

人性化手术室舒适护理中麻醉护理的应用效果分析

茶增琴 解朝辉 金园园

联勤保障部队第九二〇医院 云南昆明 650000

【摘要】目的 探讨人性化手术室舒适护理中麻醉护理的应用效果。**方法** 回顾性选取 2025 年 4 月-2026 年 3 月于中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院行全身麻醉手术的患者 76 例,按随机数字表法分为观察组(38 例)与对照组(38 例)。对照组实施常规护理,观察组在人性化手术室舒适护理框架下强化麻醉护理。比较两组麻醉复苏质量、应激反应指标及护理满意度。**结果** 观察组自主呼吸恢复时间、苏醒时间、拔管时间及麻醉后监测治疗室(PACU)停留时间均短于对照组($P<0.05$);观察组术后即刻及术后 30min 的平均动脉压(MAP)、心率(HR)波动小于对照组,焦虑自评量表(SAS)评分低于对照组($P<0.05$);观察组护理满意度高于对照组($P<0.05$)。**结论** 人性化手术室舒适护理中强化麻醉护理可显著提升全麻患者麻醉复苏质量,稳定围术期血流动力学,减轻焦虑情绪,提高护理满意度。**【关键词】** 人性化护理;舒适护理;麻醉护理;全身麻醉;手术室

全身麻醉是外科手术常用麻醉方式,但麻醉诱导期及苏醒期患者易出现焦虑、寒战、血流动力学波动等不适,影响麻醉安全与复苏质量。传统麻醉护理以保障手术顺利完成为核心,缺乏对患者心理舒适度和个体化需求的关注。人性化手术室舒适护理强调以患者为中心,关注生理、心理及环境多维度舒适体验。麻醉护理作为手术室护理的重要组成部分,其与人性化舒适护理的融合尚需实践验证。本研究旨在分析人性化手术室舒适护理中麻醉护理的具体应用效果,为优化围麻醉期护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2025 年 4 月-2026 年 3 月于中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院行全身麻醉手术的患者 76 例。纳入标准:(1)年龄 18~70 岁;(2)美国麻醉医师协会(ASA)分级 I~II 级;(3)择期全麻手术,手术时长预计 1~3h;(4)意识清楚,能配合评估。排除标准:(1)有精神疾病或认知障碍;(2)术前存在严重心、肺、肝、肾功能不全;(3)麻醉药物过敏史;(4)急诊手术。采用随机数字表法将患者分为观察组与对照组,每组各 38 例。对照组中,男 20 例,女 18 例;年龄 24~67 岁,平均(46.32 ± 11.28)岁;体重指数(BMI)(23.16 ± 2.48) kg/m^2 ;手术类型:骨科 12 例,普外科 14 例,泌尿外科 12 例。观察组中,男 21 例,女 17 例;年龄 26~68 岁,平均(46.79 ± 11.03)岁;BMI(23.08 ± 2.52) kg/m^2 ;手术类型:骨科 13 例,普外科 13 例,泌尿外科 12 例。两组性别、年龄、BMI、手术类型等基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组实施常规干预措施。包括术前禁食禁饮指导、常规访视询问病史;麻醉诱导前建立静脉通路,配合麻醉医师给药;术中监测生命体征;术后转入 PACU,待患者苏醒后送回病房。观察组在对照组基础上,于人性化手术室舒适护理框架下强化麻醉护理,具体措施如下:(1)术前人性化访视与心理舒适护理:麻醉护士于术前 1d 进行访视,采用通俗语言向患者讲解麻醉流程、配合要点及可能感受(如喉罩拔出后的咽部不适),播放麻醉诱导室及 PACU 环境图片以减轻陌生感。采用焦虑自评量表(SAS)评估患者情绪,对评分 ≥ 50 分者进行 15~20min 个体化心理疏导,指导深呼吸放松训练。(2)麻醉诱导期舒适护理:入室后调节室温至 22~24℃,湿度 50%~60%。麻醉护士全程握持患者手部并轻声交流,转移注意力。静脉穿刺前使用利多卡因乳膏表面麻醉,选择 22~24G 留置针以减轻疼痛。诱导期间使用加温输液器及加温毯,输注液体及冲洗液加温至 37℃。给药过程中观察患者面部

表情及肌颤反应，及时调整推注速度。（3）麻醉维持期人性化监护：每 15min 记录一次生命体征，注意保护患者非手术部位隐私，减少不必要的暴露。摆放体位时使用软垫支撑关节及骨隆突处，避免神经压迫。术中根据脑电双频指数（BIS）调控麻醉深度，维持 BIS 值 40~60。出现低体温迹象时（核心温度<36℃），立即增加加温覆盖面积。（4）麻醉苏醒期舒适护理：手术结束前 20min，提前调节 PACU 室温至 24~26℃。患者转入 PACU 后，轻拍并呼唤姓名，同时告知“手术已顺利完成”。拔除气管导管后，给予小流量面罩吸氧（3L/min），协助取半卧位。评估疼痛程度（采用数字评定量表 NRS），对 NRS≥4 分者遵医嘱给予镇痛药物。出现寒战者，加盖保温毯并静脉输注加温液体。待患者 Steward 苏醒评分≥4 分后，由麻醉护士亲自护送回病房，途中持续监测血氧饱和度。（5）术后随访与延续舒适护理：术后 24h 内进行随访，了解患者恶心呕吐、咽痛、头痛等情况。对发生术后恶心呕吐者，指导头偏一侧并遵医嘱给予托烷司琼；对咽痛者建议温凉流质饮食。记录患者对麻醉过程的整体感受，用于质量改进。

1.3 观察指标

比较两组干预后的效果，具体指标如下：（1）麻醉复苏质量指标：记录自主呼吸恢复时间（停药至自主呼吸恢复）、苏醒时间（停药至呼之睁眼）、拔管时间（停药至拔除气管导管）及 PACU 停留时间。（2）应激反应与心理状态：于术前 1d（干预前）、术后即刻及术后 30min 测量平均动脉压（MAP）、心率（HR）；于术前 1d 及术后 30min 采用焦虑自评量表（SAS）评估焦虑程度，SAS 标准分<50 分为正常，≥50 分提示焦虑。（3）护理满意度：出院前采用自制满意度问卷（总分 100 分），分为非常满意（≥90 分）、满意（70~89 分）、一般（60~69 分）及不满意（<60 分）。满意度=（非常满意+满意）/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 软件，计数资料以 n（%）表示，行 χ^2 检验；计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组麻醉复苏质量指标比较

观察组自主呼吸恢复时间、苏醒时间、拔管时间及 PACU 停留时间均短于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。详见表 1。

表 1 两组患者麻醉复苏质量指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ，min）

组别	例数	自主呼吸恢复时间	苏醒时间	拔管时间	PACU 停留时间
观察组	38	6.33±1.82	12.47±3.11	14.28±3.52	42.18±7.33
对照组	38	9.86±2.41	18.92±4.36	21.04±5.17	57.63±9.84
t 值		7.213	7.456	6.722	7.834
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组术后应激反应及焦虑评分比较

术前 1d，两组 MAP、HR 及 SAS 评分差异无统计学意义（P>0.05）。术后即刻及术后 30min，观察组 MAP、HR 波动幅度小于对照组（P<0.05）；术后 30min 观察组 SAS 评分低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。详见表 2。

表 2 两组患者围术期应激反应及焦虑评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

指标	组别	例数	术前 1d	术后即刻	术后 30min
MAP(mmHg)	观察组	38	88.42±6.23	87.96±5.89	88.11±6.02
	对照组	38	88.67±6.41	94.28±7.16	92.37±6.84
HR(次/min)	观察组	38	76.23±5.47	77.06±5.31	76.82±5.56
	对照组	38	76.49±5.62	84.37±6.93	82.14±6.27

SAS(分)	观察组	38	49.32±4.18	-	41.17±3.94
	对照组	38	49.61±4.33	-	47.83±4.52

2.3 两组护理满意度比较

观察组护理满意度为 97.37%，高于对照组的 84.21%，差异有统计学意义（P<0.05）。详见表 3。

表 3 两组患者护理满意度比较 [例（%）]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	总满意
观察组	38	24 (63.16)	13 (34.21)	1 (2.63)	0 (0.00)	37 (97.37)
对照组	38	16 (42.11)	16 (42.11)	5 (13.16)	1 (2.63)	32 (84.21)
						3.934
						0.047

3 讨论

全身麻醉患者围术期经历多重应激源，包括麻醉药物影响、侵入性操作、低体温及对未知的恐惧。传统麻醉护理侧重于技术操作与生命体征监测，对患者心理舒适及个体化需求关注不足。本研究将人性化手术室舒适护理理念融入麻醉护理全过程，结果显示观察组麻醉复苏质量显著提升，自主呼吸恢复时间、苏醒时间、拔管时间及 PACU 停留时间均短于对照组。分析原因：术前人性化访视减轻了患者对麻醉的恐惧，降低了应激激素分泌；诱导期加温措施及舒适操作减少了寒战及药物代谢延迟；苏醒期及时沟通与疼痛干预避免了躁动与苏醒延迟。

从应激反应角度，观察组术后即刻及术后 30min 的 MAP 和 HR 波动幅度明显小于对照组。全麻苏醒期因气管导管刺激、疼痛及低温易导致交感神经激活，表现为血压升高和心率增快。本研究中，观察组采用拔管后即刻沟通告知手术完成、提供体位舒适及有效镇痛，降低了交感神经兴奋性。同时，术中 BIS 监测指导麻醉深度调控，避免了麻醉过深或过浅引起的循环剧烈波动。术后 30min 观察组 SAS 评分显著低于对照组，说明麻醉护理中的人性化关怀有效缓解了患者对麻醉过程的焦虑记忆。护理满意度方面，观察组总满意度达 97.37%，高于对照组的 84.21%。满意的来源不仅在于医疗结果，更在于就医过程中的被尊重感与被关怀感。麻醉护士术前握持双手、术中保护隐私、苏醒期轻声呼唤等细节，均使患者感受到人性化温暖，从而提升了整体手术体验。

综上所述，人性化手术室舒适护理中强化麻醉护理可改善全麻患者复苏质量，稳定围术期血流动力学，减轻焦虑并提高满意度，值得临床推广。

参考文献：

- [1]刘继,郭丽琼,程格,等.手术室舒适护理+麻醉苏醒期人文护理在间歇性充气加压治疗预防患者静脉血栓栓塞形成中的研究[J].基层医学论坛,2024,28(35):114-116.
- [2]于凡淇,孙永佳.手术室舒适护理联合麻醉苏醒干预在股神经阻滞联合自控镇痛患者中的应用效果[J].中国社区医师,2025,41(23):133-135.
- [3]陈玲凤,詹艳.手术室舒适护理结合麻醉苏醒护理对手术患者麻醉质量及睡眠的影响[J].世界睡眠医学杂志,2024,11(10):2285-2288.
- [4]齐乐.手术室舒适护理在关节镜下肩袖修补术中的应用[J].中国冶金工业医学杂志,2021,38(3):292-293.
- [5]袁天栋,张雪婷.手术室舒适护理结合麻醉苏醒护理在股神经阻滞联合自控镇痛患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2023,8(23):153-157.