预见性护理在妇科腹腔镜手术患者围术期护理中的应用

夏祥珍

安徽省宣城市人民医院妇科　安徽宣城

【摘要】目的 分析预见性护理模式在妇科腹腔镜手术患者围术期护理中的应用效果。**方法** 选取我院妇科 2025 年 1 月至 2025 年 10 月期间接受妇科腹腔镜手术的患者 100 例作为研究对象。**结果** 观察组患者术后的视觉模拟评分法（VAS）与焦虑自评量表（SAS）评分显著低于对照组，术后首次下床活动、肛门排气及住院时间更短，总并发症发生率明显更低（P<0.05）。**结论** 将预见性护理应用于妇科腹腔镜手术患者的围术期管理，能够有效缓解术后疼痛与焦虑情绪，加速术后胃肠功能恢复与早期活动。

【关键词】预见性护理；妇科；腹腔镜手术；围术期护理

【收稿日期】2026 年 5 月 15 日　　**【出刊日期】**2026 年 6 月 5 日　　【DOI】10.12208/j.ijog.20260003

Application of proactive nursing in perioperative care for gynecological laparoscopic surgery patients

Xiangzhen Xia

Department of Gynecology, People's Hospital of Xuancheng City, Anhui Province, Xuancheng, Anhui

【Abstract】Objective To analyze the application effect of proactive nursing mode in perioperative nursing of patients undergoing laparoscopic surgery. **Methods** 100 patients who underwent gynecological endoscopic surgery in our hospital from January 2025 to October 2025 were selected as the research subjects. **Results** The Visual Analogue Scale (VAS) and Self-Rating Anxiety Scale (SAS) scores of the observation group patients were significantly lower than those of the control group after surgery, and the first time they got out of bed, anal exhaust, and hospitalization time were shorter. The overall incidence of complications was significantly lower (P<0.05). **Conclusion** Applying predictive nursing to perioperative management of patients undergoing gynecological endoscopic surgery can effectively alleviate postoperative pain and anxiety, accelerate postoperative gastrointestinal function recovery and early activity.

【Keywords】Proactive nursing; Gynecology; Laparoscopic surgery; Perioperative care

妇科腹腔镜手术因微创优势已成为主流术式，但患者围术期仍面临身心的多种风险[1]。常规护理模式在问题出现后才进行处置，存在被动与滞后性，难以完全契合快速康复外科理念的要求[2]。预见性护理是基于循证对潜在问题预测干预的模式[3]。在妇科腹腔镜领域，研究多关注单一环节，将其贯穿整个围术期的实践证据尚少。本研究旨在构建一套围术期预见性护理方案，综合评价其效果，以探索提升护理质量与患者结局的优化路径。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取我院 2025 年 1 月至 2025 年 10 月期间住院并拟行腹腔镜手术的患者 100 例作为研究对象。随机分为观察组与对照组，两组患者的基线资料差异无统计学意义（$P>0.05$），有可比性，见表 1。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：

（1）年龄 18~65 岁；

（2）经临床诊断需行择期妇科腹腔镜手术；

（3）美国麻醉医师协会（ASA）分级为I~II级；

（4）意识清楚，具备正常沟通能力，能配合完成量表调查；

（5）自愿参与本研究。

排除标准：

（1）合并严重心、肺、肝、肾功能不全或凝血功能障碍；

（2）中转开腹手术者；

（3）严重精神疾病或沟通障碍；

（4）临床资料不全或中途退出研究者。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组方法

对照组实施妇科腹腔镜手术围术期常规护理。包括术前常规健康教育、术前准备、术后生命体征监测、遵医嘱用药、基础疼痛护理及出院指导。

1.3.2 观察组方法

观察组在上述方法的基础上实施预见性护理。由一名护士长、两名高年资责任护士及一名麻醉科护士组成护理小组。通过文献回顾与科室既往病例分析，共同制定妇科腹腔镜手术围术期预见性护理的路径表。具体措施如下：

（1）术前阶段

风险预见评估。在患者入院时全面评估患者的病情、心理状态、营养状况、疼痛的耐受度及对手术的认知程度。尤其要关注有无焦虑、抑郁情绪及会导致术后出现并发症的高危因素。

个性化预见性干预。根据患者上述的评估情况制定干预计划，主要有如下部分。

1）心理预见性疏导：针对每一位评估出的焦虑情绪，提前做好手术流程、麻醉方式以及术后可能出现的不适的详细解释。同时附带介绍成功案例，为患者建立现实的术后期望。

2）并发症预见性宣教：主要讲解术后早活动、深呼吸及有效咳嗽的重要性。细致演示操作方法，并演示腿部踝泵等运动，确保患者完全掌握。

3）疼痛预见性管理：提前告知患者术后会出现的疼痛的规律，讲授镇痛泵的使用及非药物镇痛如放松疗法、体位调整的方法。演示结合患者自行执行，优化其操作效果。

（2）术中阶段

与麻醉医生、手术护士协作。在手术开始前提前检查关注体位摆放对神经、血管的压迫风险。手术过程中做好体温保护，保温措施需尽量覆盖非手术区域，输注液体需提前加温。预防低体温。

（3）术后阶段

疼痛预见性管理。在患者主诉剧痛前，即使用VAS 评分评估疼痛，后续实施多模式镇痛。结合术前的评估，对于预估疼痛较剧的患者，在镇痛泵镇痛基础上，遵医嘱按时给予辅助镇痛药，代替按需给药。指导协助患者采取舒适卧位。

并发症预见性防控。

1）恶心呕吐：对高危患者，在麻醉清醒后便要叮嘱并按时监测其头偏一侧，遵医嘱预防性使用止吐药。

2）肩背痛及皮下气肿：在术后早期开始协助患者取头低脚高位。辅助轻拍背部，鼓励深呼吸以促进 CO_2 吸收。

3）深静脉血栓：麻醉清醒后就可以督促协助患者做踝泵运动。术后 6 小时内协助床上活动，术后 24 小时内便可在评估后协助开始进行下床活动。

4）泌尿系统感染：恢复情况允许的前提下尽早拔除导尿管，鼓励多饮水，观察尿液性状。

康复促进。根据前期评估的患者耐受情况，制定个性化的渐进式活动计划表，并且督促执行。指导其做好饮食过渡，从流质、半流质到普食。

1.4 观察指标

疼痛程度：采用视觉模拟评分法（VAS，0~10 分）评估患者术后 24、48 小时的静息痛程度。

焦虑状态：采用焦虑自评量表（SAS）评估患者术后 3 天的焦虑水平。

术后恢复指标：记录术后首次下床活动时间、术后肛门首次排气时间。

住院时间：总住院天数。

术后并发症发生情况：统计两组患者术后恶心呕吐、肩背痛、皮下气肿、切口感染、尿路感染、深静脉血栓等并发症的发生例数及总发生率。

1.5 统计学方法

使用 SPSS22.0 软件分析，使用（$\bar{x}\pm s$）表示计量资料，t 检验；使用%表示计数资料，卡方检验，$P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的基线资料比较

两组患者的年龄等基线资料差异无统计学意义（$P>0.05$），有可比性，见表 1。

2.2 患者术后观察指标比较

术后，观察组的 VAS、SAS 评分明显低于对照组，且首次下床、排气及住院时间更短，差异具有统计学意义（$P<0.05$），见表 2。

2.3 患者并发症情况比较

观察组出现术后恶心呕吐 1 例（2.00%），尿路感染 1 例（2.00%），并发症总发生率为 4.00%（2/50）。

对照组出现术后恶心呕吐 4 例（8.00%），肩背痛 3 例（6.00%），尿路感染 1 例（2.00%），并发症总发生率为 16.00%（8/50）。两组并发症总发生率比较，差异有统计学意义（χ^2=4.000，P=0.046）。

表 1 两组患者的基线资料对比[n，（%）、（$\bar{x}\pm s$）]

组别		观察组	对照组	t/χ^2	P
例数		50	50	-	-
年龄（岁）		42.35±8.67	43.12±9.01	0.435	0.664
体重指数（kg/m²）		22.18±2.45	22.07±2.63	0.216	0.829
ASA 分级	I 级	29（58.00%）	28（56.00%）	0.041	0.840
	II 级	21（42.00%）	22（44.00%）	0.041	0.840
手术时间（min）		98.45±25.33	101.20±28.14	0.514	0.609
术中出血量（mL）		50.82±20.15	53.47±22.36	0.623	0.535

表 2 两组患者术后观察指标对比（$\bar{x}\pm s$）

组别		观察组	对照组	t	P
例数		50	50	-	-
VAS 评分（分）	术后 24h	3.12±0.85	4.58±1.02	7.775	<0.001
	术后 48h	1.65±0.72	2.80±0.91	7.008	<0.001
SAS 评分（分）		42.36±5.17	48.91±6.24	5.716	<0.001
首次下床时间（h）		18.62±4.35	26.75±5.88	7.860	<0.001
首次排气时间（h）		22.41±5.62	30.28±7.15	6.119	<0.001
住院时间（d）		5.12±1.05	6.85±1.47	6.772	<0.001

3 讨论

妇科腹腔镜手术是利用腹腔镜器械，以腹部微小切口或自然腔道（如阴道）进行的微创手术[4]。有创伤小、出血少、疼痛轻和恢复快等优点，广泛应用于多种妇科疾病的诊断治疗。

妇科腹腔镜手术围手术期多采用常规护理。常规护理包括术前健康教育及疼痛管理等内容。常规模式虽必要，但其效果有明显的局限性[5]。对于缓解患者深层次的焦虑、预防术后并发症促进早期康复等方面，效果较为一般[6]。

本研究的结果显示，预见性护理在改善妇科腹腔镜手术患者结局方面有显著优势。该模式能缓解术后中远期疼痛与焦虑情绪，且二者效果相互促进。对早期活动与饮食过渡落实，促进了胃肠功能恢复且缩短了整体康复进程，这十分契合快速康复外科的理念[7]。在并发症防控上，针对性的预见措施及提前干预，显著降低了总体发生率，体现了该模式精准的风险管理能力[8]。患者满意度的提升，是上述积极改变的综合体现，反映了护理模式转向了主动干预。但是，本研究为单中心研究。故不同措施的贡献度及其在不同亚群中的差异，有待进一步探讨。这提示，未来的护理发展需要构建更精细的风险预测模型，并将该模式在更复杂的手术情境中验证，以推动围术期护理质量的深层优化。

综上所述，将预见性护理系统整合于妇科腹腔镜手术的围术期护理路径中，能有效优化患者的康复轨迹。

参考文献

[1] 王哲.妇科腔镜手术患者麻醉中七氟烷联合丙泊酚的效果研究[J].中外医疗,2023,42(32):121-124.

[2] 阙丽琴,陈志英.妇科腔镜手术截石位两种安置时机的护理效果比较[J].中外医疗,2020,39(21):160-162.

[3] 王璐,程荣花,孙文馨.预见性护理在妇科恶性肿瘤单孔腹腔镜治疗中的应用效果[J].黑龙江中医药，2022,51(1):300-302.

[4] 刘洁,王淑静,武侠,等.宫腹腔镜联合治疗子宫内膜异位

症合并内膜息肉临床效果分析[J].河南外科学杂志,2023,29(5):160-162.

[5] 王雯,罗春兰,王雅娟.基于快速康复的手术室复合保温干预对妇科宫腔镜手术患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(22):119-121.

[6] 施冬青,陈冬梅,唐艳.揿针埋针防治妇科腔镜术后恶心呕吐临床研究[J].现代中医药,2021,41(6):102-105.

[7] 梁巨光,韦春萱,何柳,等.腹腔镜下老年妇科肿瘤切除术患者低体温的预见性保温效果观察[J].护理实践与研究,2025,22(8):1259-1264.

[8] 李冬青,任卿,李谦,等.预见性护理在妇科腔镜手术病人围术期护理中的应用[J].护理研究,2025,39(9):1543-1546.

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