

手术室麻醉苏醒护理降低腹部手术患者全麻苏醒期躁动的临床效果分析

易然之 潘志娟

(咸宁市中心医院 湖北咸宁 437000)

摘要: 目的: 探究手术室麻醉苏醒护理在腹部手术应用中对降低全麻苏醒期躁动的影响。方法: 择取 2022 年 3 月至 2023 年 3 月医院接收腹部手术患者 60 例开展病例对比, 按照计算机排序分组, 传统组 30 例, 予以传统护理, 实验组 30 例, 予以手术室麻醉苏醒护理, 观察苏醒期生命体征、躁动发生情况及护理满意度。结果: T0-2 时心率、收缩压、舒张压指标发生波动, 传统组 T0-2 时心率、收缩压、舒张压指标差异存在统计学差异, 实验组 T0-2 时心率、收缩压、舒张压指标差异小于传统组 ($P < 0.05$); 实验组全麻苏醒期躁动发生率低于传统组 ($P < 0.05$); 自拟手术护理满意度问卷显示, 实验组护理满意度评分高于传统组 ($P < 0.01$)。结论: 腹部全麻手术患者配合手术室麻醉苏醒护理, 有助于稳定苏醒期生命体征, 降低躁动发生率, 提升患者护理满意度, 护理模式优势显著。

关键词: 手术室麻醉苏醒护理; 腹部手术; 全麻苏醒期躁动; 护理效果

随着近年来医疗技术快速发展, 外科技术成熟, 全身麻醉安全系数提高, 临床接受全麻手术患者增多。手术作为侵入性操作, 为提高患者围术期治疗依从性, 选取合适镇痛、镇静方案具有重要课题探讨价值。全麻苏醒期躁动为全麻手术常见并发症, 主要表现为躁动、兴奋、定向障碍, 肢体不自主运动, 影响诊疗进展, 同时增加意外伤害发生率, 为临床护理探讨重点及难点问题^[1]。临床观察发现^[2], 腹部手术多需全麻下实施, 出现苏醒期躁动几率较高, 可导致输液管、导尿管等留置管意外脱落, 增加创面出血量, 严重甚至诱发呕吐物反流、气管痉挛等, 影响患者术后转归, 故针对腹部手术全身麻醉患者开展相应护理方案, 对保障疾病预后具有积极影响。本研究为探讨手术室麻醉苏醒护理对规避腹部手术全麻苏醒期躁动价值进行探讨对比, 开展如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择取 2022 年 3 月至 2023 年 3 月医院接收腹部手术患者 60 例开展病例对比, 按照计算机排序分组, 传统组 30 例, 传统组男 17 例, 女 13 例, 年龄 22-73 (46.08 ± 2.07) 岁, 手术类型分布: 妇科手术 8 例、胃肠手术 12 例、泌尿手术 5 例、肝胆手术 4 例, 其他手术 1 例, 身体质量指数 (BMI) 19-28 (22.46 ± 0.35) kg/m²; 实验组男 15 例, 女 15 例, 年龄 21-74 (46.44 ± 2.04) 岁, 手术类型分布: 妇科手术 9 例、胃肠手术 13 例、泌尿手术 4 例、肝胆手术 3 例, 其他手术 1 例, BMI 指数 19-28 (22.57 ± 0.41) kg/m²; 入组腹部手术患者病历资料组间对比, 无差异 ($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 所选患者排除绝对手术禁忌, 符合腹部全麻手术开展指征, 经麻醉分级为 I-II 级; (2) 患者签署研究知情同意书。

排除标准: (1) 伴有严重认知功能障碍、肢体功能障碍患者; (2) 合并其他器官系统病变患者; (3) 因严重并发症脱落人员。

1.2 方法

传统组予以传统护理, 完善术前准备, 密切监测患者围术期生命体征, 增加巡视次数, 观察患者生命体征, 预估躁动发生情况, 遵医嘱给予患者对症护理。

实验组予以手术室麻醉苏醒护理; (1) 加强护理队伍建设: 针对手术室内护理人员开展专业培训, 了解麻醉苏醒期躁动发生原因、临床危害及相关应对措施, 提高护理人员对苏醒期躁动的重视度, 依据患者生命体征状况, 评估躁动发生情况, 给予患者个性化护理措施, 有效提高护理人员案例解决能力。(2) 术前护理: 术前通过增加病房巡视, 了解患者机体承受能力以及心理状况, 综合评估患者苏醒期躁动发生可能, 制定针对性护理方案^[3]。术前加强认知行为宣教, 了解患者腹部手术知识掌握情况, 针对手术流程、手术方案、手术可行性以及术后常见并发症, 对患者进行讲解, 告知苏醒期躁动发生危害, 提高患者护理配合度^[4]; 针对伴有术前恐惧、焦虑等负面情绪患者, 给予心理疏导, 降低生理应激反应。(3) 术后对症护理: 术后加强体位指导, 辅助患者呈去枕平卧位, 避免患者因突发躁动导致坠床情况发生; 针对采用约束带患者, 适当调节约束带松紧度, 避免增加皮肤损伤^[5]。观察患者呼吸道通畅情况, 为避免患者出现窒息, 将患者头部偏向一侧; 遵医嘱给予患者人工吸氧, 合理调节相关参数。针对合并中枢神经系统、循环功能、呼吸功能障碍患者, 密切监测生命体征波动情况, 缩短记录时间, 若

发现异常, 及时联系主治医师开展对症处理^[6]。(4) 术后药物护理: 苏醒后因麻醉药物消散, 痛觉恢复, 患者常伴有疼痛不耐受情况, 增加躁动发生可能, 遵医嘱合理应用镇痛、镇静药物, 在减少躁动的同时, 可避免大剂量应用镇痛、镇静剂, 遵医嘱应用镇痛泵; 依据患者疼痛反应自主推注。(5) 安全护理: 麻醉苏醒期护理人员采用床房交接班方式, 明确患者疾病转归情况, 针对术后伴有呕吐患者, 因腹内压升高, 出现疼痛性躁动几率较高, 引导患者进行深呼吸, 将头部偏向一侧, 避免出现窒息情况; 若呕吐情况未得有效缓解, 遵医嘱使用止吐药物。苏醒期观察患者胃肠道蠕动情况, 早期给予患者进食, 可通过下腹热敷, 促进机体代谢, 加速麻醉药物的吸收。针对伴有躁动患者, 合理应用约束带, 有效避免非计划性脱管发生。

1.3 评价标准

(1) 全麻苏醒期生命体征监测, 分别在麻醉苏醒室收入时间 (T0)、苏醒即刻 (T1)、苏醒后 15min 心率 (T2) 对收缩压、舒张压指标进行检测, 计算均值进行数据对比。

(2) 苏醒期躁动情况评估, 参考躁动评分标准, 若患者安静合作, 即 0 分; 若伴有轻微躁动, 在侵入性操作时存在躁动, 不影响治疗进程, 即 1 分; 若在非侵入性操作时出现躁动, 即 2 分; 若躁动明显, 需采用药物或制动, 即 3 分, 比躁动率 = (1 分 + 2 分 + 3 分) / n (n = 30) × 100%。

(3) 手术部拟定护理满意度问卷表, 了解患者护理满意情况, 总分 100 分, ≤60 分即不满意, 61-89 分即一般满意, ≥90 分即非常满意, 计算平均分, 问卷表 Cronbach' α 0.82。

1.4 统计学分析

统计计算软件为 SPSS24.0, 计量资料格式 ($\bar{x} \pm s$), 配对 t 检验, 计数资料格式 (%), 卡方检验, 统计结果 $P < 0.05$ 提示有差异, $P < 0.01$ 提示差异显著。

2 结果

2.1 两组全麻苏醒期生命体征监测

T0 时两组患者全麻苏醒期心率、收缩压、舒张压指标具有同质性, T0-2 时心率、收缩压、舒张压指标发生波动, 传统组 T0-2 时心率、收缩压、舒张压指标差异存在统计学差异, 实验组 T0-2 时心率、收缩压、舒张压指标差异小于传统组, 统计结果 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组全麻苏醒期生命体征监测 [$\bar{x} \pm s$]

组别	n	时间	心率 (次/min)	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
传统组	30	T0	77.52 ± 4.17	135.94 ± 7.33	88.02 ± 5.78
		T1	83.18 ± 5.04	143.25 ± 8.62	94.16 ± 6.04
		T2	89.06 ± 6.31	146.05 ± 8.91	90.04 ± 5.93
		F 值	7.824	8.991	5.043
		P 值	0.000	0.000	0.000
实验组	30	T0	77.49 ± 4.22	136.05 ± 7.40	87.95 ± 5.66
		T1	79.35 ± 4.53	140.52 ± 7.69	90.14 ± 5.82
		T2	80.17 ± 4.59	139.61 ± 7.51	88.13 ± 5.74
		F 值	1.341	2.043	1.276
		P 值	0.775	0.691	0.804

2.2 两组全麻苏醒期躁动情况统计

实验组全麻苏醒期躁动程度“0分”病例多于传统组，躁动发生率低于传统组，统计结果（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组全麻苏醒期躁动情况统计[n/%]

组别	n	全麻苏醒期躁动程度评分				躁动发生率
		0分	1分	2分	3分	
传统组	30	16	6	5	3	46.67%
实验组	30	25	2	2	1	16.67%
χ^2						4.105
P值						0.026

2.3 腹部手术患者护理满意度统计

自拟手术护理满意度问卷调查表，实验组护理满意评分高于传统组，统计结果（ $P < 0.01$ ），见表3。

表3 腹部手术患者护理满意度统计[$\bar{x} \pm s$ (分)]

组别	n	≤60分	61-89分	≥90分	平均值
传统组	30	1	18	11	84.06 ± 4.63
实验组	30	0	13	17	93.67 ± 6.17
t值					6.823
P值					0.000

3 讨论

腹部手术作为临床常见手术类型，因手术创伤较大，解剖位置特殊性，手术侵入性操作可对腹腔脏器造成一定损伤，术后出现躁动几率较高。苏醒期躁动主要表现为无意识抽动，影响术后护理，增加术后不良事件发生风险。临床观察发现，随着近年腹部手术开展情况增多，患者对手术安全性提出高标准，苏醒期躁动所致意外事件，极易增加不良医患纠纷，延长患者住院时间，不利于医患关系的建立。同时，苏醒期患者因自我护理能力尚未恢复，身心护理依赖性较大，完善麻醉苏醒护理尤为重要。

麻醉苏醒护理涉及围术期各个环节，与护理人员专业素养相挂钩，首要任务是加强护理队伍建设，提高护理人员专业技能，明确苏醒期躁动发生原因及应对措施等，提高其应对能力，可依据患者机体状况，结合临床经验，预估患者苏醒期躁动发生情况，拟定针对性、持续性护理方案，帮助患者平稳过渡苏醒期。术前加强患者认知行为宣教，提高患者对腹部手术治疗及躁动知识掌握情况，提高患者手术治疗配合度，改善患者心理健康，缓解负面情绪，有效降低心理应激反应情况发生。并在术后加强对症护理，为确保临床

护理开展安全性，增加术后巡视次数，密切监测患者生命体征波动情况，为患者术后恢复提供安全环境，减少躁动发生风险性^[7]。实验结果显示，T0 时两组全麻苏醒期心率、收缩压、舒张压指标具有同质性，T0-2 时心率、收缩压、舒张压指标发生波动，传统组T0-2 时心率、收缩压、舒张压指标差异存在统计学差异，实验组T0-2 时心率、收缩压、舒张压指标差异小于传统组，统计结果（ $P < 0.05$ ）；研究数据可证实，麻醉苏醒护理依据患者机体状况，制定持续性、优质护理方案，帮助患者平稳过度围术期，稳定生命体征，推动术后恢复。基于苏醒期躁动情况可知，实验组全麻苏醒期躁动发生率低于传统组，统计结果（ $P < 0.05$ ）；麻醉苏醒护理通过加强对症指导，合理应用镇痛、镇静药物，有效规避麻醉苏醒期躁动，预防相关意外；且可提高患者手术护理满意度，具有临床推广价值。

综上，腹部全麻手术患者开展手术室麻醉苏醒护理，有助于稳定苏醒期生命体征，降低躁动发生情况，提升患者护理满意度，护理模式优势显著。

参考文献：

- [1]马小艳.手术室麻醉苏醒期护理对腹部手术患者全身麻醉苏醒期躁动(EA)及血压、心率等指标的影响研究[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(28):277-279.
- [2]刘桂平.预见性麻醉苏醒护理减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动中的效果[J].河南外科学杂志,2021,27(3):180-182.
- [3]范晓娜,廖云莉,梁彩珍,等.基于循证证据的针对性护理对手术室护理质量及患者麻醉苏醒期躁动发生的影响[J].中国医学创新,2020,17(2):67-71.
- [4]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.
- [5]邢兴梅.手术室麻醉苏醒护理在腹部手术患者全麻苏醒期中应用效果[J].中华养生保健,2021,39(6):76-78.
- [6]张晋,支慧,孟令娟.麻醉苏醒综合护理对腹部手术患者苏醒期躁动及血流动力学的影响[J].西藏医药,2021,42(6):142-143.
- [7]郭云萍,朱海娟,王琪,等.手术室强化护理干预对全麻患者苏醒期躁动和生命体征的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(31):3512-3515.