

麻醉护理一体化管理模式用于高血压手术患者麻醉复苏室中的研究

陈林娟, 陈思明, 丛一鸣

广东三九脑科医院 广东广州

【摘要】目的 分析讨论麻醉护理一体化管理模式用于高血压手术患者麻醉复苏室中的应用效果。**方法** 选择我院2023年7月-2024年7月所接收的80例高血压手术患者为研究对象,分为观察组(麻醉护理一体化管理模式)与对照组(常规管理模式),将两组患者术后恢复情况、心率与血压水平、苏醒质量以及不良反应发生率进行对比。**结果** 1.观察组术后恢复呼吸时长、拔管时长与完成指令时长以及睁眼时长(11.02±1.34min, 20.64±2.34min, 17.41±2.19min, 16.12±2.33min)均比对照组早($P<0.05$); 2.两组 t_0 与 t_3 差异较小($p>0.05$), t_1 与 t_2 心率、收缩压、舒张压(87.03±3.56次/min, 76.29±4.52次/min; 127.53±4.51mmHg, 129.53±2.85mmHg; 78.53±4.91mmHg, 79.16±4.81mmHg)高于对照组($P<0.05$); 3.观察组舒适度评分(4.29±0.14分、3.55±0.13分)显著高于对照组($P<0.05$); 4.观察组不良反应发生率(5.00)显著低于对照组($P<0.05$)。**结论** 手麻醉护理一体化管理模式用于高血压手术患者麻醉复苏室中效果明显,值得广泛推广与应用。

【关键词】 麻醉护理一体化管理模式; 高血压; 手术; 麻醉复苏室

【收稿日期】 2024年11月15日

【出刊日期】 2024年12月30日

【DOI】 10.12208/j.ijnr.20240465

Research on the integrated management model of anesthesia and nursing for anesthesia recovery room in hypertensive surgery patients

Linjuan Chen, Siming Chen, Yiming Cong

Guangdong Sanjiu Brain Hospital, Guangzhou, Guangdong

【Abstract】 Objective To analyze and discuss the application effect of the integrated anesthesia care management model in the anesthesia recovery room for patients undergoing surgery for hypertension. **Methods** 80 patients undergoing surgery for hypertension received by our hospital from July 2023 to July 2024 were selected as the research subjects and divided into the observation group (anesthesia nursing integrated management model) and the control group (conventional management model). The two groups were divided into The patients' postoperative recovery, heart rate and blood pressure levels, recovery quality, and incidence of adverse reactions were compared. **Results** 1. The observation group's postoperative recovery time to breathing, extubation time, completion of instructions, and eye opening time (11.02±1.34min, 20.64±2.34min, 17.41±2.19min, 16.12±2.33min) were all earlier than those in the control group ($P<0.05$); 2. There is little difference between t_0 and t_3 between the two groups ($p>0.05$), heart rate, systolic blood pressure, diastolic blood pressure between t_1 and t_2 (87.03±3.56 times/min, 76.29±4.52 times/min; 127.53±4.51mmHg, 129.53±2.85mmHg; 78.53±4.91mmHg, 79.16±4.81mmHg) was higher than that of the control group ($P<0.05$); 3. The comfort score of the observation group (4.29±0.14 points, 3.55±0.13 points) was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). $P<0.05$); 4. The incidence rate of adverse reactions in the observation group (5.00) was significantly lower than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The integrated management model of hand anesthesia care has obvious effects when used in the anesthesia recovery room for patients undergoing surgery for hypertension, and is worthy of widespread promotion and application.

【Keywords】 Integrated management model of anesthesia care; Hypertension; surgery; Anesthesia recovery room

高血压,是指血管中的血液流动对血管壁造成的压力,持续超过正常水平。高血压通常被称为“无声的杀手”,大多数患者可能会发展成无症状的疾病,而血管壁长期高血压可能会导致中度心脏病和肾脏疾病^[1]。中国2018年修订的《高血压防治指南》将高血压定义为三种没有降压药的正常情况,即临床收缩压(通常称为高血压)≥140mm Hg和/或舒张压(通常也称为低血压)≥90mm Hg^[2],这三种血压测量均未在同一天进行。

如果高血压患者不能有效控制血压,可能会导致血压居高不下,随着时间的推移,可能会引起脑动脉粥样硬化,导致大脑的血液来源不足,从而可能导致神经衰竭和睡眠障碍、不良记忆、健忘和其他症状^[3]。药物治疗是一种广泛使用的治疗选择,但由于原发性醛固酮等因素导致高血压并发症,患者应及时接受手术治疗以改善病情。手术后患者有可能出现躁狂、震颤等副作用,影响手术结果,因此需要实施高质量管理模式,以确保预后效果较好^[4]。本文即探讨麻醉护理一体化管理模式用于高血压手术患者麻醉复苏室中的应用效果,具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究以医院2023.07-2024.07所接收的80例高血压手术患者为研究对象,平均分为观察组(40例,男18例,女22例,年龄65~75岁,平均(71.20±4.31)岁)与对照组(40例,男19例,女21例,年龄64~76岁,平均(70.50±5.34)岁),一般资料无统计学意义($p>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组在麻醉复苏室中为常规管理模式:麻醉苏醒时监测患者的血氧饱和度、心电图和体温,如有异常,及时向临床医生报告,以便及时治疗。使用呼吸机帮助祛痰,减少炎症,对抗感染。对于粘性痰,需要采取叩背排痰等动作,以确保呼吸顺畅。当患者醒来时,与他进行面对面的交谈,口头介绍护理要点、预防措施等。

1.2.2 观察组

观察组在麻醉复苏室中为麻醉护理一体化管理模式:

①成立小组,部门成立安全管理小组,护士长作为小组组长,应全面考虑小组内部事务,为小组全体成员安排护理任务,严格遵守手术室管理要求,完成各种管理工作,有效保障管理效率。促进逐步开展各种管理工

作。总结过去麻醉复苏室中的不安全事件,分析问题的原因,是否符合操作管理标准的要求,是否按要求执行,操作中的每个问题到每个细节,根据实际情况设定工作目标,制定解决方案。

②制定措施,根据护理的实际情况不断升级计划。加强对护士的培训,使他们在思想上对手术室安全管理重要性有足够认识,为护士提供进一步教育的机会,提高护士的专业水平。将安全风险具体到手术室中的每一个细节前,根据实际情况设定管理目标,即“提高高血压手术患者麻醉复苏室管理质量”,并制定解决方案。

③计划实施, a.心理护理:手术结束后,麻醉护士应该以愉悦的面容和热情的态度问候患者,并传达手术已经成功完成。对于感到特别焦虑的患者,可以轻轻触摸他们的额头,以安抚他们并减轻不必要的心理负担。 b.体位护理:手术后,患者苏醒后应根据个人喜意愿帮助其采取适当的体位,以减轻局部压力。护理人员将为患者提供舒适的枕头。对于腹部和胸腔手术,需保持半坐位,并在膝盖下放置软枕。 c.疼痛护理:护理人员根据患者的面部表情和肢体位置来评估疼痛程度,并按医生建议给予止痛药。如果需要,还可以使用止痛泵进行干预。在复苏室中播放轻柔音乐并鼓励深呼吸也是一种有效的缓解方法。此外,正确固定引流管,以避免其移动造成疼痛。 d.气管导管护理:护理人员需确保患者气管导管的固定牢靠,密切监测是否存在拔管或折叠情况,并及时采取相应措施。此外,要密切观察患者自主呼吸的改善状况,并根据需要进行呼吸参数的调整。应加快撤除呼吸机的速度,以促进患者康复进程。 e.防坠床护理,患者进入麻醉苏醒后,护士将患者放在枕头上,有效放置肢体摆放,采取适当的预防措施和措施防止坠床,避免因躁狂导致患者摔倒而产生麻醉风险等。

④计划检查,为接受全身麻醉的患者制定麻醉质量评估标准,并监测其质量。根据评估标准,该流程通过护理和修复自查、同行评审、质量保证团队的定期评估和定期检查来执行。

1.3 观察指标

①术后苏醒情况:恢复呼吸时长、拔管时长与完成指令时长以及睁眼时长。②不同时点心率与血压: t_0 、 t_1 、 t_2 、 t_3 。③苏醒质量评分:包括意识评分(通过Steward苏醒评分表评估,总分0-6分,分数越高,苏醒效果越好)、舒适度评分[通过肠道功能量表(BCS)评估,总分0-4分,分数越高,舒适度越高]。④不良反应发

生率: 包括躁动、恶心呕吐、心律失常、寒战等。

1.4 统计学方法

SPSS 23.0 软件对所统计的研究数据进行处理和分析, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$), t 检验, 计数资料 (%), χ^2 检验。 $P < 0.05$ 说明有统计学意义。

2 结果

2.1 术后苏醒情况

观察组术后恢复呼吸时长、拔管时长与完成指令时长以及睁眼时长均比对照组早 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 不同时点心率与血压

心率: 观察组 t_0 (88.19 ± 3.74) 次/min, t_1 (87.03 ± 3.56) 次/min, t_2 (76.29 ± 4.52) 次/min, t_3 (77.15 ± 2.45) 次/min, 对照组 t_0 (88.13 ± 4.17) 次/min, t_1 (70.11 ± 3.51) 次/min, t_2 (60.58 ± 3.85) 次/min, t_3 (76.63 ± 3.49) 次/min。两组 t_0 与 t_3 ($t=0.0677, 0.7713; P=0.9462, 0.4462; p>0.05$), t_1 与 t_2 心率高于对照组 ($t=21.4050, 16.7343; P=0.0001; P<0.05$)。

收缩压: 观察组 t_0 (129.52 ± 3.54) mmHg, t_1 (127.53 ± 4.51) mmHg, t_2 (129.53 ± 2.85) mmHg, t_3 (128.63 ± 3.95) mmHg, 对照组 t_0 (128.83 ± 4.75) mmHg, t_1

(102.59 ± 3.85) mmHg, t_2 (113.46 ± 2.74) mmHg, t_3 (127.89 ± 4.32) mmHg, 两组 t_0 与 t_3 ($t=0.7367, 0.7995; P=0.4635, 0.4264; p>0.05$)。 t_1 与 t_2 收缩压高于对照组 ($t=26.6003, 25.7078; P=0.0001; P<0.05$)。

舒张压: 观察组 t_0 (78.68 ± 2.42) mmHg, t_1 (78.53 ± 4.91) mmHg, t_2 (79.16 ± 4.81) mmHg, t_3 (77.24 ± 4.31) mmHg, 对照组 t_0 (78.17 ± 4.41) mmHg, t_1 (66.21 ± 3.85) mmHg, t_2 (63.85 ± 3.31) mmHg, t_3 (77.53 ± 4.82) mmHg, 两组 t_0 与 t_3 ($t=0.6412, 0.2837; P=0.5233, 0.7774; p>0.05$), t_1 与 t_2 舒张压高于对照组 ($t=12.4881, 16.5836; P=0.0001; P<0.05$)。

2.3 苏醒质量评分

观察组意识评分为 (4.29 ± 0.14) 分, 舒适度评分为 (3.55 ± 0.13) 分; 对照组意识评分为 (4.07 ± 0.19) 分, 舒适度评分为 (2.87 ± 0.18) 分。观察组苏醒质量评分显著高于对照组, 组间对比明显 ($t=5.8956, 19.3694; P=0.0001; P<0.05$)。

2.4 不良反应发生率

观察组不良反应发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 术后苏醒情况 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	恢复呼吸时长	拔管时长	完成指令时长	睁眼时长
观察组	40	11.02±1.34	20.64±2.34	17.41±2.19	16.12±2.33
对照组	40	16.43±1.79	27.61±2.36	22.17±2.13	19.84±2.15
t	--	15.3022	13.2640	9.8543	7.4210
p	--	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

表 2 不良反应发生率 (n, %)

组别	例数	躁动	恶心呕吐	心律失常	寒战	发生率
观察组	40	1	1	0	0	5.00
对照组	40	4	2	1	2	22.50
χ^2	--	--	--	--	--	12.9117
P	--	--	--	--	--	0.0003

3 讨论

高血压患者的手术治疗需要麻醉药物来缓解其痛觉神经, 手术后患者处于麻醉恢复期, 麻醉效果没有消除, 需要转移到麻醉复苏室进一步观察。对于处于麻醉复苏室恢复期患者而言, 由于身体保护性反射尚未完全回复, 因此存在一定的风险性, 因此, 采取适当的护理干预措施以维持患者生理稳定是至关重要的^[5]。

常规的护理开展时会比较单薄, 措施没有那么多,

想要长时间都达到护理目的比较困难。麻醉护理一体化管理模式能够在麻醉过程中保证对患者的正常有效治疗, 可以避免常规护理的不足之处, 并确保预期手术效果^[6]。在麻醉复苏室护理中, 可以持续有效的对术后患者麻醉苏醒进行护理, 结合了不同层次的患者护理需求, 提供生理和心理护理, 确保密切联系和整体护理协调, 以满足患者在恢复期的特殊需求, 确保患者始终处于舒适体位。注重为患者提供心理支持, 减轻可能出

现的紧张和焦虑情绪^[7]。此外,采用有效的疼痛管理来最大程度地减少不适感,并改善整体健康状态。创造支持性环境,促进患者身心满意,并预防潜在并发症,旨在通过麻醉护理一体化管理模式来维护患者身心舒适,并将保证患者安全^[8]。本研究结果显示,观察组术后恢复呼吸时长、拔管时长与完成指令时长以及睁眼时长均比对照组早, t_1 与 t_2 心率、收缩压、舒张压高于对照组,苏醒质量评分、不良反应发生率均显著优于对照组,提示麻醉护理一体化管理模式可有效降低患者苏醒期躁动风险,苏醒质量较高,且不良反应发生较低,有重要应用价值。

综上所述,麻醉护理一体化管理模式用于高血压手术患者麻醉复苏室中,可有效促进患者苏醒,并降低不良事件发生风险。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 刘静,邵杰.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分析[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2022(6):147-149.
- [3] 江燕,黄伟,杨薇,等.麻醉护理一体化管理模式在妇科手术患者麻醉苏醒护理中的应用[J].中西医结合护理(中英文), 2022,8(3):193-195.
- [4] 杜新坦,刘成彪.异丙酚复合瑞芬太尼应用于老年高血压患者手术麻醉中的临床效果评价[J].中国现代药物应用, 2024,18(5):82-85.
- [5] 梁敏杰.基于精益管理模式的麻醉护理在骨结核手术中的应用及经济性研究[J].中国医疗保险,2022(10):115-117.
- [6] 王子豪.麻醉护理一体化管理在高血压手术患者麻醉复苏室中的作用[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022(7): 170-173.
- [7] 张丽呈,邱秀环.时间位点管理对手术患者麻醉复苏质量的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(15):2703-2705.
- [8] 王苗苗.疼痛护理干预在麻醉复苏室胆囊炎腹腔镜手术患者中的应用效果观察[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2024(2):0203-0206.

版权声明: ©2024 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS