

ERAS 对腹腔镜全胃切除术后患者的护理效果

杨琨

江苏南京市浦口区中医院，江苏南京，210000；

摘要：目的：分析快速康复外科（ERAS）对行腹腔镜全胃切除术后患者的应用效果。方法：纳入我院 2023 年 1 月~2024 年 1 月内行腹腔镜全胃切除术的患者 72 例，按照随机信封法分为对照组（常规护理）和观察组（ERAS 护理）各 36 例，对比两组护理效果。结果：对比两组临床指标显示，观察组患者术后下床时间、肛门排气时间、进食时间和住院时间均短于对照组；干预前两组心理状态、应激指标和营养状态差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），干预后观察组患者心理状态评分和应激指标均低于对照组，营养状态指标均高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。且观察组患者并发症发生率显著低于对照组，差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：临床中对行腹腔镜全胃切除术后患者实施 ERAS 具有较好应用效果，能够显著改善患者术后心理状态，减少应激与术后并发症的发生，提高营养状态，加快术后恢复。

关键字：快速康复外科护理；腹腔镜全胃切除术；护理效果；营养状态

DOI:10.69979/3029-2808.24.4.023

腹腔镜全胃切除术以其微创性、高效性及术后快速恢复的特点，成为了治疗特定胃部疾病，如胃癌、严重胃溃疡及胃穿孔等病变的优选方案。这一技术不仅代表着外科手术技术的飞跃，更是对患者生活质量高度关怀的体现^[1]。腹腔镜全胃切除术是在腹腔镜这一高科技辅助设备的引导下进行的全胃切除手术。相比传统开放手术，它最大的优势在于“微创”。通过腹壁上的几个微小切口，医生能够借助高清摄像头和精细的腹腔镜器械，在放大数倍的视野下清晰辨识组织结构，实现精准操作^[2]。这种手术方式最大限度地减少了手术创伤，保护了周围正常组织的完整性，大大降低了手术风险^[3]。而患者的术后恢复不仅依靠于手术的成功，术后康复也十分重要。在腹腔镜全胃切除术这一高度精细且复杂的医疗过程中，加速康复外科（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）护理模式的应用，无疑为患者快速、安全地重返健康生活提供了强有力的保障^[4]。本研究中，即分析了 ERAS 对行腹腔镜全胃切除术后患者的应用效果对冠心病心绞痛患者实施心理护理干预的临床效果，具体报道如下：

1 对象和方法

1.1 对象

纳入我院 2023 年 1 月~2024 年 1 月内行腹腔镜全胃切除术的患者 72 例。纳入标准：（1）患者均行腹腔镜全胃切除术；（2）无意识障碍、精神疾病者；（3）无

严重内科基础疾病者。排除标准：（1）存在免疫功能、凝血功能障碍者；（2）合并严重肿瘤、癌症者；（3）临床资料不完整或丢失者。按照随机信封法分为对照组和观察组各 36 例。对照组内男性 20 例，女性 16 例；年龄区间 37~80 岁，平均年龄（ 56.51 ± 6.68 ）岁；体质量 $19\sim32\text{ kg/m}^2$ ，平均（ 23.07 ± 3.60 ） kg/m^2 。观察组内男性 19 例，女性 17 例；年龄区间 35~79 岁，平均年龄（ 56.92 ± 6.17 ）岁；体质量 $19\sim30\text{ kg/m}^2$ ，平均（ 22.69 ± 3.79 ） kg/m^2 。患者基本情况相近（ $P>0.05$ ）。我院医学伦理委员会对研究知情并审核。

1.2 方法

对照组使用常规术后护理，即常规宣教、按医嘱给药、饮食护理等。

观察组使用 ERAS 护理干预：

早期疼痛管理：术后立即进行疼痛评估，采用视觉模拟评分法（VAS）等工具，确保疼痛得到及时识别。结合非阿片类镇痛药物、硬膜外镇痛、冷敷等多种方法，制定个体化的镇痛方案。同时，鼓励家属学习简单的疼痛缓解技巧，如轻柔按摩、深呼吸等，以辅助患者减轻疼痛。根据疼痛评估结果，动态调整镇痛方案，确保患者在意识清醒、可随意行走及营养良好情况下达到无痛状态。

营养支持：术后 4-6 小时开始进食流食，逐渐过渡至半流质食物，直至恢复正常饮食。家属应帮助患者准

备营养均衡的饮食，确保摄入足够的营养。遵循细嚼慢咽、由少到多、由稀到稠的原则，避免生冷、油煎、酸辣等刺激性食物。

早期活动：术后第一天，鼓励患者进行踝泵运动，促进下肢血液循环。在护士指导下，逐步增加活动量，如站立、步行等。家属应陪同患者进行活动，提供必要的支持和鼓励。注意活动强度，避免剧烈运动和负重活动，以防伤口撕裂。

管道管理：确保引流管固定妥善，避免扭曲、折叠或脱落。定期观察引流液的颜色、性质和量，如有异常及时报告医生。保持引流口周围皮肤清洁干燥，定期更换敷料。

心理护理：家属应倾听患者的担忧和困扰，提供安慰和鼓励。鼓励患者参加社交活动，与其他患者或家属交流，获得情感支持。必要时，可寻求专业心理咨询师的帮助，进行心理干预治疗。

出院计划与随访：出院前，医护人员应详细向患者及家属介绍出院后的注意事项，包括饮食、活动、伤口护理等。制定详细的随访计划，包括随访时间、复查项目等。建议患者在术后 3 年内每 3 个月复查一次，3-5 年每 6 个月复查一次，至少复查 5 年。家属应继续提供必要的支持和鼓励，关注患者的康复进展，如有异常及时联系医生。

1.3 观察指标

(1) 对比两组临床指标，记录患者术后首次下床时间、肛门排气时间、进食时间和住院时间。

(2) 对比两组干预前后心理状态，采用 SAS 焦虑自评量表和 SDS 抑郁自评量表评估患者干预前后时心理情况，分数与患者焦虑、抑郁情况为正相关。

(3) 对比两组干预前后应激情况和营养状态。测定患者应激因子白细胞计数与中性粒细胞计数情况；测定患者营养状态白蛋白与前白蛋白情况。

(4) 对比两组患者术后腹胀、肺部感染、吻合口漏的并发症总发生率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 统计学分析软件处理数据， t 和“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料， x^2 和%表示计数资料，检验时 $P < 0.05$ 为数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床指标对比

经分析，观察组和对照组术后首次下床时间分别为 (21.97 ± 5.35) 、 (33.43 ± 8.26) h，组间 $t=6.987$ ， $P=0.001$ ；两组肛门排气时间分别为 (20.07 ± 5.02) 、 (36.39 ± 7.11) h，组间 $t=11.251$ ， $P=0.001$ ；两组进食时间分别为 (21.05 ± 5.14) 、 (34.17 ± 8.28) h，组间 $t=8.077$ ， $P=0.001$ ；两组住院时间分别为 (13.78 ± 3.84) 、 (19.58 ± 2.52) d，组间 $t=7.577$ ， $P=0.001$ 。观察组术后下床时间、肛门排气时间、进食时间和住院时间均短于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 患者心理状态对比

干预前观察组和对照组 SAS 分别为 (53.76 ± 5.53) 、 (54.74 ± 3.68) 分，组间 $t=0.885$ ， $P=0.379$ ；SDS 分别为 (55.12 ± 4.70) 、 (56.47 ± 3.40) 分，组间 $t=1.396$ ， $P=0.126$ 。干预前两组心理状态差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

干预后观察组和对照组 SAS 分别为 (45.52 ± 4.23) 、 (50.19 ± 4.59) 分，组间 $t=4.489$ ， $P=0.001$ ；SDS 分别为 (42.72 ± 3.56) 、 (56.47 ± 3.40) 分，组间 $t=16.759$ ， $P=0.001$ 。干预后观察组心理状态评分均低于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 患者应激水平与营养状态对比

干预前观察组和对照组应激水平白细胞计数分别为 (8.06 ± 1.24) 、 $(8.13 \pm 1.08) \times 10^9/L$ ，组间 $t=0.255$ ， $P=0.799$ ；中性粒细胞计数分别为 (4.90 ± 0.62) 、 $(4.86 \pm 0.70) \times 10^9/L$ ，组间 $t=0.257$ ， $P=0.798$ ；营养状态白蛋白分别为 (45.30 ± 2.75) 、 (45.65 ± 2.63) g/L，组间 $t=0.552$ ， $P=0.583$ ；前白蛋白分别为 (0.27 ± 0.04) 、 (0.28 ± 0.05) g/L，组间 $t=0.937$ ， $P=0.352$ 。干预前两组应激水平和营养状态差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

干预后观察组和对照组应激水平白细胞计数分别为 (10.90 ± 2.02) 、 $(12.43 \pm 2.25) \times 10^9/L$ ，组间 $t=3.036$ ， $P=0.003$ ；中性粒细胞计数分别为 (8.61 ± 1.45) 、 $(10.04 \pm 1.52) \$

1, $P=0.034$ 。干预后观察组应激水平平均高于对照组, 营养状态均高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。

2.4 患者并发症对比

数据显示, 观察组患者术后腹胀 1 例(2.78%)、肺部感染 0 例(0.00%), 吻合口漏 1 例(2.78%), 并发症总发生率 5.56%。对照组患者术后腹胀 2 例(2.56%)、肺部感染 2 例(2.56%), 吻合口漏 5 例(13.89%), 并发症总发生率 25.00%。经分析, 观察组并发症总发生率显著低于对照组, 两组对比 $\chi^2=5.258$, $P=0.022$, 差异存在统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

在探讨行腹腔镜全胃切除术患者的术后护理方案时, 传统常规护理模式虽在保障患者基本康复需求上发挥了一定作用, 但其局限性日益凸显, 难以满足现代医疗对加速康复、减少并发症、优化心理体验及提升整体护理质量的更高要求^[5]。相比之下, 采用增强恢复与加速康复外科(ERAS)护理模式, 则为这类患者带来了全方位的革新与优势。传统护理往往侧重于术后静养与基础治疗, 缺乏系统性的康复指导, 导致患者下床活动及胃肠功能恢复时间延长。术后早期饮食管理保守, 常导致营养摄入不足, 影响伤口愈合和组织修复^[6]。

ERAS 护理在临床应用中展现了一定优势。ERAS 强调术前优化、术中微创操作及术后早期活动与进食, 显著缩短住院时间, 促进胃肠功能快速恢复, 提高患者生活质量^[7]。通过多模式镇痛方案, 有效减轻术后疼痛, 减少镇痛药物依赖, 提升患者舒适度与满意度。根据患者情况制定个性化营养计划, 鼓励早期经口进食, 确保营养充足, 加速组织修复与免疫力提升^[8]。通过实施全面的心理评估与干预, 包括术前教育、术后心理疏导, 帮助患者缓解焦虑、抑郁情绪, 增强康复信心^[9]。同时, 通过早期活动、血栓预防、肺部功能锻炼等措施, 有效降低深静脉血栓、肺部感染等术后并发症的发生率^[10]。

综上所述, ERAS 护理模式以其全面性、科学性和前瞻性的特点, 在腹腔镜全胃切除术患者的术后护理中展现出显著优势。它不仅加速了患者的生理恢复, 还关注其心理与社会的全面康复, 为实现患者快速、安全、高

质量的康复目标提供了有力保障。因此, 推广和应用 ERAS 护理模式对于提升医疗服务质量、改善患者预后具有重要意义。

参考文献

- [1] 宁彩玲. 快速康复外科应用于老年腹腔镜胆囊切除术围术期护理中的效果[J]. 河南外科学杂志, 2024, 30(4): 191-192, 封 3.
- [2] 熊彬, 王超, 章喜莉. 以德尔菲法为基础的快速康复外科护理在腹腔镜肝癌切除术患者中的应用价值[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(23): 117-120.
- [3] 陈瑶. 基于快速康复外科理念的护理对妇科腹腔镜手术患者术后腹胀的预防效果[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2024, 11(9): 106-108.
- [4] 葛琴. 快速康复外科护理理念在腹腔镜肾上腺肿瘤切除术患者中的应用[J]. 现代养生, 2024, 24(17): 1330-1332.
- [5] 叶曼. 标准化呼吸功能锻炼流程联合快速康复外科护理对腹腔镜胰十二指肠切除术患者的影响[J]. 中外医学研究, 2024, 22(23): 76-80.
- [6] 姚思思, 官桂青, 王晓, 等. 医护协同管理联合基于快速康复外科理念饮食干预在腹腔镜结直肠癌根治术患者中的效果分析[J]. 中国当代医药, 2024, 31(13): 143-147.
- [7] 王艳卿, 安久颖. 基于动机激发策略的快速康复外科干预在腹腔镜胆囊切除术患者中的应用及对预后的影响[J]. 国际护理学杂志, 2024, 43(1): 74-77.
- [8] 吴荣鑫, 章珩, 王燕, 等. 快速康复外科理念联合手术路径的改进在腹腔镜下前列腺癌根治术病人围术期中的应用[J]. 实用老年医学, 2024, 38(6): 629-633.
- [9] 胡铭美, 陈芙莲, 游林艳. 快速康复外科护理联合精细化护理在腹腔镜胃肠手术患者手术室护理中的应用[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(8): 35-37.
- [10] 芮鸿庆, 袁立单, 濮阳永强, 等. 不同入路腹腔镜胃癌根治术联合快速康复外科护理在远端胃癌患者治疗中的效果分析[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2024, 8(10): 132-134.