

# 亲情护理干预对全麻术后老年患者苏醒期并发症发生的影响

张丽莎

全身麻醉是临床胸部、腹部外科手术常用麻醉方法,术毕从全身麻醉状态恢复至正常即麻醉苏醒期,在此期间老年患者受到手术创伤及麻醉药物本身作用,极易出现病理生理紊乱及并发症,严重影响预后<sup>[1]</sup>,是老年患者围术期危险阶段<sup>[2]</sup>,如何缓解老年患者期间的生理功能紊乱、调节心理状态,使患者其平稳度过,并减少苏醒期并发症发生,一直是手术室医护人员关注的焦点。本次研究对行全身麻醉外科手术老年患者应用亲情护理干预,观察麻醉苏醒期并发症发生情况。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年7月至2015年3月湖州市第一人民医院外科收治的手术患者128例,其中男性78例、女性50例;年龄61~78岁,平均(65.95±9.74)岁;所选患者智力正常、无听力障碍、既往无心血管器质性病变。所有患者均签署知情同意书,并报本院伦理委员会批准。按随机数表法分为观察组和对照组,每组64例。两组患者在性别、年龄、手术类型、手术时间等方面比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义( $P$ 均>0.05)。

表1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别(男/女)	平均年龄/岁	手术类型/例				手术时间/h
				神经外科	普外科	胸外科	骨科	
观察组	64	40/24	65.72±10.16	3	44	8	9	2.42±0.75
对照组	64	38/26	66.21±9.32	4	42	9	9	2.31±0.68

1.2 护理方法 对照组采取常规手术护理,包括常规术前访视、术中及麻醉苏醒期常规监测生命体征等。观察组在常规护理的基础上应用亲情护理,具体如下。

1.2.1 术前干预 入院初始积极与患者及其家属进行沟通,耐心解答患者疑问,给予针对性安慰,鼓励患者正确对待手术治疗,提高其心理健康水平;加强家庭与患者间的联系,营造轻松愉快的氛围,增强其对手术和麻醉等刺激的承受能力。做好术前宣教工作,帮助患者及家属学习手术相关生理解剖知识;告知患者手术麻醉时配合要点,教会患者听从指令作睁眼、握拳等动作,主动配合拔管,并模拟训练数次至其掌握;讲解麻醉后可能出现异样感觉及应对方法,提高患者配合度;介绍入手术室流程,缓解患者可能存在的术前焦虑。

1.2.2 术中及麻醉苏醒期护理 麻醉开始积极鼓励患者配合诱导麻醉。术中及麻醉苏醒期密切注意血压、体温、尿量、血氧饱和度的变化;强化评估围术期疼痛,充分镇痛;评估药物残余效应,拔管后需严密观察呼吸道情况,警惕舌后坠、支气管痉挛等呼吸道梗阻症状;监测体温变化,采取毛毯覆盖身体等保温措施,必要时放置热水袋,预防寒颤的发生;麻醉苏醒期及时进行心理干预,必要时给予镇静、镇痛,以减少苏醒期躁动的发生;拔管和吸痰等操作时动作轻柔,必要时预防性给予止呕药物,减少术后恶心呕吐症状。

1.2.3 术后交接 术后麻醉师和护士陪同患者转入苏醒室,再转回病房,将患者术式、麻醉方式、术中情况、补液量等情况与病房护士进行仔细交接,交代心电、血氧监护情况。

1.3 观察指标 调查患者对两组护理工作的满意度并且记录。满意度分为三个层次:满意、一般、不

满意。总满意率为满意和一般例数之和占总数的比例;观察两组患者术后并发症(苏醒延迟、躁动、恶心呕吐、呼吸抑制、寒颤等)情况以及拔管时间、苏醒时间等情况,其中麻醉并发症的诊断参考中华医学会麻醉学分会关于麻醉后恢复监测治疗专家共识(2014)<sup>[3]</sup>及2013年美国麻醉医师联合会麻醉后监测操作指南<sup>[4]</sup>。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示。计量资料组间比较采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者对两组护理工作满意度比较见表2

表2 两组患者对两组护理工作满意度比较( $n/\%$ )

组别	$n$	满意情况 / 例			满意度 / %
		满意	一般	不满意	
观察组	64	41	20	3	95.31*
对照组	64	33	19	12	81.25

注:\*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,观察组满意率明显高于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2=7.41, P<0.05$ )。

### 2.2 两组患者麻醉苏醒期并发症比较见表3

表3 两组患者麻醉苏醒期并发症比较

组别	$n$	麻醉苏醒期并发症 / 例					总发生率 / 例(%)
		苏醒延迟	躁动	恶心呕吐	呼吸抑制	寒颤	
观察组	64	3*	4*	3*	0*	3*	13(20.31)*
对照组	64	10	11	5	3	8	37(57.81)

注:\*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,观察组在麻醉苏醒期苏醒延迟、躁动、恶心呕吐、呼吸抑制、寒颤等并发症的发生及总发生率均明显低于对照组,差异均有统计学意义( $\chi^2$ 分别=6.71、4.15、2.90、5.27、4.82、8.43,  $P$ 均 $<0.05$ )。

### 2.3 两组患者苏醒时间和拔管时间比较见表4

表4 两组患者苏醒时间和拔管时间比较/min

组别	苏醒时间	拔管时间
观察组	11.31 ± 3.51	13.28 ± 2.48
对照组	12.25 ± 2.94	13.73 ± 2.76

由表4可见,两组患者的苏醒时间和拔管时间比较,差异均无统计学意义( $t$ 分别=3.06、4.31,  $P$ 均 $>0.05$ )。

## 3 讨论

当前医疗技术的发展日新月异,人性化护理及人文关怀为代表的新型护理服务理念也在临床工作中得到了广泛体现<sup>[5]</sup>。在临床工作中,通过经验积累和文献查新,发现老年患者全麻术后患者苏醒期并发症发生率较高,尤其以苏醒延迟、躁动、恶心呕吐等多见<sup>[6]</sup>,因此护理工作应以维持生命体征稳定、保障麻醉苏醒质量为首要目标。

本次研究中观察组将亲情护理干预运用于全麻手术老年患者中,在术前积极与患者及其家属进行沟通,建立良好的护患关系,安慰、鼓励、支持和引导患者进行自我心理调节;做好术前宣教工作,告知患者并使其掌握术中配合要点,让其了解相关信息,消除其陌生感、恐惧感或抵触情绪,提高患者适应性和配合度,缓解患者不良情绪;麻醉开始积极鼓励患者配合;术中及麻醉苏醒期密切注意血压、体温、尿量、血氧饱和度的变化;针对老年患者可能出现的常见并发症进行提前预防和合适处理;术后细致交接。本次研究结果显示,观察组患者对护理满意度明显高于对照组( $P$ 均 $<0.05$ );观察组患者多个苏醒期并发症的发生及总发生率均明显低于对照组( $P$ 均 $<0.05$ ),由此可知,实行亲情护理干预能明显提升老年患者对护理工作满意度,降低老年患者麻醉苏醒期并发症的发生率,有利于患者术后康复。

## 参考文献

- 刘娟,阮倩,邓小燕,等. 神经外科麻醉苏醒室的呼吸道管理和护理体会[J]. 华西医学. 2014,29(12): 2339-2341.
- 华晓君,吴发萍,吴华英. 麻醉方式对食管手术患者围手术期体温的影响[J]. 临床麻醉学杂志,2010,26(1): 12-14.
- 中华医学会麻醉学分会. 麻醉后监测治疗专家共识[M]. 北京: 人民卫生出版社,2014.187-192.
- Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American society of anesthesiologists task force on postanesthetic care[J]. Anesthesiology, 2013, 118(2): 291-307.
- 王淑荣. 人性化护理在精神发育迟滞伴精神障碍患者康复护理中的应用 [J]. 中国民康医学, 2016, 28 (7): 104-106.
- 廖礼平,王曙红. 全身麻醉术后患者苏醒期并发症发生情况调查分析[J]. 护理学杂志, 2016, 31(2): 61-63.

(收稿日期 2016-06-21)

(本文编辑 蔡华波)