

老年肿瘤全麻术患者实施麻醉苏醒护理对其苏醒期躁动的疗效

林锦纯

中山大学肿瘤防治中心手术麻醉科 广东广州 510000

摘要: 目的: 分析麻醉苏醒护理用于老年肿瘤全麻术患者中的效果, 及对患者苏醒期躁动的影响。方法: 于2024年1月-2024年12月行手术治疗的老年肿瘤患者中筛选120例作为研究对象, 均行全身麻醉, 以抽签法随机均等分为对照组和观察组, 分别实施常规护理和麻醉苏醒护理。对比不同护理方案的效果。结果: 两组患者苏醒后的血流动力学各项指标均明显升高 ($P < 0.05$); 苏醒期, 观察组患者的收缩压、舒张压、心率各指标水平均较对照组低 ($P < 0.05$)。观察组患者苏醒指标各项时间均较对照组短 ($P < 0.05$), 苏醒期躁动发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在老年肿瘤全麻术患者中实施麻醉苏醒护理, 不仅可以改善患者的血流动力学, 还可以促进患者苏醒、降低苏醒期躁动发生率, 效果较为理想。

关键词: 老年肿瘤; 全身麻醉; 麻醉苏醒护理; 苏醒期躁动

全身麻醉用于老年肿瘤患者手术治疗中, 不仅可消除患者术中的疼痛和恐惧心理, 还可促进手术的顺利进行^[1]。但若患者手术结束后身体的保护反射未及时恢复, 会出现苏醒期躁动, 以发抖、烦躁不安和心率异常等表现为主^[2], 易诱发非计划拔管、手术切口的裂开和出血等情况, 还会增加患者并发心血管并发症的风险, 不利于患者术后的恢复和康复, 因此采取积极的措施进行预防和控制尤为重要^[3-4]。为分析将麻醉苏醒护理用于老年肿瘤全麻术中的效果, 本文进行了下述研究:

1 资料与方法

1.1 临床资料

研究时间起于2024年1月、止于2024年12月, 纳入120例行手术治疗的老年肿瘤患者, 均行全身麻醉, 经抽签法随机将患者分为两组, 一组为对照组、另一组为观察组。

纳入标准: ①经病理组织学检查确诊为肿瘤; ②符合手术治疗的指征; ③符合全身麻醉的指征; ④具备完整临床资料者。

排除标准: ①神经功能存在障碍者; ②术前合并感染症状者; ③合并严重精神系统或心理方面疾病者; ④存在认知功能障碍或沟通交流障碍者; ⑤合并全身多器官功能障碍者。

对照组患者中34例为男性患者、26例为女性患者; 患者最小、最大和平均年龄分别为27岁、68岁和(47.78 ± 4.29)岁; 患者体质指数最小、最大和平均值分别为17.29kg/m²、28.64kg/m²和(21.28 ± 3.51)kg/m²; 疾病类型: 妇科肿瘤9例、

胃肠道肿瘤21例、肝胆肿瘤16例、肺部肿瘤10例、其他4例; 美国麻醉医师协会(ASA)分级: 19例为Ⅰ级、25例为Ⅱ级、16例为Ⅲ级。

观察组包含男性患者36例、女性患者24例; 该组患者年龄最小-最大-平均值为26岁-69岁-(47.85 ± 4.24)岁; 患者体质指数最小-最大-平均值为17.18kg/m²-28.73kg/m²-(21.35 ± 3.42)kg/m²; 疾病类型: 10例为妇科肿瘤、20例为胃肠道肿瘤、15例为肝胆肿瘤、9例为腹部肿瘤、6例为其他; 美国麻醉医师协会(ASA)分级: Ⅰ级、Ⅱ级和Ⅲ级分别为18例、26例和16例。

组间对比: $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组实施常规护理: 术前对患者的病情进行全面评估, 术中配合医师完成手术, 术后对患者的生命体征进行密切监测等。

观察组实施麻醉苏醒护理: (1) 麻醉前: 护理人员需向患者说明麻醉的原理、过程及麻醉时的感觉, 提前让患者做好心理准备, 对患者的焦虑等不良情绪进行针对性疏导。若患者呼吸道的分泌物较多, 需及时进行吸痰, 同时护理人员还需向患者详细讲解导管和负压球等引流管的作用, 以确保患者静脉通道的通畅, 确保患者循环系统的功能正常。提前将手术室的温度调整至合适的温度, 并提前预热加热毯。(2) 手术结束后: 给予患者舒适、正确的体位, 避免对血管或神经造成压迫; 患者疼痛感知恢复后, 可依据医嘱给予患者

镇静、镇痛干预,避免诱发患者情绪躁动;对患者呼吸道药物残留情况进行检查,确保患者呼吸道的通顺,预防缺氧。术后将麻醉恢复室(PACU)的温度调整至24~26℃,连接气管导管和呼气末二氧化碳分压传感器后给予患者吸氧;予患者加热加温毯,温度控制在38~40℃,腋下接体温监测管,并根据监测数据调整加热温度,保证患者温度舒适。

1.3 观察指标

- (1)苏醒期血流动力学情况,①血压:收缩压和舒张压;②心率;③血氧饱和度。
- (2)苏醒指标,主要包括:①出现吞咽反射时间、②睁眼时间、③完全苏醒时间、④拔管时间、⑤问答切题时间、⑥PACU滞留时间。
- (3)苏醒期躁动发生情况,判定标准如下^[5]:若患者

苏醒后挣扎或拔管行为较为强烈,需进行强力制止,则判定为0分;若患者苏醒后情绪激动、有挣扎或拔管行为,需进行制止,则判定为1分;若患者苏醒后情绪有波动,进行劝导后明显缓解,则判定为2分;若患者苏醒后情绪较为稳定,未出现躁动,则判定为3分;将0分和1分判定为出现躁动。

1.4 统计学方法

数据分析工具SPSS26.0统计学软件, $P < 0.05$ 则表示有统计学意义。

2 结果

2.1 苏醒期血流动力学情况

如表1中数据对比结果显示:两组患者苏醒后的血流动力学各项指标均明显升高($P < 0.05$);苏醒期,观察组患者的收缩压、舒张压和心率均较对照组低($P < 0.05$)。

表1 比较苏醒期血流动力学情况($\bar{x} \pm s$)

组别	收缩压(mmHg)		舒张压(mmHg)		心率(次/min)		血氧饱和度(%)	
	干预前	苏醒后	干预前	苏醒后	干预前	苏醒后	干预前	苏醒后
对照组(n=60)	130.25±9.37	148.54±14.28 ①	78.45±9.82	96.43±12.36 ①	69.64±5.85	78.89±9.85 ①	92.83±0.79	96.17±1.32 ①
观察组(n=60)	130.13±9.48	136.47±11.76 ①	78.31±9.87	85.75±11.28 ①	69.53±5.96	72.36±6.72 ①	92.87±0.75	96.32±1.06 ①
t	0.070	5.054	0.078	4.944	0.102	4.242	0.284	0.686
P	0.945	< 0.001	0.938	< 0.001	0.919	< 0.001	0.777	0.494

注:与同组干预前相比,① $P < 0.05$ 。

2.2 苏醒指标

表2中数据对比结果显示:观察组患者各项时间均较对照组短($P < 0.05$)。

表2 比较苏醒指标($\bar{x} \pm s$, min)

组别	睁眼时间	出现吞咽反射时间	完全苏醒时间	拔管时间	问答切题时间	PACU滞留时间
对照组(n=60)	8.24±2.19	20.12±4.57	27.59±4.52	20.68±5.47	40.74±4.35	51.39±7.45
观察组(n=60)	6.83±2.68	16.91±3.86	16.75±3.18	16.42±4.85	35.43±3.62	43.76±6.48
t	3.156	4.157	15.193	4.514	7.268	5.986
P	0.002	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.3 苏醒期躁动发生情况

表3中术中对比结果显示:观察组患者的苏醒期躁动发生率低于对照组($P < 0.05$)。

表3 比较苏醒期躁动发生情况[n(%)]

组别	0分	1分	2分	3分	躁动发生率
对照组(n=60)	15 (25.00%)	22(36.67%)	14(23.33%)	9(15.00%)	37(85.00%)
观察组(n=60)	8(13.33%)	13(21.67%)	24(40.00%)	15(25.00%)	21(75.00%)
χ^2	-	-	-	-	8.543
P	-	-	-	-	0.003

3 讨论

全身麻醉是临床手术治疗常用麻醉方法之一,可对中枢神经系统传导进行有效的阻断,会使患者机体的基础代谢水平下降,影响各器官功能的稳定性,同时麻醉药物的刺激和对患者中枢神经系统、其他系统的暂时抑制作用^[6],使患者机体体温在麻醉期间下降,不仅会影响患者的生命体征,还会对其机体的血液循环和麻醉药物代谢等造成影响,延长了患者术后苏醒的时间,增加了患者发生躁动的风险^[7-8]。

麻醉苏醒期躁动不仅与手术时间、术中创伤等有关,还与患者的疾病认知能力、术中体温、术前紧张及焦虑等心

理的关系密切^[9-10]。麻醉前对患者进行积极的麻醉知识宣教和针对性心理疏导,可对患者的术前恐惧等不良心理进行有效的缓解,避免了患者麻醉操作时因应激反应过度引起的大幅度情绪波动,护理过程中加强患者的保温护理,故观察组患者护理后,降低了患者低体温、寒战的发生风险,减少患者血流动力学波动。全身麻醉苏醒期患者尚处于意识不清醒的状态,给予患者麻醉苏醒护理不仅可以帮助患者稳定生命体征,还可促进患者术后快速苏醒^[11]。故本次研究中,观察组患者的苏醒指标更优、苏醒期躁动发生率更低。

综上所述,在老年肿瘤全麻手术患者中实施麻醉苏醒护理,不仅可以改善患者的血流动力学,还可以促进患者苏醒、降低苏醒期躁动的发生率,效果较为理想。

参考文献:

- [1] 代恒茂,余遥,刘尚昆,等.不同频次唤醒护理对全身麻醉胸科腔镜手术后患者苏醒效果的影响[J].护理学杂志,2024,39(7):61-64.
- [2] 屈静,刘丹丹,陈夕.手术室麻醉苏醒护理对行腹部手术患者全身麻醉苏醒期躁动发生的影响[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(2):73-75.
- [3] 张美峰,武淑芳,苗清华,等.不同麻醉方式对结直肠癌根治术患者围手术期免疫功能及苏醒期质量的影响[J].国际麻醉学与复苏杂志,2022,43(1):45-50.
- [4] 姚蓓,柴秋琰,陈露,等.系统化麻醉复苏干预配合综合保温干预在全身麻醉患者苏醒期的效果及对躁动情况的影响[J].河北医药,2023,45(21):3350-3353.
- [5] 崔卓,马世军,陆星,等.全身麻醉复合硬膜外麻醉对子宫内瘤腹腔镜下根治术血流动力学状态、纤溶功能及术后苏醒质量的影响[J].癌症进展,2021,19(18):1921-1925.
- [6] 应臻臻,童珺霞,童巧莉,等.护理团队主导的多元化管理对老年患者全身麻醉术后复苏情况的影响[J].中华全科医学,2024,22(12):2172-2176.
- [7] 李亚琼,支慧.探讨信息支持与麻醉苏醒护理对全身麻醉手术患者麻醉苏醒质量及躁动发生率的影响[J].临床研究,2024,32(11):171-174.
- [8] 马娟娟,何晓霞.时间护理对全身麻醉苏醒期患者呼吸系统并发症的影响分析[J].贵州医药,2023,47(4):628-629.
- [9] 何政国,江畅生,周海媚.麻醉苏醒护理联合保温护理对老年全身麻醉患者苏醒期生命体征、应激反应及苏醒期躁动的影响[J].中外医疗,2023,42(14):175-179.
- [10] 谢维利,王婷,张清华.手术室综合护理干预对全身麻醉患者苏醒期躁动及术后睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(12):2913-2915.
- [11] 李冬慧.麻醉苏醒护理与保温护理干预联用对全身麻醉患者苏醒指标的影响分析[J].黑龙江中医药,2023,52(3):224-225.

作者简介:林锦纯(1996—),女,汉,广东潮州人,本科,初级护师,研究方向为麻醉护理。