

论著·护理研究

手术室前瞻性流程化管理在结肠癌手术患者中的应用

林柳兰, 徐 明

(广东省人民医院赣州医院/赣州市立医院手术室, 江西 赣州 341000)

[摘要] **目的** 探讨在结肠癌手术患者中应用手术室前瞻性流程化管理的效果。**方法** 选取 2020 年 1 月至 2023 年 3 月于该院拟行腹腔镜结肠癌根治术的 110 例患者,以随机数字表法分为对照组与试验组,均为 55 例。给予对照组患者常规手术室护理,试验组患者实施手术室前瞻性流程化管理,记录并比较 2 组患者入室后负性情绪、术中各时点体温、术后复苏期苏醒情况、术中并发症发生率及患者满意度。**结果** 试验组患者焦虑自评量表[(28.84±3.41)分]、恐惧视觉模拟评分量表[(4.21±1.39)分]评分均低于对照组[(35.92±5.16)、(6.82±1.44)分],差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组患者切皮时(T2)、手术开始后 30 min(T3)、手术开始后 60 min(T4)及手术结束时(T5)时体温对比,试验组均高于对照组($P<0.05$)。且对照组 T2、T3、T4、T5 时体温显著低于麻醉时(T1)时($P<0.05$);试验组麻醉苏醒时间[(19.71±6.59)min]、气管插管拔管时间[(22.96±5.87)min]均短于对照组[(22.73±6.17)、(26.12±6.05)min],Steward 苏醒评分高于对照组[(4.92±0.62)分 vs. (4.46±0.87)分],差异有统计学意义($P<0.05$)。试验组术中并发症发生率低于对照组[3.64%(2/55) vs. 14.55%(8/55)],试验组患者对护理工作总满意度高于对照组[98.18%(54/55) vs. 85.45%(47/55)],差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 前瞻性流程化模式可缓解结肠癌患者恐惧、焦虑情绪,避免术中低体温的发生,缩短麻醉苏醒时间、气管插管拔管时间,并能够提高患者苏醒质量,降低术中并发症发生率,提高患者对护理工作满意度。

[关键词] 腹腔镜结肠癌根治术; 手术室护理; 前瞻性流程化管理; 体温; 麻醉苏醒

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.04.022

中图法分类号:R473.6

文章编号:1009-5519(2025)04-0916-05

文献标识码:A

Application of prospective process management in operating room
for patients with colon cancer surgery

LIN Liulan, XU Ming

(Department of Operating Room, Guangdong Provincial People's Hospital/Ganzhou Municipal
Hospital, Ganzhou, Jiangxi 341000, China)

[Abstract] **Objective** To explore the effect of prospective process management in operating room for patients with colon cancer surgery. **Methods** A total of 110 patients who underwent laparoscopic radical resection of colon cancer in the hospital from January 2020 to March 2023 were selected. They were divided into the control group and the experimental group using a random number table method, with 55 cases in each group. The patients in the control group were given routine operating room nursing, and the patients in the experimental group were given the prospective process management of the operating room. The negative emotions after entry, body temperature at various points during operation, recovery status during the post operative recovery period, incidence of complications during operation and patient satisfaction were recorded and compared between the two groups. **Results** The scores of anxiety self-rating scale [(28.84±3.41)points] and fear visual analog scale [(4.21±1.39)points] of the experimental group were lower than those of the control group [(35.92±5.16), (6.82±1.44) points], and the differences were statistically significant ($P<0.05$). The body temperature of the two groups at the time of incision(T2), 30 min after the operation(T3), 60 min after the operation(T4) and at the end of the operation(T5) in the experimental group were higher than those in the control group ($P<0.05$). The body temperature of the control group at T2, T3, T4 and T5 were significantly lower than those at anesthesia(T1) ($P<0.05$). Anesthesia recovery time [(19.71±6.59)min] and tracheal intubation and extubation time [(22.96±5.87)min] in the experimental group were shorter than those

作者简介:林柳兰(1986—),本科,主管护师,主要从事手术室护理方面的研究。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250221.1757.058\(2025-02-24\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250221.1757.058(2025-02-24))

in the control group $[(22.73 \pm 6.17), (26.12 \pm 6.05) \text{ min}]$. The recovery score of Steward of the experimental group was higher than that of the control group $[(4.92 \pm 0.62) \text{ points vs. } (4.46 \pm 0.87) \text{ points}]$, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The incidence of complication during operation of the experimental group was lower than that of the control group $[3.64\% (2/55) \text{ vs. } 14.55\% (8/55)]$, and the total satisfaction rate of the experimental group was higher than that of the control group $[98.18\% (54/55) \text{ vs. } 85.45\% (47/55)]$, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The prospective process management can alleviate the fear and anxiety of the patients with colon cancer, avoid the occurrence of hypothermia during operation, shorten the time of anesthesia recovery and tracheal intubation and extubation time, improve the quality of recovery, reduce the incidence of complication, during operation and improve patients' satisfaction with the nursing work.

[Key words] Laparoscopic radical resection of colon cancer; Operating room nursing; Prospective process management; Body temperature; Anesthesia recovery

结肠癌为消化系统常见恶性肿瘤之一,多发于 50 岁以上男性,以排便习惯及大便性状改变、大便带血、腹胀、腹痛等为主要特征^[1]。目前,腹腔镜下结肠癌根治术为临床治疗结肠癌的常用术式,具有手术时间短、术后恢复快等优点,早期患者可通过该术式达到临床治愈^[2]。但手术过程中,由于麻醉药物的使用及手术各种操作创伤,患者易出现低体温现象,易减慢其机体内代谢速度,使得麻醉药物的作用时间延长,增加患者复苏过程中的危险,影响手术效果^[3]。因此,采取有效的手术室护理管理措施对于预防患者术中低体温、改善术后复苏情况具有重要意义,成为结肠癌手术护理管理的研究热点。前瞻性流程化管理是一种以前瞻性视角,对可能造成风险的外部危险因素进行流程化管理的模式,可有效规避术中并发症及风险事件发生,保证手术效果^[4]。刘婷婷等^[5]将前瞻性护理应用于胸、腹腔镜联合食管癌根治术围手术期的干预中,发现该种护理模式可有效预防围手术期风险事件的发生。但目前尚少有研究将其应用于结肠癌根治术中,是否能够避免术中风险事件的发生尚未可知。鉴于此,本研究通过对腹腔镜下结肠癌根治术患者应用前瞻性流程化管理模式的手术室护理管理方案,旨在优化结肠癌手术室护理管理方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 1 月至 2023 年 3 月于本院拟行腹腔镜结肠癌根治术的 110 例患者为研究对象,采用随机数字表法将患者分为对照组与试验组,均为 55 例。对照组男 30 例,女 25 例;年龄 46~63 岁,平均 (56.14 ± 3.81) 岁;身体质量指数 $19.8 \sim 29.6 \text{ kg/m}^2$,平均 $(24.23 \pm 2.16) \text{ kg/m}^2$;癌症分期:Ⅰ期 14 例,Ⅱ期 29 例,Ⅲ期 12 例;手术部位:左半结肠 13 例,右半结肠 16 例,横结肠 26 例;肿瘤直径: $< 4 \text{ cm}$ 28 例, $\geq 4 \text{ cm}$ 27 例。试验组男 28 例,女 27 例;年龄 47~63 岁,平均 (55.87 ± 3.92) 岁;身体质量指数 $20.1 \sim 29.4 \text{ kg/m}^2$,平均 $(24.36 \pm 2.28) \text{ kg/m}^2$;癌症分期:Ⅰ期 13 例,Ⅱ期 31 例,Ⅲ期 11 例;手术部

位:左半结肠 15 例,右半结肠 16 例,横结肠 24 例;肿瘤直径: $< 4 \text{ cm}$ 26 例, $\geq 4 \text{ cm}$ 29 例。2 组基线资料对比差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),研究具备可行性,经医院医学伦理委员会审批通过(批件号:2019144)。纳入标准:(1)符合《结肠癌多学科综合治疗协作组诊疗模式专家共识》^[6]中结肠癌诊断标准,且经活检确诊;(2)身体素质良好,可耐受手术;(3)认知功能正常,可正常沟通交流;(4)美国麻醉医师协会(ASA)^[7]评级为Ⅰ、Ⅱ级;(5)患者及家属对本研究知情同意。排除标准:(1)肿瘤细胞已出现远处转移;(2)既往有腹腔镜手术史;(3)合并其他恶性肿瘤;(4)凝血功能障碍;(5)长期酒精或精神活性药物依赖、滥用史;(6)无法耐受 CO_2 气腹。

1.2 方法

1.2.1 护理方法

1.2.1.1 对照组 患者实施常规手术室护理。(1)手术开始前:积极与患者沟通,缓解其紧张情绪;规范术前消毒处理,准备好手术器材并进行调试,开放静脉通路,协助麻醉医师完成麻醉。(2)术中:协助患者取合适体位,注意保护患者隐私;密切观察患者生命体征情况,若发现异常及时告知主刀医生;控制手术室温,保持室温适宜,维持室温在 $22 \sim 24 \text{ }^\circ\text{C}$,使用保温毯进行加温,维持患者体温不低于 $36 \text{ }^\circ\text{C}$ 。(3)手术结束:清理手术区域,并帮助患者穿好衣物,做好保暖措施;患者清醒后将其送至病房,将其相关情况告知家属,并告知相关注意事项和可能出现的并发症及应对措施等。

1.2.1.2 试验组 患者实施手术室前瞻性流程化管理方案。组建前瞻性管理小组,由 1 名结肠癌专家、1 名外科主任医师、1 名手术室护士长、4 名手术室护士组成,由护士长担任组长职位,组织小组成员学习前瞻性流程化管理模式相关知识,定期召开“前瞻性流程化管理手术室护理”会议,查阅相关文献并总结临床经验,以前瞻性视角分析手术过程中可能出现的意外情况并进行经验总结。通过查阅相关文献并分析本院

既往接受结肠癌根治术患者的临床资料,预见患者缺乏相关知识引起的情绪激动、术中并发症发生、苏醒质量差、苏醒室停留时间过长为影响手术效果的主要风险事件。小组成员针对预见性风险事件进行头脑风暴,针对性制订科学的护理计划,同时在会议结束后对护理人员进行考核,考核通过后方可按手术室前瞻性流程化管理内容进行护理。(1)术前:前瞻性避免因患者及家属对手术相关知识不了解出现治疗不配合、情绪波动大等情况。术前以一对一谈话访视与患者及家属进行沟通,以情境演示、视频、图片等形式为患者及家属讲解手术相关注意事项,减少枯燥感,增强患者了解健康宣教知识的兴趣,同时对患者进行全面评估,确认手术可行性。在术前 10 h 给予患者口服 12.5%碳水化合物饮品 800 mL,术前 2 h 口服 12.5%碳水化合物饮品 400 mL,为患者补充能量,减轻术中紧张、口渴、饥饿感。同时,可指导患者进行爬楼梯、深呼吸、吹气球等心肺功能锻炼,预防咳嗽。(2)入室后:前瞻性消除患者因手术带来的紧张、恐惧情绪。麻醉前 30 min 采用轻快、温柔语气与患者沟通,为其介绍手术室环境,消除因环境陌生带来的恐惧感,并列举既往手术成功案例,保持患者情绪平稳。同时为患者详细介绍前瞻性流程化管理手术室护理相关知识,使其感受到护理人员的关心、专业,了解相应护理措施,消除其不良情绪,指导并帮助其采取舒适体位。(3)术中:前瞻性对术中可能出现的相关并发症进行预防管理措施。①术中体温。在转运过程中依据患者体表、季节及温度情况选择合适物品覆盖患者身体,保持术前体温,同时与对照组同法提前设置室温,减少患者身体暴露,监测患者体温变化,通过采用暖水袋、压力气体加温等方式对手术床、推床进行加温处理,同时对输入体内的液体、腹腔冲洗液等均提前加温至 37℃ 再进行使用,尽量维持患者中心体温在 36℃ 以上,对于手术时间较长者,CO₂ 气体输出时也应进行加温处理。②压力性受损。在受力大的部位如肩峰、髌部等位置放置软枕,并密切观察受压部位的血运情况,适当对受压部位进行按摩。③输液液体外渗。采用留置针进行输液,且输液部位需避开关节并做好固定,检查三通接头避免衔接松动;输液方案应遵循“目标导向液体治疗”策略,密切监测患者呼吸频率、心率及血氧饱和度,评估其容量状况及麻醉深度,避免血管外容量过负荷及组织水肿发生。(4)苏醒期:前瞻性提高患者苏醒质量,减轻疼痛。当患者恢复定向力后对其疼痛程度进行评价,若视觉模拟评分(VAS)^[8] 分数大于 4 分即遵循医嘱进行适当药物镇痛,也可根据患者情况给予静脉自控镇痛泵;当患者苏醒后采用轻松语气告知其目前所处环境及手术情况,给予相应鼓励,缓解患者情绪,同时保持与患者之间的交流,尽量维持其清醒状态。(5)术后:前

瞻性避免患者停留手术室时间较长引起焦虑情绪。提前与转运人员及病房人员进行沟通,减少等待时间,尽快返回病房并及时进行术后生命体征监测;同时在出手术室后告知患者家属手术情况及患者术中情况,再次叮嘱术后可能出现的并发症,告知其静脉自控镇痛泵使用方法及术后注意事项。

1.2.2 观察指标 (1)患者负性情绪:于患者入室后健康宣教后采用焦虑自评量表(SAS)^[9]、恐惧视觉模拟评分(FAVS)^[10] 评估,其中 SAS 包含 20 个条目,总分 20~80 分,分数越高表明焦虑状况越严重;FAVS 量表总分为 0~10 分,分数越高表明患者恐惧情绪越严重。(2)术中体温:记录 2 组患者麻醉时(T1)、切皮时(T2)、手术开始后 30 min(T3)、手术开始后 60 min(T4)及手术结束时(T5)的体温。(3)复苏情况:记录 2 组患者术后麻醉苏醒时间、气管插管拔管时间。并于患者苏醒后 5 min 进行 Steward 苏醒评分^[11],该量表评分包括清醒程度(完全清醒=2 分,对刺激有反应=1 分,对刺激无反应=0 分)、呼吸道通畅程度(可按医师吩咐咳嗽、咳痰=2 分,可自主维持呼吸道通畅=1 分,需要给予支持=0 分)、肢体活动度(肢体有意识的活动=2 分,肢体无意识的活动=1 分,肢体无活动=0 分)3 项内容,共 6 分,分数越高表明苏醒效果越好。(4)术中并发症:观察 2 组患者术中压力性损伤(患者局部皮肤较正常皮肤有所异常,呈鲜红色或暗红色,可伴随轻微水肿、疼痛、瘙痒等不适),术中低温(术中身体重心温度小于 36℃)、输液液体外渗(静脉注射部位皮肤发白且变凉,皮肤周围出现水肿)、低血压[术中平均动脉压小于 70 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)]发生情况(若 1 例患者发生 2 种及以上不良反应,其中严重后的不良反应为观察指标,且记为“1”)。(5)满意度:于患者术后 1 d 清醒时采用自制问卷评定患者对手术室护理管理工作的满意度,问卷主要用于对外科患者对手术室护理实施的满意度调查,内容包括护理人员形象、工作态度、工作效率、沟通能力、医护配合、手术室环境、专业知识等 10 个项目,总分 0~100 分,<60 分为不满意,60~90 分为满意,>90 分为非常满意。总满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。已经过信效度评价,该问卷 Cronbach's α 系数为 0.805,KMO=0.709,Bartlett 球形检验 $P<0.001$,具有较高的结构效度,问卷整体信效度较高,可用于患者满意度调查与评价。

1.3 统计学处理 数据处理采用 SPSS25.0 统计软件,所有计量资料均经 Shapiro-Wilk 正态性检验,符合正态分布以 $\bar{x} \pm s$ 表示;组间采用独立样本 t 检验,组内采用配对样本 t 检验;计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 负性情绪比较 试验组患者 SAS、FAVS 评分

均低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 术中体温比较 2 组患者 T1 时体温比较,差异无统计学意义($P>0.05$);试验组 T2、T3、T4、T5 时体温均高于对照组($P<0.05$);且对照组 T2、T3、T4、T5 时体温均低于 T1 时($P<0.05$)。见表 2。

2.3 术后复苏情况比较 试验组麻醉苏醒时间、气管插管拔管时间均短于对照组,Steward 苏醒评分高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

2.4 术中并发症比较 2 组术中并发症发生率比较,试验组低于对照组($\chi^2=3.960,P<0.05$)。见表 4。

2.5 患者满意度比较 试验组患者对护理工作总满意度显著高于对照组($\chi^2=4.356,P<0.05$)。见表 5。

表 1 2 组患者负性情绪比较($\bar{x}\pm s$,分)			
组别	<i>n</i>	SAS 评分	FAVS 评分
试验组	55	28.84±3.41	4.21±1.39
对照组	55	35.92±5.16	6.82±1.44
<i>t</i>	—	8.489	9.671
<i>P</i>	—	<0.001	<0.001

注:—表示无此项。

表 2 2 组术中体温比较($\bar{x}\pm s$,℃)

组别	<i>n</i>	T1	T2	T3	T4	T5
试验组	55	36.42±0.23	36.37±0.31	36.50±0.32	36.49±0.22	36.51±0.31
对照组	55	36.46±0.25	36.21±0.23 ^a	36.03±0.34 ^a	35.85±0.43 ^a	35.82±0.37 ^a
<i>t</i>	—	0.873	3.074	7.465	9.827	10.601
<i>P</i>	—	0.385	0.003	<0.001	<0.001	<0.001

注:—表示无此项;与同组 T1 时体温比较,^a $P<0.05$ 。

表 3 2 组术后复苏情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	麻醉苏醒时间 (min)	气管插管拔管 时间(min)	Steward 苏醒 评分(分)
试验组	55	19.71±6.59	22.96±5.87	4.92±0.62
对照组	55	22.73±6.17	26.12±6.05	4.46±0.87
<i>t</i>	—	2.481	2.780	3.193
<i>P</i>	—	0.015	0.006	0.002

注:—表示无此项。

表 4 2 组术中并发症[n(%)]

组别	<i>n</i>	压力性 损伤	术中低温	输液 液体外渗	低血压	总发生
试验组	55	0	1(1.82)	0	1(1.82)	2(3.64)
对照组	55	2(3.64)	3(5.45)	1(1.82)	2(3.64)	8(14.55)

表 5 2 组患者满意度比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	不满意	满意	非常满意	总满意
试验组	55	1(1.82)	18(32.73)	36(65.45)	54(98.18)
对照组	55	8(14.55)	28(50.91)	19(34.55)	47(85.45)

3 讨 论

3.1 手术室前瞻性流程化管理可改善结肠癌患者术前焦虑、恐惧情绪 由于癌症患病的特殊性及对手术本身存在的未知性,大部分结肠癌患者在面对手术时多存在恐惧、焦虑情绪,严重影响其术前状态^[12]。本研究结果显示,试验组患者入室后 SAS、FAVS 评分显著低于对照组($P<0.05$),提示应用手术室前瞻性流程化管理可更为显著改善患者焦虑、恐惧情绪。分析其原因,前瞻性流程化管理在实施前由小组成员详细查询相关资料,并对本院既往接受结肠癌患者的临

床资料进行分析,成功预见患者术前缺乏疾病相关知识引起的情绪激动为影响手术效果的主要风险事件之一,并对此制订了针对性干预措施。通过术前一谈一谈话访视可初步增加患者对手术方案的正确理解,认识到手术的必要性及安全性,初步接受手术,消除一定的恐惧、焦虑情绪。同时,在患者入室后采用轻快、温柔语气与患者沟通,为其介绍手术室环境,能够进一步消除因环境陌生带来的恐惧感,维持患者情绪稳定,进一步消除其不良情绪。

3.2 手术室前瞻性流程化管理可维持结肠癌患者术中体温稳定 本研究对腹腔镜结肠癌根治术患者应用手术室前瞻性流程化管理,结果发现对照组术中体温波动明显大于试验组($P<0.05$),提示应用手术室前瞻性流程化管理可避免腹腔镜结肠癌根治术患者术中低体温的发生。这是由于手术室前瞻性流程化管理要求提前设定并及时调控手术室室温维持在适宜温度,使患者处于温度适宜的环境,初步避免术中低体温的发生,辅以暖水袋、压力气体加温方式对手术床进行加温处理能够进一步避免患者体温下降,而对输入体内液体加温能够减少患者热量散失,进而达到维持其恒定体温的作用^[13]。同时,手术室前瞻性流程化管理在实施前查阅相关文献并对临床经验进行总结,可使护理小组成员重视术中低体温的危险程度,提前了解并掌握术中预防低体温发生的方案,使得术中预防低体温发生的各项措施实施到位,从而避免术中低体温发生。因此,临床将手术室前瞻性流程化管理应用于结肠癌患者手术室护理管理中,通过提前应用多种加温方式来维持患者体温,对于避免低体温发生具有重要意义。

3.3 手术室前瞻性流程化管理可提高结肠癌患者麻

醉苏醒质量 为探究手术室前瞻性流程化管理对腹腔镜结肠癌根治术患者术后复苏的影响,本研究对比 2 组患者麻醉苏醒时间、气管插管拔管时间及 Steward 苏醒评分发现,试验组麻醉苏醒时间、气管插管拔管时间均短于对照组,Steward 苏醒评分高于对照组 ($P<0.05$),提示手术室前瞻性流程化管理改善腹腔镜结肠癌根治术患者术后复苏情况,提高其苏醒质量。分析其原因,麻醉药物在机体内的代谢速率受体温影响较大,手术室前瞻性流程化管理通过调控室温、加温手术床、输入液体加温等措施能够有效维持患者体温,维持麻醉药物的正常代谢速率,避免麻醉药物在低温状态下溶解于机体组织,从而缩短患者麻醉苏醒时间及气管插管拔管时间^[14]。同时,手术室前瞻性流程化管理在患者苏醒期通过 VAS 评分对其疼痛情况进行评价并给予针对性镇痛护理,能够有效缓解患者疼痛情况,使其感知所处环境,听清并服从医师各项指令,并且通过鼓励及保持交流,能够进一步维持其清醒状态,从而提高其苏醒质量^[15]。因此,临床可通过在结直肠癌患者手术室护理管理中应用前瞻性流程化管理模式,采用提前加温、针对性镇痛等方式来提高患者术后苏醒质量。

3.4 手术室前瞻性流程化管理可降低结肠癌患者术中并发症发生率,提高患者对护理工作满意度 此外,本研究对比 2 组患者术中并发症发生情况及患者满意度发现,试验组术中并发症总发生率明显低于对照组,且对手术室护理工作满意度显著高于对照组 ($P<0.05$),提示应用手术室前瞻性流程化管理可降低腹腔镜结肠癌根治术后患者术后不良反应发生风险。分析其原因,手术室前瞻性流程化管理在术中针对可能出现的术中低体温、压力性受损、输液液体外渗等并发症采取相应预防措施,能够保证手术成功实施,达到最大手术效果,在一定程度上避免了术中并发症的发生^[16-17]。且根据上述研究结果可知,手术室前瞻性流程化管理显著改善了患者的焦虑、恐惧情绪,在此过程中能体会到被关心、爱护,同时,苏醒质量的提升、并发症发生率的降低也使患者体会到手术室护理的专业性,提高对护理工作的满意度。由此可见,临床将手术室前瞻性流程化管理应用于结肠癌患者手术室护理管理中,对于降低术中并发症的发生率,提高患者对护理工作满意度具有重要意义。

综上所述,手术室前瞻性流程化管理在改善腹腔镜结肠癌根治术患者恐惧、焦虑情绪方面具有重要意义,且能够有效避免术中低体温的发生,提高苏醒质量,降低术中并发症发生率,患者对护理方案满意度更高。但本研究存在一定局限性,虽采用前瞻性研究方法,但纳入样本量较少,均来自同一中心,在选择研究对象时可能存在一定偏倚,且未对患者进行长期随访,未来仍需扩大研究中心及样本量,延长研究时间,

进一步验证本研究结论。

参考文献

- [1] 田传鑫,赵磊. 结直肠癌及结直肠癌肝转移流行病学特点[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2021, 28(13): 1033-1038.
- [2] HUYNH C, MINKOVA S, KIM D, et al. Laparoscopic versus open resection in patients with locally advanced colon cancer[J]. Surgery, 2021, 170(6): 1610-1615.
- [3] 甘思云,尹荣丽,陈丹丹. 腹腔镜下结肠癌根治术患者麻醉苏醒期躁动的影响因素与干预措施分析[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(24): 4365-4367.
- [4] 王玮,袁和玲,张欣. 前瞻性全面围手术期护理干预在胸腹腔镜联合治疗食管癌术后的效果[J]. 腹腔镜外科杂志, 2021, 26(2): 155-156.
- [5] 刘婷婷,王雅丽. 前瞻性护理干预在胸腹腔镜联合食管癌根治术围手术期中的应用[J]. 长春中医药大学学报, 2017, 33(1): 125-127.
- [6] 张忠涛,蔡军. 结肠癌多学科综合治疗协作组诊疗模式专家共识[J]. 中国实用外科杂志, 2017, 37(1): 44-45.
- [7] SANKAR A, JOHNSON S R, BEATTIE W S, et al. Reliability of the American society of anesthesiologists physical status scale in clinical practice[J]. Br J Anaesth, 2014, 113(3): 424-432.
- [8] BIJUR P E, SILVER W, GALLAGHER E J. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain[J]. Acad Emerg Med, 2001, 8(12): 1153-1157.
- [9] 段泉泉,胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
- [10] 李韶芳. 恐惧视觉模拟评分法用于评价术前恐惧的可行性[J]. 华西医学, 2010, 25(1): 195-196.
- [11] 劳贤邦,庞德春,纪建波,等. 两种苏醒评分方法对麻醉复苏效果影响的比较[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(11): 1043-1045.
- [12] 达一森,岳莲莲,陶亭亭,等. 胃肠癌患者术后生命质量现状与及焦虑、抑郁的相关性分析[J]. 实用预防医学, 2022, 29(3): 367-370.
- [13] 廖倩,刘学英,罗红梅,等. 标准造口护理流程联合集束化护理策略在肠造口病人围术期的应用效果[J]. 护理研究, 2021, 35(2): 301-305.
- [14] 冯娟娟,张纯,陈敏,等. 前瞻性护理在意识清醒的 aSAH 病人中的应用[J]. 中国临床神经外科杂志, 2023, 28(1): 48-49.
- [15] 吴宏燕,贺婷,沈琴,等. 基于护理风险的综合护理模式联合规范化流程管理护理模式对胃镜室干预效果研究[J]. 海军医学杂志, 2022, 43(10): 1146-1150.
- [16] 梅惠媛,王金梅. 前瞻性干预对尿流改道手术患者术后腹壁造口并发症的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(10): 88-91.
- [17] 李文亮,李佳佳,把海兰,等. 智慧化护理流程在肺癌围术期患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2022, 37(14): 37-39.

(收稿日期: 2024-06-06 修回日期: 2024-10-15)