

医护一体化在麻醉复苏室护理中的应用及对患者苏醒质量的影响

李丽霞 梁婷

中国人民解放军联勤保障部队第九二三医院 广西 南宁 530000

【摘要】目的:分析医护一体化护理在麻醉复苏室患者中的护理效果。**方法:**选择2019年1月至2020年12月期间我院50例麻醉复苏室患者为研究对象,用随机数字表法分为观察组(n=25)与对照组(n=25);其中对照组采取常规护理,观察组采取医护一体化护理,对比两组护理满意度、麻醉室苏醒质量、术后并发症发生率情况以及干预前后焦虑自评量表(Self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表(Self-rating depressive scale, SDS)得分。**结果:**观察组麻醉室停留、复苏、拔管、苏醒时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组护理满意度(100.00%)比对照组(88.00%)高,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组并发症发生率(8.00%)低于对照组(32.00%),差异有统计学意义($P<0.05$)。干预后观察组SAS得分、SDS得分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**将医护一体化护理应用于麻醉复苏患者,可有效减少术后并发症发生率,改善患者苏醒质量及护理满意度,缓解焦虑、抑郁情绪,值得推广。

【关键词】医护一体化;心理状态;麻醉复苏室;并发症

【中图分类号】R473.6

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2021)31-0141-02

麻醉复苏室是经麻醉手术患者术后进行集中管理的地方,且属于手术室重要的组成区域,主要由护理人员及麻醉师对患者麻醉清醒后进行拔管、监测患者生命体征等相关护理工作,确保患者麻醉后的安全性,进而提升手术室的运作效率。临床中发现,由于医院每天手术患者的增加,麻醉复苏患者随之增加,常规护理对于麻醉复苏室患者存在局限性,如不采取科学、有效的护理进行干预,将会严重影响患者术后并发症发生率、苏醒质量等。有研究指出^[1],医护一体化护理措施可有效改善麻醉复苏室患者的复苏质量,提升护理满意度,且减少术后并发症的发生率。故本研究选择2019年1月2020年12月期间我院50例麻醉复苏室患者为研究对象,观察医护一体化对麻醉复苏室患者的临床应用效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用随机数字表法将2019年1月2020年12月期间我院50例麻醉复苏室患者为研究对象,将其分为观察组(m=25)与对照组(n=25)。纳入标准:(1)患者拟行手术治疗,并行全身麻醉;(2)患者及家属知情同意并签字。排除标准:(1)患有认知障碍患者;(2)患有其它综合症患者;(3)患有肝、肾功能异常患者。其中,对照组男12例,女13例;手术类型:5例泌尿系手术,8例胃肠道手术,12例胆道类手术,年龄24~58岁,平均(40.56±3.84)岁;观察组男10例,女15例,手术类型:7例泌尿系手术,10例胃肠道手术,8例胆道类手术,年龄25~60岁,平均(41.36±4.08)岁。两组基线资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组采取常规护理。护理人员应给予患者及家属术前宣教,例如:麻醉知识、术后注意事项等。针对患者进行术前指导,例如:禁食、禁水等。根据手术需要进行术前导尿、吸痰等措施。观察组采取医护一体化护理,步骤为:(1)风险评估:护理人员应通过患者的检查结果观察患者的苏醒相关指标变化情况,并针对患者存在的风险因素进行记录,最后与麻醉师共同为患者制定相应的护理管理计划。(2)术前健康指导及心理疏导:术前护理人员根据医嘱,指导患者进行常规检查,并进行术前生命体征的评估,例如:血氧饱和度、血压等。并耐心向患者及家属讲解手术方法及过程、术后注意事项,重点向患者介绍麻醉的原理及麻醉后的不良反应等,促使患者正确认识手术,期间适当运用非语言性方式鼓励与安慰患者,改善患者不良情绪,使患者的依从性与认知度提升。(3)苏醒期监测呼吸指标及用药指导:手术过程中,护理人员应严格遵守无菌操作标准,保持手部动作的轻柔。针对患者可能发生的应激反应,采用相应的镇痛药物;

术后严密监测患者的呼吸指标,保持患者的呼吸道畅通,仔细观察患者的呼吸道情况,如发现痰液,应立即给予吸痰措施。根据患者的疼痛情况,采取镇痛泵置入,起到提升苏醒质量的目的。(4)体位护理:护理人员应定时对患者的体位进行调整,防止患者肢体以及手术部位受压,期间可对患者肢体进行按摩,加速患者肢体血液循环,并在调整体位时要运用轻柔手势,防止误伤患者;(5)术后巡视护理:护理人员应加强对麻醉复苏室患者的巡视护理,仔细评估患者身体指标及自主呼吸功能的恢复情况。针对意识清醒且符合拔管指标患者进行拔管措施,且拔管后立即给予鼻导管供氧,调整合适的氧浓度,并叮嘱患者家属不可自行调整氧气浓度,以免发生不良事件。夜晚巡视期间,护理人员应观察患者是否存在吸气性哮喘音情况,如发现呼吸道伴有分泌物应立即进行吸痰措施。

1.3 观察指标

(1)对比组间苏醒质量情况,包括:麻醉室停留、复苏、拔管、苏醒时间;(2)根据自制护理满意度评分表,对比两组的护理满意度情况,分为非常满意、满意、不满意三个等级,非常满意:80~100分,满意:61~80分,不满意≤60分;(3)对比组间并发症发生率情况,包括:血压波动、寒颤、呼吸抑制及苏醒延迟。(4)对比组间干预前后焦虑、抑郁得分情况。其中焦虑程度使用焦虑自评量表(Self rating anxiety scale, SAS)^[3]开展判断,分值<50分提示无焦虑,分值在50~59分提示轻度焦虑,分值在60~69分提示中度焦虑,分值≥70分提示重度焦虑,分值与焦虑程度成正比。抑郁程度使用抑郁自评量表(Self-rating depressive scale, SDS)^[4]开展判断,分值<50分提示无抑郁,分值在50~59分提示轻度抑郁,分值在60~69分提示中度抑郁,分值≥70分提示重度抑郁,分值与抑郁程度成正比。

1.4 统计学处理

应用SPSS 22.0统计学软件进行统计分析。均数±标准差($\bar{x}\pm s$)描述计量资料,采用t检验;[n(%)]描述计数资料,采用 χ^2 检验。当 $P<0.05$ 时,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 组间苏醒质量对比

观察组麻醉室停留、复苏、拔管、苏醒时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 苏醒质量情况(n=25, min)

组别	麻醉室停留时间	复苏时间	拔管时间	苏醒时间
观察组	50.37±5.30	78.34±6.32	24.58±4.68	45.38±6.33
对照组	84.11±6.74	109.47±8.67	35.30±5.27	76.82±9.45
t	19.672	14.507	7.605	13.821
P	0.001	0.001	0.001	0.001

(下转第144页)

了解患者的实际需求,方便护理人员持续的对护理工作开展的进行优化,促使患者能够有机会享受到更为优质的护理服务。

从本次研究工作的开展结果来看,相比于对照组患者来说,观察组患者不仅对于护理服务有着更高的满意度,同时患者对于护理人员工作的配合度也相对较高,两组统计结果具备统计学差异。由此可见,通过实施优质护理,不仅能够促进患者对护理工作满意度的整体提升,也能在一定程度上促进和谐的医患关系的营造,推动医院的和谐发展。同时,针对以往护理工作开展过程中患者对于护理人员工作配合度较低的问题,通过采用优质护理模式这一情况也能得到有效的改善。而患者对护理人员工作较高的配合度也是促进护理工作质量提升以及保证护理有效性的一个十分重要的因素。由此可见,传染病患者护理工作开展的开展过程中,优质护理服务模式有着十分积极的应用价值。

通过采用优质护理的方式,能够使得患者在接受诊疗期间享受到的护理服务更多的体现出人性化以及优质化的特点,使患者的就医环境更多的体现出高效性、舒适性以及便捷性的特点,从而使得患者心目中医院的形象能够得到有效优化。另外,

在采用优质护理模式的情况之下,通过加大对于病区分组管理以及传染病管理流程的优化力度,也能有效减轻护理人员的工作压力,为护理服务质量的整体保证打下扎实的基础。

综上所述,传染病护理工作的实际开展过程中,优质护理方式具有较为显著的实施效果。其不仅能够促进患者对于护理工作配合度的整体提升,同时也能有效提高患者对护理服务的满意度,对于护理质量的整体保证有着十分积极的现实意义,非常值得在临床上大面积推广。

参考文献

[1] 邵海燕,吕桂芝.健康教育在传染病护理中的临床应用价值研究[J].中国继续医学教育,2020,12(01):161-163.
 [2] 王玉华,丁丽丽.传染病护理存在的问题及对策探究[J].中国农村卫生,2019,11(21):60+59.
 [3] 万彬,赵霞,付莉,肖旭珏,金燕.传染病护理人员孤独感与社会支持相关性研究[J].现代预防医学,2019,46(21):3870-3873+3905.

(上接第141页)

2.2 组间护理满意度对比

观察组护理满意度 100.00% 比对照组 88.00% 高,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 护理满意度情况 (n=25, %)

组别	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组	15 (60.00)	7 (28.00)	3 (12.00)	22 (88.00)
观察组	15 (60.00)	10 (40.00)	0 (0.00)	25 (100.00)
χ^2	-	-	-	10.287
P	-	-	-	0.001

2.3 组间并发症发生率对比

观察组并发症发生率 8.00% 低于对照组 32.00%,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 并发症发生率情况 (n=25, %)

组别	血压波动	呼吸抑制	寒颤	苏醒延迟	并发症发生率
观察组	1 (4.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.00)	2 (8.00)
对照组	3 (12.00)	1 (4.00)	2 (8.00)	2 (8.00)	8 (32.00)
χ^2	-	-	-	-	4.800
P	-	-	-	-	0.029

2.4 组间干预前后 SAS 得分、SDS 得分对比

干预后观察组 SAS 得分、SDS 得分均低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 4。

表 4 干预前后 SAS 得分、SDS 得分情况 (n=25, 分)

组别	SAS 得分		SDS 得分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60.32±5.21	55.20±4.82	58.93±4.79	52.60±3.96
对照组	60.38±5.26	50.12±4.03	58.87±4.73	46.25±3.01
t	0.041	4.043	0.045	6.383
P	0.968	0.001	0.965	0.001

3 讨论

手术为临床上常见的治疗疾病的方式,可最大程度降低疾病对患者的生命及健康的影响,促使患者的临床症状得以改善。但随着手术治疗的广泛应用,考虑手术属于一种侵入性操作,且术前需对患者进行麻醉干预。为防止麻醉复苏后产生的一系列问题,例如:患者因麻醉药物引发的不良反应、负面情绪及气管插管刺激征等针对麻醉复苏室患者采取科学、有效的护理措施尤为重要。

有研究指出^[5],将医护一体化护理应用于麻醉复苏患者,可有效减少术后并发症发生率,提升患者苏醒质量及护理满意度。本研究结果显示,观察组麻醉室停留、复苏、拔管、苏醒时间均短

于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组护理满意度比对照组高,差异有统计学意义 ($P<0.05$);干预后观察组 SAS 得分、SDS 得分比对照组低,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。分析其原因在于,医护一体化护理中,护理人员通过加强对患者的风险进行评估,并联合麻醉师共同探讨具有针对性的护理方案,保证了护理的准确性。通过加强对患者及家属的健康宣教,让患者掌握手术过程及麻醉苏醒后的不良反应,使其做好相应的心理准备,进而提升患者的满意度。期间需要评估患者的生命体征情况,为手术的顺利进行奠定基础。另外,发现观察组并发症发生率比对照组低,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。分析其原因在于,护理人员在苏醒期对患者呼吸指标进行监测,并给予相应的吸痰措施,加快患者麻醉苏醒的时间;采取无菌操作标准,进而降低患者术后并发症的发生;并对患者进行体位护理,给予患者定期翻身,促进患者肢体血液循环功能的恢复,适当进行肢体按摩,降低患者压疮、皮肤破溃等不良后果的发生率,达到促进患者术后恢复的目的。最后,护理人员通过强化巡视护理,加强对患者的呼吸功能监测,并对符合拔管的患者进行供氧、吸痰措施,使患者苏醒质量有效提升,其不良情绪得到明显改善。

综上所述,针对麻醉复苏室患者采取医护一体化护理,有效减少术后并发症发生率,提升患者护理满意度及苏醒质量,改善不良情绪,值得应用。

参考文献

[1] 柯雅真,蔡英嫣,丁玲.护理敏感指标在麻醉复苏室护理质量管理中的应用[J].北京医学,2019(2):167-169.
 [2] 毛小燕,温作珍,黄宝珠,褚日勇.医护一体化在麻醉复苏室护理中的应用及对患者苏醒质量的影响[J].当代医学,2020,26(5):184-186.
 [3] 刘樞仪,廖思兰,曹滨燕.医护一体化模式对艾滋病患者手术室护理质量及医护关系的影响研究[J].哈尔滨医药,2019,39(2):197-198.
 [4] 程瑾,陈彦秋,刘珍.医护一体化护理干预对剖宫产术中体温和麻醉后寒战的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(18):121-123.
 [5] 徐保军,肖平侠.麻醉护理一体化管理模式在高血压手术患者围术期的应用效果[J].中国当代医药,2020,27(11):248-250.