思维导图引导下循证手术室护理对老年肺癌根治术患者术中并发症及术后恢复的影响

范佳妮

咸宁市中心医院湖北科技学院附属第一医院 湖北 咸宁 437000

【摘　要】：目的：分析思维导图引导下循证手术室护理模式对老年肺癌根治术患者的术中并发症率以及术后恢复效果的影响。方法：选择 2024 年 1 月-2025 年 12 月于我手术室收治的老年肺癌根治术患者 60 例，使用随机数字表法分为对照组、观察组各 30 例。对照组采取常规护理；观察组采取思维导图引导下循证手术室护理，对比两组术中并发症率；术后康复指标；术后 VAS 疼痛评分；护理满意度。结果：观察组术中并发症率低于对照组；术后首次下床时间、胸腔引流管留置时间、术后住院时长均短于对照组；术后 24h、48h，VAS 疼痛评分低于对照组；护理满意度高于对照组（P＜0.05）。结论：在老年肺癌根治术中应用思维导图引导下循证手术室护理，可降低患者术中并发症，促进术后康复，降低术后疼痛，提高其护理满意度。

【关键词】：老年肺癌根治术；思维导图；循证护理；手术室护理；术中并发症

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.022

肺癌属于呼吸系统恶性肿瘤，在老年人群当中相对高发，而外科肺癌根治术是一种重要的根治性治疗办法。老年患者身体器官的生理功能会逐渐减退，常常伴有心肺方面的基础疾病，其手术耐受能力欠佳，加之手术操作复杂且麻醉时间长，在手术过程中容易出现血压波动、低体温、心律失常等并发症，会直接对手术安全、后续术后恢复质量造成影响[1]。手术室是进行手术的核心地点，护理质量和手术安全、患者预后有着直接关联。传统的手术室护理大多是依靠护士个人的工作经验来完成各项操作，护理流程中的条目众多，老年肺癌手术包括术前访视、体位摆放、麻醉配合、术中生命体征监护、器械管理、体温保护等多个环节，信息非常繁杂，容易出现护理要点遗漏的情况，且风险预判也不充分[2]。循证护理是利用科学文献证据来指导临床护理实践，摒弃单纯经验式护理，思维导图能够把零散的护理要点通过可视化框架的形式进行梳理，逻辑清楚，方便护士快速掌握并落实[3]。目前将思维导图与循证护理二者结合应用在老年肺癌根治术手术室护理方面的对照研究，仍然需要积累更多临床病例。现做出如下研究，旨在分析思维导图引导下循证手术室护理的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2024 年 1 月-2025 年 12 月于我手术室收治的老年肺癌根治术患者 60 例，使用随机数字表法分为对照组、观察组各 30 例。

对照组：男性 17 例，女性 13 例；年龄为 60-76 岁，平均为（67.34±5.28）岁；合并基础病包括：高血压 12 例，糖尿病 8 例，慢性阻塞性肺疾病 7 例；手术方式包括：胸腔镜下肺癌根治术 21 例，开胸肺癌根治术 9 例。

观察组：男性 19 例，女性 11 例；年龄为 61-77 岁，平均为（68.12±5.41）岁；合并基础病包括：高血压 13 例，糖尿病 7 例，慢性阻塞性肺疾病 8 例；手术方式包括：胸腔镜下肺癌根治术 22 例，开胸肺癌根治术 8 例。

两组一般资料对比（P＞0.05）。

纳入标准：①通过病理检查确诊为肺癌，实施肺癌根治手术；②年龄≥60 周岁；③意识清晰，可依从手术以及护理评估；④病历资料完整，在知情同意书上签字。

排除标准：①肿瘤远处转移不具有根治手术适应症；②心、肝、肾功能重度衰竭无法耐受手术；③凝血功能存在严重障碍；④术中需要紧急更改手术方案。

1.2 方法

对照组：实施常规护理：手术前会进行简单的病房访视，向患者介绍手术室的环境，患者进入手术室后，需建立静脉通路，并配合麻醉诱导工作，同时摆放好手术体位，还要进行器械清点，在手术过程中，要对患者的常规生命体征进行监护，手术结束之后，要完成器械核对工作，做好患者转运交接工作，护理工作主要是依靠护士以往的临床经验来进行。

观察组：实施思维导图引导下循证手术室护理：

（1）第一步提出循证问题：老年肺癌根治术在手术过程中存在哪些主要风险，怎样去减少手术过程中出现的并发症，如何通过优化手术室护理工作来推动术后的恢复进程，怎样能够减轻术后患者所感受到的疼痛。

（2）第二步循证证据检索：通过对知网、万方数据库展开查阅工作，针对老年肺癌、手术室护理、术中低体温、体位损伤、循环波动等方面的相关指南、文献进行检索，从而筛选出高质量的证据。

（3）第三步制作思维导图：围绕“老年肺癌根治术手术室护理”核心主题，划分出四大主要一级分支，分别为术前访

视及风险评估、术中护理协助、术中风险防范、术后转运交接，并且每个一级分支之下进一步细分出二级、三级子要点。

（4）具体要点：①术前访视与风险评估分支：包括对老年基础病进行评估、心理疏导、术前宣教、皮肤状况评估以及术前物品准备。②术中护理配合分支：静脉通路建立、麻醉配合、体位安置防护、器械耗材管理以及无菌操作管理。③术中风险防护分支：体温保护、循环监护、心律失常预防、压力性损伤防护以及呼吸道管理。④术后转运交接分支：生命体征确认、管道保护、疼痛初步评估以及与病房交接要点。

（5）第四步落实护理：护理人员依据思维导图框架逐点落实护理工作，将思维导图打印出来放置在手术室护理工作站，依照其内容进行对照执行，以此防止要点出现遗漏情况，小组成员会定期对护理执行情况展开复盘，结合临床实际状况动态化地优化思维导图的内容。

1.3 观察指标

①术中并发症率：包括：术中低体温、心律失常、血压剧烈波动、皮肤压力性损伤；

②术后康复指标：包括：术后首次下床时间、胸腔引流管留置时间、术后住院时长；

③疼痛评分：于术后24h、48h通过视觉模拟评估法评估，0-10分，分值和疼痛强度成正比；

④护理满意度：通过手术室护理自制问卷调查，满分为100分，分值和满意度成正比。

1.4 统计学处理

采用SPSS25.0统计学软件，其中均数+标准差符合正态分布，以（$\bar{x}\pm s$）用来表示计量资料，通过计算t值进行验算，率（%）用来表示计数资料，通过计算X^2进行验算。

2 结果

2.1 术中并发症率对比

观察组低于对照组（P＜0.05），见表1；

表1 术中并发症率对比[n（%）]

组别	对照组	观察组	X^2	P
例数	30	30	-	-
术中低体温	4	1	-	-
心律失常	3	1	-	-
血压剧烈波动	3	1	-	-
压力性损伤	2	0	-	-
发生率	12(40.00)	3(10.00)	7.200	0.007

2.2 术后康复指标对比

观察组均优于对照组（P＜0.05），见表2；

表2 术后康复指标对比（$\bar{x}\pm s$）（d）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	30	30	-	-
术后首次下床	2.84±0.73	1.72±0.41	7.327	0.000
胸腔引流管留置	5.36±1.15	3.84±0.82	5.894	0.000
术中住院时长	12.57±2.43	8.63±1.86	7.052	0.000

2.3 疼痛评分和护理满意度对比

观察组优于对照组（P＜0.05），见表3。

表3 疼痛评分和护理满意度对比（$\bar{x}\pm s$）（分）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	30	30	-	-
术后24h疼痛	5.47±1.06	3.31±0.82	8.828	0.000
术后48h疼痛	4.26±0.84	2.45±0.63	9.442	0.000
护理满意度	70.53±7.42	89.74±5.61	11.311	0.000

3 讨论

老年肺癌患者的脏器储备能力有所下降，而肺癌根治术存在手术创伤大、麻醉时间长的问题，在手术过程中容易出现多种并发症，会直接对手术安全、术后康复造成干扰。传统的手术室护理大多依赖护士个人的经验，护理要点繁杂，容易出现遗漏的情况。本研究中的思维导图引导下循证手术室护理依托循证护理理论与思维导图可视化管理理论。循证护理理论把检索得出的临床研究、指南证据当作护理依据，以此取代单纯经验式护理，以提高护理的科学性。思维导图可视化管理理论则将手术室多维、碎片化的护理要点整理成层级化的可视化框架，能够帮助护理人员全面掌握术前至术中再到术后的全流程，避免护理要点遗漏，统一护理执行标准[4]。对照组的手术室护理是依靠经验来进行的，缺少标准化证据指引和可视化流程提示。

围绕术中并发症发生率阐述术中风险防控机制：对照组护理凭借护士以往积累的经验来展开，针对老年患者所面临的低体温、循环波动、压伤等风险，进行预判时存在参差不齐的状况，部分防护措施在落实方面未到位。观察组实施循证护理，会筛选出与老年肺癌手术高危风险相关的各类证据，借助思维导图能够将体温保护、循环监护、体位压力防护等要点清晰直观地呈现出来，护士会依照上述要点进行逐一对照并加以落实，在术前对老年患者的基础疾病展开充分评估，于术中着重

强化保温措施，规范体位软垫防护工作，密切监测心率与血压的变化情况，尽早识别心律失常、血压波动的苗头，及时协同麻醉医师进行处置，最终术中各类并发症的总发生率出现明显的下降趋势。

依据术后康复指标解析术后康复促进机制：手术室阶段的护理质量对于患者术后恢复进程产生直接影响。观察组的思维导图框架在术前宣教、术中损伤防护、管道保护、转运交接等整个环节都比较完善。术前会做好心理和健康方面的宣教工作，以此来降低患者的应激反应，术中注重保温并减少组织受到不必要的损伤，在转运阶段会妥善保护胸腔引流管，并且做好与病房的完整交接工作，进而减少术后不良事件的发生，为患者早期下床、引流管早期拔除创造有利条件[5]。观察组术后首次下床时间得以提前，胸腔引流管留置时间、住院总时长明显短于对照组。对照组的护理要点容易出现疏漏，应激反应、隐性损伤相对较多，康复进程较为缓慢。

针对术后 VAS 疼痛评分阐述疼痛干预机制：观察组依据循证证据可知，手术创伤、术中体位牵拉、应激，上述因素均会使术后疼痛加重。思维导图将疼痛评估、预防性疼痛相关宣教、转运时创面与管道保护纳入流程中。术前要让患者对术后疼痛形成正确的认知，术中体位摆放的时候要减少胸壁肌肉过度牵拉，转运时要保护好胸腔引流管，避免出现牵拉刺激，从多个源头降低疼痛诱因，术后 24h、48hVAS 疼痛评分比对照组低。对照组缺乏系统化疼痛相关护理环节设置，术后疼痛诱因管控不够完善。

围绕护理满意度阐述服务体验机制：在观察组中，采用思维导图引导下的循证护理方式。术前会与患者进行充分的沟通交流，患者可全面了解手术相关情况。术中针对各项风险都做好防护措施，以此提高手术的安全性。术后患者疼痛较轻，康复速度较快，而且全流程护理比较规范，各个环节交接清晰，使得患者及家属能够感受到严谨细致的护理服务，进而护理满意度发生明显提高[6]。反观对照组，其护理执行水平因护理人员不同而存在差异，部分护理细节有所缺失，导致患者体验相对较差，护理满意度偏低。

综上所述，在老年肺癌根治术患者手术室护理中，应用思维导图引导下循证手术室护理模式，可降低疼痛和并发症率，促进患者术后康复，提升其满意度。

参考文献：

[1] 董健,陈清勇,杨彦,等.循证理念下环节优化护理在老年肺癌胸腔镜手术围术期的应用效果[J].老年医学与保健,2025,31(2):373-377.

[2] 刘慧.循证支持的预见性护理在降低老年肺癌患者术后并发症中的作用观察[J].基层医学论坛,2022(027):15-17.

[3] 钟丽霞.手术室护理工作程序表在老年肺癌患者胸腔镜根治术中的应用[J].当代临床医刊,2023,36(6):92-93.

[4] 朱宝,时吉月,郝晓莹.护理专案在降低老年胸腔镜肺癌根治术患者术后并发症中的应用效果分析[J].航空航天医学杂志,2025,36(10):1258-1260.

[5] 周寒,郭颖莉,张珂馨,等.量化评估策略指导下的手术室护理在老年肺癌根治术患者中的应用效果分析[J].航空航天医学杂志,2025,36(11):1403-1406.

[6] 郝学峰,柯立晖,真德智,等.老年肺癌患者行胸腔镜肺癌根治术后肺部并发症调查及影响因素分析[J].中华保健医学杂志,2025,27(5):748-752.