

# 快速康复护理联合营养支持对老年食管癌患者术后恢复的效果分析

于虹艳

(西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710061)

**【摘要】**目的:探讨联合应用快速康复护理与营养支持对老年食管癌患者术后恢复的影响。方法:选择2022年7月-2023年8月的52例老年食管癌手术患者,随机分为对照组(26例)和研究组(26例),分别予以常规护理、快速康复和营养支持护理联合。比较两组术后恢复情况、营养指标、术后疼痛评分、不良反应发生率。结果:研究组首次排气、首次进食、首次下床活动及住院时间短于对照组( $P < 0.05$ );研究组术后血清白蛋白、前白蛋白及血红蛋白水平高于对照组( $P < 0.05$ );研究组术后疼痛评分、不良反应发生率低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:快速康复护理联合营养支持可显著改善老年食管癌患者的术后恢复效果,促进早期功能恢复,提高营养状况,缓解术后疼痛,减少不良反应。

**【关键词】**老年食管癌;快速康复护理;营养支持;术后恢复;营养指标

Analysis of the effect of rapid rehabilitation nursing combined with nutritional support on postoperative recovery in elderly patients with esophageal cancer

Yu Hongyan

The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an City, Shaanxi Province 710061

**[Abstract]** Objective: To investigate the effect of combining rapid rehabilitation nursing and nutritional support on postoperative recovery in elderly patients with esophageal cancer. Methods: 52 elderly patients with esophageal cancer surgery from July 2022 to August 2023 were selected and randomly divided into control group (26 cases) and study group (26 cases) for routine care, rapid rehabilitation and nutritional support care respectively. Compared the postoperative recovery, nutritional index, postoperative pain scores, and incidence of adverse effects. Results: The first discharge, first feeding, first ambulation and hospitalization in the study group were shorter than the control group ( $P < 0.05$ ); postoperative serum albumin, prealbumin and hemoglobin levels were higher than the control group ( $P < 0.05$ ); the postoperative pain score and incidence of adverse effects were lower than the control group ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Rapid rehabilitation care combined with nutritional support can significantly improve the postoperative recovery effect, promote early functional recovery, improve nutritional status, relieve postoperative pain, and reduce adverse reactions in elderly esophageal cancer patients.

**[Key words]** elderly esophageal cancer; rapid rehabilitation care; nutritional support; postoperative recovery; nutritional indicators

食管癌作为一种常见的恶性肿瘤,在全球范围内都呈现出较高的发病率,特别是在老年人群中更为显著,手术被认为是治疗该病的首选途径<sup>[1]</sup>。然而,尽管手术可切除病灶,但老年患者在术后恢复的过程中却经常遭遇诸多难题。其中,营养不良和恢复缓慢是老年食管癌患者术后最为常见的两个问题。由于手术创伤、长时间的禁食以及老年人本身消化功能减弱,患者很容易出现营养不良,这不仅影响了伤口的愈合,还可能导致各种术后并发症的发生<sup>[2]</sup>。同时,由于老年人的身体机能下降,他们的恢复速度通常比年轻人要慢得多,这也增加了术后护理的难度。正因如此,如何为老年食管癌患者提供更为有效的术后护理和营养支持,成为了医学界亟待解决的问题。快速康复护理强调通过一系列的优化措施,如早期下床活动、合理的疼痛控制、及时的营养补充

等,来减少手术应激,从而加速恢复进程<sup>[3]</sup>。本研究通过联合应用快速康复护理和营养支持,分析其对老年食管癌患者术后恢复的效果,以期临床护理实践提供有力依据。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选择2022年7月-2023年8月的52例老年食管癌手术患者,随机分为两组,各26例。纳入标准:确诊为食管癌;需接受手术治疗;年龄 $\geq 60$ 岁;患者自愿参与。排除标准:有其他恶性肿瘤或严重基础疾病者;术前存在严重营养不良者;术中出现严重并发症需中止研究者。对照组男女比为16/10;平均年龄、病程分别为( $68.53 \pm 4.27$ )岁、( $2.82 \pm$

1.13)年。研究组男女比为 17/9;平均年龄、病程分别为(67.94 ± 3.96)岁、(2.93 ± 1.25)年。两组基线资料比较, P > 0.05。

### 1.2 方法

对照组接受常规护理:术前一晚禁食禁饮 6 小时。术前指导患者进行深呼吸和咳嗽练习,术前 1 天清洁手术部位。术后常规监测生命体征,保持切口干燥清洁,预防感染。给予基本的疼痛管理措施,根据患者疼痛程度给予镇痛药物。术后第 1 天予以流质饮食,第 3 天过渡到半流质食物,术后 1 周恢复至正常饮食。术前术后与患者及其家属进行沟通,减轻患者的焦虑和紧张情绪。

研究组实施快速康复护理和营养支持。具体措施如下:

(1)快速康复护理:①术前:术前对患者进行详细的疾病和手术相关知识的教育,包括术前准备、手术过程、术后恢复等内容,增强患者对手术和术后康复的信心。通过问卷调查和生化检查评估患者的营养状况,制定个性化的术前营养干预方案。对于营养不良的患者,术前给予适当的营养补充。术前 3-5 天给予富含免疫营养的口服补充剂,如含有谷氨酰胺、 $\omega$ -3 脂肪酸等,以增强机体免疫力,减少术后并发症的发生。②术中:优化麻醉方案,采用短效麻醉药物,术中严格控制液体入量,减少术后恶心呕吐的发生率。术中使用加温毯和加温液体,维持患者体温在正常范围,防止术中低体温对患者术后恢复的不利影响。③术后:术后早期指导患者开展床上活动,如主动屈伸下肢等。术后第 1 天鼓励下床活动,活动量逐步增加。术后 6 小时内开始少量多次给予肠内营养,逐步增加进食量,避免肠道功能的过度抑制。结合患者术后疼痛情况,采用多模式镇痛方案,包括术后硬膜外镇痛、患者自控镇痛(PCA)及非甾体抗炎药物等,以减轻术后疼痛,提高患者舒适度。术后通过专业心理护理人员与患者进行交流,帮助患者调节情绪,增强康复信心。对于焦虑、抑郁等情绪严重的患者,必要时给予心理干预或药物治疗。(2)营养支持:根据术前营养评估结果,给予高蛋白、

富含维生素的饮食。术后 6 小时内开始少量多次的肠内营养,逐步增加进食量。对于不能经口摄食的患者,通过鼻胃管或胃造口管给予肠内营养。对于肠功能恢复不良或肠内营养不能满足需求的患者,给予肠外营养支持。具体营养支持方案如下:①肠内营养:选用易于消化吸收的营养制剂,如蛋白质水解物、短链脂肪酸等,每次给予 50-100ml,每 2 小时 1 次,逐步增加至每日 1000-1500ml。②肠外营养:对于不能耐受肠内营养或需额外营养支持的患者,给予肠外营养,包括葡萄糖、电解质、氨基酸和脂肪乳剂等,按照每日需求量配制营养液,通过中心静脉或外周静脉输注。

### 1.3 观察指标

(1)术后恢复情况:包括首次排气、首次进食、首次下床活动以及住院时间。(2)营养指标:检测术前及术后一周的血清白蛋白、前白蛋白及血红蛋白水平。(3)术后疼痛评分:采用 VAS 于术后第 1 天、第 3 天、第 7 天分别测量。(4)不良反应发生率:包括感染、出血、胃肠道功能紊乱等。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS25.0 软件进行数据分析,比较采用  $t/\chi^2$  检验。以 P < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 比较术后恢复情况

研究组各项术后恢复时间均短于对照组(P < 0.05),详见表 1。

### 2.2 比较营养指标

研究组术后血清白蛋白、前白蛋白及血红蛋白水平高于对照组(P < 0.05),详见表 2。

表 1 两组术后恢复情况对比(n,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	首次排气(h)	首次进食(h)	首次下床活动(h)	住院(天)
研究组	26	48.6 ± 8.5	72.4 ± 9.6	24.8 ± 5.7	9.8 ± 2.5
对照组	26	72.5 ± 10.3	96.3 ± 12.4	48.2 ± 6.9	14.6 ± 3.2
t		9.291	7.665	12.536	6.184
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2 两组营养指标对比(n,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	血清白蛋白(g/L)		前白蛋白(mg/L)		血红蛋白(g/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
研究组	26	36.98 ± 4.05	38.44 ± 3.81	252.32 ± 28.73	260.86 ± 30.27	121.21 ± 11.82	125.45 ± 12.46
对照组	26	36.57 ± 4.26	32.13 ± 3.62	250.45 ± 30.54	210.68 ± 25.89	120.43 ± 12.54	105.27 ± 10.68
t		0.336	6.125	0.237	6.546	0.229	6.221
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

### 2.3 术后疼痛评分

研究术后疼痛评分低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 详见表 3。

表 3 两组术后疼痛评分对比 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	术后 1 天	术后 3 天	术后 7 天
研究组	26	4.23 ± 1.16	3.57 ± 0.91	2.12 ± 0.75
对照组	26	6.54 ± 1.25	5.28 ± 1.09	3.83 ± 0.84
t		7.517	6.307	8.329
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05

### 2.4 比较不良反应发生率

研究不良反应发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 详见表 4。

表 4 两组不良反应发生率对比 (n, %)

组别	例数	感染	出血	胃肠道功能紊乱	总发生率
研究组	26	0	1	0	1 (3.85)
对照组	26	1	2	3	6 (23.08)
$\chi^2$					4.166
P					0.041

## 3 讨论

老年食管癌是一种高发于老年人群的消化系统恶性肿瘤, 其发病率随着人口老龄化的加剧而逐年增加。由于老年患者常伴有多种慢性疾病和全身状况下降, 手术治疗对其生理和心理的挑战较大。尽管目前食管癌手术的技术和设备水平不断提高, 但术后并发症、术后恢复缓慢、营养不良和疼痛管理等问题依然广泛存在, 严重影响了患者的生活质量和长期生存率<sup>[4]</sup>。因此, 十分有必要探索更加科学的护理方案, 以配合手术治疗。

传统的手术后护理主要侧重于控制感染、维持生命体征稳定和疼痛管理, 而快速康复护理则强调通过多学科协作、优化围手术期管理, 最大限度地减少术后并发症、促进早期康复, 从而缩短住院时间和降低医疗成本。与此同时, 营养

支持作为术后康复的重要组成部分, 能够有效改善患者的营养状况和免疫功能, 促使整体康复效果提升<sup>[5]</sup>。本研究中, 研究组术后首次排气、进食及下床活动时间明显缩短, 住院时间显著减少 ( $P < 0.05$ )。这说明快速康复护理结合营养支持能够有效促进老年食管癌患者术后早期康复。快速康复护理模式包括术前教育、术中优化麻醉管理、术后早期活动和营养支持等措施。术前教育增强了患者对手术和康复的理解和配合程度, 术后早期活动促进了肠道功能的迅速恢复, 而营养支持则有效提升了机体代谢和免疫功能, 从而加速了患者的康复进程。研究组术后营养指标优于对照组 ( $P < 0.05$ ), 表明合理的营养支持能有效改善患者的术后营养状况。个性化的营养支持措施涵盖了术前营养评估和营养干预、术后早期肠内营养和补充免疫营养素等措施。这些措施不仅补充了患者术后机体的营养需求, 还改善了营养缺乏对患者康复的不利影响, 进而有效维持或提高了患者的营养指标。研究组术后疼痛评分低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 显示快速康复护理在术后疼痛管理中的优势。这得益于术后早期的硬膜外镇痛、PCA 镇痛和非甾体抗炎药物联合应用的多模式镇痛策略。这些方法有效地减轻了患者的术后疼痛感受, 提高了患者的舒适度和满意度, 从而促进了术后康复的顺利进行。研究组不良反应发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 说明联合护理模式的安全性较高。快速康复护理结合营养支持的安全性保障, 主要源于其多学科协作、个性化护理方案的实施, 以及对术后感染和营养状态的精准管理。这些措施共同作用, 有效地减少了不良反应, 为患者的康复和生活质量提供了可靠的保障。

综上所述, 对老年食管癌患者联合应用快速康复护理与营养支持, 对其术后恢复具有显著的促进作用, 如缩短康复周期、改善营养状况、减轻术后疼痛和减少术后并发症发生率, 值得在临床实践中推广应用。

### 参考文献:

- [1]左燕雨, 李文明, 鲁茵茵.快速康复护理模式结合量化式目标锻炼对食管癌患者术后恢复、癌因性疲乏及生存质量的影响[J].齐鲁护理杂志, 2024, 30 (10): 150-152.
- [2]杨连爽.基于快速康复理念的肠内营养支持对食管癌患者术后营养状况的影响[J].河南医学研究, 2024, 33 (06): 1128-1131.
- [3]袁园, 朱敏, 吴传芹.基于医护一体化的 ERAS 模式在胸腹腔镜食管癌切除手术患者围术期中的应用[J].齐鲁护理杂志, 2024, 30 (02): 5-8.
- [4]甘俊任, 吴泽梧, 粟民, 等.食管癌术后早期空肠肠内营养与术后全静脉营养患者快速康复的对比研究[J].系统医学, 2023, 8 (21): 127-129+133.
- [5]刘曼, 邢益辉.加速康复外科理念在老年食管癌病人营养管理中的应用[J].实用老年医学, 2023, 37 (05): 483-486.