

ERAS-MDT 模式在结肠癌合并肠梗阻围术期护理的应用价值研究

赵丹红

东阳市人民医院巍山分院 浙江东阳

【摘要】目的 分析 ERAS-MDT 模式在结肠癌合并肠梗阻围术期护理的应用价值。**方法** 选择 2022 年 8 月至 2024 年 8 月我院收治的 40 例结肠癌合并肠梗阻患者为研究样本，依照随机化原则分为参考组和实验组，每组 20 例，参考组采用常规护理，实验组采用 ERAS-MDT 模式护理。对比两组的术后恢复情况及并发症发生情况。**结果** 与参考组相比，实验组的排便时间、下床活动时间、进食时间及住院时间均显著更短 ($P<0.05$)；实验组的并发症发生率明显更低 ($P<0.05$)。**结论** ERAS-MDT 模式在结肠癌合并肠梗阻患者的围术期护理中具有显著的应用价值，能够加速患者术后恢复，降低并发症发生率，值得临床推广和应用。

【关键词】 结肠癌；肠梗阻；ERAS-MDT 模式；围术期护理；术后恢复

【收稿日期】 2025 年 2 月 26 日

【出刊日期】 2025 年 3 月 27 日

【DOI】 10.12208/j.cn.20250127

Application value of ERAS-MDT mode in perioperative nursing of colon cancer complicated with intestinal obstruction

Danhong Zhao

Weishan Branch of Dongyang People's Hospital, Dongyang, Zhejiang

【Abstract】Objective To analyze the application value of ERAS-MDT mode in perioperative nursing of colon cancer complicated with intestinal obstruction. **Methods** Forty patients with colon cancer and intestinal obstruction admitted to our hospital from August 2022 to August 2024 were selected as the study sample. They were randomly divided into a reference group and an experimental group, with 20 patients in each group. The reference group received routine nursing care, while the experimental group received ERAS-MDT nursing care. Compare the postoperative recovery and incidence of complications between the two groups. **Results** Compared with the reference group, the experimental group had significantly shorter defecation time, bed activity time, eating time, and hospitalization time ($P<0.05$); The incidence of complications in the experimental group was significantly lower ($P<0.05$). **Conclusion** The ERAS-MDT model has significant application value in perioperative nursing of patients with colon cancer and intestinal obstruction, which can accelerate postoperative recovery and reduce the incidence of complications. It is worthy of clinical promotion and application.

【Keywords】 Colon cancer; Intestinal obstruction; ERAS-MDT mode; Perioperative care; Postoperative recovery

结肠癌是消化系统内一种普遍的恶性肿瘤，其全球发病率持续保持高位，且随着人口老龄化的加剧，其发病率呈现出逐年上升的趋势^[1]。肠梗阻作为结肠癌的常见并发症，不仅严重影响患者的生活质量，还增加了手术的风险和复杂性。近年来，随着医疗技术的不断进步和护理理念的更新，加速康复外科（ERAS）理念逐渐被广泛应用于临床实践中，而多学科团队协作（MDT）模式更是为患者的全面管理和个性化治疗提供了新的思路^[2]。本研究旨在探讨 ERAS-MDT 模式在结肠癌合并肠梗阻患者围术期护理中的应用价值，以

期为临床提供更加科学、有效的护理方案，现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选取 2022 年 8 月至 2024 年 8 月我院收治的 40 例结肠癌合并肠梗阻患者作为研究对象，按照随机化原则分为参考组和实验组，每组 20 例。参考组中，男性 11 例，女性 9 例；年龄 45~75 岁，平均年龄（60.56±7.23）岁。实验组中，男性 12 例，女性 8 例；年龄 43~78 岁，平均年龄（60.60±7.20）岁。两组资料差

异不大 ($P>0.05$)。纳入标准: (1) 经病理诊断为结肠癌合并肠梗阻; (2) 无其他严重并发症或合并症; (3) 签署知情同意书, 同意接受本研究; 临床资料完善。排除标准: (1) 有手术禁忌症; (2) 有精神或认知障碍, 无法配合研究; (3) 同时参与其他研究者; 合并其他严重器质性疾病。

1.2 方法

参考组采用常规护理, 涵盖术前禁食、术后生命体征的监测及饮食方面的指导。实验组采用 ERAS-MDT 模式护理, 具体方法如下:

(1) 术前准备阶段: 由外科、麻醉科、营养科、护理团队及康复科等多学科专家共同对患者进行全面评估, 包括但不限于患者的身体状况、营养状况、心理状态及手术风险等因素, 以此为基础制定个性化的术前准备计划。采用短程肠道准备方案, 减少患者术前禁食禁水时间, 同时给予患者口服碳水化合物饮料, 以减轻饥饿感和焦虑情绪, 同时保持肠道清洁。对患者进行详细的术前教育, 包括手术过程、术后恢复流程、疼痛管理、早期活动及饮食指导等方面的知识, 确保患者对 ERAS-MDT 模式有充分的理解, 并积极配合。由专业心理咨询师或护理团队对患者进行心理评估, 提供必要的心理支持和干预, 以缓解患者的负面情绪, 提高手术耐受性。

(2) 术中管理阶段: 采用优化的麻醉方案, 如使用短效麻醉药物、维持生命体征平稳等, 以减少手术应激反应和术后疼痛。尽量采用腹腔镜等微创手术技术, 减少手术创伤和出血, 促进术后恢复。术中维持患者体温, 避免低体温引起的并发症, 如寒战、心律失常等。

(3) 术后恢复阶段: 采用多模式镇痛方案, 如使

用镇痛泵、口服镇痛药物等, 减轻术后疼痛, 促进患者早期活动。术后早期给予患者清流食, 逐步过渡到半流食和普食, 促进肠道功能恢复, 减少肠痿等并发症的发生。制定个性化的早期活动计划, 鼓励患者尽早下床活动, 促进身体机能恢复, 减少静脉血栓等并发症的发生。根据营养科评估结果, 为患者制定个性化的营养支持计划, 涵盖口服补充剂、肠内喂养及肠外营养等多种方式, 以满足患者术后的营养需求。制定详细的出院计划, 包括后续治疗、康复指导和随访安排, 确保患者在出院后能够得到持续的关注和照顾。在整个围术期, 多学科团队保持密切沟通, 共同监测患者的恢复情况, 及时调整护理和治疗方案。

1.3 观察指标

(1) 术后恢复情况: 记录患者术后恢复时间指标, 包括排便时间、下床活动时间、进食时间及住院时间。

(2) 并发症发生率: 记录患者的并发症发生情况, 包括切口感染、肺部感染、尿路感染、肠痿等并发症。

1.4 统计学分析

研究数据经 SPSS23.0 处理, 采用卡方 (χ^2) 对分类变量进行统计, 使用 t 对连续变量进行统计, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示, $P<0.05$ 表示差异显著。

2 结果

2.1 对比两组术后恢复情况

与参考组相比, 实验组的排便时间、下床活动时间、进食时间及住院时间均显著更短 ($P<0.05$), 详见表 1:

2.2 对比两组的并发症发生情况

实验组的并发症发生率明显更低 ($P<0.05$), 详见表 2:

表 1 两组术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	例数	排便时间	下床活动时间	进食时间	住院时间
实验组	20	3.09±0.72	1.62±0.63	1.67±0.89	12.63±3.34
参考组	20	4.96±1.53	3.47±1.75	3.16±1.38	18.93±4.88
t	-	4.946	4.448	4.058	4.764
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

表 2 两组的并发症发生情况比较[n, (%)]

组别	例数	切口感染	肺部感染	尿路感染	肠痿	总发生
实验组	20	1 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (5.00)
参考组	20	1 (5.00)	1 (5.00)	1 (5.00)	1 (5.00)	4 (20.00)
χ^2	-					10.286
P	-					0.001

3 讨论

针对结肠癌合并肠梗阻患者的围术期护理,往往面临手术风险高、术后恢复慢、并发症多等问题^[3]。因此,采取适当的护理措施对于促进患者康复、减少并发症具有重要意义。围术期护理不仅关乎患者的生理恢复,还涉及到患者的心理状态、营养支持、疼痛管理等多个方面,是一个复杂而系统的过程。

常规护理在围术期护理中发挥着一定的作用,如术前准备、术后生命体征监测、疼痛管理等,这些措施在一定程度上能够帮助患者度过手术难关,促进术后恢复^[4]。然而,常规护理往往缺乏针对性和个性化,难以满足患者的全面需求。相比之下,ERAS-MDT模式则融合了加速康复外科的核心理念与多学科团队协作的高效机制。该模式强调在多学科专家的共同参与下,对患者进行全面的术前评估,这包括但不限于患者的身体状况、营养水平、心理状态及手术风险等多个维度,从而确保为患者量身定制出最为合适的术前准备计划^[5]。在术中管理阶段,ERAS-MDT模式注重采用优化的麻醉方案和微创手术技术,力求减少手术创伤和应激反应,为患者术后的迅速恢复创造有利条件^[6]。而在术后恢复阶段,该模式则通过个性化的营养支持、疼痛管理、早期活动计划等一系列措施,全方位促进患者的身体机能恢复^[7]。本研究结果显示,采用ERAS-MDT模式护理的实验组患者,在排便时间、下床活动时间、进食时间及住院时间等方面均显著短于常规护理的参考组,且并发症发生率也明显降低。这充分说明了ERAS-MDT模式在结肠癌合并肠梗阻患者围术期护理中的有效性。分析其原因,则是由于ERAS-MDT模式通过优化术前准备、减少手术应激反应、促进术后肠道功能恢复等措施,加快了患者的康复进展,进而降低了并发症的发生风险^[8]。

综上所述,ERAS-MDT模式在结肠癌合并肠梗阻患者的围术期护理中具有显著的应用价值,能够加速患者术后恢复,降低并发症发生率,值得临床推广和应用。

参考文献

- [1] 秦晓辉,姚兴伟,张兴隆,等. 快速康复外科应用于结肠癌合并肠梗阻患者对其康复效果、免疫功能和营养状况的影响分析[J]. 健康必读,2020(11):233,239.
- [2] 李云霞,王海燕,李燕爽. ERAS-MDT 模式在结肠癌合并肠梗阻围术期的应用[J]. 临床医学工程,2022,29(8): 1121-1122.
- [3] 杨艳秋,刘珂,许楠. 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效果[J]. 河南医学研究,2024,33(7):1341-1344.
- [4] 冯小霞. ERAS 理念用于结肠癌患者围术期护理对手术指标及并发症的影响[J]. 临床医学工程,2020,27(11): 1563-1564.
- [5] 黄秀环. NRS2002 量表结合 ERAS-MDT 模式的护理对肝切除患者术后恢复影响[J]. 中国医药指南,2024,22(30): 52-55.
- [6] 汤燕,陈素兰. 标准化 ERAS-MDT 围手术期护理应用于肝切除患者的效果研究[J]. 实用临床护理学电子杂志,2021,6(6):61-63,90.
- [7] 许馨予,彭双,吴艾洁,等. ERAS-MDT 模式在输尿管软镜手术患者中的构建与应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021, 27(16): 1-4.
- [8] 陈惠珍,吴芙蓉,陈颖娇. ERAS 理念指导下的护理干预在老年单孔加一孔腹腔镜结肠癌根治术围手术期中的应用[J]. 福建医药杂志,2024,46(2):150-152.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS