

# 系统化护理干预对全麻手术患者的临床效果分析

穆亮亮

(西京学院 陕西西安 710100)

**摘要:** 为了针对系统化护理干预对全麻手术患者的临床效果进行有效的研究, 本文以某院2017年5月到2018年5月期间一百四十名在手术过程中使用全身麻醉的患者进行研究。将一百四十名患者均分为2组进行临床效果分析。针对一组选取常规化护理, 二组选取系统化护理。通过数据观察发现采用常规护理组的焦虑测评得分明显高于采取系统化护理组; 两组术后苏醒时间和拔管时间进行对比, 基本相同 ( $P > 0.05$ ), 但是采取系统化护理的患者在术后苏醒期间对护理的配合度较采取常规护理者要高, 且苏醒期间的躁动及镇痛剂用量明显较低 ( $P < 0.05$ )。由此可见, 采取系统化护理干预可以在一定程度上减少全身麻醉手术患者术后苏醒期间的躁动频率和焦虑程度, 能够有效的提升患者的人身安全及身体舒适程度, 此护理方式可以在全麻手术患者中推广使用。

**关键词:** 系统化护理; 全麻手术患者; 临床效果

## 1 引言

因为病人自身病情以及相关药物和手术伤口等原因影响, 病人在完成手术以后醒来容易出现并发症, 其中躁动问题是全麻手术后经常出现的症状。患者躁动主要表现为呻吟或哭喊、肢体的无意识动作、定向障碍、无理性言语、躁动、妄想思维、兴奋、存在不适当行为等, 因而, 给予接受全身麻醉手术的患者有效的护理至关重要。

### 1.1 临床资料

以某院为例, 在2017年5月到2018年5月期间, 针对采用全麻手术的140名患者进行研究。将其均分为2组, 一组中男性患者与女性患者人数比例为4比3, 此部分患者年龄平均在48岁左右, 其中手术类型包含胃癌根治术、肺叶切除术、食管癌切除术、肠道肿瘤切除术, 人数分别为24名、22名、18名、6名, 采取美国麻醉风险等级在二级的50名患者, 一级的20名患者。二组中男性患者38名, 女性患者32名, 其平均年龄在50岁左右, 其中手术类型包含行胃癌根治术、肺叶切除术、食管癌切除术、肠道肿瘤切除术, 人数分别为22名、25名、16名、7名, 采取美国麻醉风险等级在二级的48名患者, 一级的22名患者。通过对一组和二组患者的性别、年龄、手术等级及手术类型进行对比, 数据基本相同 ( $P > 0.05$ ), 具有对比性。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 麻醉方法

此一百四十名患者均采用全身麻醉注射方式为术前, 注射液选用浓度为2.0mg/kg到2.5mg/kg的巴比妥钠和浓度为0.01mg/kg的阿托品, 并将咪达唑仑、芬太尼、阿曲库铵和依托咪酯进行融合, 其浓度分别为每千克100mg、3ug、800mg、300mg, 待麻醉见效之后采用呼吸机为患者提供氧气, 同时将呼吸机湿度控制在6到10ml/kg之间, 呼吸比例为1比2, 全身麻醉过程中选用浓度为2.53.0 $\mu$ g到3.0 $\mu$ g/ml的丙泊酚, 以此来提高麻醉手术的质量。

#### 1.2.2 护理方法

全麻术后采用的护理方法通常有以下几种: (1) 保持呼吸道通畅, 在进行全麻手术过程中因使用较多药物导致患者术后吞咽反射较弱、呛咳及苏醒时间较长, 因此需要将患者的枕头移开, 且保持头部侧偏, 防止呼吸过程中不慎将痰等吸入呼吸道, 造成呼吸困难。如果患者发生轻微舌后坠现象, 可以通过抬下颌、头部后仰或者用力张嘴等方式来缓解, 若是情况较为严重可采取鼻咽通气道及口咽通气导管等措施, 等患者苏醒后方可将通气导管取出。若是出现支气管痉挛或者喉痉挛等现象, 必须立即进行抢救, 在抢救过程中可采取缓慢静注方式, 注射液为氨茶碱和葡萄糖液按比例进行融合, 用量分别为250mg和20mL, 同时静滴地塞米松, 用量在10到20mg之间, 若是不能有效缓解症状则需要实施肌松剂后再采取气管插管。(2) 保证循环系统, 术后需要确保患者的血流动力学平稳, 同时严密的观察患者的血压, 确保血压保持在正常区间范围内。(3) 密切监测生命体征, 术后需对患者的呼吸、心跳及血压等进行有效的监测, 大约7分钟左右记录一次数据, 同时对患者膀胱的状态密切关注并记录数据, 防止因护理不当引起其他病症出现。(4) 预防意外情况, 术后要确保患者体位舒适, 对经常更换电刀负极板及污染的床单, 为患者做好保暖措施, 防止其体温过低, 且采用约束带对患者的四肢进行约束, 防止患者活动肢体造成监测设备或者输液针头脱落, 同时采用床挡来预防患者坠床。

#### 1.3 观察指标

通过对两组患者术后的焦虑测评、拔管时间、苏醒时间及苏醒期间的相关情况进行对比。通过焦虑测评表对患者手术前后二十四小时期间的焦虑程度进行测评, 共计一百分, 分数越高表示焦虑程

度越高。

### 1.4 统计学方法

在研究数据收集完毕后通过SPSS20.0软件进行整理与分析。分析结果数据以率或者百分比的形式进行表述, 采用 $\chi^2$ 进行检验, 技术资料通过均数 $\pm$ 标准差值, 即( $\bar{x} \pm s$ )进行表示, 采用t进行检验, 若 $P < 0.05$ 则表示测试结果具有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组患者术后焦虑评分和苏醒、拔管时间比较

如表1所示, 采用系统化护理的患者术后焦虑测评得分明显比采用常规护理的患者得分低 ( $P < 0.05$ ); 而两组患者的术后苏醒时间及拔管时间基本相同 ( $P > 0.05$ )。

表1 两组患者术后焦虑评分和苏醒、拔管时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	焦虑测评得分(分)			
		术前	术后24h	苏醒时间(min)	拔管时间(min)
观察组	70	88.38 $\pm$ 14.02	58.20 $\pm$ 8.62	10.24 $\pm$ 2.64	12.54 $\pm$ 5.06
对照组	70	88.30 $\pm$ 8.86	68.08 $\pm$ 8.20	10.40 $\pm$ 2.60	12.60 $\pm$ 5.12
t	—	0.032	5.216	0.316	0.023
P	—	0.972	<0.001	0.752	0.982

#### 2.2 两组患者苏醒期情况比较

如表2所示, 采用系统化护理的患者在苏醒期间对护理的配合度明显高于采用常规护理的患者, 但是在苏醒期间对镇痛剂用量及躁动明显低于采用常规护理的患者, 因此对比结果具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表2 比较两组患者苏醒期情况 [例(%)]

组别	例数	苏醒期操作配合	苏醒期躁动	术后使用镇痛剂
观察组	70	64(91.43)	6(8.57)	9(12.86)
对照组	70	36(51.43)	34(48.57)	20(28.57)
$\chi^2$	—	27.440	27.440	5.263
P	—	<0.001	<0.001	0.022

### 3 讨论

在医学上, 全麻术后苏醒时间通常代表术后麻醉的恢复时间, 采取全麻手术的患者在术后必须进入PACU接受严密的监测, 待患者的相关生命体征数据趋于正常值后转入普通病房。

采取系统性护理干预能够更加全面的获取患者在手术期间的护理需求, 同时以此为依据对患者在手术期间出现的不同情况进行解决。本文中采用系统性干预的患者在术后出现紧张或者焦虑后能够有效的给予缓解, 需将完整的手术流程告知患者, 使患者对手术有足够的了解, 同时引导患者树立与疾病抗战的信心; 除此之外, 在术后应该对采用系统化护理的患者采取相应的措施, 来降低患者的紧张程度, 减少患者的疼痛感。所以说, 采取系统化护理干预的患者在术后苏醒期间的躁动率会明显减低, 同时术后镇痛剂的用量也会相对减少。

### 结束语

综上所述, 系统性护理干预可有效地改善全麻患者术后焦虑情绪, 降低患者术后苏醒期躁动率, 提高患者安全性和舒适度, 是一种值得推广的护理方法。

### 参考文献:

- [1] 舒惠萍, 杨洁, 赖紫霞, 梁爱群, 苏建徽, 阳晓娟, 连绮雯. 心脏手术患者术中知晓的系统化护理干预[J]. 当代护士(下旬刊), 2018, 25(07): 102-104.
- [2] 李依桐. 麻醉科围手术期系统化护理对手术效果的影响[J]. 名医, 2018(02): 70-71.
- [3] 刘婷. 系统化护理对全身麻醉手术患者苏醒期躁动的影响观察[J]. 当代临床医刊, 2017, 30(03): 3119.