

# 腹腔镜结直肠癌根治术患者手术室优质护理配合效果及对VAS评分的影响

邹爱红

恩施州中心医院航空院区麻醉科 湖北 恩施 445000

**【摘要】**目的：以腹腔镜结直肠癌根治术患者为主，探析手术室优质护理配合的应用效果，及对其VAS评分的影响。方法：腹腔镜结直肠癌根治术患者筛选64例，选择双盲信封抽选法，对照组（32例）执行常规护理干预，基于此，实验组（32例）执行手术室优质护理配合，落实在2023年12月—2025年12月，对照组间临床相关指标、心理状态、并发症发生率、护理满意度。结果：实验组的临床相关指标均比对照组要低（ $P<0.05$ ）。实验组护理后心理状态评分均比对照组要低（ $P<0.05$ ）。实验组的并发症发生率相较于对照组要低（ $P<0.05$ ）。实验组的护理满意度明显比对照组要高（ $P<0.05$ ）。结论：在腹腔镜根治术中引入手术室优质护理配合的效果显著，可降低结直肠癌患者术后疼痛程度、并发症发生率，改善其心理状态，缩短术后恢复时间，提升满意度，有推广意义。

**【关键词】**：结直肠癌；手术室优质护理配合；并发症；腹腔镜根治术

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.092

在消化系统恶性肿瘤中结直肠癌的占比颇高，且其死亡率位居前列，临床针对该疾病多采取手术疗法，腹腔镜根治术具有微创、切除精准性高等优势，但因疾病特定、手术侵入性与创伤性，再加上多数患者对疾病及手术相关信息了解不足，导致其易对手术产生恐惧、担忧等负性心理，对其治疗依从性及手术效果均有消极影响<sup>[1-2]</sup>。并且腹腔镜根治术操作精细、复杂，使得临床对术中护理辅助水平提出了较高要求。手术室优质护理配合是针对手术流程、疾病及患者特点对手术护理措施、程序进行优化，预见性、主动性较强，可高度配合手术治疗<sup>[3]</sup>。对此，本次研究观察并分析了在腹腔镜根治术中为结直肠癌患者提供手术室优质护理配合的效果，现报告如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

腹腔镜结直肠癌根治术患者筛选64例，选择双盲信封抽选法，对照组（32例）男女比例为17:15，年龄分布在44-75岁，均值（ $59.39\pm 6.28$ ）岁，病程记录在3-18个月，均值（ $10.48\pm 2.25$ ）个月。实验组（32例）男女比例为18:14，年龄分布在46-75岁，均值（ $59.47\pm 6.78$ ）岁，病程记录在3-20个月，均值（ $11.05\pm 2.48$ ）个月。一般信息细致对比， $P>0.05$ ，组间具备可比性。

纳入标准：①确诊为结直肠癌；②具备腹腔镜根治术指征；③对相关信息知晓完全，同意参与本次研究。

排除标准：①精神类疾病发作期者；②其他恶性肿瘤合并患者；③凝血系统受损严重者。

### 1.2 方法

对照组执行常规护理干预，包括术前口头阐述手术程序、潜在风险及需要配合的事项等，解答疑问。按照常规程序完成

术前准备，提前调控室内温度湿度；术中对体征波动密切监测，精准传递手术器械，协助体位调整，辅助切口缝合等。

基于此，实验组执行手术室优质护理配合，①术前干预：增加与患者的沟通，运用多媒体技术向其说明手术、疾病相关信息，解释手术室环境、麻醉过程及体位要求，联合主治医生阐明腹腔镜根治术优缺点及围术期需要配合的事项，宣教后采取提问方式获取反馈，基于此对薄弱点强化。术前访视中心心理评估，并在沟通中观察患者情绪波动、微表情变化，结合心理需求采取案例展示、安抚、深呼吸指导等措施。叮嘱患者术前禁饮禁食时间。设立双人信息核对模式，检查术中专用设备是否处于最佳备用状态，检查患者肠道准备情况。提前进行空气净化，调节手术室内温度、湿度。②术中护理配合：进入手术室后采取注意力转移法，并安抚患者情绪，使其保持情绪稳定状态。巡回护士严格执行“三方核查”制度，建立静脉通道，选择上肢粗大静脉，配合麻醉医生对患者体征波动全程动态监测，包括中心静脉压、体温、呼气末二氧化碳、血气指标等，重点观察气腹压力、呼吸状况，若出现异常表现立即告知主刀医生。协助体位调整，使用凝胶垫保护骨突隆处，术中条件允许下对受压部位按摩，预防压疮。提前对术中输注及冲洗液体进行加温处理，结合患者体温变化对加温毯、室内温度进行调控，及时擦除渗液、血渍等，保护非手术区，预防低体温。观察手术进程，器械护士提前准备相应器械，并精准传递。严格执行无菌操作，监督手术区域的无菌状态，管理手术台物品，及时处理医疗废弃物，精准记录出入量，控制人员流动量。术毕检查手术物品完整性，协助转运，做好安全防护、管路维护，并与病房或复苏室人员精准交接。

### 1.3 观察指标

临床相关指标：涵盖拔管时间、下床活动时间、肠道功能

恢复时间、VAS评分、住院时长。

心理状态：借助 SAS 量表（汉化称谓：焦虑自评量表，国际注名：Self-Rating Anxiety Scale）：60~69 分归类为中度，重度标线为 >69 分，轻度基准为 50~59 分。SDS 量表（汉化称谓：抑郁自评量表，国际注名：Self-rating Depression Scale），中度标定线为 63~72 分，重度基准为 >72 分，轻度界定线 53~62 分。

并发症发生率：涵盖术中低体温、腹胀、腹腔出血、感染。

护理满意度：量化标准与结构设计均自拟，区间为 0-5 分，不满意基准区 <60 分；满意分布在 60~89 分；非常满意权重分配 ≥90 分。

### 1.4 统计学分析

spss26.0 协助全文数据计算，P<0.05 为差异具有显著性。n (%) 用于计数资料描述，检验选择  $\chi^2$ ，( $\bar{x} \pm s$ ) 呈现计量资料，检验配以 t。

## 2 结果

### 2.1 临床相关指标

实验组的值均较低，P<0.05，见表 1。

表 1 临床相关指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	实验组	对照组	t	P
n	32	32	--	--
拔管时间(min)	35.85 ± 5.35	42.47 ± 5.57	4.849	0.000
下床活动时间(h)	19.72 ± 2.68	23.18 ± 3.34	4.571	0.000
肠道功能恢复时间(h)	20.85 ± 4.47	25.06 ± 5.12	3.504	0.001
VAS 评分(分)	1.27 ± 0.16	2.18 ± 0.23	18.373	0.000
住院时长(d)	7.34 ± 1.05	9.65 ± 1.47	7.234	0.000

### 2.2 心理状态

实验组的评分均较低，P<0.05，见表 2。

表 2 心理状态对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	实验组	对照组	t	P
n	32	32	--	--
SDS	32.28 ± 4.16	37.54 ± 4.39	4.920	0.000
SAS	34.54 ± 5.09	40.28 ± 6.38	3.978	0.000

### 2.3 并发症发生率

实验组的值更低，P<0.05，见表 3。

表 3 并发症发生率对比 n (%)

组别	实验组	对照组	$\chi^2$	P
n	32	32	--	--
术中低体温	0(0.00%)	1(3.13%)	--	--
腹胀	1(3.13%)	3(9.38%)	--	--
腹腔出血	0(0.00%)	2(6.25%)	--	--
感染	0(0.00%)	1(3.13%)	--	--
总发生率	(1)3.13%	(7)21.88%	5.143	0.023

### 2.4 护理满意度

实验组的值更高，P<0.05，见表 4。

表 4 护理满意度对比 n (%)

组别	实验组	对照组	$\chi^2$	P
n	32	32	--	--
不满意	1(3.13%)	6(18.75%)	--	--
满意	11(34.38%)	9(28.13%)	--	--
非常满意	20(62.50%)	17(53.13%)	--	--
总满意率	(31)96.88%	(26)81.25%	4.010	0.045

## 3 讨论

腹腔镜结直肠癌根治术可改善病症，延长患者生存时间，但实操中涉及精细的解剖分离、淋巴结清扫及消化道重建，对器械的稳定性、操作的精准性以及团队的即时响应均提出了较高要求<sup>[4]</sup>。并且受术源性因素、患者心理状态、环境因素等多因素影响，术中患者生理状态波动较大，容易出现循环不稳定、体温降低等风险。常规手术室护理虽然可辅助手术治疗，但存在配合度欠缺、环节复杂、被动等缺陷，导致效果达不到预期<sup>[5]</sup>。因此，选取高质量干预模式提升配合度，保障疗效十分重要。

本次研究结果显示，临床相关指标对比，实验组术后 VAS 评分等指标均更低 (P<0.05)。实验组的并发症发生率更低 (P<0.05)。心理状态评定中，实验组的量化值均更低 (P<0.05)。实验组的护理满意度更高 (P<0.05)，原因分析为，手术室优质护理配合的专业性、系统性较强，其针对手术、患者、环境等多维因素制定全方位干预措施，对护理团队人员职责明确规定，并规范化、精细化护理流程，不仅可提升手术操作配合度，且人文关怀性更高，可为患者提供高质量护理服务<sup>[6]</sup>。如术前行全面访视，不仅包括生理状况、疼痛耐受度的评估，还引入专业护患沟通技巧、多媒体技术，以立体化的方式呈现手术流

程、麻醉方案等信息,以此不仅可有效提升患者疾病认知水平,还可减轻其焦虑、恐惧情绪<sup>[7]</sup>。同时,针对患者个体心理状态选择性提供案例展示等措施,予以心理支持,以此不仅可建立良好护患关系,还可进一步辅助患者改善心态,可避免负性心理持续存在对体征波动及个体配合度的影响<sup>[8]</sup>。此外,优化术前准备工作,设立双人信息核对模式,提前开启平流层净化系统,并调控室温、湿度,以此可为术中护理及手术安全性奠定基础。术中针对手术进程高度配合操作,预见性准备与传递手术器械,以此可提升手术操作的流畅性、连续性,对缩短手术时长有一定作用,可间接减少组织牵拉、气腹压迫的持续时间,

对降低术后 VAS 评分、并发症发生率均有积极影响<sup>[9]</sup>。同时,根据腹腔镜手术要求协助患者体位调整,在麻醉前实施情绪安抚措施,并全程动态监测体征波动,以此可进一步减少负性情绪对生命体征的影响。针对患者手术进程中体温变化情况采取多模态保温措施,包括加温设备、液体预热等,以此可减少刺激因素,使患者体温得以维持,对降低低体温等风险,缩短术后恢复时间有积极作用,从而可提升满意度。

综上,在腹腔镜根治术中引入手术室优质护理配合可降低结直肠癌患者术后疼痛程度、并发症发生率,改善其心理状态,缩短术后恢复时间,提升满意度。

### 参考文献:

- [1] 汪盼,周昆.腹腔镜结直肠癌根治术患者手术室优质护理配合模式的实施效果研究[J].山西医药杂志,2025,54(13):1032-1036.
- [2] 丁珊珊,方欢,马会.手术室流程化清单护理在腹腔镜结直肠癌根治术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(24):5-8.
- [3] 罗曼玲.综合手术室护理在腹腔镜结直肠癌根治术患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2024,40(34):103-105.
- [4] 吴彩红.手术室精细化护理在腹腔镜结直肠癌根治术患者中的应用效果评估[J].中国社区医师,2024,40(34):115-117.
- [5] 李静,刘雯.手术室优质干预在腹腔镜结直肠癌根治术患者中的应用效果[J].癌症进展,2024,22(14):1593-1596.
- [6] 卞筱卿,林全阳.腹腔镜结直肠癌根治术患者手术室护理中优质护理配合模式实施效果分析[J].航空航天医学杂志,2024,35(6):754-757.
- [7] 姚丽,华宏莉,瞿妍.手术室体温护理在行腹腔镜结直肠癌根治术患者中的应用效果[J].中国社区医师,2024,40(2):142-144.
- [8] 蔡琳.优质护理配合在腹腔镜结直肠癌根治术患者的应用效果[J].福建医药杂志,2022,44(6):134-136.
- [9] 陈晶谊,谢瑞珍,卓建英.手术室程序化护理在腹腔镜下结直肠癌根治术中的应用及对患者免疫功能、疼痛和预后的影响[J].黑龙江中医药,2022,51(6):163-165.