



手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的疗效研究

沈丹丹 (重庆医科大学附属第一医院 重庆 400016)

摘要: 目的 探究手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的临床效果。方法 选取78例行全麻腹部手术治疗的患者作为研究对象,并将其随机分为对照组和观察组,每组39例。给予对照组常规护理,观察组在常规护理的基础上实施麻醉苏醒护理。比较分析苏醒期两组患者的血压指标、心率以及躁动发生率。结果 对照组的舒张压、收缩压、心率以及躁动发生率均高于观察组,且差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 手术室麻醉苏醒护理可显著降低腹部手术患者全麻苏醒期间躁动的发生率,值得临床推广。

关键词: 麻醉苏醒护理 腹部手术 全麻 苏醒期躁动

中图分类号: R472.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 14-191-02

前言

对行腹部手术治疗的患者进行全麻是实施麻醉的主要方法,但是,外科腹部手术是一项创伤性较大的手术,对患者腹腔的脏器造成较大的扰动,使其麻醉苏醒期间具有较高的躁动发生率^[1]。全麻苏醒期躁动就是全麻手术患者在苏醒期间出现的兴奋、妄想思维、语无伦次、呻吟、哭喊、肢体无意识动作等一系列不恰当的行为。这些行为会使患者的心率加快、血压升高,造成各种气管导管脱出,使手术的创面出血,甚至发生气管痉挛等^[2]。本研究中,通过对行全麻腹部手术患者实施麻醉苏醒护理取得了较为满意的效果,作如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2017年5月~2018年5月在我院进行全麻腹部手术治疗的78例患者作为研究对象,并随机分为对照组和观察组,每组39例。对照组中20例男性,19例女性了;年龄为25~70岁,平均年龄 48.21 ± 1.58 岁;其中,有7例肝胆手术,13例胃肠道手术,9例妇科手术,10例泌尿手术。观察组21例男性,18例女性了;年龄为26~70岁,平均年龄 48.66 ± 1.34 岁;其中,有8例肝胆手术,12例胃肠道手术,10例妇科手术,9例泌尿手术。两组患者在性别、年龄、手术类型等一般资料上均无明显差异, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 护理方法

给予对照组常规护理,观察组在对照组的护理基础上实施麻醉苏醒护理,具体方法如下:

1.2.1 心理护理:在进行手术前,护理人员应积极主动地与患者及其家属进行沟通,告知他们手术中麻醉的方法、过程、作用,使其明白麻醉的重要性,从而更好地配合治疗。将麻醉后可能产生的感官异常以及设置各种引流管的必要性和不适反应等情况向患者进行介绍,使其做好心理准备。对患者所存在的心理问题进行分析,让患者建立心理防御机制,做好准备应对可能出现的各种情况,使其在麻醉苏醒期间的恐惧、紧张、担心等不良情绪得以缓解。

1.2.2 舒适护理:手术结束后,帮助患者去枕平卧在床,

并提醒其勿要做大幅度的动作,以免医护器械或者体位会压迫到其大血管和神经,保持呼吸顺畅。注意对采用约束带的患者进行体位调整,控制好约束带的松紧度,可采用窗栏对患者进行保护。严密监测药物依赖者的生命体征和意识状况,观察是否有麻醉苏醒期躁动的发生。

1.2.3 药物护理:随着术后麻醉药物的作用渐渐减退,病人的痛觉开始恢复,会明显感觉到手术伤口所带来的疼痛。护理人员应将患者的实际情况告知医生,然后遵循医嘱给予其镇痛、镇静药物以缓解患者的疼痛程度,从而减少苏醒期躁动的发生情况。

1.3 观察指标

观察苏醒期两组患者的血压指标、心率以及发生躁动的情况。躁动程度:安静,无躁动为0分;进行吸痰等操作时有肢体躁动,经过安慰可有效改善为1分;即使无刺激也产生躁动,并试图将各种引流管拔除,需要护理人员制动为2分;强烈挣扎,需要多人共同强制制动为3分。(1分+2分+3分)/例数 $\times 100\%$ =躁动发生率。

1.4 统计学方法

对研究数据进行分析时采用SPSS20.0统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义^[3]。

2 结果

2.1 两组患者的血压、心率比较

在苏醒期观察组的收缩压为 132.28 ± 12.81 mmHg,舒张压为 84.27 ± 7.18 mmHg,心率为 75.48 ± 9.07 次/min。对照组的相应值分别为 148.94 ± 13.47 mmHg, 95.14 ± 11.50 mmHg, 88.62 ± 8.70 次/min。

观察组的收缩压、舒张压和心率均低于对照组,且差异具有统计学意义($P < 0.05$, t收缩压=2.13, t舒张压=2.43, t=2.42)。

2.2 两组患者的躁动发生率比较

观察组的躁动发生率为12.82%,低于对照组的33.33%,且 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表1:

表1: 两组患者的躁动发生率比较 (n/%)

组别	例数	0分	1分	2分	3分	发生率
对照组	39	26 (66.67)	7 (17.96)	4 (10.26)	2 (5.13)	13 (33.33)
观察组	39	34 (87.18)	3 (7.69)	2 (5.13)	0 (0.00)	5 (12.82)
χ^2		4.62	1.83	0.72	2.05	4.62
P值		0.03	0.17	0.39	0.15	0.03

3 讨论

麻醉苏醒期躁动是一种较为特殊的麻醉并发症,其临床表现为心率加快、血压升高和各种肢体动作的不恰当等^[4]。因为腹部手术对患者所造成的创伤较大,出血量多,且扰动了其腹腔内的脏器,所以在全麻苏醒期发生躁动的几率较高

且程度也较重。护理人员通过在术前对患者进行探访、安抚,使其应激反应减少,增强患者对护理的配合度和自我调节能力^[5]。术后采取具有针对性的护理措施,严密监测患者的心率、血压等指标,就能有效控制躁动的发生,促进患者的身体康

(下转第193页)



被广泛应用^[5-7]。我院目前该种手术都是比较经常做的,如果病人为年纪大,营养不好,医生在做dixon手术吻合后,会做暂时性的一个肛门改道,在结肠处做一个经腹的造口。这样可以使病人的粪便通过造口排除体外,大大减少吻合口漏的发生^[8]。待病人术后恢复良好,通过肠镜检查,确定吻合口已经愈合后,再行一个造口还纳的手术。随着医学技术的快速发展,腹腔镜下结肠癌根治术的安全性也在不断的提高,加之密切的护理配合,大大提高了手术的成功率^[9]。

腹腔镜下行结肠癌根治术中密切的护理配合也是手术成功的关键,由于腹腔镜辅助下行结肠癌根治术的环节复杂,要求较高,护理人员要不断提升个人的技能和经验,才能做到与手术医生和麻醉师的密切配合^[10]。在手术配合中要注意:(1)手术时间相对较长及患者因肿瘤因素存在潜在营养不良,术前应做好病人皮肤的评估及护理,由于手术过程会反复调整手术床的位置,应将病人妥善固定。(2)注意无菌观念,接触过肿瘤组织的器械应另外放置,防止肿瘤通过器械种植转移。(3)加强无菌观念,肠腔内肠道属于污染部位,打开之后应充分消毒,注意器械的保管和使用。

本次50例腹腔镜下行结肠癌根治术的患者均顺利完成手术操作,手术效果显著。可见,腹腔镜手术视野更加清晰,直观,最大限度地减少血管神经的损伤,减少手术并发症,缩短手术时间,提高了手术的精准性,使手术得以顺利完成。

(上接第189页)

下肢静脉曲张是一种常见的周围血管性疾病,以大隐静脉曲张的发生最为常见^[1-2]。随着疾病的发展,下肢静脉曲张常表现为下肢肿胀、疼痛、色素沉着等,严重影响患者的生活质量。PDCA循环是一种科学化、标准化的管理体系,包括计划(P)、执行(D)、检查(C)和行动(A)四个方面,广泛应用于质量管理中,是保证质量改进的有力工具^[3]。将PDCA循环法应用于护理管理工作中,可以使整个护理工作更加标准化、制度化,有助于提高护理水平和质量,提高患者的满意度。本研究结果显示,与对照组相比,采用PDCA循环管理后,静脉曲张术后并发症明显降低,伤口疼痛下降,护理满意度提高,差异有统计学意义($P < 0.05$),进一步证实了该理论对于

(上接第190页)

的实际情况进行宣教,只是按照护理流程实施健康教育,对改善患者对疾病知识的了解度无法起到促进作用。临床护理路径的应用,就是为了将护理措施更加有计划性和预见性,缩短患者住院时间、治疗费用,提高患者对护理的满意度。中医护理路径是以整体观念为基础,认识高位肛周脓肿的发病规律,采取预见性的护理^[3]。肛周脓肿是临床常见的急性感染性疾病,临床特点为肛周局部红肿疼痛,伴随大便秘结,高位肛周脓肿还会引发会阴部的胀痛,出现发热等中毒情况。同时中医护理路径是以中医辨证论治作为护理引导思想,给予患者饮食护理,疾病护理等^[4]。

综上所述,为高位肛周脓肿手术治疗的患者实施中医护

(上接第191页)

理。本研究的结果显示,在苏醒期观察组的血压、心率以及躁动发生率均明显低于对照组,且差异具有统计学意义($P < 0.05$)。可见,实施麻醉苏醒护理能够减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的发生情况,值得临床推广。

参考文献

[1] 陈志峰. 手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的疗效评价[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(20): 1884-1886.

参考文献

- [1] 张凤坤. 心理干预在低位直肠癌患者应用中的效果分析[J]. 中国民康医学, 2011, 23(7):865-867.
- [2] 张娜. 腹腔镜下直肠癌根治术的手术护理配合及体会[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(3):218-219.
- [3] 杨俊霞. 15例腹腔镜直肠癌根治术的护理配合体会[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(21):160.
- [4] 陈云霞, 陈元芝, 扬春. 腹腔镜下直肠癌根治术中的护理与配合[J]. 实用医技杂志, 2008, 15(4):469-470.
- [5] 李振华. 腹腔镜下直肠癌根治术的手术配合及护理体会[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2013, 30(5):570-571.
- [6] 邱菲菲. 腹腔镜下直肠癌根治术的手术护理配合及体会[J]. 医药前沿, 2012, 2(16):212.
- [7] 邱英, 郭成香, 刘军晓, 等. 腹腔镜手术护理流程图在腹腔镜直肠癌Dixon术围手术期护理中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(32):254-255.
- [8] 谭爱霞, 曹彦. 腹腔镜下直肠癌根治术21例的手术配合[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(32):7992-7992.
- [9] 严帅, 魏娜, 李雪, 等. 300例腹腔镜直肠癌根治术的围手术期护理体会[J]. 吉林医学, 2010, 31(29):5208-5209.
- [10] 唐凤元. 腹腔镜下结直肠癌手术496例术后并发症的观察及护理[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(5):47-49.

提高静脉曲张护理效果的有效性。

综上所述,实施PDCA循环模式进行下肢静脉曲张手术护理,能够有效减少术后并发症发生与术后疼痛,提高护理满意度,推动护理工作的不断发展。

参考文献

- [1] 马春玲. 下肢静脉曲张患者健康教育护理探析[J]. 亚太传统医药, 2009, 5(6):175-176.
- [2] 林玉珍, 黄静, 罗玉珍, 等. 护士防护下肢静脉曲张现状分析及对策[J]. 护理学报, 2012, 19(14):36-37.
- [3] Ding J, Duan D, Meng Y. The Role of PDCA Cycle Management in Standardizing Clinical Application of Atomization Inhalation Drugs[J]. China Pharmacy, 2016, 27(26): 3721-3724, 3725.

理路径,在改善患者治疗指标的同时,还能改善患者治疗后的心理状态,有利于促进患者治疗后康复效果,提高患者对护理的满意程度。

参考文献

- [1] 张秀玲. 高位肛周脓肿手术患者行中医护理路径的效果评价[J]. 中医临床研究, 2015, (32):133-134.
- [2] 陈明, 李青. 中医护理临床路径在肛周脓肿手术患者中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2018, (3):64-66.
- [3] 周太荣. 中医护理路径在肾脏穿刺活检术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, (2):9-11.
- [4] 李翠欣. 中医特色护理配合临床护理路径在急性心肌梗死合并心律失常患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, (11):105-107.

[2] 胡同慧. 手术室麻醉苏醒护理对腹部手术患者全麻苏醒期躁动的作用[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33(06): 1327-1329.

[3] 钱叶. 兰手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的效果分析[J]. 湖北民族学院学报, 2014, 31(04): 82-83.

[4] 郭朵. 手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的临床效果[J]. 医学美容, 2015, 1(03): 137.

[5] 简雨晴. 对进行全麻的腹部手术患者实施麻醉苏醒护理的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2015, 13(06): 82-83.