

# 腹腔镜下直肠癌根治术的手术护理配合效果分析

庞 宁

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710000

**摘要：**目的：探讨腹腔镜下直肠癌根治术中不同护理配合方式对手术效果的影响。方法：选取2022年3月至2024年8月我院收治的120例腹腔镜下直肠癌根治术患者作为研究对象，按照随机数字表法分为观察组和对照组，每组60例。观察组采用优化的护理配合模式，对照组采用常规护理配合模式。比较两组患者的手术相关指标、并发症发生率及护理满意度。结果：观察组患者在手术相关指标表现、并发症发生率控制及护理满意度方面均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：优化的护理配合模式能够显著改善腹腔镜下直肠癌根治术患者的手术效果，降低并发症发生率，提高护理满意度。

**关键词：**腹腔镜；直肠癌；根治术；护理配合；手术效果

直肠癌是消化系统常见的恶性肿瘤之一，发病率呈逐年上升趋势。随着微创技术的不断发展，腹腔镜下直肠癌根治术已成为临床治疗的主要手段。该术式具有创伤小、恢复快、住院时间短等优势，但对护理配合要求极高<sup>[1]</sup>。良好的护理配合不仅能够保证手术顺利进行，还能有效减少并发症的发生。目前，传统的护理配合模式已难以满足现代腹腔镜手术的精细化要求，亟需建立更加科学有效的护理配合体系<sup>[2]</sup>。本研究通过对比分析不同护理配合模式的效果，旨在为临床实践提供参考依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2022年3月至2024年8月我院收治的120例腹腔镜下直肠癌根治术患者，按照随机数字表法分为观察组和对照组，每组60例。观察组60例患者中，男性34例，女性26例；年龄42-72岁，平均年龄（ $56.8 \pm 8.2$ ）岁。对照组60例患者中，男性32例，女性28例；年龄41-74岁，平均年龄（ $57.1 \pm 8.5$ ）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：经病理检查确诊为直肠癌；符合腹腔镜下直肠癌根治术适应证；心肺功能基本正常。排除标准：合并其他恶性肿瘤；严重心脑血管疾病；凝血功能障碍；精神疾病患者。本研究经医院伦理委员会审批通过，所有患者均签署知情同意书。

### 1.2 护理配合方法

对照组采用传统护理配合模式：术前访视：了解患者基本情况，进行常规健康宣教；器械准备：按常规准备腹腔镜器械包、电刀、吸引器等基础设备；术中配合：按传统流程协助医生完成各项操作，主要关注器械传递和基础护理支持；术后交接：完成患者转运和器械清点工作。

观察组采用基于循证医学的优化护理配合模式，具

体措施如下：

#### 1.2.1 术前准备阶段

（1）建立专业护理小组：由经验丰富的腹腔镜手术护士长担任组长，配备2名高年资专科护士和1名器械护士，进行专业化培训。术前召开护理小组会议，详细分析患者病情特点、手术难度评估、潜在风险识别，制定个体化护理方案。（2）精准器械准备：根据手术医师习惯和患者具体情况，精确准备专用腹腔镜器械包，包括30°腹腔镜镜头、超声刀、直线切割吻合器、荷包缝合器等精密器械。建立器械检查清单，逐项核对器械完整性、功能状态，确保所有设备处于最佳工作状态。（3）环境优化布置：调节手术室温度至22-24℃，湿度50%-60%，确保层流净化系统正常运行。合理布置腹腔镜主机、显示器位置，避免术中频繁调整影响手术进程。预先调试CO<sub>2</sub>气腹机压力参数，设置备用气体供应系统。（4）患者心理支持：由专科护士进行深度术前访视，详细解释手术流程、注意事项，缓解患者紧张情绪。建立患者档案，记录个人偏好、过敏史、特殊需求等信息。

#### 1.2.2 术中配合阶段：

（1）精准器械传递：建立标准化器械传递流程，根据手术步骤提前预判所需器械，实现“零等待”传递。器械护士全程专注手术进程，与主刀医师形成默契配合，减少不必要的器械交换次数。同时建立器械摆放标准化布局，按照使用频率和手术顺序合理排列，设置专用器械托盘，确保每件器械位置固定，便于快速定位取用。

（2）动态监测支持：密切监测患者生命体征变化，特别关注CO<sub>2</sub>气腹对心血管系统的影响。建立气腹压力动态调节机制，根据手术需要适时调整气腹压力，维持稳定的操作空间。持续监测血氧饱和度、心率、血压等关键指

标, 设置预警阈值, 一旦出现异常立即报告并采取相应措施。(3) 视野清晰维护: 及时清理镜头雾化, 确保术野清晰可见。掌握各种冲洗液的配制方法和使用时机, 维持术野清洁度。熟练操作电凝止血, 配合医师完成精细解剖。定期检查摄像头清晰度, 准备备用镜头, 确保手术连续性。(4) 突发情况应对: 建立应急预案, 针对术中可能出现的出血、脏器损伤、气胸等并发症, 制定快速反应流程。配备应急药品和器械, 确保护士能够迅速响应并协助处理。定期组织应急演练, 提高团队协作能力和应急处置水平。

### 1.2.3 术后处理阶段:

(1) 安全转运保障: 协助患者平稳转移, 防止管道脱落和意外伤害。详细记录术中特殊情况 and 护理措施, 与病房护士进行充分交接。转运前再次确认患者意识状态、生命体征稳定性, 确保所有引流管路固定妥当。

(2) 器械管理规范: 严格执行器械清洗消毒流程, 建立器械使用档案, 跟踪器械使用寿命和维护状态。分类处理不同材质器械, 采用专业清洗设备, 确保彻底清洁灭菌, 延长器械使用寿命。(3) 效果评价反馈: 收集手术医师和患者反馈意见, 持续改进护理配合质量。建立质量评估体系, 统计手术配合满意度, 分析存在问题, 制定改进措施, 形成闭环管理。

### 1.3 观察指标

(1) 手术相关指标: 包括手术时间、术中出血量、CO<sub>2</sub>气腹时间。(2) 并发症发生率: 包括吻合口瘘、肺部感染、泌尿系感染、切口感染等。(3) 护理满意度: 采用护理满意度调查问卷评估患者对护理服务的满意程度, 问卷包含服务态度、专业技能、沟通效果等维度, 总分100分, ≥80分为满意。

### 1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据, 计数(由百分率(%))进行表示)、计量(与正态分布相符, 由均数±标准差表示)资料分别行 $\chi^2$ 、*t*检验;  $P < 0.05$ , 则差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组患者手术相关指标比较

观察组均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 手术相关指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	手术时间(min)	术中出血量 (mL)	CO <sub>2</sub> 气腹时间 (min)
观察组( <i>n</i> = 60)	128.5±15.3	85.2±12.6	112.8±14.2
对照组( <i>n</i> = 60)	156.7±18.9	124.8±16.4	141.6±17.8
<i>t</i> 值	9.642	14.857	9.894
<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000

### 2.2 两组患者并发症发生率比较

观察组低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 并发症发生率比较[n(%)]

组别	吻合口瘘	肺部感染	泌尿系感染	切口感染	总发生率
观察组 ( <i>n</i> = 60)	2(3.3)	1(1.7)	2(3.3)	1(1.7)	6(10.0)
对照组 ( <i>n</i> = 60)	6(10.0)	5(8.3)	6(10.0)	4(6.7)	21(35.0)
$\chi^2$ 值	2.592	3.030	2.592	2.118	11.143
<i>P</i> 值	0.107	0.082	0.107	0.146	0.001

### 2.3 两组患者护理满意度比较

观察组评分高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 护理满意度比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	护理满意度评分
观察组( <i>n</i> = 60)	92.6±4.8
对照组( <i>n</i> = 60)	83.4±6.2
<i>t</i> 值	8.944
<i>P</i> 值	0.000

## 3 讨论

直肠癌是结直肠癌的重要组成部分, 占结直肠癌总数的60%-70%。近年来, 随着人们生活方式的改变和人口老龄化的加剧, 直肠癌发病率呈现明显上升趋势。传统的开腹直肠癌根治术虽然能够彻底切除肿瘤, 但创伤大、恢复慢、并发症多, 患者生活质量受到较大影响。随着微创外科技术的发展, 腹腔镜下直肠癌根治术应运而生, 成为当前外科治疗的重要选择。该术式通过几个小切口完成复杂的根治性手术, 具有创伤小、疼痛轻、恢复快、住院时间短等显著优势, 越来越受到医患双方的认可。腹腔镜技术的核心在于利用二氧化碳建立人工气腹, 创造操作空间, 通过腹腔镜镜头将腹腔内图像传输到显示器上, 外科医师通过观察屏幕完成手术操作。这种间接视觉操作模式对术者的空间感知能力、手眼协调能力和精细操作技巧提出了更高要求。同时, 手术器械的长度和角度限制也增加了操作难度。因此, 良好的护理配合对于保证手术成功至关重要<sup>[3]</sup>。腹腔镜下直肠癌根治术是一项复杂的微创手术, 涉及多个系统的精细操作, 对护理配合的专业性要求极高。传统的护理配合模式往往停留在被动响应层面, 护士主要承担器械传递、基础护理等辅助工作, 缺乏主动性和预见性<sup>[4]</sup>。这种模式难以满足现代腹腔镜手术的精细化需求, 容易出现配合不默契、器械传递不及时、应急处理不果断等问题, 直接影响手术效果。

优化的护理配合模式强调以患者为中心, 以循证医学为指导, 建立专业化、标准化、个性化的护理服务体系

系。该模式核心理念是将护理工作从被动服务转变为主动参与，从经验操作转变为科学决策，从单一配合转变为全面支持。在术前准备阶段，专业护理小组通过深度评估患者病情，制定个性化护理方案，确保各项准备工作精准到位。器械准备不再局限于基础配置，而是根据手术特点和医师习惯进行精细化配置，提高手术效率。术中配合是护理工作的核心环节，要求护士具备敏锐的观察力、准确的判断力和快速的执行力。在优化模式下，器械护士需要提前预判手术步骤，实现器械的精准传递。这种预判性配合基于对腹腔镜手术流程的深刻理解，对解剖结构的准确把握，对潜在风险的有效识别。同时，护士还需要密切监测患者生命体征变化，及时发现异常情况并采取相应措施。护理配合的质量直接影响手术的各个环节。良好的配合可以缩短手术时间，减少术中出血，降低并发症发生率。相反，配合不当可能导致手术时间延长，增加医源性损伤风险，影响患者预后<sup>[5]</sup>。因此，建立标准化的护理配合流程，提高护士的专业技能水平，是保证手术成功的关键因素。

本研究结果显示，观察组患者在手术相关指标、并发症发生率和护理满意度方面均显著优于对照组（ $P < 0.05$ ）。分析其原因为：首先，专业化护理团队的建立提高了护理配合的专业水准。经过专门培训的护士对腹腔镜手术流程更加熟悉，能够准确预判手术需求，实现精准配合。其次，标准化操作流程的实施确保了护理服务的一致性和可靠性。从器械准备到术中配合，每个环节都有明确的标准和要求，减少了人为因素的影响。再次，个性化护理方案的制定满足了不同患者的特殊需求，提高了护理的针对性和有效性。最后，全程质量管理的理念贯穿始终，从术前评估到术后随访，形成了完整的质量控制体系。优化护理配合模式的优势体现在多个方面：一是提高了手术效率，通过精准的器械传递和

流畅的操作配合，减少了手术时间；二是降低了手术风险，通过严密的生命体征监测和及时的应急处理，有效预防了并发症的发生；三是改善了患者体验，通过专业的护理服务和人性化的关怀，提高了患者满意度；四是促进了团队协作，通过明确的职责分工和有效的沟通协调，形成了高效的手术团队<sup>[6]</sup>。

综上所述，优化的护理配合模式在腹腔镜下直肠癌根治术中发挥着重要作用，能够显著改善手术效果，降低并发症发生率，提高患者满意度。该模式的成功实施需要建立在专业化团队建设、标准化流程制定、个性化方案设计和全程质量控制的基础上。未来的研究应该进一步探索护理配合的最佳实践模式，完善质量评价体系，推动护理专业化的持续发展。

#### 参考文献

- [1]朱丽,张丽秋.手术室实行无缝隙护理模式对行腹腔镜下直肠癌根治术患者护理质量的影响[J].吉林医学,2025,46(5):1211-1213.
- [2]刘雯静.腹腔镜下直肠癌根治术手术护理配合的效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(12):78,89.
- [3]吴萍,杨中华.良好护理配合对腹腔镜下直肠癌根治术患者手术成功率及并发症的影响[J].智慧健康,2024,10(2):214-218.
- [4]任书群,孟临翠.围手术期循证护理策略对中老年腹腔镜下结直肠癌根治术后恢复和并发症的影响[J].临床与病理杂志,2023,43(1):167-174.
- [5]李红.全程手术室护理对腹腔镜下结直肠癌根治术患者术后康复效果的影响[J].反射疗法与康复医学,2022,3(11):67-70.
- [6]郭艳玲.腹腔镜辅助下老年低位直肠癌全直肠系膜切除保肛根治术的围手术期护理体会[J].中国保健营养,2021,31(3):108.