

# 腹腔镜结直肠癌根治术中手术室护理配合效果评价

李艳鹤 王嘉玥 许可 刘杨杨

中日友好医院 北京 100029

**【摘要】**目的：分析腹腔镜结直肠癌根治术患者的临床工作中应用手术室护理配合的效果。方法：聚焦于 2024.1-2025.5 期间入院就诊的结直肠癌患者展开分析，共计 70 例，以电脑序列随机法分配组别，即参照组、实验组，前者 35 例患者实施常规手术室护理，后者 35 例患者施以手术室护理配合，随后分析围术期指标、体征指标、心理状态、并发症。结果：实验组手术时长（ $3.22 \pm 0.53$ ）h、肠鸣音恢复时间（ $16.57 \pm 3.27$ ）h、首次下床时间（ $26.34 \pm 4.16$ ）h、住院时间（ $8.76 \pm 1.68$ ）d 均较参照组同项更短  $P < 0.05$ 。护理前，组间生命体征值无差异  $P > 0.05$ ；护理后以实验组收缩压（ $99.36 \pm 4.13$ ）mmHg、舒张压（ $71.49 \pm 3.23$ ）mmHg、心率（ $70.58 \pm 3.03$ ）次/min 较参照组同项有更佳值  $P < 0.05$ 。护理前，组间心理状态值呈相似性  $P > 0.05$ ；护理后以实验组焦虑（ $32.47 \pm 3.11$ ）分、抑郁（ $32.14 \pm 3.17$ ）分较参照组同项呈更低水平  $P < 0.05$ 。并发症发生率计算以实验组 2.86% 相较参照组 17.14% 呈更低水平  $P < 0.05$ 。结论：腹腔镜结直肠癌根治术中应用手术室护理配合效果良好，在稳定患者生命体征的同时，可优化临床指标，以促进术后恢复质量提升。

**【关键词】**腹腔镜结直肠癌根治术；手术室护理配合；生命体征；心理状态

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.046

随着微创技术的快速发展，腹腔镜手术已成为结直肠癌根治术的重要术式，其创伤小、恢复快的优势显著，但手术的成功不仅依赖外科医生的技术，更需手术室护理团队的高效配合<sup>[1]</sup>。基于此，本文通过选取 70 例腹腔镜结直肠癌根治术患者为样本，来探讨手术室护理配合的实施效果及临床价值，从而为优化围术期护理实践提供理论依据。

## 1 研究背景及方法

### 1.1 背景信息

聚焦于 2024.1-2025.5 期间入院就诊的结直肠癌患者展开分析，共计 70 例，以电脑序列随机法分配组别，即参照组、实验组，各有患者 35 例。

组别数据：参照组中，男性数量为 19 例，占百分比计算为 54.29%（19/35），女性数量为 16 例，占百分比计算为 45.71%（16/35）；年龄中最大、最小分别为 75 岁、40 岁，均值（ $57.63 \pm 2.16$ ）岁；病程时间为 2-11 个月，均值（ $6.51 \pm 0.36$ ）月。实验组中，男性数量为 20 例，占百分比计算为 57.14%（20/35），女性数量为 15 例，占百分比计算为 42.86%（15/35）；年龄中最大、最小分别为 74 岁、41 岁，均值（ $57.51 \pm 2.21$ ）岁；病程时间为 2-10 个月，均值（ $6.03 \pm 0.24$ ）月。组间经比对基础信息后，其结果呈  $P > 0.05$ ，可研究。

纳入标准：（1）与结直肠癌的临床诊断标准相符合；（2）患者病情完全符合腹腔镜结直肠癌根治术的适应证范围；（3）完整保留治疗全过程医疗档案；（4）患者、家属在了解研究相关内容的前提下，自愿参与。

排除标准：（1）伴随心脏、肺部等脏器严重器质性病变者；（2）存在血液凝固功能异常；（3）出现认知、精神障碍。

### 1.2 方法

参照组：常规手术室护理，包括术前系统性健康教育指导、术中生命体征监测、心电监护设备使用以及术后持续氧气吸入干预等。

实验组：手术室护理配合，包括：

（1）术前准备。全面核查患者病理诊断与影像学资料；准备高清腹腔镜系统并测试能量平台功能状态，确保超声刀、双极电凝等器械处于备用状态；结合手术方案配置专用体位垫与加温设备，预防术中低体温；建立静脉通路时优先选择上肢大血管，避开腹腔操作可能影响的区域。

（2）术中配合。①体位管理。结合手术需求精确调整患者体位，采用改良截石位或头低足高位，确保手术视野充分暴露，同时注意体位垫的合理放置，重点保护骨突部位，避免神经压迫和皮肤损伤。②设备调控。熟练操作腹腔镜系统，调节二氧化碳气腹压力至 12-14mmHg 范围，维持稳定的腹腔内操作环境。③建立高效的器械传递动线，同时保持器械清洁度，及时清除超声刀头端的组织焦痂。

（3）术后监测。持续监测心率、血压、血氧等参数变化，重点关注气腹相关的二氧化碳蓄积症状。此外，术后协助患者早期活动，指导其掌握有效咳嗽方法，并评估肠鸣音恢复情况，观察腹部体征变化。

### 1.3 观察指标

（1）围术期指标：统计围术期相关指标状况，包括：手术时长、肠鸣音恢复时间、首次下床时间、住院时间，时间值越短，意味着护理实施效果更为显著。

（2）体征指标：采用多参数生命监护仪对围术期患者实施动态监测，重点采集收缩压、舒张压、心率数据。

(3) 心理状态：护理前后引入焦虑自评量表、抑郁自评量表全面评估患者的心理状态，量表分别包含条目 20 个，采用 Likert 4 级评分法，总分范围在 0-80 分之间，分值越高，说明患者的焦虑或抑郁症状更为严重，意味其心理状态更差。

(4) 并发症：术后密切关注患者机体变化状况，重点统计其出现感染、肠梗阻、吻合口瘘、低体温等并发症状况，并计算总发生率。

### 1.4 统计学分析

研究涉及指标数据均纳入 SPSS27.0 展开详尽分析，计量参数： $(\bar{x} \pm s)$  表述、t 检验，计数参数： $(n/%)$  表述、卡方检验，组间差异判定可参考  $P < 0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 围术期指标

表 1 所示：围术期相关指标统计以实验组各项时间值更短  $P < 0.05$ 。

表 1 比对围术期时间指标 ( $n=35, \bar{x} \pm s$ )

组别	参照组	实验组	T	P
手术时长(h)	4.11±0.66	3.22±0.53	6.220	0.000
肠鸣音恢复时间(h)	32.15±3.63	16.57±3.27	18.866	0.000
首次下床时间(h)	41.29±5.69	26.34±4.16	12.548	0.000
住院时间(d)	15.33±1.92	8.76±1.68	15.235	0.000

### 2.2 生命体征

表 2 所示：护理前，组间生命体征值呈相似性  $P > 0.05$ ；护理后均有显著变化，且实验组的数据值呈现更佳水平  $P < 0.05$ 。

表 2 生命体征比对 ( $n=35, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别/时间	参照组	实验组	T	P	
收缩压(mmHg)	护理前	105.62±5.32	105.74±5.28	0.095	0.925
	护理后	93.15±4.11	99.36±4.13	6.305	0.000
舒张压(mmHg)	护理前	76.98±3.21	76.85±3.19	0.170	0.866
	护理后	67.12±3.11	71.49±3.23	5.766	0.000
心率(次/min)	护理前	74.74±3.35	74.65±3.41	0.111	0.912
	护理后	67.01±3.29	70.58±3.03	4.722	0.000

### 2.3 心理状态

表 3 所示：护理前，组间心理状态值呈相似性  $P > 0.05$ ；护理后均有显著降低，且实验组的数据值呈现更低水平  $P < 0.05$ 。

表 3 心理状态比对 ( $n=35, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别/时间	参照组	实验组	T	P	
焦虑	护理前	53.42±3.34	53.36±3.45	0.074	0.941
	护理后	40.26±3.16	32.47±3.11	10.395	0.000
抑郁	护理前	54.35±3.39	54.16±3.44	0.233	0.817
	护理后	40.29±3.23	32.14±3.17	10.654	0.000

### 2.4 并发症

表 4 所示：并发症发生率计算在实验组中呈更低水平  $P < 0.05$ 。

表 4 比对并发症[n (%)]

组别	参照组	实验组	X <sup>2</sup>	P
n	35	35	--	--
感染	2	1	--	--
肠梗阻	1	0	--	--
吻合口瘘	2	0	--	--
低体温	1	0	--	--
总发生率(%)	6(17.14)	1(2.86)	3.968	0.046

## 3 讨论

结直肠区域发生的上皮源性恶性肿瘤已成为消化系统常见的恶性病变之一，其病理机制涉及遗传因素与环境诱因的复杂交互作用<sup>[2]</sup>。临床表现具有多样性特征，早期多呈现排便习惯改变、便血等非特异性症状，随着病灶进展可导致肠梗阻、远处转移等严重并发症，对患者生存质量及预后构成显著威胁，因此积极展开治疗意义明显<sup>[3]</sup>。

腹腔镜下结直肠癌根治术作为现代微创外科的代表性技术，在其操作中具有视野局限、器械依赖性强等技术特点，这也对手术室护理团队提出更高标准的专业要求<sup>[4]</sup>。常规手术室护理虽然建立基本操作规范，但在应对复杂微创手术时多显现出适应性不足的问题，且多为被动式干预难以满足腹腔镜手术对精准度和时效性的严格要求。相比之下，手术室护理配合的辅助运用对于腹腔镜结直肠癌根治术展开具有积极影响，此护理方案通过标准化流程执行，可确保手术安全高效完成<sup>[5]</sup>。研究分析显示：围术期指标、生命体征、心理状态、并发症护理后评估均以实验组中呈现更佳数据水平  $P < 0.05$ ，表明手术室护理配合的应用能够稳定结直肠癌患者的体征状况，改善其不良心理状态，从而为手术顺利展开奠定良好基础。具体而言，护理人员对精密仪器的熟练操作、对手术进程的准确预判以及与主刀医师的默契配合，共同构成高质量手术实施的重要保障。

此外, 标准化护理流程的严格执行还能有效控制手术相关并发症的发生率, 为患者术后快速康复创造有利条件<sup>[6]</sup>。

总之, 腹腔镜结直肠癌根治术临床工作中施以手术室护理配合能积极改善患者预后, 并产生显著卫生经济学效益。

### 参考文献:

- [1] 林燕武,陈丹扬,吴欣,杜梓涵.腹腔镜结直肠癌根治术的手术室护理配合效果及并发症发生率分析[J].每周文摘·养老周刊, 2024(5):191-193.
- [2] 张莎莎.优化手术室护理配合在腹腔镜结直肠癌根治术中的应用价值[J].中医药卫生,2024,000(5):021-024.
- [3] 王微.优化手术室护理配合在腹腔镜结直肠癌根治术中的应用效果观察[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(5):599-600.
- [4] 于文博.腹腔镜结直肠癌根治术中配合手术室护理的效果[J].中国医药指南,2022,20(31):184-186.
- [5] 方姿婷.标准化手术护理配合模式在腹腔镜下直肠癌根治术中的应用效果分析[J].中国社区医师,2023,39(36):130-132.
- [6] 陈桂霞,刘良臣.手术室护理对腹腔镜下结直肠癌根治术患者的影响[J].中国城乡企业卫生,2023,38(11):160-162.