

围手术期麻醉护理对优质护理服务的实践探究

王丹 陈锦丽

解放军联勤保障部队第926医院，云南开远，661600；

摘要：目的：探讨优质护理服务在围手术期麻醉护理中的应用效果。方法：选取我院2024年9月至2025年9月收治的80例行手术治疗的患者作为研究对象，依据手术时间分为对照组（n=40）与观察组（n=40），对照组采用常规围手术期麻醉护理，观察组在此基础上实施优质护理服务，比较两组应激反应、麻醉复苏时间、麻醉相关并发症发生率及护理满意度。结果：观察组的应激反应低于对照组（ $P<0.05$ ）；麻醉复苏时间短于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组的麻醉相关并发症发生率为7.50%，低于对照组的27.50%（ $P<0.05$ ）；观察组的护理满意度为95.00%，高于对照组的75.00%（ $P<0.05$ ）。结论：在围手术期麻醉护理中，优质护理服务可以改善患者手术应激反应，缩短麻醉复苏时间，避免较多并发症影响患者预后，也实现了提升患者护理满意度目标。

关键词：围手术期；麻醉护理；优质护理服务；并发症

DOI：10.69979/3029-2808.26.01.007

围手术期麻醉护理作为医疗服务体系的关键环节，直接关联手术安全性、患者预后质量及就医体验^[1]。随着医学模式向“以患者为中心”转型，传统麻醉护理中侧重技术操作的模式已难以满足现代医疗对精准化、人性化、全程化服务的需求，临床亟需通过护理模式革新破解围手术期风险防控、疼痛管理、心理干预等核心难题^[3]。优质护理服务以“深化专业内涵、优化服务流程、保障患者安全”为核心要义，通过整合多维度护理资源、细化护理措施、强化人文关怀，为围手术期麻醉护理的提质增效提供了可行路径^[3]。本文针对优质护理服务在围手术期麻醉护理中的应用效果展开研究，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象来源于我院2024年9月至2025年9月收治的80例行手术治疗的患者，依据手术时间分为两组，对照组40例，男22例，女18例；年龄22-68岁，平均（45.36±8.72）岁；手术类型：腹部手术15例，骨科手术12例，泌尿外科手术8例，其他5例。观察组40例，男23例，女17例；年龄23-69岁，平均（46.12±8.54）岁；手术类型：腹部手术14例，骨科手术13例，泌尿外科手术7例，其他6例。两组患者上述信息比较的区别不显著（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①择期接受手术干预且无禁忌证；②临床资料完整；③沟通能力、认知能力符合要求。

排除标准：①处在恶性肿瘤、急危重症范围内；②合并抑郁症、精神分裂等。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规围手术期麻醉护理：术前进行简单的麻醉

相关知识告知，协助完成术前检查；术中配合麻醉医师完成麻醉操作，监测患者生命体征；术后观察患者麻醉复苏情况，及时处理异常症状，做好基础护理。

1.2.2 观察组

在对照组基础上采用优质护理服务，具体如下：（1）术前优质护理：①多维度健康评估与风险预判：突破常规“简单询问病史”模式，组建由麻醉护士、主治医师、营养师组成的评估团队，对患者进行全面评估。重点排查基础疾病、过敏史、用药史，并对患者营养状态、情绪波动情况进行评估，了解患者睡眠质量是否良好，倘若患者存在基础疾病且年龄偏大，则制定针对性的麻醉风险预案。②分层化健康宣教与认知干预：护理人员将患者文化水平、年龄、手术类型作为参考因素，积极落实分层宣教工作；在年轻患者中，护理人员借助“视频+互动问答”模式阐明本次采用的麻醉方式、手术要求、关键步骤，提出术后可能发生的反应；在老年患者中，以“图文手册+家属同步讲解”模式告知患者术前注意事项和准备工作。③精细化术前准备与人文关怀：术前1天协助患者完成各项检查，并将检查结果整理成清晰报告反馈给麻醉医师，确保麻醉方案与患者实际情况相一致；术前30分钟对患者信息展开仔细核对，采用温和语气和患者交流，告知“手术团队已做好充分准备”，通过温暖的语言鼓舞患者、安抚患者。（2）术中优质护理：①精细化生命体征与麻醉深度监测：除了对患者心率、血压等指标展开监测外，也落实了麻醉深度监测，并监测患者呼气末二氧化碳、有创动脉压有无异常，实时捕捉麻醉过深、过浅或呼吸循环异常的早期信号^[4]，及时反馈给麻醉医师依据患者实际情况进行调整。②个体化环境与体位护理：根据手术需求和患者体质优化术中环境，注重对手术间温度的调整，以22~25℃为标准

值,湿度控制在50%~60%即可,防止温度不合理加剧患者不适感;如果患者存在体质虚弱、高龄的特点,术前在手术床铺设加温垫,术中使用输液加温器,预防低体温。体位摆放的环节,以“舒适、安全、不影响循环呼吸”为原则,如骨科手术患者在肢体受压处垫软枕,腹部手术患者避免腹部过度牵拉^[5]。(3)术后优质护理:①精细化麻醉复苏期护理:患者转入复苏室后,护理人员选择意识、呼吸、血压作为重要指标,对此展开持续监测,当患者意识处在清醒状态后,第一时间告知“手术很成功”,缓解其未知焦虑;对于术后存在疼痛感的患者,利用局部冷敷、音乐镇痛改善该问题。此外,护理人员对患者介入优质的呼吸道管理,告知患者咳嗽、排痰的要求及注意事项,鼓励患者积极配合。②并发症精准预防与护理:将患者不同手术类型、不同体质纳入考虑范围,制定出适合患者的并发症预防方案。对于腹部手术患者,主要在其术后6小时阐明床上翻身、活动肢体的正确方式,使患者及时配合,避免面临静脉血栓问题;对于泌尿外科手术患者,术后采用合适力度对其膀胱区进行叩击,指导自主排尿,预防尿潴留。

1.3 观察指标

表1 两组患者手术应激反应和麻醉复苏时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	T(°C)		HR(次/min)		血糖(mg/dl)		麻醉复苏时间
		术前1d	麻醉15min后	术前1d	麻醉15min后	术前1d	麻醉15min后	
对照组	40	36.74±0.21	35.70±0.32	78.53±3.52	88.19±0.53	5.28±0.24	5.84±0.22	45.50±6.71
观察组	40	36.78±0.22	36.59±0.41	78.50±3.51	82.05±4.25	5.30±0.23	5.59±0.17	32.11±5.30
t值		0.832	10.823	0.038	9.067	0.381	5.687	9.904
P值		0.408	0.000	0.970	0.000	0.705	0.000	0.000

2.2 两组患者麻醉相关并发症发生率比较

与对照组麻醉相关并发症发生率相比,观察组较低($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者麻醉相关并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	肺部感染	切口感染	尿潴留	静脉血栓	总发生率
对照组	40	2	3	3	3	11(27.50)
观察组	40	1	1	1	0	3(7.50)
χ^2 值						5.541
P值						0.019

2.3 两组患者护理满意度比较

两组护理满意度的对比中,观察组较对照组高($P<0.05$),见表3。

表3 两组患者护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组	40	12	18	10	30(75.00)
观察组	40	23	15	2	38(95.00)
χ^2 值					6.275
P值					0.012

3 讨论

手术应激反应和麻醉复苏时间:分别记录两组患者术前1d与麻醉15min的体温(T)、心率(HR)、血糖水平,并将两组麻醉复苏时间作为比较的重要指标。

麻醉相关并发症:记录比较每组分别多少例患者出现肺部感染、切口感染、尿潴留、静脉血栓,并将总发生率进行比较。

护理满意度:利用我院自制护理满意度调查表进行评估,以100分为总分值,如果患者分值范围是80~100分,则属于非常满意;如果患者分值是60~79分,则属于满意;60分以下表示不满意。

1.4 统计学方法

运用SPSS24.0软件处理数据,计数资料采用例数(%)表示,行 $\times 2$ 检验,计量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示,行t检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术应激反应和麻醉复苏时间比较

观察组麻醉15min后的手术应激反应低于对照组($P<0.05$),麻醉复苏时间比对照组短($P<0.05$),见表1。

围手术期麻醉护理是保障手术安全、优化患者预后的关键医疗环节,其质量直接影响患者的生理应激状态、康复进程及就医体验^[6]。

手术创伤与麻醉操作本身会激活机体应激系统,导致体温波动、心率加快、血糖升高等生理应激反应,过度应激不仅会增加麻醉风险,还可能影响手术顺利开展及术后康复^[7]。本研究结果显示,观察组麻醉15min后的体温($36.59\pm 0.41^\circ\text{C}$)、心率(82.05 ± 4.25 次/min)、血糖($5.59\pm 0.17\text{mg/dl}$)均显著优于对照组($35.70\pm 0.32^\circ\text{C}$ 、 88.19 ± 0.53 次/min、 $5.84\pm 0.22\text{mg/dl}$),组间差异具有统计学意义($t=10.823$ 、 9.067 、 5.687 ,

P均 <0.05)。这一结果的核心原因在于优质护理服务突破了传统护理“重操作、轻干预”的局限,构建了全周期应激防控体系。术前阶段,护理人员通过个性化健康宣教向患者详细解读麻醉流程、手术原理及注意事项,同时结合心理疏导缓解其对未知风险的焦虑情绪,从认知层面降低心理应激源;针对存在基础疾病的患者,联合专科医师优化术前准备方案,如调整血糖、血压控制目标,为术中应激耐受奠定基础^[8]。术中护理中,护理人员全程动态监测生命体征,及时调整麻醉体位以保障呼吸循环稳定,同时通过语言安抚、温度调节等人文干预减少环境刺激对机体的应激激活,有效抑制了交感神经兴奋引发的生理紊乱。术后则通过精准镇痛护理、早期活动指导等措施,持续降低机体应激水平,形成“术前预防-术中调控-术后延续”的闭环干预,最终实现应激反应的显著改善。

本研究中,观察组麻醉复苏时间为 $32.11\pm 5.30\text{min}$,显著短于对照组的 $45.50\pm 6.71\text{min}$ ($t=9.904, P<0.05$),充分体现了优质护理服务在加速麻醉复苏中的积极作用。从护理机制分析,优质护理服务通过细化复苏相关干预措施,为患者创造了更优的复苏条件^[9]。术前,护理人员对患者的肝肾功能、药物过敏史等进行全面评估,协助麻醉医师制定个体化麻醉方案,避免因药物选择不当或剂量偏差导致的复苏延迟;同时指导患者进行术前呼吸功能训练,提升肺通气储备能力,为术后呼吸功能快速恢复提供支持。术中,护理人员严格执行麻醉配合规范,精准把控输液速度与液体平衡,维持电解质稳定,减少因循环波动对麻醉药物代谢的影响;针对长时间手术患者,加强体位护理与皮肤保护,避免因局部压迫导致的复苏期不适^[10]。术后复苏阶段,护理人员采用“阶梯式唤醒”模式,结合疼痛评估与镇静深度监测,科学调整镇痛镇静药物剂量,既避免了镇痛不足引发的躁动影响复苏,也防止了镇静过度延长复苏时间。

本研究结果还显示,与对照组27.50%的并发症发生率相比,观察组的7.50%体现出更低的特点($P<0.05$),这一效果的实现得益于优质护理服务对并发症防控关键点的精准把控:在肺部感染预防方面,术前通过呼吸功能评估筛选高危人群,术后指导患者进行有效咳嗽、翻身拍背,配合雾化吸入治疗,提升气道分泌物排出效率,在切口感染防控中,护理人员严格执行无菌操作规

范,加强手术区域皮肤准备与术后切口护理,及时观察切口渗血渗液情况。此外,观察组的护理满意度处在对照组之上($P<0.05$),主要因为优质护理服务强调在术前护理人员主动与患者及家属沟通,耐心解答疑问,通过建立良好的护患信任关系缓解其焦虑情绪;针对老年患者、儿童等特殊人群,采用通俗易懂的语言进行健康宣教。

综上所述,在围手术期麻醉护理中,优质护理服务的积极影响较大,值得推广应用。

参考文献

- [1]王金萍,秦勤,吴延华.优质麻醉苏醒护理对肩关节镜手术后全麻复苏期患者躁动及并发症的影响[J].现代中西医结合杂志,2025,34(01):113-117.
- [2]蔡玲,白晓妮.优质护理联合背景音乐疗法在硬膜外麻醉手术患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2023,8(27):155-158.
- [3]连丽曼,刘艳霞.全程优质护理对腹部手术患者全身麻醉苏醒期躁动及血压、心率的影响[J].黑龙江医药科学,2023,46(04):30-31+34.
- [4]王俊超,郭海坡,史鹏许.中医护理干预结合优质护理对全身麻醉手术患者苏醒期躁动的护理效果[J].实用中医内科杂志,2023,37(08):130-132.
- [5]杨梅,刘海艳.共情护理联合优质护理在肝胆外科手术麻醉中的应用效果[J].贵州医药,2023,47(05):818-819.
- [6]潘蓝.优质护理模式对全麻手术患者麻醉苏醒期躁动及满意度的影响[J].名医,2022,(23):105-107.
- [7]韩丽丽.手术室优质护理干预对手术患者应激反应、负性情绪及预后的影响[J].医学食疗与健康,2020,18(02):2-3.
- [8]谢岚.优质护理在麻醉复苏室全麻患者复苏期的应用价值分析[J].中外医学研究,2021,19(09):98-100.
- [9]郑青玉,方亮,程鹏,等.麻醉深度监测结合手术室优质护理对全麻胸科手术患者术中知晓及术后躁动程度的影响[J].中国医学创新,2020,17(30):109-112.
- [10]施兆银,张俊娟,杨海群.舒适护理联合优质护理在全身麻醉苏醒期患者中的干预效果分析[J].系统医学,2020,5(20):159-161.