

胃肠道肿瘤术后患者早期下床活动的护理研究进展

张姝妍¹, 仇 颖^{2,3}

¹黑龙江中医药大学第一临床医学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨

³黑龙江中医药大学护理学院, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年12月14日; 录用日期: 2026年1月7日; 发布日期: 2026年1月16日

摘 要

胃肠道肿瘤术后的患者易出现肠粘连、肺部感染、下肢深静脉血栓等并发症, 严重的会导致患者不能正常生活, 直接影响患者的生活质量。文章主要以加速康复外科为理念, 归纳总结了国内外关于胃肠道肿瘤术后早期下床活动相关概念、研究进展、影响因素及依从性的相关干预方法, 并结合相关理论指导临床工作。

关键词

加速康复外科, 胃肠道肿瘤, 术后, 早期下床活动, 护理

Advances in Nursing Research on Early Ambulation in Patients after Gastrointestinal Tumor Surgery

Shuyan Zhang¹, Ying Qiu^{2,3}

¹First Clinical Medical College of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

³School of Nursing, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: December 14, 2025; accepted: January 7, 2026; published: January 16, 2026

Abstract

Patients who have undergone gastrointestinal tumor surgery are prone to complications such as

intestinal adhesion, pulmonary infection, and lower extremity deep vein thrombosis. Severe cases may impair patients' ability to perform normal daily activities and directly affect their quality of life. Guided by the concept of enhanced recovery after surgery (ERAS), this article summarizes the domestic and international research on early ambulation in patients post-gastrointestinal tumor surgery, including its related concepts, research progress, influencing factors, and adherence-related intervention methods. Additionally, it integrates relevant theories to provide guidance for clinical practice.

Keywords

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Gastrointestinal Tumor, After Surgery, Early Ambulation, Nursing Care

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

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



Open Access

1. 引言

随着饮食安全的问题层出不穷以及个体饮食不规律, 胃肠道疾病发生率显著提高, 临床以手术作为治疗这些疾病的常见方式, 近年来快速康复外科理念在临床护理领域获得广泛研究与应用, 对围手术期处理的临床路径产生优化作用。患者围手术期的各种应激反应得以缓解, 可见术后并发症的减少、住院时间的缩短以及康复进程的促进。术后早期下床活动作为快速康复理念的关键措施之一, 可促进胃肠道蠕动, 减少肺部并发症发生, 预防下肢深静脉血栓, 缩短患者术后恢复时间, 提高患者自我恢复能力[1][2]。但由于医疗资源分布不均, 医疗服务水平参差不齐以及患者及其家属对快速康复外科理念的认知缺乏, 限制了术后早期下床活动在胃肠道肿瘤术后临床的推广和应用。本研究综述胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动的概念、研究现状、影响因素和依从性干预措施, 为临床护理工作提供较为全面有效的护理措施参考。

2. 术后患者早期下床活动的概念

术后早期下床活动(Early Ambulation After Surgery)是加速康复外科(ERAS)的重要组成部分, 是指在生命体征稳定、无禁忌症时, 术后 24 小时内应尽可能开展离床活动行为学实践, 站立与行走等动作模式可被优先考虑。患者群体的胃肠蠕动功能状态获得明显改善提升, 肺部并发症的发病率方面出现下降态势。下肢静脉血栓的形成过程得到有效抑制处理, 恢复时间的缩短现象在术后阶段得以观察。自我恢复能力在患者个体中也有所提升。肿瘤类型与手术方式的差异性存在于当前临床实践中, 早期下床活动的时间要素与内容规范尚未达成共识[1]。半卧位姿势或适量床上运动可在术后清醒阶段立即实施, 传统 6 小时去枕平卧要求已被证实非必要。临床研究的最新进展表明, 术后首日即启动下床活动具有可行性。活动目标的逐日设定与增量调整构成该方案的核心要素[3]。但是, 大部分患者由于术后伤口疼痛, 直立位不耐受以及旧思想观念等多方面因素影响, 认为术后应卧床休息, 因此患者术后早期对下床活动的依从性不足, 导致下床活动时间延长和不能完成规划的活动量。以至于不能达到术后早期下床活动的预期效果。

3. 胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动的研究现状

一项于 2021 年开展的有关消化道恶性肿瘤患者术后早期离床活动状况调查结果显示[4], 选取择期

手术病例 329 例进行分析, 在术后 24 h 内可离床活动的人数有 182 人(占 55.32%), 术后第 1~2 d 离床活动总时间大于 1 h 的人数为 128 人(占 38.91%), 因此消化道肿瘤患者术后早期离床活动不足, 需要临床护理人员依据实际情况为这一人群制定合理的术后离床活动方案, 提高其术后离床活动的依从性, 有利于后期康复。在 2023 年罗晨等对接受腹腔镜结直肠癌根治术的患者实行快速康复外科后发现, 术后早起下床活动能提高患者的康复水平。通过此法能使临床治疗中开展此类措施的有效率得到进一步改善与提高[5]。2020 年党鹏远[2]完成了快速康复外科在腹腔镜胃癌根治术的应用效果及安全性的研究工作, 通过观察、总结得出: 将 ERAS 理念用于腹腔镜胃癌根治术中, 术后胃肠功能恢复情况较好; 住院天数较少; 住院费用较低。炎症应激反应减弱、疼痛评分降低, 可见术后的患者短期的生活质量改善是有统计学意义的。这种治疗方案的有效性和安全性得到了证实, 并可以被推荐用于临床实践当中。2020 年顾虹等人的研究[6], 关注点是消化道肿瘤术后患者术后早期下床活动的问题。活动的内容是一致的, 然而差异性体现在手术方式与手术部位两个方面。不同手术类型的患者术后下床活动的频次、强度和距离等方面存在一定的差异性。因此, 在针对不同的手术类型, 不同的特殊人群时, 制订具体的活动方案是有必要的。对于实际操作过程而言, 科学地细化其方法和数量以及时间等指标, 这是非常必要的。但是对于目前胃肠道肿瘤术后患者早期下床活动尚无统一的执行标准和实施流程。目前各项胃肠道肿瘤术后患者首次下床活动的距离、时间、方式和形式等方面均有所差别。以往关于胃肠道肿瘤术后患者早期下床活动方面的相关研究主要从距离、时间、方式和形式上对此进行分析探讨, 但大多是对整体的研究结果, 并未构建出对化的论述。同时这也说明了在相关的临床护理当中针对此康复过程还存在较多的重要问题尚未得到充分研究, 这也在一定程度上反映出了其存在着较为严重的理论与实践上的空白。

4. 胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动的影响因素

4.1. 手术相关因素

4.1.1. 手术方式

外科手术作为治疗胃肠道肿瘤的有效及常用方式, 通过完全切除肿瘤及周围淋巴结以达到治疗的目的。手术时间是术后早期下床活动的重要影响因素。手术时间 < 3 h 的患者增加了其早期下床活动的概率($OR = 2.246, P = 0.032$) [7]。研究数据表明, 暴露于空气环境中呈现完全状态的胃肠道常见于外科手术过程性操作。医师执行的部分技术性动作, 可使空气进入患者消化道系统内部, 胃肠功能性失调由此产生。肛门排气功能受阻现象被观察到, 临床表现为腹胀度上升、呕吐反应显现等不良症状群。术中操作与患者术后胃肠功能恢复程度密切相关[8]。术后患者清醒状态下, 依从性降低现象在下床活动配合中明显显现。手术创伤对机体损害的程度不同, 术后发生应激反应的可能性较大, 康复进程受其影响也较大[9]。所以, 在实际工作过程中要认真做好具体患者具体分析、及时采取相应的措施、指导患者术后开展下床活动等康复举措, 尽可能提高患者配合度, 有助于促进患者术后康复。

4.1.2. 麻醉方式和麻醉时间

研究表明麻醉方式、麻醉时间是影响患者术后早期下床活动的独立影响因素($P < 0.05$) [10]。对于病情复杂、麻醉时间较长的患者, 在术中使用麻醉药物时可采取多模式镇痛, 使患者术后尽快苏醒, 不遗留麻醉药物残留作用, 并发症少, 利于患者早期下床活动[5]。

4.2. 患者相关因素

4.2.1. 年龄

胃肠道肿瘤术后患者中, 年龄是影响较为突出的因素, 在病案报告中可以体现, 而 70 岁以上的老年

人中, 早期下床活动实施率明显下降[5]; 分析原因可能是随着患者年龄增长, 身体功能减退, 各器官系统出现衰退、退行性变化, 身体的储备能力不断下降, 所以患者感觉更累, 不愿意下床活动[11]。另外, 长期形成的术后卧床休息的老年观念在很大程度上影响了老年患者的早期下床活动。由于老年患者更害怕摔伤, 所以会更加不敢下床活动, 这样错过了身体最好的恢复期[12]。

4.2.2. 性别

就男性患者和女性患者的早期下床活动频次以及质量上来看, 男性要优于女性, 而且男女患者之间存在着较为明显的差异性。由于二者在不同方面的差异, 也就形成了康复锻炼过程中不同模式, 在运动功能方面男性比女性要好很多[4] [13]。其主要原因是男性的肌肉组织要比女性组织发达, 力量较强, 这也就体现了步态的稳定性和术后身体机能恢复速度较快的情况; 相反则表现为女性术后身体状态较为脆弱, 对于家庭成员的依赖性表现得更为强烈。当出现创伤事件的时候, 也会更加容易表现出消极的情绪[4] [14]。另外就其早期下床活动意愿度也达不到较高的水平, 这也在一定程度上表现出两者之间的差异性。与此同时, 与男性患者相比较而言, 女性患者对于自我形象的维护表现得更好, 在进行术后就医的治疗期间更多关注于自身形象等, 此外对外形相关的疾病造口术式以及长期使用的造口袋都是属于负面的表现, 接受度都会呈现下降趋势, 甚至会进一步产生负面的效果, 此时对于心理健康的极大影响极易会导致抑郁问题的发生[15], 降低了早期下床活动的依从性。

4.2.3. 疼痛

术后患者是否能下床活动受术后疼痛的感受影响很大, 运动恐惧在运动行为中与疼痛程度呈正相关, 疼痛耐受度越高, 越不容易出现运动恐惧[16]。王君等研究发现, 胃癌术后患者患恐动症的比例占总人数的 54.63%, 术后恐动症评分为 (37.89 ± 6.72) 分。胃癌手术后伤口部位常常疼痛难忍, 胃癌患者因疼痛对自身的体力活动过度畏惧, 下意识地回避下地活动并尽量降低活动量。手术是患者的应激事件, 手术造成的身体创伤本身也给患者带来了新的疼痛和新的伤痛, 因而更易产生负面情绪, 对运动也更为惧怕而会避免运动及拒绝活动[17]。动态了解患者疼痛情况需要临床医师、护士以及患者的密切配合, 对不同的手术方式、手术部位等采取不同的措施。合理地使用有效的镇痛方法让患者能够接纳自身的疼痛, 并主动参与康复锻炼, 才能减少术后并发症的发生, 促进患者机体恢复[18]。

4.2.4. 直立不耐受

术后患者的直立不耐受普遍存在, 并且在术后的恢复初期阶段尤为严重, 头晕伴随虚汗, 容易在早期活动时出现。现有的案例中显示, 在患者当中有接近 60% 的人群曾经报告过有上述不适情况的发生[19]。在临床实际工作中, 对于直立不耐受的主要处理方式有: 静脉补液治疗、下肢部位加压包扎及两腿交叉屈膝等方法, 目的是增加有效的循环血量; 然而这些方法并未从根本上解决这一问题, 手术后直立不耐受的症状的发生与多系统的病理生理学的共同影响有关。目前医学文献库内暂无有效循证医学证据明确支持的方法[20]。

4.2.5. 留置导管数量

留置导管数目是影响胃肠道手术后早期下床活动能力的独立因素。术后早期下床活动越好的患者体内留置导管数目越少, 而且留置导管数越少患者的活动能力改善越明显[4]。临床加强导管管理有利于术后早期下床, 超过 4 根导管留存体内的患者中只有少量能参与到术后早期下床活动中[6], 采用熊方丽等多变量统计分析得出, 手术后 48 小时内尿管持续存在也是术后下床活动的影响因素之一, 这也是决定是否行间歇性夹管的原因所在[21]。这种影响可能是由于在术后夹管期患者担心管道脱出和活动后引流管牵拉痛所致[4]。因此间歇性夹管也会相应地增加患者的下床困难, 并使其下床活动主动性降低。

4.2.6. 心理特征

患者在术后治疗期间均有不同程度的疲乏及抑郁情况，且研究结果表明患者的情感疲乏最重，可能是由于其对疾病的预后感到担心。由于对化疗的毒副反应的恐慌，难以承受生活中角色的变化等原因所致，因此在这部分人群中也有较多的人存在抑郁症状，所以注意和发现患者的抑郁症状非常必要[22]。手术对患者造成的身心压力会引起情绪方面的消极反应，比如抵触心理，不愿配合，拒绝下地等活动，以及容易出现焦虑情绪[17]。黄菲等人的研究，将外科手术患者随机分为两组(每组 40 人)，分别采取心理护理和一般护理，用随机数字表进行分组。对比两组护理效果。护理后，研究组的焦虑自评和抑郁自评得分、疼痛评分、并发症发生率均明显低于对照组($P<0.05$)。说明此联合护理方式比单一体系更为有效。由此可见，在临床实践过程中，心理因素对于患者康复进程具有不可忽视的影响[23]。

4.3. 护理相关因素

4.3.1. 缺乏早期活动知识

医护人员群体中，对于胃肠道肿瘤术后早期下床活动重要性的认知存在不足，培训工作未能有效开展，与康复科室的协作机制同样不够完善。护理人员在协助患者进行早期活动时，健康损害现象时有发生。由此可见，上述因素共同构成了患者早期活动实施效果不佳的制约性条件[6]。护士的健康宣教缺乏同质化以及医护人员的专业水平参差不齐，导致患者所接收到的信息存在偏差[24]。护理人员对于早期下床活动相关知识的掌握程度需要得到提升，这一点已被多项临床观察所证实。使其认识到早期下床活动对患者快速康复的重要性和关键性，可以使患者术后早期下床活动的依从性获得显著改善[25]。

4.3.2. 护理人员不足

护理人员数量存在明显不足，工作负荷大且节奏快现象突出。由此产生压力与负担加重等问题，患者术后早期活动执行效果直接受到影响[6]。完全满足患者需求目标难以达成，早期下床活动实施过程所需时间呈现延长化趋势。日常护理操作完成之后，护士参与患者术后早期下床活动的精力与时间显著缺乏状况普遍存在。容易出现健康教育执行不当、对患者康复效果不能发挥积极作用的情况[26] [27]。

综合讨论与分析见表 1。

Table 1. Key study characteristics comparison
表 1. 关键研究特征对比

影响因素	具体因素	主要研究设计	关键发现	一致性/差异性要点
手术相关因素	手术时间	回顾性队列研究	手术时间 $<3\text{ h}$ 是早期下床的促进因素。	研究普遍支持手术创伤越小，越利于早期活动，但具体时间阈值(如 3 h)需更多研究验证。
	麻醉方式与时间	横断面研究	是独立影响因素($P<0.05$)。多模式镇痛利于早期活动。	证据一致性高，强调优化麻醉管理(如多模式镇痛)以减少残留效应，促进苏醒与活动。
患者相关因素	年龄(≥ 70 岁)	观察性研究	活动实施率显著下降。与功能衰退、传统观念、恐跌心理有关。	结论高度一致：高龄是主要阻碍因素，需针对性干预其生理与心理顾虑。
	性别	横断面研究	男性活动频次与质量优于女性。与肌肉力量、心理依赖、自我形象关注(如造口)有关。	证据表明存在性别差异，但深层的社会心理与文化因素(如角色期待)研究尚不充分。
	疼痛与恐动症	横断面研究	疼痛程度与恐动症正相关。胃癌术后恐动症发生率可达 54.63% 。疼痛管理是关键。	研究结果强一致：疼痛是核心障碍，恐动症作为中介变量被广泛证实，凸显疼痛评估与管理的重要性。

续表

护理相关因素	直立不耐受	描述性研究	头晕、虚汗等症状常见。缺乏特效治疗方法, 病理生理机制复杂。	现象描述一致, 但针对性的干预性研究匮乏, 是临床实践中的难点与未来研究重点。
	留置导尿管	回顾性分析	导管数量是独立负向因素(>4 根时活动参与率低)。尿管持续存在有影响。	结论一致: 导管越多, 活动障碍越大。强调了最少化留置与早期拔除的临床原则。
	心理特征	随机对照试验	抑郁、焦虑情绪普遍存在。心理护理可显著降低负性情绪评分与疼痛(P < 0.05)。	观察性研究与 RCT 证据共同支持心理因素是重要干预靶点。心理干预的有效性得到初步验证。
	医护人员知识缺乏	定向访谈	认知不足、培训缺乏、健康宣教同质化差, 制约活动开展。	多篇质性 & 调查性研究结论一致, 指向系统培训与规范化宣教的紧迫性。
	护理人力不足	质性研究	工作负荷大, 导致健康教育及活动指导时间与精力不足。	证据一致表明, 人力资源配置是影响措施落实的系统性瓶颈。

研究结果的一致性: 在患者因素中, 关于高龄、疼痛、留置导管数量的影响, 不同研究的设计虽有所不同, 但结论高度一致, 属于核心确认因素。手术因素中的麻醉管理、护理因素中的知识与人力局限也得到了广泛共识。这些领域是临床干预的主要着力点。

研究结果的差异性: 对于性别差异、直立不耐受等因素, 现有研究多为现象描述或相关性分析, 缺乏对其背后复杂生理-心理-社会机制的前瞻性、机制性探讨。例如, 性别差异除生理基础外, 社会角色、家庭支持差异的影响尚未被充分剖析。直立不耐受则需要从病理生理入手, 探索有效的预防和处理方案。

5. 提高胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动依从性的干预措施

5.1. 患者相关层面

5.1.1. 优化镇痛方案

目前最常用和最理想的镇痛方法是患者自控镇痛, 即由医护人员预先设置给药方案, 再将 PCA 泵交由患者进行“疼痛自我管理”[28][29]。术后第 1 天患者活动水平的主要影响因素为活动性疼痛。镇痛模式的有效性对于术后早期下床活动的实现具有决定性作用。由此可见, 临床实践中需要重点考虑疼痛控制方案。实例表明, 良好的镇痛效果能够显著提升患者的运动能力[12]。因此, 护理人员应加强对术后患者的疼痛评估, 根据患者的手术方式, 手术部位和个体差异, 选择适合的疼痛评估工具, 应用先进的多模式疼痛管理, 通过实施优化的疼痛管理方案, 给予患者有效镇痛, 促使患者积极主动地进行早期下床活动。

5.1.2. 应用设备监测活动

目前关于术后早期下床活动的监测方法包括自我报告, 监测活动水平量表, 检测活动耐力为目的的客观评估方法和检测实施活动量的活动追踪器等。在互联网技术快速进步的背景下, 智能手环等可穿戴设备的发展呈现迅猛态势[30]。已有研究证实[31], 智能手环具有较好的准确性, 术后相关结局的反映程度能够被有效体现。在患者下床活动的监测工作中, 相较于其他方法, 智能手环的佩戴所带来依从性更高。实例表明, 术后早期下床情况的观察通过智能设备得以更加准确和高效地实现。由此可见, 患者早期下床活动的依从性与满意度可由此类监测方式获得提升。

5.1.3. 加强健康宣教

由于部分患者术后身体的各种不适以及对于疾病认知水平较低等多种原因, 不能积极配合干预, 导致不能及时早期下床活动, 影响疾病康复。医护人员应当重视此类宣传教育工作, 实例表明其能有效促

进康复进程。患者依从性的提升与此项教育密切相关, 包括早期下床活动的原因、早期下床活动的重要性、如何进行有效活动以及根据患者的具体情况规划不同的活动时间, 活动强度, 随着身体的变化及时调整。同时也要重点注意活动安全, 防止意外摔倒等。有助于减轻患者的担忧, 促进术后的恢复, 提高患者配合的依从性。在健康宣教工作的开展中, 除了患者群体之外, 家属认知水平的提升同样值得重视。贯穿于整个治疗过程的健康教育[32]。将健康教育覆盖至患者及其家属两个层面, 对于医疗工作的顺利推进具有不可忽视的意义。

5.2. 护理相关层面

5.2.1. 加强护理人员知识培训

护理干预贯穿整个治疗过程, 护理人员在引导患者术后早期下床活动中起到非常重要的作用, 术后早期下床活动的实施效果, 受制于认知水平的高低。护理人员相关知识培训工作的开展, 具有不可或缺性, 实例表明其重要性已被广泛认知。更快速、更高效且更舒适的护理目标, 通过此种方式得以实现。针对性培训计划的制定与执行, 使得护理人员整体认知水平获得提升, 临床护理质量亦随之改善。由此可见, 专业培训的必要性在医疗实践中得到充分印证。管理层应制定一套系统、完整的培训方案和考核方案。可将对患者早期下床活动的评估与实施纳入责任护士的日常工作内容 and 考核, 从而推进术后早期活动的开展。

5.2.2. 多学科团队协作

在临床上, 护理人员是患者早期离床活动的引导干预措施评估及实施的主要人群。但是在实际工作中常常会出现护理工作负担过重、人力资源匮乏等情况, 再加上对护理专业的认识局限以及相关方面的知识储备有限等问题, 导致很难做到真正意义上对患者的个性化需求进行具体细化的指导。所以, 将护理团队、临床医生团队、康复治疗师、营养学专家以及心理咨询师等多种力量相互结合在一起, 发挥他们的作用十分重要。有资料显示: 建立以患者需求为核心的全程的、具有较大个体差异性的照护方案体系有助于使各个团队承担自己的职责, 超越以往传统护理工作模式中的单一性, 通过力量多科化的建设能够为患者提供更加优质的各项护理服务, 与此同时, 还可以确保各个团队全力工作, 从各个方面发挥自身的长处, 并集中精力地完成各项任务。此外, 此种全方位、人性化服务方式对提高患者护理服务的依从性和满意度起到了非常重要的促进作用, 这也使患者的康复效果和满意度都得到了保证[33]。

综合讨论与展望见表 2。

Table 2. Comparison of intervention measures study
表 2. 干预措施研究对比

干预层面	具体措施	研究设计	关键结局指标	效果与局限性
患者相关 干预	优化镇痛方案(如患者自控镇痛 PCA、多模式镇痛)	临床观察	疼痛评分、患者活动水平、镇痛满意度。	效果: 广泛认可为基石性措施, 能有效缓解疼痛、减少恐惧症, 间接促进活动。局限: 多数研究未直接比较不同镇痛方案对“早期下床活动时长/频率”这一硬终点的影响。
	应用设备监测(如智能手环)	观察性研究	活动量监测准确性、患者佩戴依从性、对活动行为的反馈效果。	效果: 在提高监测客观性、患者参与感和依从性方面显示潜力。局限: 多为技术准确性验证或可行性研究, 尚缺乏大规模 RCT 证明其能独立、显著提升术后早期活动量和临床结局。
	加强健康宣教(针对患者及家属)	实践总结	知识知晓率、活动依从性、患者满意度、意外事件发生率。	效果: 被认为是基础且必要的干预, 能改善认知、减轻恐惧、提高配合度。局限: 宣教内容、形式、强度、频次缺乏标准化方案, 效果评估多为主观指标, 异质性大。

续表

护理相关 干预	加强护理人员知识 培训与考核	质性研究	护士知识掌握度、 临床执行率、患者 活动实施质量。	效果：直接针对“知识缺乏”这一障碍，是措施 落地的保障。局限：培训内容与效果评价体系需 进一步规范、科学化。
	建立多学科团队协 作模式	描述性研 究	团队协作效率、个 性化方案制定率、 患者康复指标、综 合满意度。	效果：理论优势明显，能整合资源，全面应对疼 痛、营养、心理、康复等多种问题，是突破单一 护理局限的系统方案。局限：现有文献多描述模 式构建与理论优势，其相较于常规护理在显著提 高早期下床活动率方面的具体效能，仍需设计严 谨的比较性研究加以证实。

现有干预措施均能对应到前文分析的影响因素，体现了临床实践的针对性，如镇痛对应疼痛、宣教对应知识缺乏、多学科团队对应复杂需求。如表 2 所示，多数支持性证据来源于观察性研究、经验总结或小样本试验，证据等级普遍有待提高。未来研究需向随机对照试验(RCT)和类实验研究设计发展，直接验证各项措施对“术后首次下床时间”“每日累计下床活动时间”“达标率”等客观核心结局的影响。

6. 小结

综上所述，本篇总结了胃肠道肿瘤术后早期下床活动的概念、研究现状、相关的影响因素以及早期下床活动的依从性干预措施等内容，并提出术后早期下床活动的干预措施是加速康复外科理念中的重要一环，其重要性已被广大临床工作者所认可，在临床上也经得起实践检验，但现有关于术后早期下床活动相关的文章没有给临床工作人员提供关于术后早期下床活动的监测评估标准及具体实施的标准，因此由于没有依据来要求执行，所以在胃肠道肿瘤术后患者的临床照护工作中，医护人员间对于如何进行监测评估、何时开始下床活动以及活动力度等都存在明显的差异。这种差异造成了临床护理工作的实践效果是散在非均质化的，因此也就难以达到人们的理想预期目标，从而影响到了患者的术后康复进展以及患者主观满意程度，这也正是现如今研究者们越来越关注完善早期下床活动评估工具的原因。制定出一套可执行且有针对性的操作流程可以有效预防不良事件的发生，这样患者的安全性就会得到保障，而护理措施的依从性也会得到有效提升。所以，术后的活动中怎样进行监测，怎样来进行科学评估，怎样针对患者的实际情况，以及根据术后的病情来定制符合自身情况的活动方案，这些都是未来值得深入研究的方向。

参考文献

[1] 温利华, 柏杨. 腹部肿瘤患者术后早期下床活动的研究进展[C]//上海市护理学会. 第六届上海国际护理大会论文汇编(下). 江苏省苏州市第九人民医院, 2024: 414.

[2] 党鹏远. 快速康复外科在腹腔镜胃癌根治术中的应用效果及安全性分析[D]: [硕士学位论文]. 开封: 河南大学, 2020.

[3] 中国加速康复外科临床实践指南(2021)(一) [J]. 协和医学杂志, 2021, 12(5): 624-631.

[4] 吴茜, 汪夏云, 顾一帆, 等. 胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2021, 36(15): 27-29.

[5] 罗晨, 沈玲, 王传伟, 等. 腹腔镜结直肠癌根治术后患者早期下床活动现状及影响因素[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2023, 43(9): 1201-1210.

[6] 顾虹, 蒋春霞, 陆燕, 等. 消化道肿瘤术后患者早期下床活动的现状研究进展[J]. 当代护士(中旬刊), 2020, 27(1): 1-3.

[7] 贺育华, 杨婕, 蒋理立. 加速康复外科模式下结直肠癌患者术后早期下床活动现状及影响因素分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2021, 28(12): 1599-1603.

- [8] 许文红, 翁金凤, 蔡万红. 手术室护理对胃肠道手术患者手术切口愈合效果及术后并发症的影响观察[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(29): 63-65.
- [9] 庞小翼. 多模式镇痛技术的探索及其推广应用[Z]. 四川绵阳四〇四医院, 2023-09-06.
- [10] 刘绍梅, 陈红, 易荷花. 结直肠手术病人术后早期下床活动预测模型构建与验证[J]. 全科护理, 2025, 23(12): 2232-2235.
- [11] 曾梦婷, 何虹, 查荣苹, 等. 结直肠癌患者化疗间歇期静态行为现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2023, 38(15): 44-47.
- [12] 沈波, 王建荣, 程艳爽. 上腹部术后患者早期活动现状及影响因素分析[J]. 解放军医学院学报, 2021, 42(10): 1053-1057.
- [13] 黄紫岚, 黄小恬. 胃肠道肿瘤术后患者早期下床活动影响因素的系统评价[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2024, 16(3): 374-380.
- [14] 王小平, 何芳, 祝凡, 等. 膀胱癌术后患者恐惧疾病进展现状及影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(2): 52-55.
- [15] 赵青, 姚翠, 王大元. 临床护理路径模式对直肠癌永久性肠造口患者抑郁和焦虑情绪的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(8): 1098-1101.
- [16] 车程, 黄卫东, 党雪. 老年慢性疼痛患者恐动症研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(22): 5662-5667.
- [17] 王君, 林松斌. 胃癌患者术后运动恐惧症的现状及影响因素研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2023, 44(24): 2379-2384.
- [18] 沈志强, 王倩. 术中持续静脉输注利多卡因对腹腔镜结直肠手术患者术后镇痛效果及肠功能恢复的影响[J]. 中国肛肠病杂志, 2022, 42(8): 26-28.
- [19] Eriksen, J.R., Munk-Madsen, P., Kehlet, H. and Gögenur, I. (2018) Orthostatic Intolerance in Enhanced Recovery Laparoscopic Colorectal Resection. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, **63**, 171-177. <https://doi.org/10.1111/aas.13238>
- [20] 阎学梅, 何苗, 王秀丽. 术后病人直立不耐受现状及影响因素的研究进展[J]. 循证护理, 2022, 8(24): 3336-3338.
- [21] 熊方丽, 贺育华, 蒋晓莲. 加速康复外科模式下胃癌患者术后早期下床活动现状及影响因素分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2022, 29(12): 1618-1622.
- [22] 杨凯涵, 张帅, 刘颖, 等. 癌症患者术后辅助治疗期疲乏、抑郁影响因素及相关性分析[J]. 卫生职业教育, 2025, 43(11): 112-115.
- [23] 黄菲, 吴晨曦. 心理护理干预对腹部手术患者的护理效果[J]. 西藏医药, 2024, 45(6): 120-121.
- [24] 李苗苗, 王猛, 于清舒, 等. 主动健康视角下胃肠道肿瘤围术期患者用药需求的质性研究[J]. 当代护士(中旬刊), 2025, 32(8): 132-135.
- [25] 高汝琪, 甘秀妮, 杨睿琦, 等. ICU 护士实施患者早期活动能力培训方案的构建研究[J]. 中华急危重症护理杂志, 2022, 3(5): 407-413.
- [26] 唐曼, 龚爱萍, 周红, 等. 前列腺癌根治术后患者早期下床活动的研究进展[J]. 当代护士(中旬刊), 2024, 31(6): 11-15.
- [27] 周晓琴, 李媛媛, 赵耿宇同, 等. 基于 ERAS 的宣教——质控体系在胃癌术后患者中的实践探讨[J]. 卫生职业教育, 2025, 43(11): 157-160.
- [28] 王昆, 邵月娟, 金毅, 等. 患者自控镇痛治疗癌痛专家共识[J]. 中国肿瘤临床, 2023, 50(15): 757-763.
- [29] 张圣洁, 赵琳, 崔秋菊, 等. 成人术后患者自控镇痛随访专家共识(2025) [J]. 协和医学杂志, 2025, 16(4): 899-907.
- [30] 李智, 周黎黎, 龚姝. 智能手环在患者术后早期下床活动监测中应用的研究进展[J]. 中国护理管理, 2020, 20(11): 1700-1703.
- [31] Daskivich, T.J., Houman, J., Lopez, M., Luu, M., Fleshner, P., Zaghiyan, K., *et al.* (2019) Association of Wearable Activity Monitors with Assessment of Daily Ambulation and Length of Stay among Patients Undergoing Major Surgery. *JAMA Network Open*, **2**, e187673. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.7673>
- [32] 刘美辰, 柏晏杰, 彭芳, 等. 肝癌病人术后早期下床活动护理研究进展[J]. 全科护理, 2023, 21(9): 1196-1200.
- [33] 胡昌连. 多学科团队协作模式下的全程优质护理对脑梗死恢复期偏瘫患者康复效果的影响[J]. 当代医药论丛, 2025, 23(16): 162-165.