

ERAS 护理路径在普外科结直肠癌手术患者中的应用

刘倩文

国药北方医院 内蒙古 包头市 (014030)

【摘要】目的：探讨加速康复外科（ERAS）护理路径在普外科结直肠癌手术患者围手术期中的应用效果及临床价值。**方法：**选取本院普外科收治的 108 例结直肠癌手术患者，按入院顺序均分对照组（常规护理）和观察组（ERAS 护理路径），对比两组应用效果。**结果：**观察组术后康复时间显著短于对照组，护理满意度（96.30%）显著高于对照组（81.48%），并发症发生率（7.41%）显著低于对照组（24.07%），差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论：**ERAS 护理路径可加速结直肠癌手术患者术后康复，降低并发症发生率，提升护理满意度。

【关键词】加速康复外科；结直肠癌；围手术期护理；应用效果

结直肠癌发病率已高居恶性肿瘤第 2 位，每年新发患者约 40.8 万，其中 19.6 万患者因结直肠癌死亡^[1]，外科手术是早中期结直肠癌的首选治疗方案，晚期结直肠癌也可通过手术缓解症状、改善生存质量^[2]。但传统围手术期管理模式存在禁食时间长、应激反应大、术后康复缓慢等问题，ERAS 是指围手术期采用一系列基于循证医学证据的优化措施，以减轻患者生理及心理的创伤应激，从而促进术后快速康复。本研究选取本院普外科收治的结直肠癌手术患者，对比 ERAS 护理路径与常规护理的应用效果，为临床护理工作提供科学依据，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 2 月—2025 年 1 月本院普外科收治的 108 例结直肠癌手术患者，按照入院顺序将其平均分为对照组（常规护理）和观察组（ERAS 护理路径），所有患者均经肠镜检查、病理活检确诊为结直肠癌，符合结直肠癌根治术手术指征。排除术前存在肠梗阻需急诊手术者，术前接受新辅助放化疗，有认知、语言障碍以及精神疾病者，两组患者指标 $P > 0.05$ ，可比较。

表 1 患者一般资料 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男女比例	平均年龄（岁）	TNM 分期 I / II / III（例）
----	----	------	---------	------------------------

对照组	54	32/22	62.35±8.42	15/28/11
观察组	54	30/24	62.18±8.15	14/30/10

1.2 方法

1.2.1 对照组：术前向患者普及手术相关知识及并发症，落实术前 12h 禁食、4h 禁饮及聚乙二醇电解质散导泻，完成备皮、备血、消毒等准备，同时评估患者身心状态。术中协助调整体位，维持无菌环境并实时监测体征，而术后帮患者去枕平卧 6h，排气后进食，重点观察引流、遵医嘱镇痛，术后 24h 鼓励下床，指导饮食恢复及并发症防范。

1.2.2 观察组：组建 ERAS 护理小组，结合 2023 版指南及本院实际，制定围手术期标准化护理路径

（1）术前：通过多种方式讲解 ERAS 理念及康复要点，针对性缓解负面情绪、增强治疗信心。术前 6h 禁食、2h 禁饮并口服 5%葡萄糖溶液，按需行温和肠道准备及局部备皮，对血清白蛋白<35g/L 的营养不良患者给予肠内营养支持，同步指导患者进行呼吸及四肢功能预康复锻炼，2 次/d，10~15min/次。术前给予预防性抗生素，降低手术部位感染的风险。

（2）术中：严格无菌操作并密切监测生命体征，采用恒温手术台及加温输液设备，维持体温 36.5~37.5℃，根据患者情况控制输血量及速度，优先输注晶体液，必要时补充胶体液。

（3）术后：采用 PCA 联合口服非甾体类消炎药，依据 NRS 评分调整方案，将疼痛控制在 3 分以下。导尿管术后 24~48h 拔除，腹腔引流管以引流液量等为标准，无特殊并发症者 3~5d 拔除。术后 6h 协助翻身坐起，12h 鼓励下床活动并逐步增加活动量。术后 6h 给予少量温凉流质饮食，逐步过渡至普通饮食，强调高蛋白、易消化饮食，同时密切监测病情，采取切口护理、有效咳嗽、穿戴弹力袜等针对性措施。

1.3 观察指标

对比两组患者术后康复指标、并发症发生率和护理满意度。

1.4 统计学分析

采用 SPSS26.0 软件统计进行统计数据处理，计量采用($\bar{x}\pm s$)表示，行 t 检验，计数采用[n(%)]表示，行 χ^2 检验。若 $P<0.05$ 说明存在对比意义。

2. 结果

表 2 两组患者术后康复指标和护理满意度对比($\bar{x}\pm s$) [n(%)]

组别	例数	首次排气 (h)	首次排便 (h)	下床活动 (h)	住院时间 (d)	满意度
对照组	54	42.57±5.18	70.82±8.36	23.65±3.48	11.86±2.05	44 (81.48%)
观察组	54	28.64±4.25	52.37±6.89	11.32±2.15	7.25±1.32	52 (96.30%)
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组患者并发症发生率对比[n(%)]

组别	例数	切口感染	肺部感染	深静脉血栓	吻合口漏	腹胀	合计
对照组	54	3 (5.56%)	4 (7.41%)	1 (1.85%)	1 (1.85%)	4 (7.41%)	13 (24.07%)
观察组	54	1 (1.85%)	1 (1.85%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (3.70%)	4 (7.41%)
P 值	-	-	-	-	-	-	<0.05

3. 讨论

结直肠癌手术属于创伤性手术，围手术期的护理质量直接影响患者的康复结局。作为一种革新的护理管理范式，临床护理路径突破了传统护理模式的局限，展现出更为严密的逻辑架构与标准化特质，其聚焦于特定病种及诊疗方案，通过构建精细化的时间轴与执行蓝图，实现了护理环节的无缝对接与有序运转，从而提高护理效率，保障护理质量^[3]。

此次研究结果表明，观察组各项术后康复指标均优于对照组，护理满意度更高且并发症发生率更低，核心原因在于 ERAS 护理路径通过术前个性化宣教与准备可减轻患者应激、改善营养状态，术中体温与液体管理能降低手术相关风险，术后多模式镇痛、早期活动及进食则能加速胃肠功能恢复，减少并发症发生，全方位促进患者康复。相比之下，常规护理流程固定、缺乏针对性，难以满足患者快速康复的需求。

综上，ERAS 护理路径应用于普外科结直肠癌手术患者，可有效缩短康复时

间、降低并发症风险、提升护理满意度，契合临床加速康复的需求，操作贴合临床实际。

参考文献

- [1] 张建功, 刘茵, 陈琼, 等. 2018 年河南省结直肠癌流行现状及 2010~2018 年流行趋势分析[J]. 郑州大学学报(医学版), 2022, 57(4): 482-486.
- [2] 成玉萍. 快速康复外科在结直肠癌根治术围手术期护理中的效果[J]. 中国肛肠病杂志, 2023, 43(3): 59-61.
- [3] 赵海燕, 韩晓燕, 李敏. 临床路径护理对急性阑尾炎手术患者护理质量的影响[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(1): 130-131.