

手术室护理在食管癌根治术患者麻醉苏醒期中的应用价值

叶丽萍 段宝仙

昆明医科大学第三附属医院 / 云南省肿瘤医院 云南昆明 650106

【摘要】目的 探究手术室护理在食管癌根治术患者麻醉苏醒期中的应用价值。**方法** 选取 2018 年 1 月—2018 年 12 月在我院行食管癌根治术的 40 例患者作为研究对象,按照手术室护理措施实施前后时间进行分组。自 2019 年 1 月起实施手术室护理,将实施前收治的 20 例患者设为 A 组,将实施后收治的 20 例患者设为 B 组,对比实施前后应用效果。**结果** 实施护理, B 组尿路刺激反应程度中, I 级、II 级例数多与 A 组, III 级、IV 级例数少于 A 组,整体对比数据显示优于 A 组 ($P < 0.05$),且躁动率低于 A 组 ($P < 0.05$)。**结论** 将手术室护理应用于食管癌根治术患者麻醉苏醒期中,可降低患者的尿路刺激反应程度,改善其躁动反应,临床应用效果良好。

【关键词】 手术室护理; 食管癌根治术; 麻醉苏醒期; 尿路刺激反应程度; 躁动率

【中图分类号】 R473.73 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2095-7165 (2019) 04-170-01

食管癌属于临床常见消化道肿瘤,致死率较高,主要表现为进行性咽下困难,先是干性食物无法下咽,继而是半流质、流质,直至不能咽下水质唾液^[1]。现阶段,临床主要采用手术联合化疗的方式控制患者病情。因手术创伤较大,因此需要给予患者准确的护理措施,避免患者因麻醉苏醒期的躁动反应影响治疗效果^[2]。因此,本文将手术室护理应用于食管癌根治术患者麻醉苏醒期中,并探究其应用价值。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月—2018 年 12 月在我院行食管癌根治术的 40 例患者作为研究对象,按照手术室护理措施实施前后时间进行分组。自 2019 年 1 月起实施手术室护理,将实施前收治的 20 例患者设为 A 组,将实施后收治的 20 例患者设为 B 组。其中, A 组男 22 例,女 18 例,年龄 42 ~ 73 (65.3 ± 3.5) 岁; B 组男 21 例,女 19 例,年龄 41 ~ 74 (65.8 ± 3.4) 岁。参与本次研究的患者及其家属均获知情权,组间基线资料对比,差异均衡性良好 ($P > 0.05$)。

1.2 护理方法

A 组采用常规护理,内容包括健康宣教、体征监测、术后引流管护理等; B 组在常规护理基础上实施手术室护理,具体内容如下: ①麻醉认知干预: 术前,护理人员可根据患者的病情、身体耐受程度、心理状态等情况进行评估,分析其出现心理应激时的身体耐受性及可能引起患者躁动反应的因素。结合患者的教育背景及理解能力,以通俗易懂的语言告知其麻醉实施流程及手术期间可能出现的不适,提高患者对麻醉的认知,达到疏导其心理状态,降低躯体应激反应的目的。②心理疏导: 患者处于麻醉苏醒期时,因意识尚未恢复,对周围环境的陌生感和无法掌握自身肢体行动的失落感会导致患者产生焦虑、抑郁等心理状态。因此,护理人员需要加强对患者围手术期的心理疏导及干预,尤其是在麻醉苏醒期内,观察患者的意识恢复程度,通过正能量的语言鼓励患者,消除患者的陌生感,改善不良心理状态,促进其意识状态的恢复。③手术室护理: 在手术床上放置循环水变温毯,设置温度为 38 ~ 40℃,给予患者保暖,防止手术过程中身体温度下降出现应激反应; 手术结束后,调整约束带宽度,指导患者去枕平卧,密切关注患者心率、血压等体征变化; 做好引流管护理,待患者意识恢复后,需告知患者手术情况,以稳定患者情绪。

1.3 观察指标

记录实施前后患者的尿路刺激反应程度及躁动率。

尿路刺激反应: 以留置尿管耐受程度观察患者的躁动程度, I 级: 无刺激反应; II 级: 刺激反应轻微,可耐受; III 级: 刺激

反应明显,难以忍受,伴有尿急、尿痛等症状; IV 级: 刺激反应剧烈,无法忍受,出现血压升高、心率加快等严重并发症。

躁动率 = 躁动例数 / 20 × 100%。

1.4 统计学方法

将本次收集到的食管癌根治术患者数据输入至 SPSS20.0 统计学软件中进行分析处理,数值变量资料采用 t 检验,以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,无序分类资料采用 χ^2 检验,以 (%、n) 表示,两组数据差异具有统计学意义时 $P < 0.05$ 。

2 结果

实施手术室护理前, A 组尿路刺激反应程度 I 级 3 例、II 级 4 例、III 级 6 例、IV 级 7 例,躁动率为 40% (8/20)。实施手术室护理后, B 组尿路刺激反应程度 I 级 9 例、II 级 11 例、III 级 0 例、IV 级 0 例,躁动率为 10% (2/20)。组间对比依次为: $\chi^2 = 4.285$, $\chi^2 = 5.226$, $\chi^2 = 4.901$, $\chi^2 = 6.233$, $\chi^2 = 4.8$ 。

实施前后尿路刺激反应程度对比, B 组 I 级、II 级例数多与 A 组, III 级、IV 级例数少于 A 组,整体对比数据显示优于 A 组,且躁动率低于 A 组,差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

行食管癌根治术患者经全身麻醉后,出现身体躁动反应的原因可能在于患者缺乏对麻醉相关知识的正确认识,而手术创伤大、术中出血量较多,也会导致患者术后躁动率较高^[3]。手术室临床护理可通过手术前后及手术过程中的既定护理措施,有效降低患者在麻醉苏醒期间的不良反应^[4]。本次研究数据显示,接受手术室护理后的 B 组患者在尿路刺激反应程度及躁动率的数据收集,显示结果均优于 A 组 ($P < 0.05$)。这表明,手术室护理可在护理过程中配合认知干预计划,纠正患者对麻醉行为的错误认识,降低其机体应激反应,在麻醉苏醒期患者中的应用效果明显。

综上所述,在行食管癌根治术患者的麻醉苏醒期实施手术室护理,可通过有效的护理措施降低患者的尿路刺激反应程度,缓解其躁动反应,临床应用效果可靠。

【参考文献】

- [1] 张丽. 食管癌放射治疗的护理体会 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(1):140-141.
- [2] 尹亮. 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]. 航空航天医学杂志, 2017, 27(12):1518-1519.
- [3] 辛帅, 陈金耀, 蔡骅, 等. 麻醉苏醒期联合保温护理对全身麻醉患者术中应激及苏醒躁动期干预效果分析 [J]. 山西医药杂志, 2017, 46(19):2283-2286.
- [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]. 医学美容美容旬刊, 2015(3):137-137.