

# 舒适性护理在手术室工作中的应用

张 衡

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710061

**摘要:**目的:分析舒适性护理在手术室工作中的应用效果。方法:选取2022年8月-2023年8月本院92例手术室患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组46例,行常规护理,观察组46例,行舒适性护理,比较两组护理效果。结果:观察组的护理配合、器械准备、仪器管理和消毒隔离评分均明显高于对照组,hs-CRP、Cor、SAS、SDS评分和不良事件发生率均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:在手术室工作中应用舒适护理能有效减轻身心应激,提升护理质量和安全性,具有推广价值。

**关键词:**舒适性护理;手术室;应激反应;不良事件

手术室主要职责为抢救治疗患者,其能反映出医疗部门整体水平,处于独立区域,但和多个部门之间有密切联系,需要在室内设置空气净化系统,且具有较高标准,创造出无菌环境<sup>[1]</sup>。手术室患者疾病种类多,程度不一致,治疗复杂且难度大,对设备使用、有关操作和整体环境等,均具有较高要求,故而,手术室应具有健全操作规范、规章制度等,为医护人员行为进行规范和指导<sup>[2]</sup>。科技水平持续提升,我国医疗事业焕发生机,手术室管理趋向于现代化、专业化,完善护理管理制度,创造出安全、温馨护理环境,是保护患者安全的关键。做好手术室护理工作,防范并发症,检查有关设备,监测体征,促使手术顺利、高效展开,提升操作精准度,及时消除潜在问题,令患者感受到舒适、自在。本次研究以手术室患者为对象,分析舒适性护理的应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2022年8月-2023年8月本院92例手术室患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组46例,男24例,女22例,年龄为18-66岁,平均年龄(42.63±4.47)岁;观察组46例,男23例,女23例,年龄为19-67岁,平均年龄(42.59±4.36)岁。两组一般资料( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**纳入标准:**有手术指征<sup>[3]</sup>;有清晰意识;存在基础理解、语言读写能力;有完整资料;知情同意本次研究。

**排除标准:**伴有意识障碍;存在精神疾病史;沟通障碍;长时间服用精神药物;严重血液系统疾病。

### 1.2 方法

对照组行常规护理,术前准备好相关物品,调节手术室温湿度,做好基础消毒工作,控制好手术进程,术

后将其转移到病房中。观察组以对照组为基础,行舒适性护理:

#### 1.2.1 术前舒适护理

由巡回护士负责,对患者进行访视,先向患者介绍自身,讲解内部手术环境,转至手术部时,提醒患者注意着装,为其提供宣传彩页,告诉患者到达手术室后注意事项。提供心理疏导,认真询问患者感受,加深其对于手术认知,帮助其将思想顾虑解除,令其放松思想,提高配合度。检阅病历,评估是否进行全面检查,了解病情,常见检查项目有CT、便常规、胸透、免疫十项、核磁、心电图和血型检查等。针对进行肠道、胃部手术者,应做好消化道准备工作。讲解手术体位、麻醉方式等,一般禁食时间为术前12h,禁饮时间为术前4-6h,提醒其早休息,做好保暖工作,防范呼吸道感染。告诉患者手术日医护人员接患者时间,提醒其将病服穿好,摘下眼镜、假牙和饰品等,不可将其带入手术部。进行访视时,告诉患者全程有医护人员陪伴,如果出现不舒服,可以马上告诉医护人员,会及时为其提供帮助,减轻恐惧、不安等心理,加强其信心。进行访视时,如发现患者出现情绪异常,应马上告诉主管医生,第一时间处理好。手术当天清晨,病房护士应和巡回护士共同对患者身份进行核对,保证无误,将腕带标识于肢体末端系好,采取水性笔将患者手术部位圈好,将其送往手术室。

#### 1.2.2 术中舒适护理

将患者送往手术室后,讲解附近环境,可减弱其陌生感,促使患者形成信任感及依赖感。认真检查患者腕带上信息、病例和交接核对表等,核对手术体表标识、住院号、年龄、科室、床号、血型和姓名等。对术前准备工作进行检查,包括备血情况、皮肤准备情况,挑选

适宜静脉,将静脉通路建立好。在麻醉等待过程中,选取患者熟悉、感兴趣的话题,对其注意力进行转移,缓解负面情绪,例如孤单、恐惧等,若患者配合度较高,应给予其赞扬和肯定。了解其情绪变化情况,一旦出现异常,应马上干预、预警。对于特殊群体,如老人或儿童,其血管条件通常不理想,护理人员进行穿刺时,应保证细心、耐心,提升一次穿刺成功率,同时将2条静脉通路留置好,确保药物能顺畅输入,将其固定好。留置好尿管、胃管,留置过程中,患者可能出现疼痛、恶心等表现,尽可能将留置时间在麻醉后,缓解不良刺激。进行手术前,先认真检查手术配件和床位,以其能安全使用为基础,采用棉垫将脚架、托手架等包裹好,做好固定,避免受体位变换影响,导致棉垫移动,导致硬质器具直接接触皮肤。严格管控温湿度,令室温处于22-25℃,湿度处于40%-60%,避免出现低体温,如有必要,以不会对手术野产生影响为前提,针对输液肢体、其他暴露部位,采用手术单或棉垫将其盖好,若患者手术复杂、年老体弱、手术时间较长,可先应用液体加温仪对输注的液体进行加温处理,采取恒温箱,将温盐水准备好,方便冲洗体腔。保证氧供充足,第一时间将呼吸道清洁干净,将p(CO<sub>2</sub>)控制在25~33mmHg。令颅内压处于稳定状态,防范脑水肿,降低脑损伤、代谢性酸中毒发生风险。将中心静脉压控制在0.9~1.5kPa,平均动脉压控制在70~80mmHg,保证冠脉中有充足血流量,预防受冠脉灌注不足影响,引发心血管意外事件。保证静脉通路顺畅,采取适宜药物纠正酸碱、电解质和水失衡。若患者意识清醒,护士可通过握手、言语鼓励等方式,给予其支持。

### 1.2.3 术后舒适护理

术前3天内,对患者进行随访,及时告诉患者手术成功,对其配合工作表示感谢,密切监测患者体温、精神状态和伤口愈合情况,询问患者有无疼痛。引导患者对手术室工作提出相应建议、意见,按照要求将访视记录做好,将手术访视表填写好,要求如实填写,若患者为危重症或为特大手术,术后应增加随访频率,可一日多次。

### 1.3 观察项目和指标

评价心理情绪:SAS量表<sup>[4]</sup>对应焦虑程度,SDS量表<sup>[5]</sup>对应抑郁程度,界限为57分和55分。评价手术应激指标:采取放射免疫法,检验Cor,选用酶联免疫法,检验hs-CRP。评价护理质量:应用问卷调查,包括护理配合、器械准备、仪器管理和消毒隔离,均为0-100分。评价不良事件:包括配合失误、输液反应、静脉炎、脱管和导管阻塞。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据,( $\bar{x}\pm s$ )与(%)表示计量与计数资料,分别行t与检验, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组心理情绪比较

干预后两组SAS、SDS评分均明显低于干预前,观察组变化更明显( $P<0.05$ )。详见表1。

表1 两组心理情绪比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	46	57.27±4.48	33.26±3.41 <sup>a</sup>	55.29±4.18	31.33±2.16 <sup>a</sup>
对照组	46	57.65±4.27	41.16±4.27 <sup>a</sup>	55.28±4.61	39.26±2.31 <sup>a</sup>
t	/	0.416	9.805	0.011	17.007
P	/	0.678	0.000	0.991	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

### 2.2 两组手术应激指标比较

干预后两组hs-CRP和Cor均明显低于干预前,观察组变化更明显,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表2。

表2 两组手术应激指标比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	hs-CRP (mg/L)		Cor (μg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	46	10.12±1.12	4.21±0.32 <sup>a</sup>	35.52±2.41	20.05±2.43 <sup>a</sup>
对照组	46	10.25±1.32	7.12±0.41 <sup>a</sup>	35.61±2.37	35.52±2.41 <sup>a</sup>
t	/	0.509	37.948	0.181	30.657
P	/	0.612	0.000	0.857	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

### 2.3 两组护理质量比较

观察组的护理配合、器械准备、仪器管理和消毒隔离评分均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表3。

表3 两组护理质量比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	护理配合(分)	器械准备(分)	仪器管理(分)	消毒隔离(分)
观察组	46	93.73±2.66	93.74±2.38	92.33±1.68	92.39±1.65
对照组	46	85.36±2.54	85.50±2.25	83.24±1.45	83.20±1.52
t	/	15.435	17.064	27.781	27.783
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

### 2.4 两组不良事件比较

对比不良事件发生率, 观察组更低 ( $P < 0.05$ )。详见表4。

表4 两组不良事件比较[n(%)]

组别	例数	配合失误	输液反应	静脉炎	脱管	导管阻塞	发生率
观察组	46	0	1	0	0	1	4.35
对照组	46	1	3	1	2	3	21.74
	/	/	/	/	/	/	6.133
<i>P</i>	/	/	/	/	/	/	0.013

### 3 讨论

手术室是医疗体系中重要组成部分, 进行临床诊疗, 结果为要采取抢救、手术治疗的, 均应于手术室内完成。手术室工作复杂, 和多个部门密切相关。就手术室而言, 其综合水准直接反映出医疗机构的服务水平和专业性。目前我国手术室工作已经走进现代化进程, 尊重患者, 采取先进理念, 改进护理方案, 以提升患者安全性和舒适度<sup>[6]</sup>。

手术室内含有多种仪器、设备, 精细度高, 开展手术时空气净化系统可以将有害病毒清除, 维持无菌环境, 但手术治疗中依然存在诸多风险性问题。手术会产生创伤, 创面长时间暴露, 会导致温度变化, 易引发感染, 患者舒适度降低, 另外, 情绪异常也会导致进程减慢, 心理状态不佳、认知较差者, 常对手术伴有抵触、怀疑等心理。采取舒适护理, 术前, 积极展开访视, 帮助患者疏导情绪, 塑造出良好形象, 积极和患者交流, 严格遵循相关规范, 执行各项服务, 开展健康管理, 能显著提升患者舒适度, 切实改善病情, 促使生活质量提升。术中监测体征和情绪变化, 和医生之间加强配合, 缩短手术时间, 防范不良事件。术后加强随访, 及时发

现异常, 立即处理。通过术后随访, 既能帮助患者减轻负担, 也能促进手术室护理顺利展开, 提升护理效率、质量, 培养良好工作作风。本次研究结果显示和对照组比, 观察组的SAS、SDS评分均更低 ( $P < 0.05$ ), 表示舒适护理有助于减轻心理压力, 维持良好情绪。观察组的hs-CRP和Cor均更低 ( $P < 0.05$ ), 表明舒适护理可减轻手术应激, 创伤小, 后续恢复速度快。观察组的护理配合、器械准备、仪器管理和消毒隔离评分均更高 ( $P < 0.05$ ), 提示舒适护理能提升护理质量, 提高手术效率。观察组的不良事件发生率更低 ( $P < 0.05$ ), 代表舒适护理重视细节, 可防范脱管、配合失误等不良事件。说明应用舒适护理可以促使手术安全、有效进行。

综上所述, 在手术室工作中应用舒适护理能有效减轻身心应激, 提升护理质量和安全性, 具有推广价值。

### 参考文献

- [1]王钦.舒适护理在手术室护理中的应用价值分析[J].中国社区医师,2023,39(21):114-116.
- [2]章永铭.手术室个性化舒适护理对甲状腺癌根治术患者生命体征、焦虑和抑郁情绪、疼痛与睡眠质量的影响[J].临床与病理杂志,2023,43(3):597-603.
- [3]陈海敏,李珍卫,陆宏伟,周永娣.探讨手术室全方位舒适护理对髋关节置换术患者心理状态及心率的影响[J].中国社区医师,2021,37(33):110-111.
- [4]郭娜,魏媛媛,文青.手术室舒适护理对手术患者的影响[J].心理月刊,2022,17(20):126-128.
- [5]王小燕.舒适护理在手术室术前、术中、术后护理中临床应用观察[J].黑龙江医学,2022,46(19):2398-2400.
- [6]杨青.手术室舒适护理对髋关节置换患者的影响[J].中国城乡企业卫生,2021,36(11):186-188.