200ml。（2）术中护理：①体温管理：采用保温毯、加温输液等措施维持患者体温正常，避免术中低体温。②液体管理：实施目标导向液体治疗，根据患者血流动力学指标调整输液速度和量，避免液体过负荷。③微创技术配合：积极配合医生采用腹腔镜等微创技术，减少手术创伤。④麻醉管理：采用多模式镇痛，减少阿片类药物使用，缩短麻醉苏醒时间。（3）术后护理：①早期活动：术后6小时内协助患者床上活动，术后第一天协助患者下床活动，逐步增加活动量。②早期进食：术后第一天开始给予清流质饮食，根据胃肠功能恢复情况逐步过渡至半流质、普食。③疼痛管理：实施多模式镇痛，包括非甾体抗炎药、局部麻醉等，减少阿片

类药物依赖。④引流管管理：根据引流情况适时拔除引流管，减少留置时间。

1.3 观察指标

(1) 术后胃肠功能恢复指标：术后首次排气时间和首次排便时间。(2) 术后并发症发生率：包括肺部感染、切口感染、吻合口瘘、肠梗阻等。(3) 住院时间。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据，计数(由百分率(%))进行表示)、计量(与正态分布相符，由均数±标准差表示)资料分别行 $\chi^2$ 、 $t$ 检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组术后胃肠功能恢复情况比较

观察组患者术后首次排气时间和首次排便时间均短于对照组( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 术后胃肠功能恢复情况比较( $\bar{x} \pm s, h$ )

组别	例数	首次排气时间	首次排便时间
观察组	60	36.8±8.2	58.3±12.6
对照组	60	48.6±10.4	75.8±15.3
$t$ 值		4.236	5.124
$P$ 值		0.000	0.000

2.2 两组术后并发症发生率比较

观察组低于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 术后并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	肺部感染	切口感染	吻合口瘘	肠梗阻	总发生率
观察组	60	2(3.3)	1(1.7)	2(3.3)	1(1.7)	6(10.0)
对照组	60	5(8.3)	3(5.0)	4(6.7)	4(6.7)	16(26.7)
$\chi^2$ 值						5.486
$P$ 值						0.019

2.3 两组住院时间比较

观察组短于对照组( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 住院时间比较( $\bar{x} \pm s, 天$ )

组别	例数	住院时间
观察组	60	12.4±2.8
对照组	60	16.8±3.5
$t$ 值		7.342
$P$ 值		0.000

3 讨论

胃癌是全球第五大常见恶性肿瘤，也是癌症相关死亡的第三大原因。在我国，胃癌的发病率和死亡率均位居恶性肿瘤前列，严重威胁人民健康。胃癌根治术是目前治疗胃癌的主要手段，通过手术切除肿瘤病灶及相关淋巴结，能够有效控制病情发展，延长患者生存期。然而，传统的围手术期处理模式往往导致患者术后恢复缓

慢，住院时间延长，并发症发生率较高，不仅增加了医疗费用，也给患者带来较大的身心负担<sup>[1]</sup>。随着医学技术的不断进步和治疗理念的更新，加速康复外科(ERAS)理念应运而生。ERAS理念强调通过优化围手术期处理措施，减少手术应激反应，促进患者快速康复。该理念的核心内容包括术前教育、优化营养状态、减少肠道准备、缩短禁食时间、维持体温、目标导向液体治疗、微创手术、多模式镇痛、早期活动和早期进食等。大量研究表明<sup>[4]</sup>，ERAS理念在胃肠外科领域具有显著的应用价值，能够有效改善患者预后，缩短住院时间，降低并发症发生率。手术室作为患者接受手术治疗的重要场所，其护理质量直接影响患者的手术效果和术后康复。将ERAS理念融入手术室护理实践中，通过多学科协作，实施个性化的护理干预措施，有望进一步改善胃癌根治术患者的预后。因此，探讨手术室加速康复外科护理在胃癌根治术患者中的应用效果具有重要的临床意义。

本研究结果显示，观察组患者术后首次排气时间和首次排便时间均显著短于对照组( $P < 0.05$ )。ERAS理念通过多种措施促进患者术后胃肠功能恢复：首先，术前缩短禁食时间，术前2小时禁饮清亮液体，术前1小时口服碳水化合物饮料，能够减少患者术前饥饿感和焦虑情绪，维持血糖稳定，减少胰岛素抵抗；其次，术中实施目标导向液体治疗，避免液体过负荷，减少肠道水肿；再次，术后早期进食，术后第一天开始给予清流质饮食，刺激胃肠蠕动，促进胃肠功能恢复；最后，术后早期活动，促进肠蠕动，预防肠粘连<sup>[5]</sup>。本研究中观察组患者术后首次排气时间为36.8±8.2小时，首次排便时间为58.3±12.6小时，均明显短于对照组。这表明手术室加速康复外科护理能够有效促进胃癌根治术患者术后胃肠功能恢复，减少腹胀、便秘等不适症状，提高患者舒适度。

本研究结果显示，观察组患者术后并发症总发生率为10.0%，显著低于对照组的26.7%( $P < 0.05$ )。在各类并发症中，肺部感染、切口感染、吻合口瘘、肠梗阻的发生率在观察组均低于对照组。这一结果与多项研究结果相符，说明ERAS理念在降低术后并发症方面具有显著效果。ERAS理念降低术后并发症的机制主要包括：①术前教育和心理干预能够减轻患者焦虑情绪，提高治疗依从性；②优化营养状态，改善患者免疫功能，增强抗感染能力；③维持术中体温正常，避免低体温导致的凝血功能障碍和免疫抑制；④目标导向液体治疗，避免液体过负荷导致的心肺并发症；⑤多模式镇痛，减少阿片类药物使用，降低呼吸抑制和肠麻痹风险；⑥早期活动，促进肺功能恢复，预防肺部感染和深静脉血栓形成；⑦早

期进食,维持肠道屏障功能,预防感染<sup>[6]</sup>。本研究中观察组肺部感染发生率为3.3%,明显低于对照组的8.3%。这主要得益于术后早期活动和呼吸功能锻炼,促进肺扩张,预防肺不张和肺部感染。切口感染发生率观察组为1.7%,低于对照组的5.0%,这可能与术中严格的无菌操作和术后切口护理有关。吻合口瘘是胃癌根治术的严重并发症,观察组发生率为3.3%,低于对照组的6.7%,这可能与术中精细操作、维持良好的组织灌注和术后营养支持有关。

本研究结果显示,观察组患者平均住院时间为12.4±2.8天,显著短于对照组的16.8±3.5天( $P < 0.001$ )。充分说明ERAS理念在缩短住院时间方面的显著优势。ERAS理念缩短住院时间的机制主要包括:①促进术后胃肠功能快速恢复,减少腹胀、便秘等不适症状,为早期进食创造条件;②降低术后并发症发生率,减少并发症处理时间;③早期活动和早期进食,促进患者整体康复;④优化护理流程,提高护理效率。住院时间的缩短不仅能够减轻患者经济负担,也能够提高医院床位周转率,具有良好的经济效益和社会效益。

本研究结果表明,手术室加速康复外科护理在胃癌根治术患者中具有重要的临床应用价值。首先,该护理模式能够显著促进患者术后康复,改善患者生活质量;其次,能够降低术后并发症发生率,提高手术安全性;再次,能够缩短住院时间,降低医疗费用;最后,能够提高患者满意度,改善护患关系。在临床实践中推广应用手术室加速康复外科护理需要注意以下几点:①加强多学科协作,建立ERAS团队,包括外科医生、麻醉医生、护士、营养师等;②制定标准化的护理流程和操作规范,确保各项措施落实到位;③加强护理人员培训,提高ERAS理念认识和操作技能;④建立质量监控体系,定期评估护理效果,持续改进护理质量;⑤加强患者教育,提高患者依从性。

本研究存在一些局限性:①样本量相对较小,可能影响结果的代表性;②观察时间较短,未能评估长期效果;③为单中心研究,可能存在选择偏倚;④未进行成

本效益分析,未能全面评估经济效益。今后需要开展多中心、大样本、长期随访的研究,进一步验证手术室加速康复外科护理的效果。基于本研究结果,未来可以从以下几个方面深入开展研究:①探讨不同亚组患者ERAS护理效果的差异,如年龄、肿瘤分期、手术方式等;②研究ERAS理念在其他类型胃肠道手术中的应用效果;③开发智能化的ERAS护理决策支持系统,提高护理效率;④开展卫生经济学研究,评估ERAS护理的成本效益;⑤探索ERAS理念与快速康复理念的融合应用。

综上所述,手术室加速康复外科护理能够有效促进胃癌根治术患者术后胃肠功能恢复,降低术后并发症发生率,缩短住院时间,具有重要的临床应用价值。该护理模式体现了以患者为中心的护理理念,通过多学科协作和个性化护理干预,实现了患者快速康复的目标。建议在临床实践中积极推广应用手术室加速康复外科护理,不断提高胃癌根治术患者的护理质量和预后水平。

#### 参考文献

- [1]汤海琴,郑江,罗静枝.基于ERAS理念手术室护理对腹腔镜胃癌根治术患者手术应激和预后康复效果的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(10):1745-1749.
- [2]许晨涵,王丽楠,陈亚青.加速康复外科理念联合无缝隙干预在腹腔镜下远端胃癌根治术患者中的应用效果[J].癌症进展,2022,20(21):2233-2236,2240.
- [3]唐为定.加速康复外科理念在老年患者腹腔镜辅助胃癌根治术中的应用[J].黑龙江医学,2021,45(24):2596-2598.
- [4]王建琴.ERAS结合手术室护理在腹腔镜胃癌根治术中的应用探究[J].医学食疗与健康,2021,19(2):107-108.
- [5]程康文,王贵和,唐爱平等.加速康复外科理念在老年患者腹腔镜辅助胃癌根治术中的应用[J].中华老年多器官疾病杂志,2020,19(2):109-114.
- [6]曲良宁,崔思秋,许珍珍.ERAS理念的手术室护理在早期胃癌腹腔镜手术中的应用分析[J].航空航天医学杂志,2022,33(4):509-512.