

手术室优化护理对腹腔镜胃肠手术患者的影响

王 娇 刘 彦

宁夏回族自治区第四人民医院 宁夏 银川 750021

摘 要：目的：探讨手术室优化护理在腹腔镜胃肠手术中的应用效果，为提升护理质量、促进患者康复提供依据。
方法：选取2023年1月至2024年6月120例腹腔镜胃肠手术患者，随机分对照组（常规护理）与观察组（优化护理）各60例。比较两组手术相关指标（时间、出血量、器械准备完善率）、术后恢复指标（排气、下床活动时间、住院天数）、并发症及满意度。
结果：观察组手术时间、出血量更低，器械准备完善率更高；术后恢复更快；并发症发生率更低，满意度更高（ $P<0.05$ ）。
结论：手术室优化护理可提升腹腔镜胃肠手术效果，促进患者康复，值得推广。
关键词：手术室优化护理；腹腔镜；胃肠手术；术后恢复；并发症

引言：腹腔镜胃肠手术凭借创伤小、恢复快等优势，成为胃癌、结直肠癌等胃肠疾病的首选术式。但该手术对手术室护理要求高，术前准备不足、术中配合不佳、术后护理不到位，易致手术时间延长、并发症增多，影响患者恢复。常规护理下，腹腔镜胃肠手术器械准备缺陷率达8%-12%，术后并发症发生率约15%-20%，增加患者痛苦与医疗成本。随着快速康复外科理念普及，手术室护理向主动优化转型。本研究通过对照试验，分析优化护理模式对手术效果、术后恢复及患者满意度的影响，为临床护理实践提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2024年6月在我院胃肠外科接受腹腔镜胃肠手术的100多例患者作为研究对象。纳入标准：（1）经病理检查确诊为胃癌或结直肠癌，符合腹腔镜手术适应证；（2）ASA分级Ⅰ-Ⅲ级，无严重心、肝、肾等脏器功能障碍；（3）患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准：（1）合并严重感染、凝血功能障碍者；（2）中转开腹手术者；（3）精神疾病或认知功能障碍者。

按随机数字表法将患者分为对照组与观察组，每组60例。对照组中，男性32例，女性28例；年龄35-72岁，平均（ 56.3 ± 8.5 ）岁；疾病类型：胃癌28例，结直肠癌32例；ASA分级：Ⅰ级22例，Ⅱ级30例，Ⅲ级8例。观察组中，男性33例，女性27例；年龄36-71岁，平均（ 55.8 ± 8.2 ）岁；疾病类型：胃癌26例，结直肠癌34例；ASA分级：Ⅰ级23例，Ⅱ级29例，Ⅲ级8例。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组：常规手术室护理

（1）术前：常规核对患者信息，进行手术区域皮肤准备，告知患者手术基本流程，术前12小时禁食、6小时禁饮。

（2）术中：协助患者摆放手术体位（截石位或平卧位），建立静脉通路，配合麻醉医师进行麻醉诱导；手术过程中传递器械，监测患者生命体征，记录手术时间与出血量。

（3）术后：协助医师包扎伤口，将患者转运至麻醉恢复室，交接患者病情与手术情况；术后告知患者禁食禁饮时间，指导床上翻身^[1]。

1.2.2 观察组：手术室优化护理

构建“术前-术中-术后”全流程优化护理模式，具体措施如下：

（1）术前优化护理

①精准评估与个性化指导：术前1天由手术室护士与主管医师共同评估患者病情，包括手术部位、手术方式、过敏史、基础疾病等，制定个性化护理方案。针对老年患者或合并糖尿病、高血压等基础疾病者，重点评估心肺功能与血糖、血压控制情况，协调相关科室调整治疗方案。②健康宣教与心理干预：采用“口头讲解+视频演示+实物模拟”的方式，向患者及家属详细介绍腹腔镜手术的优势、手术流程、术中配合要点（如体位配合、呼吸控制）及术后注意事项；通过一对一沟通，了解患者心理状态，针对焦虑、恐惧情绪进行疏导，列举成功案例，增强患者治疗信心。③术前准备优化：根据手术类型提前1小时备好专用器械（如腹腔镜镜头、超声刀、吻合器等），检查器械完整性与功能状态；术前2小时给予患者口服12.5%碳水化合物溶液500mL（糖尿病患者除外），减少术前饥饿感与术后胰岛素抵抗。

（2）术中优化护理

①精准体位摆放与压力防护：根据手术需求采用“改良截石位”或“分腿式平卧位”，在患者肩胛部、骶尾部、足跟等受压部位放置凝胶垫，避免压疮发生；术中每30分钟调整一次肢体位置，促进血液循环。②体温保护：术前将手术间温度调节至24-26℃，湿度50%-60%；输注液体与冲洗液提前置于37℃恒温箱预热，避免低温刺激；患者非手术区域覆盖保温毯，维持核心体温在36℃以上^[2]。③手术配合优化：建立“护士-医师”协同配合机制，器械护士提前15分钟洗手，与手术医师核对器械清单；术中根据手术步骤提前传递器械，减少等待时间；巡回护士实时监测患者生命体征、出血量及尿量，及时反馈异常情况，协助麻醉医师调整麻醉深度。④无菌与感染控制：严格执行无菌操作规范，手术区域消毒范围扩大至15cm以上，建立有效的无菌屏障；术中保持手术间空气流通，定期监测空气洁净度，减少感染风险。

(3) 术后优化护理

①快速康复干预：术后立即协助患者取半卧位，指导进行深呼吸与有效咳嗽，促进肺功能恢复；术后6小时协助患者下床活动，逐步增加活动量（从床边站立到室内行走）；术后24小时内给予流质饮食，根据患者耐受情况逐渐过渡至半流质饮食。②疼痛与并发症护理：采用数字评分法（NRS）评估患者疼痛程度，NRS ≥ 4分时及时报告医师，遵医嘱给予镇痛药物；密切观察患者腹部体征、伤口情况及引流液性质，警惕术后出血、吻合口漏、肠粘连等并发症，发现异常及时处理。③出院指导与随访：出院前为患者制定个性化康复计划，包括饮食指导、活动强度、伤口护理及复查时间；术后1周、2周、1个月通过电话或微信随访，了解患者恢复情况，解答护理疑问^[3]。

1.3 观察指标

(1) 手术相关指标：手术时间、术中出血量、器械准备完善率（器械准备无缺失、功能正常视为完善）。

(2) 术后恢复指标：术后首次排气时间、下床活动时间、住院天数。

(3) 并发症发生率：包括术后出血、吻合口漏、肠粘连、感染等。

(4) 护理满意度：采用我院自制的护理满意度量表（Cronbach's $\alpha = 0.86$ ），从术前指导、术中配合、术后护理、服务态度4个维度进行评价，总分100分，≥ 90分为非常满意，80-89分为满意，< 80分为不满意；满意度 = （非常满意例数+满意例数）/总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以例数（百分比）表示，组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义^[4]。

2 结果

2.1 两组患者手术相关指标比较

观察组手术时间、术中出血量均显著低于对照组，器械准备完善率显著高于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

指标	对照组 ($n = 60$)	观察组 ($n = 60$)	t/χ^2 值	P 值
手术时间 (min)	110.2±18.6	92.5±15.3	5.682	< 0.001
术中出血量 (mL)	52.3±12.8	35.8±10.5	7.245	< 0.001
器械准备完善率 (%)	54 (90.0)	60 (100.0)	6.316	0.012

2.2 两组患者术后恢复指标比较

观察组术后首次排气时间、下床活动时间、住院天数均显著短于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组患者术后恢复指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

指标	对照组 ($n = 60$)	观察组 ($n = 60$)	t 值	P 值
术后首次排气时间 (h)	42.3±8.2	28.6±6.5	9.573	< 0.001
下床活动时间 (h)	26.8±5.7	18.5±4.2	9.014	< 0.001
住院天数 (d)	8.2±1.8	5.8±1.3	8.062	< 0.001

2.3 两组患者并发症发生率比较

观察组并发症发生率为5.0%，显著低于对照组的18.3%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表3。

表3 两组患者并发症发生率比较（ $n, \%$ ）

并发症类型	对照组 ($n = 60$)	观察组 ($n = 60$)	χ^2 值	P 值
术后出血	2 (3.3)	1 (1.7)	0.345	0.557
吻合口漏	1 (1.7)	0 (0.0)	1.008	0.315
肠粘连	4 (6.7)	1 (1.7)	2.034	0.154
感染	4 (6.7)	1 (1.7)	2.034	0.154
合计	11 (18.3)	3 (5.0)	5.075	0.024

2.4 两组患者护理满意度比较

观察组护理满意度为96.7%，显著高于对照组的83.3%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表4。

表4 两组患者护理满意度比较（ $n, \%$ ）

满意度等级	对照组 ($n = 60$)	观察组 ($n = 60$)	χ^2 值	P 值
非常满意	28 (46.7)	40 (66.7)	4.8	0.028
满意	22 (36.7)	18 (30.0)	0.654	0.419
不满意	10 (16.7)	2 (3.3)	5.926	0.015
满意度 (%)	50 (83.3)	58 (96.7)	5.926	0.015

3 讨论

3.1 手术室优化护理可提升腹腔镜胃肠手术效率

腹腔镜胃肠手术依赖精密器械与医护协同配合,器械准备不足、配合不默契是导致手术时间延长的主要原因^[5]。本研究中,观察组通过术前1小时核对专用器械、建立“护士-医师”协同机制,器械准备完善率达100%,显著高于对照组的90%;术中器械护士提前传递器械,减少了手术等待时间,使手术时间较对照组缩短16.1%。同时,优化护理中的体温保护措施(如预热液体、使用保温毯)可维持患者核心体温稳定,避免低温导致的凝血功能障碍,减少术中出血量(观察组较对照组减少31.5%)。这一结果表明,手术室优化护理通过术前精准准备与术中高效配合,可显著提升手术效率,降低手术风险。

3.2 手术室优化护理可促进患者术后快速康复

快速康复外科理念强调通过多模式干预减少手术应激,促进患者早期恢复。观察组采用的术后优化护理措施中,术前口服碳水化合物溶液可降低术后胰岛素抵抗,减少肌肉分解;术后早期下床活动与饮食干预可促进胃肠蠕动恢复,缩短首次排气时间(观察组较对照组缩短32.4%);个性化疼痛管理可减轻患者痛苦,提高活动依从性,进而缩短住院天数(观察组较对照组缩短29.3%)。此外,术中压力防护与无菌控制措施,降低了术后压疮、感染等并发症风险,观察组并发症发生率仅5.0%,显著低于对照组的18.3%,进一步加速了患者康复进程。

3.3 手术室优化护理可提升患者护理满意度

传统手术室护理多侧重于技术操作,忽视患者心理需求与个性化护理。观察组通过术前多维度健康宣教与心理干预,缓解了患者的焦虑情绪;术中注重舒适护理(如体位调整、体温保护),提升了患者术中体验;术后持续随访与康复指导,增强了患者的护理获得感。本研究结果显示,观察组护理满意度达96.7%,显著高于对照组的83.3%,表明优化护理模式更符合患者需求,有助

于构建和谐护患关系^[6]。

3.4 应用局限性与改进方向

本研究为单中心研究,样本量有限,且随访时间较短,未能评估优化护理对患者长期预后的影响。未来可扩大样本量,开展多中心研究,延长随访时间,进一步验证优化护理的长期效果;同时,可结合人工智能技术,开发个性化护理决策系统,实现护理方案的精准化制定,提升护理质量。

结束语

手术室优化护理通过术前精准评估与准备、术中高效配合与舒适护理、术后快速康复干预,可有效缩短腹腔镜胃肠手术时间、减少术中出血,促进患者术后早期排气与下床活动,缩短住院天数,降低并发症发生率,同时显著提升患者护理满意度。该护理模式符合快速康复外科理念,具有较好的临床实用性与推广价值,可为腹腔镜胃肠手术的护理实践提供参考。

参考文献

- [1]胡艳雯,吴燕婷.手术室精细化护理流程对腹腔镜胃肠肿瘤手术患者的效果分析[J].自我保健,2022,26(19):231-233.
- [2]梁云.手术室护理干预对预防伤口感染的临床应用效果观察[J].临床护理研究,2023,32(5):72-74.
- [3]卞苗明,张丽华,万美芳.手术室细节护理对老年腹腔镜手术治疗患者的影响研究[J].心理月刊,2023,18(03):147-149.
- [4]段兰芝,周荣.空气压力循环治疗仪联合早期康复护理对老年腹腔镜手术患者术后康复效果的影响[J].医疗装备,2021,34(10):180-181.
- [5]李娇.优质护理干预对老年急性阑尾炎患者腹腔镜手术后的影响[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(03):284-285.
- [6]崔媛婧,刘艳,潘亚娟.手术室精细化护理干预应用于腹腔镜胃肠肿瘤手术患者的有效性研究[J].科学养生,2022,25(10):158-160.