

# 麻醉护理一体化管理模式在麻醉恢复室的应用分析

李伏连

(曲靖市中医医院麻醉手术科 云南曲靖 655000)

**摘要:**目的:探讨麻醉护理一体化管理模式麻醉恢复室中的应用效果。方法:选取 2023 年 3 月—2024 年 3 月期间该院麻醉治疗患者 168 例作为研究对象,将实施麻醉护理一体化前的 84 例患者作为参照组,将实施后的 80 例患者作为对照组、观察组,其中观察组患者实施麻醉护理一体化管理措施,对照组患者实施常规护理措施。比较两组患者的并发症发生率、差错事件发生情况、平均交接时间及护理满意度情况以及出手术室时生命体征状态。结果 观察组患者并发症总体发生率为 2.5%,对照组患者并发症总体发生率为 22.5%,明显高于观察组( $P < 0.05$ );观察组患者交接时间、差错事件及护理满意度评分结果均优于对照组( $P < 0.05$ );观察组患者出手术室时血压、心率、活动力以及意识得分均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。结论麻醉护理一体化管理模式在麻醉恢复室运用不仅能降低患者并发症发生率,还有助于降低平均交接时间、差错事件发生,改善患者出手术室后的生命体征状态,提升患者护理满意度,在临床护理实践中具有较佳的推广价值。

**关键词:**麻醉护理一体化管理;麻醉后恢复室;并发症;满意度

据临床研究显示,多数麻醉患者因麻醉效果迟迟未散去而引发躁动、腹泻和呕吐等并发症,极大降低了患者的生存质量和身体健康水平,给患者及其家属带来不利的生活质量。对此,医院会安排手术麻醉患者治疗结束后进入麻醉恢复室,对患者的身心进行全方位的护理,最大程度缓解患者因麻醉而发生的并发症,让患者的机体和意识恢复到正常水平。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2023 年 3 月—2024 年 3 月期间收治的 80 例手术麻醉患者为研究对象,采用随机数表法将所选对象分为对照组和观察组,每组 40 例。其中对照组男 26 例,女 14 例;年龄 22~75 岁,平均年龄( $39.12 \pm 5.42$ )岁。观察组男 28 例,女 12 例;年龄 26~70 岁,平均年龄( $38.29 \pm 6.37$ )岁。将所有患者一般资料比较无明显差异( $P > 0.05$ )。本研究获得本院伦理委员会审核批准。

1.2 纳入及排除标准 (1) 纳入标准:所有患者均按照 ASA 分级 I~II 级标准纳入研究,且签署知情同意书。

(2) 排除标准:近段时间有吸烟、呼吸道感染者;心脑血管疾病患者;家族遗传性疾病;胃炎患者;严重肝肾疾病患者;存在麻醉药物过敏史者。

1.3 方法给予对照组患者进行常规护理,主要包括记录其生命体征、按时用药、

嘱咐按时作息、密切的病情观察、麻醉后的复苏护理等措施。给予观察组以下麻醉护理一体化管理模式,具体如下:(1)配置一体化护理人员:按照自愿参与、

实事求是的原则,搭建麻醉护理一体化管理小组。组员构成包括组长(从多年临床经验的执业医师、护士中选取)、多名组内成员。在组长的安排与组织下,每位组员按照自己的护理岗位和职责开展麻醉护理一体化管理工作。(2)优化一体化护理流程:护理人员在麻醉恢复室的麻醉护理一体化管理模式中,需要掌握具体的麻醉护理一体化管理流程,做好麻醉器患者生命体征的观察和记录;为患者吸入氧气,并将氧流量控制在 6~8 L/min 范围内;针对麻醉恢复室危重患者应提前做好好心电监护仪、呼吸球囊和抢救药物。当患者转入麻醉恢复室后,应与对应护理人员交接好患者生命体征、麻醉、手术补液、尿量、出血量等数据资料。(3)评估患者麻醉恢复状况:系统性评估麻醉恢复室患者麻醉恢复情况,为之打分。坚持个性与共性相结合的原则。通过打印的方式,将所有患者共性注意事项、部分患者特殊注意事项呈现于纸上,并置于患者容易看到的病房位置,提醒患者及医师引起重视。(4)全面一体化护理模式:护理人员应时刻关注患者的心电图、血压和呼吸等生命体征,每隔 15 min 为患者记录一次。同时,护理人员应做好术后患者肢体运动、瞳孔、出血量方面的变化记录。针对危重患者,护理人员应为麻醉恢复室配备一定的抢救药物和仪器。麻醉师应针对麻醉患者的病史、生命体征、临床诊断、麻醉药物使用情况,与麻醉恢复室护理人员进行交接和讲解,便于护理人员更好开展护理工作。(5)恢复期间心理护理:针对麻醉恢复室患者出现的心理焦虑、紧张等状况,护理人员应耐心安抚患者,以专业和负责

的角度为患者普及麻醉相关医学常识,缓解患者的恐惧心理。针对恢复过程中患者提出的疑问,护理人员应借助自身过硬的业务知识,为患者讲解和回答。另外,针对有高血压病史的患者,护理人员要密切监测器血压水平,配备心电监护仪和降压药物,有效预防患者的血压异常状况。(6)出科的评价标准:按照以下评价要素准予患者出科。①中枢神经意识:患者意识已经恢复正常,定向力恢复正常,且能清楚讲出自己所在的地方与时间;②循环标准:患者的血液及心率稳定时长超过 30 min,且与术前比较,波动数值为 20%;③呼吸标准:患者通气功能恢复正常,可自行呼吸,呼吸频率介于 12~30 次/min。(7)详细记录恢复室护理情况:护理人员应详细记录包括患者名称、临床手术类型、麻醉方法、中心静脉压、血氧饱和度、进科时间、呼吸机参数记录等在内的麻醉恢复室表单内容。与此同时,患者要仔细记录患者在麻醉恢复室的瞳孔对光反射、生命体征表、膀胱充盈度、尿量、输血情况、疼痛评估、心异常等表单内容。

#### 1.4 观察指标

(1)观察对比两组患者心率异常、

意识障碍、低氧血管、恶心呕吐等并发症,差错事件发生情况,平均交接时间。

其中,患者并发症发生率=(并发症发生例数/患者例数) $\times 100\%$ 。

(2)制作本院的麻醉恢复室护理满意度评分问卷,征得患者及其家属同意后,为护理满意打分,采用百分制。评分低于 60 分为不满意;评分介 60~85 分为基本满意;评分大于 85 分为满意。护理满意度(满意+基本满意)/患者例数 $\times 100\%$ 。

(3)对比两组患者手术室时压、心率、活动力以及意识得分。采用本院自制的评分表,每项计 0~3 分,得分越高表明状态越好。

#### 1.5 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件对本研究中所有数据资料进行处理,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,对比通过 t 检验;计数资料采用(%)表示,通过  $\chi^2$  检验;  $P < 0.05$  表示对比差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 对比两组 Steward 评分 以及复苏时间出室时,参照组、实验组的 Steward 评分分别为(5.87 $\pm$ 0.62)分、(8.97 $\pm$ 0.16)分;复苏时间分别为(98.74 $\pm$ 2.74)min、(68.45 $\pm$ 3.84)min。因此,实验组的 Steward 评分 (8.97 $\pm$ 0.16) 明显高于参照组(5.87 $\pm$ 0.62)分,对比结果差异有统计学意义( $P < 0.05$ );实验组的复苏时间(68.45 $\pm$ 3.84)min 明显短于参照组(98.74 $\pm$ 2.74)min。对比结果差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

#### 2.2 对比两组的并发症情况

实验组出现 4 例(4.76%)并发症,其中 2 例(2.38%)疼痛,2(2.38%)例寒战;参照组出现 13 例(15.48%)并发症,其中 6 例(7.14%)呕吐,2 例(2.38%)为认知障碍,5 例(5.95%)为寒战。实验组的并发症发生率为 4.75%(4/84),参照组为 15.48%(6/84),对比结果差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

麻醉恢复过程中极易出现疼痛、呕吐等并发症,其发病率范围为 10%~24%。为及时处理患者出现的并发症,医院应当强化对 PACU 的管理力度。作为麻醉患者苏醒的场所,PACU 对于患者康复具有现实意义,可帮助医护人员严密监测患者病情。并且及时发现患者可能出现的并发症。该研究中,实施一体化管理模式后,不仅有效缩短患者的苏醒时间,而且明显减少其呕吐、疼痛等并发症,效果确切。实验组的复苏时间(68.45 $\pm$ 3.84)min 明显短于参照(98.74 $\pm$ 2.74)min( $P < 0.05$ )。由此可见,麻醉护理一体化管理应用于 PACU 中,具有缩短复苏时间、降低并发症等优点,值得推广。

#### 参考文献:

- [1]李秀芬.麻醉后恢复室预防医院感染的管理措施[J].内蒙古中医药,2013(26):41.
- [2]刘德行.朱昭琼.张超.等.团队化的麻醉后恢复室对患者术后复苏及手术间利用率的影响[J].第三军医大学学报,2013(16):1763-1765.
- [3]刘德行.刘进.朱昭琼.三甲医院麻醉后恢复室运行特征分析与管理策略[J].遵义医学院学报,2015(5):492-496.
- [4]孟凡松,田燕,李艳妮.麻醉后恢复室预防医院感染的管理措施探讨[J].中国处方药,2014(1):77-78.