

麻醉护理一体化管理对手术麻醉患者并发症的作用

张敏 田德菊 (通讯作者)

(重庆市开州区人民医院 重庆 405400)

摘要: 目的: 研究将麻醉护理应用于手术患者麻醉过程中对患者并发症发生情况的影响。方法: 病例选取 2019-2020 年来我院接受手术麻醉治疗的 80 例患者, 均分为两组, 分别予以常规麻醉护理 (对照组) 以及融合一体化管理模式 (观察组), 对比指标包括 Steward 评分、苏醒用时以及并发症发生概率。结果: Steward 评分比较, 观察组更高 ($P < 0.05$); 苏醒时间比较, 观察组更短 ($P < 0.05$); 并发症发生概率比较, 观察组更低 ($P < 0.05$)。结论: 针对手术麻醉患者, 实施融合一体化护理模式的意义在于, 缩短患者术后苏醒时间, 同时相较于常规麻醉护理, 可以大幅度降低并发症的发生概率, 值得推广。

关键词: 麻醉护理一体化管理; 手术麻醉; 并发症

手术中的麻醉环节不可或缺, 结合临床相关实践可知, 由于麻醉作用, 大部分患者术后仍未苏醒, 从而升高了患者术后出现恶心、呕吐与心率异常等并发症的风险, 严重威胁患者的术后健康与恢复^[1]。完成手术患者需要在麻醉复苏室恢复意识, 由护理人员观察患者的情况, 并予以相对的处理, 控制并发症, 所以麻醉护士的护理质量, 直接影响到患者的健康^[2]。文章特选取 80 例手术麻醉治疗患者, 针对缩短患者术后苏醒时间、控制并发症发生所需的麻醉护理对策展开探讨, 详情如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

病例选取 2019-2020 年来我院接受手术麻醉治疗的 80 例患者, 其中男性 50 例, 女性 30 例, 年龄均值 (44.12 ± 2.34) 岁, 均分为两组, 分别予以常规麻醉护理 (对照组) 以及融合一体化管理模式 (观察组), 基线资料比较显示无差 ($P > 0.05$)。排除合并严重器质性疾病患者; 精神、沟通障碍患者; 对该项研究无法积极配合患者。

1.2 方法

全部患者均严格严密监测各项指标, 具体包括血压、脉搏、心电图监护, 护理人员详细记录, 监测患者的呼吸频率以及呼吸深浅等情况。

对照组实施常规护理, 监测患者的生命体征, 苏醒后观察是否存在并发症异常, 送至病房, 在苏醒室予以吸氧护理, 流量为 $3.0-5.0L/min$ 。

观察组实施一体化管理模式, 成立专门的护理小组, 将患者的护理任务分为前、中、后期各项, 并落实给不同的护理人员。对护理人员的工作情况定期考核, 组织学习麻醉知识。麻醉医生协同护士将患者送入麻醉复苏室, 落实交接, 特殊手术患者逐一交接, 重点说清护理关键, 以免遗漏。患者进入麻醉复苏室时的具体护理措施如下:

(1) 恒温毯保温, 加热输注液体, 给患者提供氧气, 将室温控制在 $26-28^{\circ}C$ 。

(2) 小组成员坚守各自的岗位, 监测患者心率、脉搏、呼吸等体征, 详细记录。预测患者的苏醒度、肌张力、血液循环以及呼吸, 发现异常及时上报, 准备好抢救物品与药品。

(3) 没有完全苏醒的患者体位应该头高脚低, 偏向一侧。苏醒过程中, 患者容易躁动, 应该加强防护, 以免患者坠床。无特殊体位需求的患者, 早期苏醒更换体位时, 需要多名护理人员配合完成。

(4) 全麻手术患者留置多个导管, 加强导管护理, 以免导管扭曲、弯折脱落, 保证引流管畅通。观察导管的气味以及流液的颜色, 预防并发症。

(5) 患者苏醒后, 从患者的面部表情评估患者的情绪, 如果患者存在不良情绪, 应耐心与患者沟通, 稳定患者的状态。

1.3 评价标准

对比指标包括 Steward 评分、苏醒用时以及并发症发生概率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 24.0 统计学软件处理数据, 计数资料用 ($n/\%$) 表示, χ^2 检验, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2.结果

Steward 评分比较, 观察组更高 ($P < 0.05$); 苏醒时间比较, 观察组更短 ($P < 0.05$); 并发症发生概率比较, 观察组更低 ($P < 0.05$), 详见表 1-2。

表 1 两组患者的 Steward 评分与苏醒时间比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	Steward 评分 (分)	苏醒时间 (min)
观察组 (n=40)	8.77 ± 1.12	62.29 ± 6.74
对照组 (n=40)	5.44 ± 1.38	93.65 ± 6.31
t 值	15.35	27.81
P 值	<0.05	<0.05

表 2 两组患者的并发症发生情况比较 [n/%]

组别	心率异常	恶心呕吐	低血氧症	发生率 (%)
观察组 (n=40)	1 (2.99)	(0.00)	(0.00)	2.99
对照组 (n=40)	4 (10.45)	3 (7.46)	2 (5.97)	23.88
χ^2 值				8.47
P 值				<0.05

3、讨论

手术麻醉完毕患者接受治疗的主要场所就是麻醉复苏室, 手术完成患者在麻醉药效的作用下, 机体功能没有恢复, 循环功能、气道功能不稳定, 容易引发并发症^[3]。所以在复苏室苏醒时, 必须落实相应的有效护理, 控制并发症。结合相关研究可知, 相较于传统手术完成后直接回到病房等待苏醒, 在复苏室辅助相应的麻醉护理措施可以显著减少并发症的发生, 确保了患者的健康^[4]。常规麻醉护理无法满足现阶段人们对于麻醉护理的高质量要求, 从而诞生例如一体化护理模式, 优势在于保证了高效率的麻醉护士配合, 确保各岗位本职工作的顺利完成, 让患者收获高质量的麻醉苏醒护理^[5]。文章为证实上述观点, 特选取 80 例手术麻醉患者展开研究, 均分两组被予以常规麻醉护理与一体化麻醉护理模式, 结果凸显了一体化麻醉护理模式对手术麻醉患者的积极作用。

针对手术麻醉患者, 实施融合一体化护理模式的意义在于, 缩短患者术后苏醒时间, 同时相较于常规麻醉护理, 可以大幅度降低并发症的发生概率, 值得推广。

参考文献:

- [1] 孙婷婷. 麻醉护理一体化管理联合舒适护理对人工膝关节置换术后复苏的影响[J]. 临床护理杂志, 2021, 20 (04): 55-58.
- [2] 李志银, 沈丹萍. 麻醉护理一体化管理模式用于高血压手术患者麻醉复苏室中的作用[J]. 中外医学研究, 2021, 19 (20): 102-104.
- [3] 秦文琳. 浅谈麻醉护理一体化管理模式麻醉恢复室中的应用效果[J]. 新疆医学, 2021, 51 (03): 352-355.
- [4] 包华芳. 麻醉护理一体化管理模式在麻醉后恢复室的有效性分析[J]. 中国误诊学杂志, 2020, 15 (12): 598-599.
- [5] 王玲平, 陈琼玉, 林炜, 林智平. 麻醉护理一体化在老年全麻术后右美托咪啶辅助镇痛中的应用价值[J]. 海峡药学, 2020, 32 (12): 127-129.