

全麻苏醒期手术室护理干预对患者 HR、BP 及不良情绪的影响研究

李淑媛

(扎兰屯市人民医院 内蒙古扎兰屯 162650)

摘要:目的:探究并分析全麻苏醒期手术室护理干预对患者 HR、BP 及不良情绪的影响。方法:通过选取 2023 年 1 月-12 月内我院收治的全麻苏醒期患者,经筛选后选择 600 例符合标准的患者作为本次研究的目标,患者经随机分组平分为两组各 300 例,对其中一组患者采用常规护理方法并标为对照组,另一组患者视为观察组并采用手术室护理干预方法。对不同护理方法下两组全麻苏醒期患者的 HR、BP 及不良情绪变化情况进行逐一对比分析,研究全麻苏醒期手术室护理干预对患者 HR、BP 及不良情绪的影响。结果:对比患者间的护理情况发现,观察组于护理后的 HR、BP 情况改善更加明显($P < 0.05$);同时观察组患者的不良情绪也得到了更为有效的缓解($P < 0.05$)。结论:全麻苏醒期手术室护理干预对患者 HR、BP 及不良情绪有着积极的改善效果,对于患者的心理健康、康复情况有着优秀的帮助,值得相关护理研究对此重视与应用。

关键词:全麻苏醒期手术室护理干预;血压;心率;不良情绪;临床效果

麻醉苏醒期是从停止追加全身麻醉药,到患者意识完全恢复到正常的时段。全身麻醉的苏醒期还分为吸入麻醉的苏醒和静脉麻醉的苏醒^[1]。全身麻醉如果药量控制合适,一般在停药 5-10 分钟,病人就可以完全清醒^[2]。全麻可以引起心率的改变,通常在全麻诱导和恢复期间会出现心率增快的情况。这是由于麻药对交感神经的抑制作用和麻醉药的兴奋作用导致的^[3]。此外,麻醉药还可能抑制迷走神经,导致心率增快。全麻会引起血压的变化,具体表现为血压的升高或降低。在全麻诱导期间,麻药的兴奋作用和交感神经的抑制作用会导致血压下降^[4]。而在手术刺激、术中出血或麻醉药的剂量调整等情况下,血压可能会升高。全麻手术所使用的麻醉药物可能会对大脑和神经系统造成影响,导致手术后的疼痛、失眠、幻觉等症状^[5]。这些不适可能会让患者感到焦躁不安,产生不良情绪。基于此,本文对相关病例进行了选取,旨在比较分析全麻苏醒期手术室护理干预对患者 HR、BP 及不良情绪的影响。现将研究内容汇总整理如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

选择 2023 年 1 月-12 月内我院收治的全麻苏醒期患者,经筛选后选择 600 例符合标准的患者作为本次研究的目标,患者经随机分组平分为两组各 300 例,对其中一组患者采用常规护理方法并标为对照组,另一组患者视为观察组并采用手术室护理干预方法。其中,患者年龄段处于 3-90 岁。对照组男 157 例,女 143 例,年龄取值范围 3-89(59.38 ± 2.98)岁;观察组男 159 例,女 141 例,年龄取值范围 4-90(59.69 ± 3.21)岁。统计检验发现,计算得到两组全麻苏醒期患者的性别、年龄数据间差异满足 $P > 0.05$,因此分组具备后续对比的基础。

1.2 排纳标准

纳入标准:①患者身体各项指标达到全身麻醉手术规定标准,并且在手术中保持稳定的基本生命体征;②具备正常的语言沟通能力;③不存在精神疾病史;④患者或患者家属均清楚研究内容,并且均在知情告知书上签字。

排除标准:①存在视听功能障碍或者认知功能障碍患者;②确诊抑郁症、人格障碍、神经性厌食等心理疾

病患者;③患者临床档案不完整;④研究期间中途退出患者;⑤同期参加两项或者两项以上研究患者。

1.3 方法

对照组:使用常规基础护理干预。监护生命体征:全麻清醒后要监护患者的身体特征,比如血压或者是血氧,能够判断是否有血压下降等异常的情况。吸氧:如果是做过全麻手术,清醒以后通常需要吸氧,能够维持血氧饱和度。禁食禁水:刚刚清醒以后要禁止禁水在短时间内最好不要吃东西,否则可能会导致肠胃受到刺激。保持呼吸道通畅:恢复期间需要注意保持呼吸道通畅,避免出现呛咳的现象。观察患者体征变化:需要密切观察患者的体征变化,比如是否有检测苍白或者是呼吸困难等现象。

观察组:采用手术室护理干预方法。(1)密切观察:由专人进行护理,酌情每 15-30min 测一次血压、脉搏、呼吸直至稳定清醒。(2)保持呼吸功能:避免呕吐误吸而引起窒息,全麻术后病人采取侧卧或者去枕平卧位,头向一侧旋转,出现呕吐物及时抽吸。预防舌后坠、鼾声发生后,可托下颌或施作口咽及鼻咽通气导管等,当发生喉痉挛和发出刺耳喉鸣声后,应立即清除诱因并加压给予氧气,需要时行环甲膜穿刺给予氧气。(3)保持循环功能:要关注血压,脉搏,心律,心电图监测,时刻关注病人改变,如果血压过低,要检查输液情况及手术后出血情况。(4)维持正常体温:手术期间接触时间长、输液量大都会导致体温过低,手术后要注意保温,手术后如出现高热,应用物理降温预防高热抽搐。(5)预防意外损伤:麻醉恢复期间存在显著兴奋期,表现为躁动,幻觉等现象。因此需要进行专人看守,以防患者拔下各类导管,同时还要避免坠床外伤等事件发生。(6)心理护理:对患者进行心理上的辅导,与患者积极的交流,为患者讲解病情,消除患者对疼痛的恐惧,进而消除患者心理上的悲观、紧张情绪,促使患者早日康复。

1.4 观察指标及评判标准

(1)对比两组患者护理前后的 HR、BP 情况改善:通过分析对比两组患者护理后心率及血压的改善情况,分析不同护理方法对患者带来的影响差异。

(2)对比两组患者护理前后不良情绪变化情况:焦

虑抑郁自评量表是常用于评估个体焦虑和抑郁症状严重程度选择。通过此评测,病人的得分越高,表明其焦虑和抑郁水平越高,进而用以判断护理对病人心理状况的作用。

1.5 统计学方法

本次研究中,使用 SPSS25.0 统计并计算本次试验的观察指标数据,通过 $(\bar{x} \pm s)$ 与 t 来检验得到的计量资料计算情况,通过 (%)、 X^2 方法验证计数资料的计算情况,为了使统计学方法上的差异间的意义得到证明,计

表 1 不同护理方法下患者护理前后的 HR、BP 变化情况 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	HR (次/min)		SBP (mmHg)		DBP (mmHg)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	300	43.72 ± 2.54	86.53 ± 5.08	170.33 ± 6.82	125.28 ± 4.43	96.62 ± 3.19	75.37 ± 4.23
对照组	300	43.58 ± 2.33	82.42 ± 5.34	169.72 ± 6.75	128.12 ± 5.06	97.03 ± 3.25	76.59 ± 4.96
t	-	0.704	9.659	1.101	7.314	1.559	3.242
p	-	0.482	0.001	0.271	0.001	0.119	0.001

2.2 不同护理方法下患者护理前后的不良情绪变化情况

通过记录并计算发现,两组患者 SAS 和 SDS 情况(评分越低代表患者的心理状况越健康)在进行护理干预前

表 2 不同护理方法下患者护理前后的不良情绪变化情况 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	300	57.77 ± 1.44	43.53 ± 4.08	53.28 ± 1.24	42.73 ± 4.12
对照组	300	57.72 ± 1.51	45.42 ± 4.34	53.16 ± 1.41	45.40 ± 4.23
t	-	0.415	5.496	1.154	7.832
p	-	0.678	0.001	0.249	0.001

3 讨论

伴随着现代医学模式的改变和医疗市场的激烈竞争,护理人性化服务的分量日益受到重视^[6]。麻醉苏醒期人性化护理既延展了“慎独”的护理工作精神又展现了强烈的人文护理理念^[7]。手术结束后,患者从麻醉中醒来,尽管意识已经恢复或部分恢复,但麻醉药物效果还未完全消除,手术麻醉给病人带来的冲击还在继续^[8]。患者机体保护性反射还未完全恢复,很可能出现气道梗阻和通气不足、呕吐误吸或者循环功能不稳定以及其他并发症等问题,这要求麻醉恢复室医护人员做好手术室护理工作,及时发现和应对这些潜在意外情况^[9]。

本次研究中,针对患者采取了手术室护理干预和常规护理干预模式两种不同的护理方法。其中观察组的血压及心率恢复效果更加显著 $(P < 0.05)$; 患者的护理后的不良情绪缓解情况也具备更为良好的表现 $(P < 0.05)$ 。因此在全麻苏醒期患者的临床护理中,采用手术室护理干预的应用对于护理效果的改善得到了证实,手术室护理干预更大幅度的提升了患者的护理效果与患者的心理健康,为患者提供了更好的护理环境,提升了患者的恢复情况。

综上所述,手术室护理干预和常规护理干预模式的临床效果差异得出了结论,手术室护理干预有效地提升了护理的效果,有效地满足了患者对于精神层面的护理需求,使患者的生命健康得到了更好的保障,值得相关护理工作对之加深研究并注重运用。

算数值结果需保证 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 不同护理方法下患者护理前后的 HR、BP 变化情况

通过记录并计算发现,两组患者的 HR、BP 情况进行护理干预前差异微小 $(P > 0.05)$,因此两组数据的对比具有价值。观察组的 HR、BP 情况在手术室护理干预方法下改善情况更为明显,证明了观察组的护理方法对于患者麻醉恢复效果有更好的提升 $(P < 0.05)$ 。见表 1。

差异较小 $(P > 0.05)$,数据具备后续测试价值;经手术室护理方法干预后观察组的心理状态评分表现得到了更为显著的提升 $(P < 0.05)$ 。见表 2。

参考文献:

- [1]马珍,娄小平,吴凯.预见性护理在胸腔腹腔镜联合手术食管癌患者全麻苏醒期躁动中的应用[J].肿瘤基础与临床,2020,33(02):170-172.
- [2]刘永慧.手术室麻醉苏醒护理对预防腹部手术患者全麻苏醒期躁动的效果[J].中国农村卫生,2019,11(12):60.
- [3]赵靖.手术室护理干预对全麻苏醒期患者心理状况及躁动的影响[J].辽宁医学杂志,2019,33(04):90-92.
- [4]刘乐春.探讨腹腔镜全麻苏醒期手术室护理干预对患者心理状况及躁动发生率的影响[J].中外医疗,2019,38(34):116-118
- [5]孙宁琳.手术室护理干预对全麻苏醒期患者心理状况及躁动的影响[J].中外医学研究,2020,18(25):93-95.
- [6]马莉.全麻苏醒期手术室护理对患者心理状况及躁动发生率的评估观察[J].智慧健康,2020,6(20):76-78.
- [7]龙艳娟.手术室护理干预对全麻苏醒期患者心理状况及心情烦躁的影响[J].黑龙江医药,2020,33(02):459-461.
- [8]许祖琼.全麻苏醒期手术室护理干预对患者心率、血压及不良心理的影响研究[J].中国社区医师,2019,35(14):143-144.
- [9]薛雨桃.手术室麻醉苏醒护理对腹部手术病人全麻苏醒期躁动的临床影响[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(16):167.