

加速康复外科护理在全身麻醉后苏醒期患者中的护理效果及对预后的影响研究

陈娜

(山东潍坊高新技术产业开发区人民医院 山东潍坊 261000)

摘要: 目的: 探讨实施全麻手术治疗的患者苏醒期接受加速康复外科护理的效果。方法: 选取 150 例本院于 2020 年 6 月-2021 年 6 月接受的全身麻醉患者进行研究, 利用随机数字表法对其展开分组, 其中一组为对照组 (n=75), 另一组为观察组 (n=75), 将两组的麻醉苏醒效果、应激反应、并发症发生情况进行分析对比。结果: 观察组的拔管、自主呼吸、睁眼、体温恢复、苏醒观察时间均短于对照组, 苏醒期观察组的 SBP、BDP、HR、NE、AD 水平及并发症总发生率均低于对照组, 差异显著。结论: 加速康复外科护理的实施有利于全身麻醉患者应激反应的降低, 同时可获得满意的麻醉苏醒效果, 控制并发症情况的发生, 预后良好。

关键词: 加速康复外科护理; 全身麻醉; 苏醒期; 效果; 预后

全身麻醉是手术中常见的一种麻醉方式, 主要向患者体内注射麻醉药物使其在无意识、无痛的情况下完成手术, 手术后随着麻醉药物的代谢, 肾脏的代谢等, 患者可逐渐恢复意识、认知功能, 安全性较高。但在进行全身麻醉过程中, 不同的用药剂量、用药浓度等, 会产生不同的苏醒期, 如果护理不当还可能发生一系列并发症, 影响患者的康复^[1-2]。加速康复外科护理是临床护理中的一种新型干预模式, 主要在相关循证医学的指导下对基础的护理措施进行优化, 有学者认为该干预模式能够减轻全麻患者在心理、生理等方面的创伤应激反应, 帮助其缩短康复时间^[3-4]。鉴于此情况, 本文主要探讨将加速康复外科护理模式运用于全身麻醉患者中的效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究中, 主要入选的观察对象为 2020 年 6 月-2021 年 6 月进入本院接受全麻手术治疗的患者, 共 150 例, 按照随机数字表法对其展开分组。对照组由 42 例男性患者与 33 例女性患者组成, 共 75 例, 其年龄范围为 25-55 岁, 平均年龄为 (40.12 ± 5.38) 岁; 手术部位: 四肢手术 30 例、颈椎手术 13 例、髌部手术 21 例、其他手术 11 例。观察组 75 例患者中男 44 例、女 31 例; 年龄在 25-54 岁之间, 平均 (40.26 ± 5.27) 岁; 手术部位: 四肢手术 33 例、颈椎手术 14 例、髌部手术 21 例、其他手术 7 例。

纳入标准: (1) 符合全麻手术指征; (2) 入院资料完整; (3) 生命体征平稳, 可正常沟通; (4) 肝肾功能良好。

排除标准: (1) 近期常有心绞痛、冠心病等发作; (2) 高血糖、高血压控制不佳; (3) 存在凝血功能障碍; (4) 对所采用的麻醉药物过敏。

1.2 方法

对照组实施常规护理, 常规术前访视, 向患者介绍相关手术、麻醉等知识, 予以患者基础生活指导, 严密监测患者的生命体征, 定期消毒、保持住院环境干净整洁等。

观察组实施加速康复外科护理, ①快速体温保护: 手部完成后立即将其送入恢复室, 检测其腋温若低于 36℃则进行加温处理, 直至上升至 36.5℃。

②快速控制性输液: 根据患者的生命体征变化情况调节输血量与输液速度, 维持最低有效灌注量, 输液滴数控制在 20-40 滴/min 之间。

③疼痛护理: 拔管前 30min 予以患者使用镇痛药物, 待患者清醒后立即评估其疼痛情况, 对于轻度疼痛者引导其通过听音乐、深呼吸、自我暗示、冥想等转移注意力, 对于严重疼痛者需予以其镇痛泵镇痛。

④预防不良反应: 术后使用软枕将患者的头部垫高, 添加床栏, 对于躁动情况较严重者对其四肢进行固定, 协助其取舒适体位; 若患者术后需继续使用丙泊酚则在其恢复自主呼吸的时候将通气量降至正常范围, 拔除气管后不再予以丙泊酚。

⑤饮食管理: 待患者恢复意识后, 指导其饮用少量温水, 以便对肠胃造成一定刺激, 加快肠胃蠕动, 为其补充能量剂, 按照循序渐进的进食原则, 从少量流食到半流质饮食再到正常饮食。

1.3 观察指标

(1) 麻醉苏醒效果: 拔管时间、自主呼吸时间、睁眼时间、

体温恢复时间、苏醒观察时间。

(2) 应激反应: SBP、BDP、HR、NE、AD。

(3) 并发症: 恶心呕吐、呼吸抑制、寒战。

1.4 统计学方法

所得数据通过 SPSS 22.0 软件处理, 将 " $\bar{x} \pm s$ " 表示拔管时间、SBP 水平等计量资料, 将 "%" 表示并发症发生率等计数资料, 分别通过 "t"、" χ^2 " 检验, 结果显示 $P < 0.05$ 说明差异有意义。

2. 结果

2.1 麻醉苏醒效果

观察组在拔管、睁眼、苏醒观察等时间上均明显短于对照组, 见表 1。

表 1 两组麻醉苏醒效果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	拔管时间 (min)	自主呼吸时间 (min)	睁眼时间 (min)	体温恢复时间 (h)	苏醒观察时间 (min)
对照组	75	22.56 ± 3.49	18.52 ± 3.47	22.36 ± 4.18	11.23 ± 1.85	28.57 ± 3.61
观察组	75	14.75 ± 2.85	12.24 ± 2.96	15.77 ± 3.32	6.25 ± 1.04	20.52 ± 2.24
t 值	-	13.529	9.854	12.536	10.028	15.394
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 应激反应

两组各项应激反应指标对比, 护理前差异无统计学意义; 护理后观察组均低于对照组, 见表 2。

表 2 两组应激反应比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	SBP (mmHg)	BDP (mmHg)	HR (min)	NE (pmol/L)	AD (pmol/L)
对照组	75	护理前	135.26 ± 7.49	79.58 ± 6.35	68.53 ± 7.42	429.36 ± 51.48	159.46 ± 8.75
		苏醒期	146.95 ± 10.25	95.69 ± 8.92	91.22 ± 9.43	956.02 ± 77.43	505.28 ± 17.96
		t 值	12.305	10.659	15.427	13.235	10.825
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
观察组	75	护理前	135.38 ± 7.42	79.66 ± 6.21	68.66 ± 7.48	429.48 ± 51.32	159.60 ± 8.61
		苏醒期	139.52 ± 8.24	87.93 ± 8.11	84.20 ± 7.89	667.53 ± 60.98	753.82 ± 23.02
		t 值	6.452	8.533	7.821	9.563	9.024
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
t 护理前组间	0.237	0.195	0.164	0.302	0.215		
P 护理前组间	0.752	0.893	0.576	0.593	0.679		
t 苏醒期组间	9.129	10.527	10.497	8.027	9.568		
P 苏醒期组间	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		

注: SBP: 收缩压、BDP: 舒张压、HR: 心率、NE: 去甲肾上腺素、AD: 肾上腺素。

2.3 并发症

观察组中发生恶心呕吐 1 例、寒战 1 例、呼吸抑制 1 例, 而对照组分别有 4 例、4 例、2 例, 两者的并发症总发生率分别为 4.00%、

13.33%。观察组显著较低,见表3。

表3 两组并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	恶心呕吐	寒战	呼吸抑制	总发生率
对照组	75	4 (5.33)	4 (5.33)	2 (2.67)	10 (13.33)
观察组	75	1 (1.33)	1 (1.33)	1 (1.33)	3 (4.00)
χ^2 值	-	1.862	1.862	0.340	4.127
P值	-	0.172	0.172	0.560	0.042

3.讨论

全身麻醉在临床多数手术中具有重要的作用,能够保障手术的顺利进行,减轻患者的痛苦。患者接受全身麻醉后,其生理功能还未完全恢复,在麻醉苏醒期需予以其相应的指导,以降低麻醉对其身体恢复情况的影响^[5-6]。此外,在麻醉苏醒期患者的意识状态很容易发生变化,如果不加强护理就可能会出现意外。在全身麻醉苏醒期患者中,以往临床常对其进行常规护理,但在实际护理中多为护理人员机械性地执行工作任务,对患者机体功能恢复的关注度不高,缺乏循证医学指导^[7-9]。据相关报道指出,加速康复外科护理的实施能够以常规护理为基础,结合循证理念不断寻求新技术、新方法,将其贯穿全身麻醉患者苏醒期,对其术后的康复具有较大的帮助^[9-10]。如本次研究结果所示,观察组苏醒时间较对照组短,应激指标水平、并发症发生率较对照组低,说明加速康复外科护理对全麻患者的康复具有实质性的指导。通过加速康复外科护理,能够使各个护理环节更具有衔接性,提高了整体的舒适度与安全性,并且能够让患者感受到全方位、立体化的护理服务,加快其术后康复速度。在护理过程中,能够采取针对性的止痛措施,在较大限度上稳定患者的情绪,减少应激反应。

综上所述,对于行全身麻醉手术治疗的患者而言,苏醒期实施加速康复外科护理干预能够在一定程度上提高护理效果,同时控制其应激反应与并发症,有助于其改善预后。

参考文献:

[1]孙驰,李艳. 快速康复外科理念指导下的麻醉管理应用于全身麻醉手术患儿中的临床价值[J]. 贵州医药, 2021, 45(11):1832-1833.

[2]Cao C, Huang B, Huang S, et al. Applications of general anesthesia combined with transverse abdominal muscle planar block in accelerated rehabilitation surgery[J]. Shanghai Medical & Pharmaceutical Journal, 2018.

[3]冯晓敏. ERAS 理念下目标导向护理对全麻下腹腔镜腹部手术患者术后麻醉苏醒质量及安全的影响分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(35):12-14.

[4]GOVATATI S, KODATI V L, DEENADAYAL M, et al. Mutations in the PTEN tumor gene and risk of endometriosis: a casecontrol study[J]. Human Reproduction, 2017, 29(02):378-3.

[5]曹娜芬,王郑,俞南南. 麻醉苏醒护理对胸腔镜肺癌根治术患者术后疼痛程度、躁动、低体温的影响[J]. 中国医刊, 2020, 55(03):343-346.

[6]胡志雯,赵存芳. 医护协同护理管理联合心理干预护理对全麻患者应激水平、苏醒期躁动及术后苏醒时间的影响[J]. 临床护理杂志, 2020, 19(01):61-64.

[7]蔡腾飞. 加速康复外科理念在全身麻醉鼻中隔偏曲矫正术病人麻醉苏醒期护理的应用效果分析[J]. 人人健康, 2019(12):155-156.

[8]李亚飞. 快速患者麻醉复苏期护理价值康复外科理念应用于骨科全麻术后研究[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(03):279-280.

[9]夏真洁,郑雪芳,黄艳容,陈广秀. 快速康复外科理念在骨科全麻术后患者麻醉复苏期护理的应用效果观察[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(08):128-129.

[10]陈玉芬,钱黄静,王丽. 快速康复外科理念联合手术室感控护理在预防胸外科手术患者医院感染中的应用研究[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(03):492-494.