

集束化护理的 ERAS 护理对结直肠肿瘤切除术患者术后恢复影响

李英 马倩* 薛盼 潘微 车娜
吉林大学第二医院, 吉林 长春 130000

[摘要]目的: 分析结直肠肿瘤患者接受切除术治疗时配合基于集束化护理的 ERAS (加速康复外科) 护理对术后恢复的影响。方法: 以我院 2024 年 1 月—2024 年 12 月接受结直肠肿瘤切除术治疗的患者 100 例作为研究对象, 随机数字表法分组, 对照组 (50 例) 常规护理; 观察组 (50 例) 基于集束化护理的 EARS 护理; 对两组患者护理后恢复情况进行比较, 检测两组患者护理前后炎症指标, 统计术后并发症, 评估各组患者护理前后生活质量。结果: 观察组患者护理后恢复所用时间均短于对照组, 且炎症指标检测结果均低于对照组, 术后并发症总发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组患者护理后生活质量评估得分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 结直肠肿瘤切除术患者辅助以集束化护理的 EARS 护理能够促进术后恢复, 改善预后, 降低并发症, 值得借鉴。

[关键词]集束化护理; ERAS 护理; 结直肠肿瘤切除术; 术后恢复

DOI: 10.33142/cmn.v4i1.19022

中图分类号: R473

文献标识码: A

The Impact of ERAS Nursing with Bundled Care on Postoperative Recovery of Patients Undergoing Colorectal Tumor Resection Surgery

LI Ying, MA Qian*, XUE Pan, PAN Wei, CHE Na

Second Hospital of Jilin University, Changchun, Jilin, 130000, China

Abstract: Objective: to analyze the impact of ERAS (Enhanced Recovery Surgery) nursing based on bundle nursing on postoperative recovery in patients with colorectal cancer undergoing resection surgery. Method: a total of 100 patients who underwent colorectal tumor resection in our hospital from January 2024 to December 2024 were selected as the study subjects. They were randomly divided into two groups using a random number table method, with a control group (50 cases) receiving routine nursing care; Observation group (50 cases) received EARS nursing based on bundled care; Compare the recovery status of two groups of patients after nursing care, detect inflammation indicators before and after nursing care, calculate postoperative complications, and evaluate the quality of life of each group of patients before and after nursing care. Result: the recovery time of patients in the observation group after nursing was shorter than that of the control group, and the inflammatory index detection results were lower than those of the control group. The total incidence of postoperative complications was lower than that of the control group ($P < 0.05$). The quality of life assessment scores of the observation group patients after nursing were higher than those of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: the use of bundled care in EARS nursing for patients undergoing colorectal tumor resection can promote postoperative recovery, improve prognosis, and reduce complications, which is worth learning from.

Keywords: clustered nursing; ERAS nursing; colorectal tumor resection surgery; postoperative recovery

结直肠癌属于消化系统中发病率较高的恶性肿瘤类病变之一, 各地区、年龄段等群体的发病率存在一定差异, 近几年其发病率仍处于逐渐升高的趋势下^[1]。临床治疗该病症时最有效的方法为外科根治术, 可通过直接切除病灶及周围部分组织的方式, 以阻断癌细胞的进一步扩散, 从而治愈疾病本身, 也能够降低复发的风险。但由于术式本身存在有创性的特点, 因此在术后可能会产生各类并发症, 加之切除所形成的创伤, 使恢复速度难以提高^[2]。加速康复外科 (ERAS) 理念是以提高康复速度为基础的护理模式, 通过整体护理干预手段控制各类术前、术中应激反应对术后恢复的不良影响。集束化护理则是以循证法为基础, 将护理措施给予汇集, 从而形成更加完整的护理方案^[3]。二者结合可弥补各自的短板, 使护理操作更具针对性、规

范性。本次研究针对我院 2024 年 1 月—2024 年 12 月接受结直肠肿瘤切除术治疗的患者 100 例, 分析基于集束化护理的 ERAS 护理的应用效果, 分析具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院 2024 年 1 月—2024 年 12 月接受结直肠肿瘤切除术治疗的患者 100 例作为研究对象, 随机数字表法分组, 对照组 50 例, 男 26 例, 女 24 例, 年龄 42~75 岁, 平均 (60.52±3.13) 岁, 病程 6 个月~4 年, 平均 (2.13±0.15) 年。观察组 50 例, 男 25 例, 女 25 例, 年龄 41~77 岁, 平均 (60.61±3.15) 岁, 病程 7 个月~4 年, 平均 (2.16±0.12) 年。纳入标准: (1) 确诊直肠肿瘤, 符合标准^[4]; (2) 符合切除术治疗指征; (3) 同意参与配合护理研究。排除标

准：(1)合并其它肿瘤疾病；(2)合并凝血功能异常；(3)合并精神疾病。两组患者一般资料组间对比 ($P>0.05$)。研究取得伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组常规护理，措施包括：入院时对患者展开健康宣教，向患者讲述切除手术治疗的相关注意事项，术后密切监护患者生命体征指标，指导患者养成良好饮食习惯，鼓励患者及早下床训练，出院时叮嘱患者按时复诊等。观察组基于集束化护理的 ERAS 护理，措施具体为：

1.2.1 建立专职护理小组

于科室内建立基于集束化模式下的 ERAS 护理小组，由护士长负责协调、管理工作，分别邀请本科室副主任级医师、外科医师、麻醉科医师、营养科医师、康复科医师各 1 名，作为顾问小组，协助制定集束化的 ERAS 护理方案。并于本科室内挑选临床工作经验丰富的高级护师若干名，其中需要包含 1 名主管护师。以循证法为基础，针对结肠癌切除手术患者的围术期特点、康复需求规律等，查找各类文献，并将具体的护理方案进行汇总，制定规范性的护理方案。随后针对集束化护理方案的可行性开展专家函询，根据专家意见修改，需至少开展 3 轮函询后，确定最终的护理方案。待护理方案确定后，为各小组护理人员提供针对性的培训，使其掌握各项理论知识和操作技巧。培训后进行同步考核，考核成绩合格者方可参与本次的临床护理操作。

1.2.2 术前集束化下 ERAS 护理方法

①多学科评估护理。以本科室护理人员为主导，外科、营养科、康复科的医师协助，对患者开展多学科评估，确定术前的基本身体状况。并根据实际情况对护理方案给予适当的调整，满足患者的基本需求。②心理疏导。和患者进行面对面沟通，确认其心理状态，并给予针对性的疏导护理。如患者存在紧张、焦虑等心理，护理人员则可给予充分的安慰，并为其详细说明手术成功的概率，介绍以往收治的恢复效果良好的病例；如患者存在恐惧心理，则可提供更详细的宣教，以病床模拟手术台，分步骤为其讲解手术步骤，以加深对手术的了解，避免因未知而产生恐惧。同时说明手术小组的专业性，介绍主刀医生的履历，以建立术前的信任感。③肠道准备护理。需提前 6h 严格控制饮食，期间不得摄入任何固体或半固体的食物，饮水量也需适当控制。同时于手术前 2h 可提供适量的含糖清饮料，以补充能量，降低饥饿感造成的不适。

1.2.3 术中集束化下的 ERAS 护理方法

①早期沟通。在麻醉生效前，护理人员需和患者保持密切的沟通，注意其情绪变化特点，给予充分的心理安慰，并提醒其术前准备工作的具体步骤，帮助更好地心理建设。②目标导向液体护理。在手术过程中需根据实际情况严格遵照医嘱为患者提供补液护理，包括生理盐水冲

洗、输血、药物注射等，以降低补液过量或不足的问题。③体温护理。需为患者提前预热手术台面，或于身下铺设加热毯，以保持背部的温度。对非手术区域的裸露皮肤加强保暖护理，可使用保温毯进行覆盖，并给予充分固定，避免对主刀医生的操作形成干涉。术中还需注意保温毯的状态，控制其脱落或位移的问题。所有输入体内的液体均需预先加热，温度维持在 37℃左右即可，还可与输液管中段加装保温器，确保注入患者体内时温度不出现过大的波动。

1.2.4 术后集束化下的 ERAS 护理方法

①多模式镇痛护理。根据患者实际需求采取多种模式的镇痛干预，可和麻醉科医师沟通，由其制定镇痛方案，护理人员严格遵照医嘱执行。且镇痛过程中需定时监看患者的状态，评估是否存在恶心呕吐、肠蠕动麻痹等问题，最大程度控制镇痛药物的副作用。②饮食护理。无需等待肛门排气即可为患者先行提供流食，待其麻醉完全苏醒后便可尝试，先以少量饮水试探，无胃肠道异常反应后给予少量流食，并逐渐向常食过渡即可。③阶梯式康复运动护理。以患者康复程度为参考，实施阶梯式的康复训练方案。术后首日只能开展床上运动，可在护理人员或家属协助下完成体位更换，或转为坐位，尽量避免下肢随意牵动。术后日次开始尝试床下活动，可由家属产助。待疼痛感不明显后，可开展病区内行走运动，通过规律性运动方式促进消化道蠕动功能的恢复，并降低下肢深静脉血栓、坠积性肺炎等问题的产生风险。④感染监护。术后需定时对手术切口恢复状态进行观察，确认是否存在红肿、渗液等情况，如发现异常需立即给予处理，并注射抗生素类药物治疗。定时更换切口敷料，并保持其周围皮肤的清洁和干燥性。指导患者掌握口腔清洁技巧，在每次进餐后均需漱口清洁，可提供淡盐水或专用漱口液。并对牙缝中的残渣给予清理，可提供牙线等工具。

1.3 观察指标

(1)恢复情况记录对比。记录并对比两组患者术后恢复情况，涉及指标包括：排气时间、排便时间、进食时间、下床时间、住院时间。(2)炎症指标检验。采集两组患者术前、术后空腹静脉血，通过酶联免疫法检验炎症指标，包括：肿瘤坏死因子 α 、白介素 6。(3)并发症统计。观察并统计两组患者术后并发症。(4)生活质量评估。通过生活质量综合评估问卷对两组患者护理前后生活质量进行评估，内容包括：生理指标、心理质量、物质生活、社会功能，每项内容评分范围 0~100 分，得分与生活质量正比例相关。

1.4 统计学分析

SPSS 26.0 统计学分析， $n(\%)$ 作为计数资料数据格式， χ^2 检验， $(\bar{x} \pm s)$ 作为计量资料数据格式，符合正态分布， t 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 恢复情况记录对比

观察组患者护理后恢复所用时间均短于对照组 ($P < 0.05$), 如表 1。

表 1 恢复情况记录对比

分组	排气时间 (d)	排便时间 (d)	进食时间 (d)	下床时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	1.37±0.12	2.40±0.21	2.30±0.21	1.20±0.15	5.24±0.38
对照组	2.09±0.13	3.38±0.24	3.45±0.22	2.11±0.13	6.40±0.34
t	28.777	21.730	26.737	32.417	16.086
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 炎症指标检验

炎症指标检测结果显示, 观察组各项指标均低于对照组 ($P < 0.05$), 如表 2。

表 2 炎症指标检验

分组	肿瘤坏死因子 α (ng/L)		白介素 6 (ng/L)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	39.42±3.56	18.77±2.02	77.79±3.13	50.04±2.08
对照组	39.38±3.54	24.12±2.06	77.68±3.15	61.79±2.12
t	0.056	13.112	0.175	27.975
P 值	0.955	<0.001	0.861	<0.001

2.3 并发症统计

观察组并发症总发生率低于对照组 ($P < 0.05$), 如表 3。

表 3 并发症统计

分组	例数	切口感染	尿潴留	肺部感染	总发生率
观察组	50	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	2 (4.00)
对照组	50	4 (8.00)	2 (4.00)	3 (6.00)	9 (18.00)
χ^2					5.005
P 值					0.025

2.4 生活质量评估

观察组患者护理后生活质量评估得分高于对照组 ($P < 0.05$), 如表 4 所示。

3 讨论

结肠直肠癌即指起源于结肠或直肠黏膜上皮细胞的恶性肿瘤病变, 早期绝大多数是以良性的结肠息肉形式存在, 经过无序生长后形成了癌灶。该病症中超过 95% 者为腺癌, 在全球范围内恶性肿瘤疾病当中发病率位列第三, 死亡率位列第二, 多见于 50 岁及以上的中老年群体, 但近几年国内

该病症年轻化趋势已经显现^[5]。导致该病症的原因较为复杂, 可能和年龄、遗传因子、慢性肠道疾病、饮食习惯不良、缺乏运动、长期吸烟酗酒等均有着密切关联。早期阶段患者可能会出现便血、腹部疼痛、大便性状异常等问题, 但和其它肠道疾病重叠性较高, 需患者第一时间前往医院检查, 以便更快地确诊病症。临床治疗结肠直肠癌最有效的方式为切除手术, 其能够彻底将癌灶清除出体外, 以避免进一步生长和扩散。但由于患者自身年龄、基础疾病等的差异性, 使得术中、术后均会产生多种问题, 继而影响术后的恢复速度。为有效保证整体恢复效率, 就需要于围术期采取科学的护理干预, 最大程度控制各类应激反应的负面影响^[6]。

从本次研究结果可见, 观察组排气时间为 (1.37±0.12) d, 明显短于对照组的 (2.09±0.13) d, 且排便、进食、下床、住院时间均明显低于对照组, 说明集束化下的 ERAS 护理能够更好地缩短患者术后恢复时间。这是由于 ERAS 是针对术后康复进程的推进所实施的护理手段, 紧密围绕身体各项机能的快速恢复, 以此提升康复效率。该理念可广泛应用在各科手术当中, 且安全性相对较高。但需要注意的是, 该理念和传统护理目标不同, 其所涉及的护理方法均是为了使患者更快恢复, 导致部分操作执行时间过早。加之患者存在一定的身体差异, 使得护理的依从性无法保障, 因此如单独应用时可能存在部分局限性。集束化护理则是将循证护理作为基础, 将各类有利于 ERAS 理念执行的护理方法进行汇总, 整合出更符合患者康复需求的护理方案, 以弥补 ERAS 的短板。其中术前护理以肠道准备、心理疏导为主, 使患者能够更好地面对外科手术, 降低术前应激反应带来的影响。术中护理则需严格执行目标导向的液体管理, 并配合体温护理, 降低术后各类并发症的产生风险。术后则于早期阶段即实施康复护理, 包括饮食、运动等, 促进胃肠道功能的恢复。

同时观察组护理后肿瘤坏死因子 α 为 (18.77±2.02) ng/L, 明显低于对照组的 (24.12±2.06) ng/L, 且白介素 6 指标也明显低于对照组, 即该联合护理模式可更好地控制术后炎症。这是由于术前不仅需开展肠道准备护理, 还需提供补充适量的能量, 以便患者的机体能够应对后续的手术操作。避免过度饥饿带来的不良应激反应, 控制各类生理指标的波动幅度。同时在术中强化体温护理, 降低体温流失幅度, 以缓解术后低体温综合征的发生风险, 从而使多种并发症 (如心率异常、寒战、切口渗血、呼吸抑制等) 发生率降低, 保证恢复的有序开展。

表 4 生活质量评估

分组	生理质量		心理质量		物质生活		社会功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	56.85±6.12	88.75±3.56	57.05±5.96	89.44±2.39	60.15±3.59	90.11±2.79	61.16±3.22	90.20±2.37
对照组	56.91±6.15	82.19±3.52	57.10±5.93	83.01±2.37	60.21±3.55	84.74±2.75	61.20±3.25	85.71±2.33
t	0.049	9.265	0.042	13.508	0.084	9.693	0.062	9.553
P 值	0.961	<0.001	0.967	<0.001	0.933	<0.001	0.951	<0.001

总之,结直肠肿瘤切除术患者辅助以集束化护理的ERAS护理能够促进术后恢复,改善预后,降低并发症,值得借鉴。

[参考文献]

- [1]赵江楠,沈彩霞,张斌.基于集束化护理的ERAS护理对结直肠肿瘤切除术患者术后恢复及预后的影响[J].海南医学,2022,33(2):266-269.
- [2]罗少青,陈志红,温小闽.ERAS理念下手术室护理结合术中质性控制护理关键点干预在腹腔镜结直肠癌手术患者中的应用[J].西藏医药,2024,45(6):13-15.
- [3]程果果,丁静冉,杜荣云.基于加速康复外科理念的综合护理方案在结直肠癌手术患者中的应用[J].海南医学,2025,36(15):2264-2269.
- [4]中国医师协会结直肠肿瘤专业委员会.结直肠癌腹膜转

移诊治专家共识(2025版)[J].中华胃肠外科杂志,2025,28(5):441-449.

[5]庄丽红,谢巧珍,李梅君.医护一体化ERAS护理模式对结直肠癌根治术患者胃肠功能恢复和睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(11):2192-2194.

[6]熊心怡.《结直肠癌》出版:基于ERAS理念的手术室护理在4K腹腔镜结肠癌根治术中的应用[J].介入放射学杂志,2024,33(5):8.

作者简介:李英(1980.8—),女,毕业院校北华大学,所学专业护理,当前就职单位吉林大学第二医院,职务护士,职称级别主管护师;*通讯作者:马倩(1983.6—),女,毕业院校北华大学,所学专业护理,当前就职单位吉林大学第二医院,职务护士,职称级别主管护师。