

手术室护理路径在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者中的应用效果分析

吕鹏飞 张冰雪^(通讯作者) 李木王子 付雨晶

吉林省长春市白求恩第二医院, 吉林长春, 130000;

摘要: 目的: 探究手术室护理路径在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者中的应用效果。方法: 选取在我院就诊的腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者 80 例, 随机均分为对照组和观察组, 对照组进行常规护理, 观察组进行手术室护理路径干预。统计两组的相关临床指标以及并发症发生率。结果: 观察组的各项临床指标均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 对于腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者, 应用手术室护理路径, 可提升手术效果。

关键词: 手术室护理路径; 腹腔镜子宫肌瘤剔除术

DOI: 10.69979/3029-2808.26.03.038

子宫肌瘤, 是女性生殖系统中最常见的良性肿瘤, 流行病学数据显示, 其在育龄期女性中的发病率, 可达 20%~50%, 虽然多数患者无明显临床症状, 但随着肿瘤体积增大, 或数量增多, 常表现为月经异常、盆腔压迫症状、腹痛、甚至不孕等, 严重影响患者的身心健康及生活质量, 对于有症状或生长迅速的子宫肌瘤, 手术治疗, 仍是目前最有效的干预手段之一^[1]。近年来, 腹腔镜技术, 因其创伤小、恢复快、住院时间短等优点, 已成为子宫肌瘤剔除术的主流术式, 但腹腔镜手术仍具有一定的侵入性, 可能引发患者生理应激反应, 如血压波动、心率增快、术后肩痛、恶心呕吐等, 影响手术效果和术后恢复, 因此, 如何在围手术期实施科学、系统、个性化的护理干预, 成为提升手术质量和患者预后的关键^[2]。手术室护理路径是一种以循证医学为基础, 围绕手术全过程制定的标准化、程序化的护理管理模式, 其核心在于将护理工作流程化、规范化, 减少护理行为的随意性和盲目性, 从而提升护理质量, 已有研究证实, 护理路径在外科手术中的应用能够有效缩短手术时间、降低并发症、提高患者满意度, 然而, 针对其在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的系统应用研究仍较为有限^[3]。本研究旨在构建并实施一套适用于腹腔镜子宫肌瘤剔除术的手术室护理路径, 评估其对患者术中应激反应、术后恢复、并发症及生活质量的影响, 为临床护理实践提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 2 月~2025 年 2 月在我院就诊的腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者 80 例, 分为对照组和观察组。观察组平均 (49.51 ± 2.66) 岁。对照组平均 (47.21 ± 3.54) 岁 ($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 经 B 超或 MRI 确诊为子宫肌瘤, 具备手术指征; (2) 年龄 25~50 岁; (3) 首次接受腹腔镜手术; (4) 意识清楚, 无沟通障碍; (5) 自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准: (1) 合并严重心、肝、肾功能不全; (2) 合并恶性肿瘤; (3) 有精神疾病史; (4) 术中中转开腹。

1.2 方法

1.2.1 对照组

遵循医嘱, 实施常规护理。

1.2.2 观察组

1. 术前护理干预

(1) 在患者入院后, 责任护士第一时间进行首次接触, 通过亲切、耐心的沟通方式, 全面收集患者的基本信息、既往病史、心理状态及对手术的认知程度, 在详细了解病情的同时, 注重营造温馨、舒适的沟通氛围, 主动介绍病房环境、手术室布局、医护人员分工及住院期间的相关流程, 帮助患者尽快适应新环境, 减轻初入住院的紧张与陌生感, 为后续护理工作的顺利开展奠定情感基础^[4]。(2) 针对患者的具体情况, 制定个体化健康教育方案, 包括子宫肌瘤的发病机制、常见临床症状、腹腔镜手术的基本原理与优势、手术过程中的配合要点、

术后可能出现的生理反应及应对措施等,在讲解过程中,注重语言的通俗性与亲和力,避免使用过多专业术语,结合患者的年龄、文化程度、理解能力等因素,调整沟通方式,借助多媒体设备播放相关手术动画演示视频,展示手术器械、手术过程模拟及术后恢复场景,使患者对手术形成直观、科学的认知,消除因未知引发的恐惧与焦虑^[5]。(3)通过案例分享的方式,向患者介绍既往手术效果良好的同类病例,强调腹腔镜手术的微创性、恢复快、并发症少等优势,帮助患者建立积极的心理预期,对于患者提出的各类疑问,护理人员均予以耐心细致的解答,必要时请主治医师参与沟通,确保患者对手术相关信息有充分理解,提高患者的治疗依从性,降低术前焦虑水平,进而减少术中应激反应的发生,本研究中观察组患者在术前均接受不少于30分钟的系统健康教育,并鼓励家属参与,形成良好的家庭支持系统^[6]。

2. 术中护理干预

(1)患者进入手术室后,巡回护士首先核对患者信息,确认手术部位及手术方式,并以温和的语气与患者进行简短交流,缓解其进入陌生环境后的紧张情绪,在麻醉实施前,护理人员协助患者摆放合适的手术体位,根据腹腔镜手术的特点,患者通常采取膀胱截石位,并适当调整头低足高位,以利于手术视野的暴露。在体位摆放过程中,特别注意保护患者隐私,使用无菌巾单覆盖非手术区域,同时确保肢体处于功能位,避免神经压迫,或肌肉拉伤。(2)由于手术室环境温度较低、麻醉药物对体温调节中枢的抑制作用以及术中大量液体冲洗等因素,患者极易出现术中低体温,仅增加术后寒战、感染风险,还可影响凝血功能和药物代谢。因此,观察组患者在手术开始前,即使用充气式保温毯覆盖躯干及四肢,输液液体及腹腔冲洗液均提前加温至37℃左右,术中持续监测患者核心体温,确保体温维持在36.5℃以上,对于双肩部位,护理人员特别采用局部保温措施,以预防术后因二氧化碳气腹,刺激膈神经而引起的肩部酸痛^[7]。(3)在手术进行过程中,护理人员与手术医师保持密切配合,熟练掌握手术步骤及器械使用顺序,确保物品传递及时、准确。同时,全程监测患者的生命体征变化,重点关注气腹建立、体位调整、手术刺激强度变化等关键节点的血压、心率、血氧饱和度等指标,一旦发现异常波动,立即向医师报告,并协助采取相应处理措施,如调整气腹压力、暂停操作、追加麻醉药物等,确保患者术中状态平稳。(4)术中冲洗环节,

同样需要护理人员的精细操作。在腹腔冲洗过程中,护理人员严格记录冲洗液进出量,保持动态平衡,防止液体潴留或过度吸收引发术后腹胀或电解质紊乱。冲洗完毕后,及时清点纱布、器械,确保无误后协助医师完成切口闭合。手术结束后,护理人员轻声告知患者手术已顺利完成,并给予鼓励性语言,陪伴其进入麻醉复苏阶段,减轻苏醒初期的迷茫与不适。

3. 术后护理干预

(1)患者返回病房后,护理人员立即进行术后首次评估,针对麻醉药物对中枢神经系统的抑制作用及二氧化碳气腹对膈肌的刺激,护理人员在患者苏醒后立即给予低流量吸氧(2~3L/min),持续2~4小时,以促进体内残留二氧化碳的排出,减轻术后头痛、肩痛及恶心呕吐等不适,对于出现明显恶心呕吐的患者,护理人员及时评估其程度,遵医嘱给予止吐药物,并协助患者取侧卧位,防止误吸。(2)每日观察穿刺孔有无渗血、红肿、分泌物等异常情况,严格无菌操作更换敷料,指导患者保持局部清洁干燥。对于出现少量渗血的患者,及时加压包扎并加强观察;若发现活动性出血或腹腔内出血征象,如腹痛加剧、腹胀明显、血压下降等,立即通知医师并做好急诊处理准备。(3)采用数字评分法定期评估患者疼痛程度,针对不同程度的疼痛采取分级干预措施,对于轻度疼痛,采用心理疏导、转移注意力、调整体位等非药物干预;对于中重度疼痛,及时遵医嘱给予镇痛药物,并观察用药效果及不良反应,特别是对于术后肩部酸痛的患者,护理人员指导其采取健侧卧位,适当抬高上半身,促进气体向上聚集,并缓慢吸收,必要时配合局部热敷,有效缓解不适。(4)在患者麻醉苏醒后6小时,即协助其进行床上翻身、屈伸四肢等活动,预防压疮和下肢深静脉血栓,术后24小时内,根据患者体力恢复情况,逐步鼓励其下床站立、行走,活动时间由短至长、强度由弱至强,循序渐进,促进肠道功能恢复,改善肺通气和血液循环,降低术后并发症发生率。(5)术后6小时内禁食禁水,6小时后如无恶心呕吐,可少量饮水;排气后逐步过渡至流质、半流质饮食,如米汤、藕粉、蛋花汤等;排便后恢复正常饮食,强调高蛋白、高维生素、易消化的原则,促进组织修复和体力恢复。对于术后48小时内仍未排气的患者,护理人员评估腹胀程度,遵医嘱给予新斯的明0.5 mg肌肉注射,并加强腹部按摩和活动指导,促进肠道功能恢复。(6)与患者的日常交流,了解其术后心理状态,

及时疏导因疼痛、活动受限、恢复缓慢等引发的负面情绪,针对出院后的注意事项进行详细指导,包括伤口护理、饮食调理、活动限制、复诊时间等,确保患者出院后仍能获得持续的健康支持。

1.3 观察指标

对比两组分泌物异常持续时间、盆腔区隐痛时间以及下腹坠胀时间。

表1 相关临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	分泌物异常持续时间	盆腔区隐痛时间	下腹坠胀时间
对照组	40	16.58±2.46	23.84±2.84	46.79±4.05
观察组	40	10.81±1.05	18.27±2.46	39.49±3.97
t	-	13.643	9.375	8.140
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组并发症发生率

表2 并发症发生率[n(%)]

组别	例数	感染	疼痛	卵巢功能下降	总发生率
观察组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	2 (5.00)
对照组	40	2 (5.00)	4 (5.00)	3 (7.50)	9 (22.50)
χ^2	-	-	-	-	10.322
P	-	-	-	-	<0.05

3 讨论

腹腔镜子宫肌瘤剔除术作为微创外科技术的重要代表,凭借其创伤小、出血少、恢复快等优势,已在妇科领域得到广泛应用,但是,手术本身,仍属于侵入性操作,加之二氧化碳气腹、特殊体位、麻醉药物等多重因素的叠加影响,患者在围手术期仍面临一系列生理与心理应激反应,如何通过科学、系统、人性化的护理干预,最大限度降低手术风险、优化患者体验、促进术后恢复,已成为当前临床护理研究的重要方向^[8]。本研究通过构建并实施一套贯穿术前、术中、术后的手术室护理路径,系统评估其在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的应用效果,结果显示该护理路径在稳定术中生命体征、促进术后恢复、降低并发症发生率、提升生活质量及护理满意度等方面均表现出显著优势,充分体现了标准化护理路径在微创手术中的临床价值。

观察组患者在术前,接受系统的健康教育与心理疏导,对于手术流程、麻醉方式、术中感受等有了较为全面的认知,因而在面对陌生环境和手术刺激时,能够保持相对平稳的情绪状态,术中护理人员通过语言安抚、肢体接触、音乐干预等方式持续传递情感支持,也在一定程度上,增强了患者的心理安全感,进而减少了因焦虑引发的生理反应。术中,体温管理措施的落实,如保温毯使用、输液加温、冲洗液预热等,有效预防了术中

对比两组并发症发生率。

1.4 统计学方法

统计学结果由SPSS26.0统计学软件统计完成,若 $P < 0.05$,具有统计学意义。

2 结果

2.1 相关临床指标比较

低体温的发生,避免了因寒战、血管收缩等引发的心血管负担加重,为术中循环稳定提供了保障。腹腔镜手术后由于气腹残留、麻醉抑制、术后活动减少等因素,患者常出现腹胀、排气延迟等问题,影响进食和舒适度,观察组患者在术后早期即接受低流量吸氧、床上翻身指导、早期下床活动等干预措施,有效促进了二氧化碳的排出和肠道蠕动的恢复。饮食管理的科学实施同样发挥了重要作用,术后6小时开始少量饮水、排气后逐步过渡饮食,既避免了过早进食引起的胃肠不适,又为机体提供了必要的营养支持,符合快速康复外科理念的核心要求^[9]。早期活动与饮食干预的协同作用,缩短了住院时间,也降低了因长期卧床引发的下肢静脉血栓、肺部感染等并发症风险,进一步提升了术后恢复质量,本研究显示,观察组患者的术后并发症总发生率显著低于对照组,得益于手术室护理路径对并发症风险的预判与针对性干预,体现了护理工作从“被动应对”向“主动预防”的转变。

综上所述,手术室护理路径在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的应用,能够有效稳定患者术中生命体征,促进术后早期恢复,降低并发症发生率,提升患者生活质量及护理满意度,具有较强的系统性和可操作性,符合现代护理学“以患者为中心”的理念,值得在临床推广应用。随着微创手术技术的不断发展和护理理念的持续更新,

手术室护理路径有望在更多外科领域发挥重要作用,为提升围手术期护理质量、改善患者预后提供有力支撑。

参考文献

- [1] 孙淑惠,康秀凤. 手术室护理路径对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者应激反应、心理状态与护理满意度的影响[J]. 妇儿健康导刊,2025,4(14):149-152+157.
- [2] 周雪,张慧. 手术室护理路径在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者中的应用效果分析[J]. 中国社区医师,2025,41(08):135-137.
- [3] 陈伶俐. 手术室护理路径在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者中的应用价值探讨[J]. 生命科学仪器,2024,22(05):226-228.
- [4] 高玲霞. 手术室护理路径在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术中的应用效果[J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2024,11(09):118-120.
- [5] 朱荧. 手术室护理路径在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的作用[J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2024,11(09):121-123.
- [6] 聂冶琴,林丽珠,刘胜连. 手术室护理路径在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的作用[J]. 中国医药指南,2024,22

(04):174-177.

- [7] 王世娜. 手术室护理路径对行腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者应激反应及康复的影响[J]. 西藏医药,2020,41(06):112-113.
- [8] 于映. 手术室护理路径在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者中的价值[J]. 中国医药指南,2020,18(25):188-189.
- [9] 刘丹,俞洁. 手术室护理路径在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术中的应用研究[J]. 医学食疗与健康,2020,18(14):172-173.

作者简介:吕鹏飞,女,(1999.5-),毕业于北华大学护理学,就职于吉大二院,职务:护士,职称:护师。

通讯作者:张冰雪,女,(1999.6-),白城医学高等专科学校,护理学,吉林大学第二医院,职务:护士,职称:护师。

李木王子,男,(1999.07-),北华大学,护理学,吉林大学第二医院,护士,初级;付雨晶,女,(2002.12-),毕业院校长春医学高等专科学校;护理专业,吉林大学第二医院,护士,护士。