

麻醉苏醒护理结合保温护理对全身麻醉患者苏醒质量及睡眠质量的影响研究

魏瑞媛 霍艳英

北京大学国际医院 102206

【摘要】目的 分析全身麻醉患者接受麻醉苏醒护理以及保温护理结合干预的效果。**方法** 时间统计为 2022.3-10 月,把全身麻醉 100 例患者纳入分析范畴,以数字表法的形式记作两组,有结合组、常规组,评估患者苏醒情况、睡眠质量情况。**结果** 结合组患者的苏醒质量以及睡眠质量均优于常规组, $p < 0.05$ 。**结论** 全身麻醉患者的临床干预中,要及时对麻醉苏醒和保温护理互相结合,全面改善患者苏醒以及睡眠质量,更好地推动手术顺利进展。

【关键词】 麻醉苏醒; 保温护理; 全身麻醉; 苏醒质量; 睡眠质量; 应用效果

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2023) 07-116-02

临床医学上,麻醉主要是利用药物促进患者整体感觉消失,或者部分感觉消失,给医生开展诊疗工作提供有效支持。在患者病症类型日益丰富的背景下,全身麻醉应用率有所增加,以呼吸道吸入或者静脉注射的形式控制机体中枢神经系统出现反应,让患者在手术过程中能够丧失神志反射、肌肉反射等。一些文献明确,全身麻醉会造成患者体温减少,增加麻醉苏醒时间,若及时融入保温干预,能够改善患者苏醒情况和睡眠质量^[1]。为此选取 100 例患者开展医学观察,尝试引进麻醉苏醒护理、保温护理的方式,统计护理质量,具体情况如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取接受全身麻醉手术干预的 100 例患者,被均匀记作常规组、结合组,实施不相同的护理模式。前组男性和女性分别是 22、28 例,年龄所处 22-70 岁区间,均值 (47.53 ± 2.85) 岁。包含 15 例属于泌尿系统病症的患者、12 例属于胃肠系统病症的患者、22 例属于肝胆系统病症的患者;前组男性和女性分别是 24、26 例,年龄所处 25-72 岁区间,均值 (49.73 ± 3.44) 岁。包含 19 例属于泌尿系统病症的患者、21 例属于胃肠系统病症的患者、10 例属于肝胆系统病症的患者。上述患者均达到全身麻醉手术干预标准,愿意配合医学观察,不存在干扰全身麻醉效果疾病的患者;排除有药物过敏史患者、伴随精神系统疾病患者、体温有异常变化的患者。两组患者的基本信息比较,不存在统计学差异 $p > 0.05$,可比性较强。

1.2 方法

对常规组患者加以麻醉苏醒干预,手术之前护士要对患者和家属阐述麻醉要点,加深患者对麻醉认知,懂得半苏醒过程中身体有异常变化是正常状态,缓解患者焦虑和不安等情绪。阐述导管应用的要点,和患者之间建立友好关系^[2]。手术之后护士要引导患者保持恰当体位,按照平卧位的形式控制机体神经受压,对患者的体征进行观察和了解,记录患者呼吸系统以及循环系统的运作情况,通过科学的方式处理不良问题。及时引进镇痛泵,在意识有所恢复的情况下对患者进行躁动情绪的干预。对结合组患者另外增加保护干预,手术之前护士对手术室内的温湿度加以充分调整,保持室内温度记作 23 摄氏度,和医生具体核对手术治疗的时间,及时对患者保暖。手术期间对手术室进行消毒,充分补液干预,加热处理液体,对冲洗液置入恒温箱全面处理。消毒患者皮

肤过程控制皮肤过多暴露,利用保温毯适当遮盖,降低患者有低体温的问题。

1.3 观察指标

观察患者麻醉苏醒的情况(气管拔管平均时间、手术彻底清醒所需时间、麻醉后监测干预室滞留平均时间)、睡眠质量情况(引进睡眠质量 PSQI 量表评估,分别记录手术之前、手术之后 24h、手术组之后 72h 的睡眠情况,睡眠质量和分数之间有反比关系。)

1.4 统计学分析

统计学方法:数据应用 SPSS20.0 统计学软件分析;计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 麻醉苏醒的情况

结合组气管拔管平均时间 (22.15 ± 3.54) min、手术彻底清醒所需时间 (44.15 ± 2.57) min、麻醉后监测干预室滞留平均时间 (49.52 ± 2.40) min,均小于常规组, $p < 0.05$,见表 1。

表 1: 比较麻醉苏醒效果 $(\bar{x} \pm s)$

小组	拔管 平均时间	手术彻底 清醒所需时间	麻醉后监测干预 室滞留平均时间
常规组	31.05 ± 3.25	71.48 ± 5.20	81.53 ± 2.55
结合组	22.15 ± 3.54	44.15 ± 2.57	49.52 ± 2.40
t	3.204	12.302	10.284
p	$p < 0.05$	$p < 0.05$	$p < 0.05$

2.2 PSQI 量表评估情况

结合组手术之前 PSQI 量表评估为 (4.50 ± 0.24) 分,和常规组患者比较 $p > 0.05$ 。结合组手术之后 24h PSQI 量表评估为 (2.35 ± 0.05) 分、手术组之后 72h PSQI 量表评估为 (1.03 ± 0.02) 分,均优于常规组, $p < 0.05$,见表 2。

表 2: 比较 PSQI 量表评估结果 $(\bar{x} \pm s)$

小组	手术之前	手术之后 24h	手术之后 72h
常规组	4.52 ± 0.31	3.24 ± 0.04	2.04 ± 0.01
结合组	4.50 ± 0.24	2.35 ± 0.05	1.03 ± 0.02
t	4.201	5.322	5.290
p	$p < 0.05$	$p < 0.05$	$p < 0.05$

3 讨论

(下转第 118 页)

还会增加感染率。负压吸引技术对整个伤口创面引流,可以大幅度对换药频次降低,同时,还能起到提升伤口愈合速度的作用,促进伤口的康复^[5]。护理人员指导家属为患者护理过程中,要注意适当抬高肢体,保持肢体相对制动状态。患者活动时可能使负压吸引值发生改变,也可能表现出引流液增加,这都是正常现象。结合临床实际情况,指导患者适当变换体位,保护患者受压部位的骨突处,能预防发生新的压力性损伤。负压治疗时如果发生贴膜过敏要及时停止,提前对水泡进行处理。随后治疗时使用标准敷料提前保护伤口周围的皮肤,对伤口进行封闭处理,能有效预防贴膜和皮肤的直接接触,预防再次过敏发生。

本次研究发现,将两组伤口治疗情况和愈合率等指标比较,观察组均优于对照组,与他人研究结论一致^[5]。可见,负压吸引技术护理用在延迟伤口愈合过程中,能积极促进创口的愈合,提高伤口愈合率。通过健康宣教、现场指导及心理干预等护理措施的实施,可以将负压吸引护理技术用于临床,促进患者伤口的愈合,达到预期的护理效果。

综上所述,负压吸引技术用于临床,能显著降低患者换药频次,缩短延长愈合伤口康复时间,有效控制感染情况发生。同时,负压吸引技术护理能有效减轻患者的治疗费用,减轻患者的经济负担,起到缩短住院时间的效果,具有推广价值。

参考文献:

[1] 葛菲菲,杨小红,沈艳云,等.负压技术联合湿性敷

料用于慢性伤口护理中对患者换药次数及有效率的影响[J].智慧健康,2022,8(30):262-265+278.

[2] 乔新华,王砚丽,张凤联.自制负压吸引装置在1例回肠造口术后切口感染裂开合并造口旁瘘的护理[J].内蒙古医学杂志,2022,54(09):1149-1153.

[3] 乔莉娜,樊慧,代雯晴,等.造口护理联合改良负压治疗技术在腹部渗漏伤口处理中的应用[J].护理研究,2022,36(02):356-358.

[4] 李香芙.改良负压伤口吸引技术在老年慢性伤口患者延续护理中的应用体会[J].当代护士(下旬刊),2021,28(05):78-79.

[5] 杨秀秀,郝改琳,王朋,等.改良负压吸引技术联合新型敷料治疗术后延期愈合伤口的疗效[J].现代医药卫生,2021,37(15):2609-2612.

[6] 段凝,兰艳平.造口护理技术联合负压吸引在肠痿患者中的应用[J].当代护士(下旬刊),2021,28(08):58-59.

表2 伤口愈合率比较[n(%)]

组别	例数 (n)	伤口愈合 例数 (n)	伤口不愈合 例数 (n)	伤口愈合率 (%)
观察组	15	14	1	93.33
对照组	15	9	6	60.00
χ^2				4.558
P				0.030

(上接第115页)

院随访管理的原发性高血压患者92例临床资料予以分析。

本次的研究结果中表明:护理后,研究组患者的服药依从性的评分比对照组高。究其原因,可能是延续护理不仅可对患者病情的进展情况就进行了解,也可对其血压情况进行掌握,从而有效控制患者的血压上升。延续护理经过对患者定期进行家访、发短信、打电话等方式进行干预,能够使患者服药的依从性增强,经过安排专门的护理小组定期对患者进行教育走访,可有效减少患者因没人提醒、记忆力差等忘记服药的情况,可有效防止患者血压出现不稳定的情况,从而减少血管壁受损情况,使其病情得到有效的控制。本次的研究结果中表明:护理后,研究组的舒张压、收缩压比对照组患者低。延续护理可促使患者更好地掌握自身血压情况,经过对患者积极普及高血压知识,使患者在原发性高血压疾

病方面的认知得到提升,有利于患者自我进行血压管理,从而使患者的高血压情况有效缓解,提升患者的疗效。

总而言之,原发性高血压患者实施延续护理的效果较好,可帮助患者提升服药的依从性,进而有效改善舒张压、收缩压指标,值得推广应用。

参考文献:

[1] 霍晓丽.个性化延续护理干预措施对老年原发性高血压患者治疗依从性及疾病认知程度的影响研究[J].黑龙江医学,2021,45(20):2165-2166+2169.

[2] 杨艳华,王新广,王萍.延续护理对H型高血压患者服药依从性的影响[J].上海医药,2021,42(05):24-26.

[3] 高丽琼,何菊兰,黄婷.原发性高血压患者中医延续护理方案的研究[J].云南中医中药杂志,2020,41(10):92-96.

(上接第116页)

全麻手术为患者无痛接受治疗、舒适接受治疗提供良好条件支持,可是患者在全麻手术后很容易表现出苏醒困难问题,甚至伴随寒战或者躁动等不良反应的出现。本次研究尝试引进麻醉苏醒护理以及保温护理的方法,结果明确:结合组气管拔管平均时间(22.15 ± 3.54) min、手术彻底清醒所需时间(44.15 ± 2.57) min、麻醉后监测干预室滞留平均时间(49.52 ± 2.40) min,均小于常规组, $p < 0.05$ 。可以充分了解到两种方式的结合应用可以降低减少患者苏醒时间和气管拔管时间,让患者的治疗过程更加安全。之后对于结合组患者的PSQI量表评估指数更低,代表患者睡眠质量越好,麻醉过程改善机体血流过程,促进机体骨骼肌得到舒缩,便于

调整患者的睡眠质量。基于此应推广麻醉苏醒护理结合保温护理,全面提高手术麻醉患者治疗的安全性和可靠性^[8]。

参考文献:

[1] 黄梅,刘媛江.芬太尼配合麻醉苏醒护理干预对手术室全麻患者苏醒质量的影响[J].黑龙江中医药,2022,51(06):204-205.

[2] 周丽莹,周丽香,黄定平.专项护理模式在胸外科全身麻醉手术患者麻醉苏醒中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(11):79-81.

[3] 朱晓瑜.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].中国冶金工业医学杂志,2021,38(04):479-480.