

# 综合性手术室护理模式对全麻苏醒期患者的临床效果分析

路 璐

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710061

**摘要:**目的: 探析综合性手术室护理模式应用于全麻苏醒期患者中的效果。方法: 自2023年12月起, 本院开始收集全身麻醉手术治疗的病例资料, 至2024年12月止共纳入94例, 通过掷硬币法进行分组。一组47例开展常规手术室护理作为参照组; 一组47例开展综合性手术室护理作为试验组。对比两组苏醒期间副反应、完全苏醒时间以及躁动程度等情况。结果: 试验组苏醒期间患者副反应的总发生率为4.26%较参照组14.89%显著偏低 ( $P < 0.05$ )。试验组苏醒室停留时间、完全苏醒、自主呼吸恢复以及呼唤睁眼等时间较参照组显著偏短 ( $P < 0.05$ )。试验组精神状态评分、躁动程度以及疼痛程度等指标较参照组具有显著优势 ( $P < 0.05$ )。结论: 全麻苏醒期患者开展综合性手术室护理干预, 能明显降低副反应的发生率, 有效缩短苏醒时间, 减轻患者疼痛及躁动程度, 应积极推广。

**关键词:** 综合性手术室护理; 全麻苏醒期; 效果

在全麻手术之后, 患者往往面临行为失控的问题; 在麻醉苏醒阶段, 由于手术带来的应激反应, 以及苏醒前可能出现的焦虑和抑郁情绪, 患者的交感神经系统可能会变得异常活跃, 导致儿茶酚胺的分泌增加, 从而引发心率的提升和血压的升高, 患者可能会遭遇不同程度的躁动、兴奋、定向障碍, 或者出现不受控制的行为和不遵从指令等症状, 这些并发症严重妨碍了术后的康复过程<sup>[1]</sup>。鉴于此, 对于全麻手术患者的术后苏醒期, 必须给予充分的关注, 采取综合性的护理措施, 旨在有效预防和控制躁动现象, 确保患者的身心状态能够保持在一个稳定的水平, 具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

自2023年12月起, 本院开始收集全身麻醉手术治疗的病例资料, 至2024年12月止共纳入94例, 通过掷硬币法进行分组。试验组47例中, 男性27例, 女性20例。年龄值域25-58岁, 年龄均值 (41.73±0.28) 岁。参照组47例中, 男性26例, 女性21例。年龄值域24-59岁, 年龄均值 (41.97±0.45) 岁。对比两组一般资料 ( $P > 0.05$ ), 可比性较强。

### 1.2 方法

参照组开展常规手术室护理干预, 主要为: 动态监测患者的生命体征的重要指标, 开展心电监护工作, 进行辅助呼吸支持; 严格依照医嘱使用药物, 实施标准化营养支持干预, 并提供全面的心理辅导。

试验组开展综合性手术室护理干预, 主要为: (1) 术前干预。在实施麻醉前, 护理人员应当主动与患者及其家属开展简明扼要的交流, 清楚地向他们阐述麻醉的

实施过程、作用机理, 以及术后可能遭遇的不适反应。针对那些心理承受能力较弱的患者, 还应提供适当的心理抚慰。(2) 术中干预。①保暖护理: 精准调控室温, 对输入液体与器械进行适宜加温, 确保术区外身体部位得到妥善覆盖以维持体温<sup>[2]</sup>。②药物护理: 麻醉医师精心施以适量的镇静镇痛药剂, 力求将患者在术后苏醒期的躁动情况降至最低。苏醒之际, 患者意识逐步复苏, 而手术创口的疼痛往往易致躁动不安。在此期间, 护理人员需紧密监测患者病情变化, 一旦出现躁动征兆, 即刻通报医师, 并遵医嘱使用止痛泵, 以期降低躁动的出现可能。(3) 术后干预。①预防并发症护理: 器械护士细心为患者拭去消毒液与血渍, 同时采取恰当措施确保患者保暖, 安全地将患者送入苏醒室, 并全程密切监测患者的临床表现。若发现任何异常情况, 护理人员将立刻通知医师。如有需要, 护理人员会执行保护性约束措施。在整个苏醒阶段, 护理人员始终守护在患者身旁。他们还会对患者的体温变化进行实时监测, 并观察心率、脉氧饱和度、血压等生命体征, 以评估自主呼吸的恢复状况, 并积极采取措施预防可能出现的并发症。②心理护理: 恪守医嘱合理用药, 主动处理患者的不适反应, 以降低不良并发症的发生。事先向患者阐明, 术后出现的意识混淆是常见的生理现象。对患者心理状况进行细致评估, 并提供相应的心理疏导, 以减轻其不安与焦虑等情绪困扰<sup>[3]</sup>。③饮食护理: 在患者意识恢复至完全清醒后, 通过播放教育视频对其开展饮食指导。患者在康复过程中, 宜摄取易于消化的食物, 应严格避免食用过咸或过于油腻的食品。④疼痛护理: 术后积极关切患者体验, 细致评估其疼痛级别。对于疼痛较为剧烈的患

者,严格依照医嘱施用适宜的镇痛药物;而对于疼痛程度较轻者,采取恰当的方法引导其分散注意力,从而减轻痛感<sup>[4]</sup>。⑤指标观察:强化对全麻患者在拔管后10分钟内生命体征的严密监测,着重关注血氧饱和度指标。若拔管后患者血氧饱和度维持在95%以上,表明其生命体征稳定,适宜转入普通病房。⑥体温护理:在麻醉复苏阶段,若患者体温出现降低,应适度提升室内气温,并在需要时使用毛毯保温。同时,对于需输注的液体药品,应提前进行加温处理,确保其温度维持在37℃左右<sup>[5]</sup>。⑦呼吸道护理:针对呼吸不畅或无法自主呼吸的患者,须遵循规定程序,及时提供机械通气以辅助治疗,并严格执行标准化气道护理措施,确保气道保持通畅且湿润。

### 1.3 指标观察

(1)副反应:观察并统计苏醒期间两组患者有无谵妄、恶心、心律失常以及躁动等副反应,并计算总发生率进行统计学分析。(2)苏醒指标:观察并记录两组患者在苏醒室停留时间、完全苏醒时间、自主呼吸恢复时间以及呼唤睁眼时间。(3)疼痛程度评价:运用VAS法进行疼痛程度评价,最高分值为10分,评分与疼痛程度

呈正比。(4)心理状态评价:术后12小时,对两组患者抑郁/焦虑的心理状态进行客观评价,最高分值为80分,评分与心理状态呈反比。(5)躁动程度<sup>[6]</sup>:运用Cravero法进行术后12小时躁动程度的评价,其中1分表示反应迟钝、对刺激未做出反应;2分表示睡眠状态,对刺激能做出反应;3分表示清醒状态,对刺激能做出准确反应;4分表示哭闹状态,伴有轻度躁动;5分表示出现异常躁动,具有明显的定向力障碍。(6)精神状态评价<sup>[7]</sup>:运用MMSE量表对术后12小时两组患者精神状态进行评价,分值为0-30分,评分与精神状态呈正比。

### 1.4 统计学分析

通过SPSS 25.0 统计学软件对录入数据进行分析,用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示疼痛评分等计量数据,用 $t$ 检验。用 $[n,(\%)]$ 表示发生率等计数数据,以 $\chi^2$ 检验。统计学分析 $P < 0.05$ 时,研究有意义。

## 2 结果

### 2.1 副反应发生情况

试验组苏醒期间患者副反应的总发生率为4.26%较对照组14.89%显著偏低( $P < 0.05$ ),详见表1。

表1 2组苏醒期间副反应的发生情况对比分析表 [ $n(\%)$ ]

分组	例数	躁动	恶心呕吐	谵妄	心律失常	总发生率
参照组	47	2 (4.26%)	2 (4.26%)	2 (4.26%)	1 (2.13%)	7 (14.89%)
试验组	47	1 (2.13%)	1 (2.13%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (4.26%)
$\chi^2$	-					7.5384
$P$	-					< 0.05

### 2.2 苏醒指标比较

试验组苏醒室停留时间、完全苏醒、自主呼吸恢复

以及呼唤睁眼等时间较参照组显著偏短( $P < 0.05$ ),详见2。

表2 2组苏醒指标水平对比分析表 ( $\bar{x}\pm s$ , min)

分组	例数	苏醒室停留时间	完全苏醒	自主呼吸	呼唤睁眼
参照组	47	32.86±1.15	22.73±1.46	15.33±1.15	12.66±1.53
试验组	47	25.24±1.42	17.38±1.13	10.86±1.73	9.08±1.62
$t$	-	8.1406	6.7925	6.1269	4.7718
$P$	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

### 2.3 疼痛、躁动程度比较

试验组精神状态评分、躁动程度以及疼痛程度等指

标较参照组具有显著优势( $P < 0.05$ ),详见表3。

表3 2组患者疼痛、躁动程度对比分析表 ( $\bar{x}\pm s$ )

分组	例数	疼痛评分	躁动程度	精神状态	心理状态	
					焦虑评分	抑郁评分
参照组	47	5.19±0.24	2.37±0.03	19.14±0.32	33.61±0.55	32.27±0.16
试验组	47	3.36±0.25	1.17±0.12	21.46±0.26	27.28±0.76	28.52±0.24
$t$	-	4.0215	3.8941	4.3814	8.4138	7.3517
$P$	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

### 3 讨论

全身麻醉作为手术过程中普遍采用的麻醉手段,能够有效缓解患者在手术过程中的疼痛,保障手术的顺利进行。然而,在患者恢复意识的过程中,由于生理指标的波动,常会出现躁动不安等状况,并可能并发无意识动作、血压波动、心脏功能异常等问题。尤其随着苏醒时间的延长,可能出现心律不齐、躁动等异常反应,对患者的康复带来不利影响。鉴于此,针对全身麻醉患者在围手术期必须采取有效的护理措施,旨在减轻麻醉副作用及生理应激反应,从而优化患者的康复效果。综合性的手术室护理模式,作为一种创新的护理理念,依托循证医学的理论基础,通过科学证据指导,为患者量身定制护理方案,显著提升围术期的身心状态,从而有效保障手术的顺利开展及效果<sup>[8]</sup>。

从本次研究结果来看,试验组苏醒期间患者副反应的总发生率为4.26%较参照组14.89%显著偏低;分析认为,在全麻苏醒阶段,实施综合性的手术室护理干预措施,针对患者出现的不适症状,精准施策以根除引起躁动的诱因。同时,提升对患者生命体征的监控力度,依据患者全麻的特定状况,制定个性化的系统化护理方案。此举能够全方位降低患者对环境刺激的敏感度,有效预防术后可能出现的副反应。试验组苏醒室停留时间、完全苏醒、自主呼吸恢复以及呼唤睁眼等时间较参照组显著偏短;究其原因,在对患者进行保温干预方面,常规护理措施显然未能充分满足防护需求,忽视了低体温对患者造成的潜在影响,这往往使得患者面临较高的生理应激反应和更多的麻醉并发症,同时苏醒期也相应延长。而综合性保温护理则对患者所处的环境、使用的医疗器械以及药物等各方面都采取了加温处理,力求最大限度地减少患者体温流失,减轻生理应激。此外,通过药物控制及疼痛管理等综合性护理手段,有效改善了患者的生理应激状态,促进了麻醉药物代谢,从而有助于术后患者更快苏醒,及时恢复自主呼吸能力<sup>[9]</sup>。试验组精神状态评分、躁动程度以及疼痛程度等指标较参照组具有显著优势;分析认为,在全麻苏醒阶段,综合性手术室的专业护理通过全程围术期细致入微的照料,显著降低了患者在手术过程中所承受的心理压力。术前,护理团队积极与患者沟通,详细介绍麻醉流程及注

意事项,有效缓解了患者的焦虑与抑郁情绪。此外,在患者苏醒期间,护理人员密切监测其病情及疼痛状况,有效减轻了患者的痛感。在医师的指导下,适时给予药物干预,以最大限度地维持患者的生命体征稳定,减少苏醒期的躁动,进而显著改善了患者的精神状态<sup>[10]</sup>。

综上所述,全麻苏醒期患者开展综合性手术室护理干预,能明显降低副反应的发生率,有效缩短苏醒时间,减轻患者疼痛及躁动程度,应积极推广。

### 参考文献

- [1]储美霞.综合护理模式对接受全麻手术治疗的患者在麻醉苏醒室内实施护理的疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(11):205.
- [2]许燕,刘娅宁.系统化护理干预对全麻患者心理状况及苏醒期躁动的影响[J].临床医学工程,2022,29(11):1615-1616.
- [3]许祥华,孔媛媛,陈杨磊.手术室护理干预在改善全麻苏醒期患者心理状况及降低躁动发生率中的作用[J].中国社区医师,2021,37(8):2.
- [4]周玉兰,胡淑群,方洁英.综合护理干预在手术室麻醉苏醒护理中的应用[J].中国继续医学教育,2020,12(21):193-195.
- [5]刘萍.综合护理干预在手术室麻醉苏醒护理中的应用效果及对护理满意度的影响[J].中外医学研究,2019,17(8):100-101.
- [6]谭晓洁.综合护理干预在手术室患者麻醉苏醒期护理的应用分析[J].中国社区医师,2019,35(15):138-141.
- [7]林阿梅,邱蓓瑄,周海媚.手术室麻醉苏醒综合护理对全麻手术患者苏醒期躁动及苏醒质量的影响[J].中外医疗,2023,42(33):129-132.
- [8]张丹丹.手术室综合护理措施对全麻苏醒期患者心理状况及苏醒期躁动的影响[J].心理月刊,2021,12(3):180-181.
- [9]周晓萍.手术室综合性护理在老年全麻腹部手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,12(23):91-92.
- [10]孙丽娟,申春花,金花.综合护理干预在43例手术室麻醉苏醒护理中的应用观察[J].延边大学医学学报,2022,41(3):218.