量化评估基础上的手术室护理对急性阑尾炎患者干预的价值

郭 洋，赵 琴

上海长征医院 上海

【摘要】**目的** 分析在急性阑尾炎患者的手术室护理中引入量表评估并干预的实施效果；**方法** 回顾性模式，以 2025 年 1 月至 12 月为研究时段，以本院为研究场所，以急性阑尾炎患者为对象，共纳入 70 例。根据护理模式不同进行分组，各 35 例。对照组为常规护理，观察组围绕量化评估实施手术室护理，比较两组的手术指标、疼痛指数及不良事件；**结果** 观察组在首次下床活动等相关手术指标上均显优（*P*<0.05）。两组围术期不良事件发生率差异不显著（*P*>0.05）。术后 1d 及 3d 观察组的视觉模拟疼痛评分（VAS）均更低（*P*<0.05）；**结论** 通过在急性阑尾炎患者的手术室护理中以量化评估进行指导，能够实现对手术指标的优化，降低围术期不良事件发生风险并缓解疼痛。

【关键词】急性阑尾炎；手术室护理；量化评估；不良事件

【收稿日期】2026 年 9 月 5 日 【出刊日期】2026 年 10 月 6 日 【DOI】10.12208/j.jmnm.20260546

The value of operating room nursing based on quantitative assessment in intervention for patients with acute appendicitis

Yang Guo, Qin Zhao

Shanghai Changzheng Hospital, Shanghai

【**Abstract**】**Objective** To analyze the implementation effect of scale evaluation and intervention in the operating room nursing of patients with acute appendicitis. **Methods** A retrospective model, from January to December, 2025, was used to study 70 patients with acute appendicitis in our hospital. According to different nursing modes, 35 cases were divided into groups. The control group was given routine nursing, while the observation group was given operating room nursing around quantitative evaluation, and the operation indexes, pain index and adverse events were compared between the two groups. **Results** In the observation group, the related surgical indexes such as getting out of bed for the first time were significantly superior (P<0.05). There was no significant difference in incidence of perioperative adverse events between the two groups (P > 0.05). The Visual Analogue Scale (VAS) scores in the observation group were lower on the 1st and 3rd day after operation (P < 0.05). **Conclusion** Through the guidance of quantitative evaluation in the nursing of patients with acute appendicitis in the operating room, the operation indexes can be optimized, the risk of perioperative adverse events can be reduced and the pain can be relieved.

【**Keywords**】Acute appendicitis; Operating room nursing; Quantitative assessment; Adverse events

急性阑尾炎属于多发性临床急腹症的一种，在临床干预中以手术治疗作为主要手段，能够实现对阑尾炎症组织的快速切除，迅速缓解临床症状[1]。但手术治疗期间带给患者的身心伤害及负担也不可忽视，从术前准备到术后恢复等关键环节中，均需要实现对患者生理与心理的同步关注，能够提升患者在治疗期间的依从性和配合度，降低各类并发症发生风险[2-3]。通过将量化评估引入到手术室护理中，有望提升对急性阑尾炎手术患者的护理成效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以回顾性研究模式，择 2025 年 1 月至 12 月为研究时段，选取本院 70 例急性阑尾炎患者为对象，根据护理模式不同进行分组，各 35 例。对照组为常规护理，观察组围绕量化评估实施手术室护理。纳入标准：①确诊为急性阑尾炎，且实施手术疗法；②病历资料完整；③年龄≥18 岁。排除标准：①合并弥漫性腹膜炎等；②合并既往腹部手术史；③因各类原因中途转院者；④

合并恶性肿瘤。

1.2 方法

对照组实施常规护理模式。术前 1d 由护理人员协助医师对患者进行常规术前宣教，告知术前注意事项，包括禁饮禁食、保持良好心态等等。手术过程中积极配合医师，根据医院及手术标准化流程来执行操作。监测生命体征，及时识别异常反应并处理。术后待患者麻醉苏醒后送往普通病房观察，完成交接班。

观察组围绕量化评估开展手术室护理。具体如下：（1）量化评估开展：根据急性阑尾炎手术患者的手术及护理需求，制作手术患者风险评估量表，将可能影响到手术开展的各类因素进行整合与评估，包括患者年龄、基础病史、手术史、营养状态、是否合并慢性病等等。对各风险因素进行赋值，如年龄＜60 岁为 1 分，≥60 岁为 2 分；合并糖尿病、冠心病等慢性病，1 种疾病赋值 2 分；阑尾炎分型为化脓性阑尾炎得 2 分，单纯性阑尾炎 1 分等。得分越高表明患者风险程度越高。采用 Braden 量表评估术中压力性损伤风险，根据得分不同对患者实施差异化护理措施。根据量表评估结果将患者分为低风险（＜6 分）、中风险（6~7 分）及高风险（≥8 分）三个风险分级。（2）低风险手术室护理：术前常规对患者进行健康宣教，结合患者及家属的认知水平，选用宣教视频、宣教手册等多种手段来配合宣教，确保患者正确认知并掌握急性阑尾炎的相关疾病知识，积极配合手术开展。术中护理密切监视患者心率、血压等体征变化，当出现异常情况时保持冷静并妥善应对。术后早期要求患者采取平卧位或半卧位，观察手术创口恢复情况，当出现腹腔渗液等问题时，及时告知医师并处理。观察手术敷料情况，当出现破损、污染等问题时及时更换，防止出现创口感染。术后饮食根据患者胃肠道恢复情况决定，以肛门排气为度，而后可在医护人员指导下进食流质食物，循序渐进直至恢复正常。（3）中高风险手术室护理：在低风险护理基础上，选取高年资护理人员作为实施主体。在术前引入综合性心理评估，对患者的术前心理状态进行评价，当伴有明显焦虑、不安等情绪时，引入一对一疏导、家属陪伴支持等多种方法，给予患者心理支持以纾解负性情绪。进入手术室后，以语言鼓励、肢体抚触等形式，给予患者安慰和支持，术中强化生命体征监测，并将个体化保温护理引入到手术中，对术中裸露部位以毛毯等进行遮盖，减少体温流失。对术中使用液体进行预加温，控制在 37℃，降低低温刺激。术后遵医嘱按时换药，观察创口恢复情况。对于创口恢复速度较慢的患者，可选用红外热疗仪进行干预；对于合并体温异常升高的患者，需主动询问患者感受，分析是否伴有压痛、胀痛等明显不适感，告知医师并及时干预。

1.3 观察指标

（1）手术指标：对患者的术后首次下床、首次进食及住院等时间指标进行对比。

（2）不良事件：对围术期患者出现各类不良事件的发生情况进行比较，涉及到低体温、压力性损伤等。

（3）疼痛指数：利用视觉模拟评分法（VAS）评估。

1.4 统计学方法

以统计学软件 SPSS（26.0 版本）分析，计量数据以（$\bar{x}\pm s$）表示 t 检验，计数数据以[例（%）]表示 χ^2 检验。P<0.05 表示组间数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料比较

观察组中男患者例数为 20（57.14%）例，女患者例数为 15（42.86%）例，对照组中则为男 19（54.29%）例，女 16（45.71%）例，组间相比较结果显示 χ^2=0.058，P=0.810；观察组平均年龄为（36.43±4.89）岁，对照组为（36.91±5.12）岁，组间比较 t=0.401，P=0.689；BMI，观察组平均为（22.41±3.11）kg/m^2，对照组为（22.56±2.97）kg/m^2，组间比较 t=0.206，P=0.837。患者基线资料中各数据均衡可比（P＞0.05）。

2.2 相关手术指标比较

观察组的术后首次下床活动时间为（1.69±0.37）d，对照组为（2.11±0.44）d，组间相比较 t=4.322，P＜0.001；观察组的术后首次进食时间为（4.39±0.50）h，对照组则为（6.48±0.78）h，两相比较显示 t=13.346，P＜0.001；观察组的总住院时间为（4.03±0.42）d，对照组为（5.11±0.61）d，组间比较 t=8.627，P＜0.001。

2.3 不良事件发生情况比较

在观察组患者中，共有 1（2.86%）例患者在手术过程中出现低体温，1（2.86%）例出现非计划性低血压，总发生率为 5.71%（2/35）；对照组中，发生术中低体温的例数总共为 3（8.57%）例，1（2.86%）例出现压力性损伤，2（5.71%）例发生非计划性低血压，总的不良事件发生率为 17.14%（6/35）。可见，观察组围术期不良事件发生率低于对照组，但组间差异未达到统计学意义（χ^2=2.258，P=0.133）。

2.4 疼痛情况比较

对比不同围术期阶段患者的疼痛情况，在术前 1d 筛查中显示，观察组的 VAS 评分为（7.81±0.92）分，

对照组为（7.72±0.91）分，组间比较 t=0.411，P=0.682；术后 1d，观察组 VAS 得分为（4.14±0.40）分，对照组则为（5.61±0.51）分，两组间比较结果显示 t=13.418，P＜0.001；术后 3d，观察组 VAS 得分为（2.02±0.18）分，对照组则为（2.79±0.15）分，组间比较显示 t=19.442，P＜0.001。

3 讨论

急性阑尾炎以急性腹部疼痛作为典型表现，其疼痛程度、持续时间等与实际病情相关，普遍表现为阵发性，疼痛范围局限于脐周到右下腹[4]。如果对于急性阑尾炎患者干预不及时，可能导致阑尾穿孔等严重并发症。腹腔镜手术作为微创术式应用较广，对比开放手术带给患者的创伤明显更小，但受限于手术疗法的影响，其对于患者的损伤仍然不可忽视[5]。

手术室护理属于临床常用护理模式，其关注患者在手术治疗过程中的护理需求，但存在个性化不足、全面性不足等问题，使得手术室护理质量受到影响。量化评估作为一种新型护理手段，其以循证医学理念为依据，通过以量化指标加科学评估的模式，能够识别常见风险因素并挖掘潜在问题，根据问题来指导护理开展，促进护理针对性、有效性的显著提升，为护理质量提升奠定基础[6-7]。通过以量化评估为依据来指导手术室护理展开，能够实现对患者护理风险的精准识别，并以预见性眼光进行干预，从而降低护理问题发生率。研究结果显示，观察组患者的各项手术指标均更优，且术后疼痛评分上均更低，这表明该模式的运用能够实现对急性阑尾炎手术患者相关指标的优化，规避护理风险。究其原因，在量化评估下的手术室护理，术前将量化评估引入到患者的术前准备工作中，实现对各类风险因素的识别和赋值，并根据患者得分不同进行风险分级[8]。在此基础上，根据风险分级结果不同采取个体化的手术室护理内容，能够迎合不同患者的实际护理需求，提升护理的个性化和精准度，以此来强化手术室护理成效，提升护理质量。结果显示观察组围术期不良事件发生率低于对照组，但组间差异未达到统计学意义，这说明该模式虽然能够一定程度上降低急性阑尾炎患者的术后不良事件风险，但可能受到研究样本量较小的影响，导致组间数据差异不显著，后续可扩大样本量以进一步证实。

综上所述，通过在急性阑尾炎患者手术室护理中以量化评估为基础进行干预，能够优化手术指标，改善术后疼痛，应用价值良好。

参考文献

[1] 王晓晓,曾小玲. 基于质量控制小组模式的手术室护理在腹腔镜下阑尾切除术中的应用[J].基层医学论坛,2026,30(6):113-115.

[2] 曾雅萍,苏华圣. 红外线理疗配合手术室护理对急性阑尾炎腹腔镜手术患者术后恢复情况、胃肠功能的影响[J].中国现代药物应用,2024,18(9):170-173.

[3] 林丹. 多元化护理方案对急性阑尾炎合并高血压患者术后血压及康复效果的影响[J].中国医学创新,2024,21(10):66-69.

[4] 樊雨尘,蔡美旋. 手术室整体护理对缓解急性阑尾炎患者术后疼痛感及舒适度的影响[J].西藏医药,2023,44(6):105-107.

[5] 郑夏. 手术室护理路径对老年急性阑尾炎患者术中出血量及肛门排气时间的影响[J].西藏医药,2023,44(6):113-115.

[6] 林兰娟. 量化评估的手术室护理干预在阑尾炎患者中对并发症发生率及首次活动时间的效果[J].中国医药指南,2023,21(12):123-126.

[7] 钟素琼. 心理护理干预在急性阑尾炎患者手术室护理的应用效果及对患者不良心理的改善分析[J].包头医学院学报,2021,37(7):79-83.

[8] 刘畅. 急性阑尾炎患者手术室护理的分析[J].中国医药指南,2020,18(13):260-261.

版权声明：©2026 作者与开放获取期刊研究中心（OAJRC）所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
OPEN ACCESS