

手术室优质护理在腹腔镜下子宫切除术中的研究

黄美珍 广州中医药大学梅州医院 梅州市中医医院 广东梅州

514071

【摘要】目的：评价手术室优质护理在腹腔镜下子宫切除术中的应用效果和价值。**方法：**将2025年1月—2026年1月内接受腹腔镜下子宫切除术的114例患者按数字法随机分组为对照组（57例）与观察组（57例），对照组接受常规手术室护理，观察组接受手术室优质护理，对比护理效果。**结果：**不同护理下，观察组术中低体温、寒颤发生率低于对照组，术中出血量少于对照组；观察组术后时间指标优于对照组（首次排气、首次下床、住院时间）；观察组术后并发症发生率更低，三个维度指标差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论：**手术室优质护理在腹腔镜下子宫切除术中应用可改善患者手术质量与术后恢复质量，有应用价值。

【关键词】腹腔镜下子宫切除术；手术室优质护理；手术预后

腹腔镜下子宫切除术是妇科微创治疗的重要手术方式，其治疗效果好，术后恢复快。为进一步提升腹腔镜下子宫切除术的治疗效果，提出手术室优质护理，该护理模式以“患者为中心”，通过术前到术后的个性化护理措施，进一步提高手术治疗效果，实施内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2025年1月—2026年1月内接受腹腔镜下子宫切除术的114例患者按数字法随机分组为对照组（57例）与观察组（57例），符合研究开展条件，数据如下：（1）年龄（组别，平均年龄）：（对照组 55.10 ± 10.64 岁，观察组 54.75 ± 10.81 岁）；（2）病程（组别，平均病程）：（对照组 3.01 ± 1.90 年，对照组 3.30 ± 2.01 年）；

纳入标准：（1）符合腹腔镜下子宫切除术指征并接受手术治疗；（2）年龄 ≥ 18 岁；（3）知情并同意。

排除标准：（1）凝血功能障碍患者；（2）合并其他危急重症。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者接受常规护理，术前核对患者情况与手术方式，做好必要宣教，提前准备手术和设备，术中按照手术方案规范配合治疗，观察患者生命体征，做好应急预案准备。术后协助进行麻醉苏醒，护送返回病房并规范交接。

1.2.2 观察组 观察组接受手术室优质护理：

（1）术前护理：在术前开展巡房，与患者进行沟通评估患者心理状态，采用案例分享方法消除患者术前紧张恐惧，通过健康教育提高患者健康知识储备，同时做好术前配合。护理人员需要做好术前准备，检查维护麻醉剂、腹腔镜等设备，调节手术室气温、湿度，根据患者术式要求准备好加温毯、静脉输液加温仪等设备。

（2）术中护理：患者送入手术室后，使用加温毯和加温仪预热，保证患者静脉输液、腹腔冲洗等操作液体均与体温相适宜，同时加强鼻咽温监测，确保患者体温始终适宜。另外根据患者舒适，改良截石位同时合理放置体位垫，降低术中压力性损伤。在手术过程中，规范熟练地传递手术用具，与主治医生做好配合以缩短手术时间。对各项意外事件做好事先应急预案，在发生第一时间及时处理，保障手术进展。

（3）术后护理：手术完成后，规范导管拔出，送至 PACU 持续监测患者各项生命体征，根据体征变化，给予患者吸氧、保暖等措施，严密防范苏醒期不良反应，待患者一切体征稳定、意识清醒后，护送返回病房，做好交接工作。告知患者及家属术后注意事项，给予疼痛、运动、饮食等方面建议。

1.3 观察指标

- （1）术中指标：手术低体温、寒颤发生率、术中出血量。
- （2）术后时间指标：首次排气时间、首次下床时间、住院时间。
- （3）术后并发症：切口感染、压力性损伤、深静脉血栓、恶心呕吐等发生率。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS17.0 软件中分析，计量资料比较采用 t 检验，并以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，率计数资料采用 χ^2 检验，并以率 (%) 表示，($P < 0.05$) 为差异显著，有统计学意义。

2 结果

2.1 术中指标对比

不同手术室护理干预下，观察组手术低体温、寒颤发生率更低、术中出血量更少，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1：

表 1 对照组与观察组术中指标对比 [$\bar{x} \pm s$, [n, (%)]

组别	例数	术中出血量 (mL)	术中低体温	术中寒颤
对照组	57	55.37±11.20	7(12.28)	7(12.28)

观察组	57	39.92±9.81	1(1.75)	1(1.75)
t/x^2	-	7.834	4.832	4.832
P	-	<0.001	0.028	0.028

2.2 术后时间指标对比

不同手术室护理干预后，观察组首次排气时间、首次下床时间、住院时间均短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2：

表 2 对照组与观察组后时间指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别/例数	首次排气时间（h）	首次下床时间（h）	住院时间（d）
对照组/57	27.53±3.93	22.58±4.89	5.90±1.30
观察组/57	21.04±3.75	15.78±3.10	4.10±0.57
t	9.020	8.867	9.574
P	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 术后并发症发生率

不同手术室护理干预后，观察组术后并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3：

表 3 对照组与观察组术后并发症发生率对比[n, (%)]

组别/例数	切口感染	压力性损伤	深静脉血栓	恶心呕吐	总发生率
对照组/57	2	1	0	6	9(15.79)
观察组/57	1	0	0	1	2(3.51)
χ^2	-	-	-	-	4.930
P	-	-	-	-	0.026

3. 讨论

本研究实施手术室优质护理，有效降低了术中低体温、寒颤发生率，减少了术中出血量，同时缩短了首次排气、首次下床、住院时间，降低了术后并发症发生率，对于患者术后康复有积极意义。分析原因，术前巡房实施健康教育与心理疏导，能够缓解患者的各类负面情绪，让其对手术治疗有正确的认知和配合，为手术开展奠定基础^[1]。术中针对患者开展精细化管理、体位管理及手术配合，避免了患者低体温等情况的发生，保障了手术顺利进行。术后进

行科学的苏醒护理、交接以及预后指导，可有效地推动患者康复，降低术后并发症的发生率^[2]。

综上所述，手术室优质护理在腹腔镜下子宫切除术中应用可提高患者手术质量与术后恢复质量，有应用价值。

参考文献

[1]张儒. 手术室优质护理在腹腔镜下子宫切除术中的应用效果[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2023, 10(36):156-158.

[2]汤美珠. 综合专案护理在腹腔镜下全子宫切除术患者手术室护理中的应用[J]. 中国医药指南, 2022, 20(29):46-49.