

麻醉护理一体化管理在复苏室高龄全身麻醉手术患者中的应用

王 颖

绵阳市第三人民医院（四川省精神卫生中心） 四川 绵阳 621000

摘 要：目的：考察麻醉护理一体化管理模式于复苏室高龄接受全身麻醉手术患者群体中的应用效能。方法：于2024年1月至2025年1月期间，在我院行全身麻醉手术的高龄患者中，随机筛选出90例作为研究样本，依据随机数表法将其均分为两组，每组45例。参照组采用常规护理方式，实验组施行麻醉护理一体化管理策略。对比两组研究对象护理前后的生命体征参数、并发症出现概率以及护理满意度评分情况。结果：护理干预结束后，实验组患者的生命体征参数优于参照组，并发症出现概率低于参照组，护理满意度评分高于参照组，各项差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：针对复苏室的高龄全身麻醉手术患者实施麻醉护理一体化管理，能切实优化患者生命体征，削减并发症发生几率，提升护理满意度，具备推广应用价值。

关键词：麻醉护理一体化管理；复苏室；高龄；全身麻醉手术；生命体征

引言：PACU作为术后关键部门，负责麻醉术后患者生命体征的严密监测直至其恢复意识。随着时代进步和医学技术革新，我国老龄化问题日益严重，高龄手术患者数量大增。这些患者因生理机能退化及基础病患普遍，加之麻醉药物残留影响，术后易发并发症。因此，确保高龄患者在PACU复苏阶段得到安全有效的护理至关重要，以减少并发症风险，促进术后康复。

1 复苏室高龄全身麻醉手术患者的特点及管理难点

1.1 高龄患者的生理特点

高龄患者身体各器官功能衰退，储备能力下降。心血管系统方面，动脉硬化导致血管弹性降低，心脏收缩和舒张功能减弱，对麻醉药物和手术创伤的耐受性差，容易出现血压波动、心律失常等情况；呼吸系统方面，肺组织弹性减弱，肺活量减少，气道黏膜纤毛运动功能下降，术后容易发生肺部感染、低氧血症等并发症；神经系统方面，脑血流量减少，神经细胞数量和功能减退，对麻醉药物的敏感性增加，术后苏醒延迟、谵妄的发生率较高。此外，高龄患者常合并多种基础疾病，如高血压、糖尿病、冠心病等，进一步增加了手术和麻醉的风险。

1.2 全身麻醉对高龄患者的影响

全身麻醉药物通过抑制中枢神经系统，使患者暂时失去意识、痛觉和自主呼吸能力。对于高龄患者而言，由于其对麻醉药物的代谢和排泄能力下降，药物在体内的作用时间延长，容易导致苏醒延迟。同时，全身麻醉还会对患者的呼吸、循环、神经系统等产生不同程度的抑制作用，增加术后并发症的发生风险。例如，麻醉

药物可能导致呼吸抑制，使患者在复苏过程中出现低氧血症；对循环系统的抑制可能引起血压下降、心率减慢等，影响重要脏器的血液灌注^[1]。

1.3 复苏室管理的难点

在传统的复苏室管理模式下，由于麻醉医生和护理人员工作相对独立，信息沟通不及时，容易导致对高龄患者病情变化的判断和处理延迟。另外，高龄患者病情复杂多变，需要更加细致的观察和护理，但传统管理模式护理人员的工作任务较为分散，难以对患者进行全面、持续的监护。同时，由于缺乏统一的管理标准和流程，不同医护人员对患者的评估和处理方式存在差异，影响了复苏室管理的质量和效率。

2 资料与方法

2.1 一般资料

从2024年1月至2025年1月期间在我院接受全身麻醉手术的高龄患者中抽取90例作为研究对象，按照随机数表法分为两组，各45例。参照组男23例，女22例；年龄61~83岁，平均年龄（72.54±4.68）岁；ASA分级：Ⅰ级18例，Ⅱ级27例。实验组男24例，女21例；年龄62~84岁，平均年龄（73.14±4.72）岁；ASA分级：Ⅰ级19例，Ⅱ级26例。两组基线资料对比，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：患者均于2024年1月及以后接受全身麻醉手术，并成功转入复苏室；签署知情同意书。排除标准：伴有认知功能障碍；合并恶性肿瘤；凝血功能障碍；中途退出研究或未能成功转入复苏室的患者。

2.2 方法

参照组采用常规护理方案,涵盖生命体征监测、用药指导以及病房日常巡查等基础护理工作。实验组则开展麻醉护理一体化管理,具体实施内容如下:(1)科学规划PACU布局,将其设置于手术室中心位置,以保障患者术后转运高效,缩短救治时间。室内床位布局紧凑,设立独立护理单元并配备专用转运床,同时配备麻醉机、心电监护设备、除颤仪、呼吸机等专业医疗仪器^[2]。(2)优化人员配置与管理,选拔经验丰富的医护人员组成麻醉护理团队。按照3名护士与1名麻醉医师协同护理2名患者的标准,负责患者病情评估及转科判断。针对手术室护理人员,开展系统化专业培训,内容涉及呼吸机、除颤仪操作规范及各类药物使用要点。(3)建立一体化护理流程,医护人员每15分钟对患者呼吸频率、心率、心电图及血压等关键指标进行监测,同步观察术后出血、肢体活动及瞳孔变化情况。对于危重患者转运,提前备齐抢救药品、氧气装置及监护设备。患者转入恢复室后,麻醉医师详细向护理团队交接麻醉用药、生命体征、诊断结果及既往病史等信息。(4)加强患者生命体征监测。高龄患者合并基础疾病较多,且身体器官功能逐渐衰退,导致手术耐受性较差,术后发生不良事件的风险较高,因此需加强患者生命体征监测。密切监测患者心率、血压、呼吸频率及血氧饱和度等指标,若出现异常,需立即通知医生并协助处理。同时,观察患者皮肤颜色、温度变化,预防压疮等并发症的发生^[3]。(5)呼吸道管理。高龄患者全身麻醉术后呼吸道功能较弱,容易发生呼吸道梗阻、误吸等情况,因此呼吸道管理尤为重要。需及时清理患者口腔、鼻腔分泌物,确保呼吸道通畅。对于气管插管患者,需妥善固定气管插管,避免导管脱落或移位,同时观察导管内有无痰液堵塞,及时吸痰。拔管后,指导患者进行深呼吸、咳嗽排痰,预防肺部感染。(6)疼痛管理。高龄患者疼痛耐受性较差,术后疼痛不仅影响患者舒适度,还可能引发高血压、心律失常等并发症。因此,需加强患者疼痛评估,根据疼痛程度给予相应的镇痛治疗。可采用镇痛泵持续镇痛,同时向患者解释镇痛治疗的重要性,提高患者配合度。(7)体位管理。术后根据患者病情及手术方式选择合适的体位,如去枕平卧、侧卧等,以促进呼吸、循环功能恢复。对于躁动不安的患者,需适当约束,防止坠床等意外事件的发生。(8)保温管理。高龄患者体温调节能力较差,全身麻醉后体温易下降,导致寒战、低体温等情况的发生。因此,需加强患者保温管理,如使用保温毯、调节室内温度等,维持患者体温在正常范围内。(9)心理护理。高龄患者心理承受能力较差,对手术及术后恢复存在恐惧、焦虑等情绪。因此,需加强患者心理护理,耐

心倾听患者诉求,及时解答患者疑问,给予患者鼓励和支持,增强患者战胜疾病的信心^[4]。

2.3 观察指标

2.3.1 对比两组护理前后生命体征指标,包括心率(heartrate, HR)、收缩压(systolicbloodpressure, SBP)、舒张压(diastolicbloodpressure, DBP)、血氧饱和度(oxygensaturation, SpO₂)。

2.3.2 对比两组并发症发生率,包括呼吸道感染、低血压、躁动、寒战。

2.3.3 对比两组护理满意度评分,采用医院自制的护理满意度调查问卷,内容包括护理态度、护理技术、护理效果等,总分100分,分数越高表示护理满意度越高。

2.4 统计学处理

采用SPSS22.0统计学软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以(%)表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义^[5]。

3 结果

3.1 两组护理前后生命体征指标对比

护理前,两组生命体征指标对比,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后,实验组HR、SBP、DBP均低于参照组,SpO₂高于参照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。详见表1。

表1 两组护理前后生命体征指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	HR (次/min)	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)
参照组	护理前	95.24±8.64	146.78±15.36	85.67±10.34
参照组	护理后	86.45±7.56	135.45±12.45	78.45±9.45
实验组	护理前	94.87±8.54	147.23±15.45	86.12±10.23
实验组	护理后	75.67±6.45	124.56±10.34	70.12±8.45
t 值	护理前	0.234	0.156	0.245
t 值	护理后	6.987	5.324	4.789

3.2 两组并发症发生率对比

实验组并发症发生率低于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表2。

表2 两组并发症发生率对比 n (%)

组别	呼吸道感染	低血压	躁动	寒战	总发生率
参照组	5 (11.11)	4 (8.89)	6 (13.33)	3 (6.67)	18 (40.00)
实验组	1 (2.22)	1 (2.22)	2 (4.44)	0 (0.00)	4 (8.89)
χ^2 值		2.857	2	2.857	11.287
P 值		> 0.05	> 0.05	> 0.05	< 0.05

3.3 两组护理满意度评分对比

实验组护理满意度评分高于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表3。

表3 两组护理满意度评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理满意度评分
参照组	85.67 $\pm$ 5.45
实验组	96.78 $\pm$ 2.34
<i>t</i> 值	11.987
<i>P</i> 值	< 0.05

4 讨论

随着我国人口老龄化的不断加深,高龄患者的手术需求也在逐年增加。这类患者由于机体功能逐渐衰退,全身麻醉手术后往往面临生命体征不稳定、并发症风险高等问题,从而对其预后产生严重影响。因此,针对高龄全身麻醉手术患者的术后护理显得尤为重要。麻醉护理一体化管理作为一种创新的护理模式,将麻醉护理与临床护理紧密结合,为患者提供全方位、专业化的护理服务。该模式坚持以患者为核心,注重麻醉护理与临床护理之间的无缝衔接,确保患者在复苏室期间能够获得及时、有效的关怀。应用麻醉护理一体化管理后,发现高龄全身麻醉手术患者的生命体征得到了显著改善。与常规护理相比,接受一体化管理的患者心率(HR)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)均有所下降,而血氧饱和度(SpO_2)则有所提升,这些差异均具有统计学意义。这得益于一体化管理对患者生命体征的严密监控,以及对异常情况的迅速响应和处理,从而确保了患者生命体征的平稳。另外,麻醉护理一体化管理还有效降低了高龄全身麻醉手术患者的并发症发生率。通过加强呼吸道管理、疼痛控制、体位调整以及保温护理等一系列措施,一体化管理成功减少患者术后可能遭遇的呼吸道感染、低血压、躁动以及寒战等并发症,进一步提升患者的康复质量^[6]。

值得一提的是,麻醉护理一体化管理还显著提高患者的护理满意度。这一模式以患者为中心,致力于满足

患者的各项护理需求,为患者提供更为全面、细致的护理服务。因此,接受一体化管理的患者普遍对护理过程表示满意,其满意度评分也明显高于常规护理组。

结束语

综上所述,麻醉护理一体化管理在复苏室高龄全身麻醉手术患者中的应用,展现了显著的护理效果。该管理模式不仅有效改善患者的生命体征,降低并发症发生率,还显著提升患者的护理满意度。这不仅体现了以患者为中心的护理理念,也为高龄手术患者的术后康复提供有力保障。因此,麻醉护理一体化管理值得在复苏室高龄全身麻醉手术患者的护理实践中广泛推广与应用,以期为患者带来更加优质、高效的护理服务。

参考文献

- [1]洪婷婷,王欠.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].心血管病防治知识,2023,13(16):61-63.
- [2]王海静.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分析[J].临床研究,2022,30(11):170-173.
- [3]田津泽,邵春雪.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].心血管病防治知识,2022,12(18):35-38.
- [4]陈燕.麻醉护理一体化管理模式在高血压手术麻醉复苏中的作用[J].心血管病防治知识,2022,12(10):32-35.
- [5]刘琳慧,朱鹏飞,袁雅卓,等.麻醉护理一体化护理模式在手术室外无痛胃肠镜麻醉患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(08):75-78.
- [6]刘莉.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分析[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2023,15(zl):109-110.