

手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的临床效果分析

库尔班江·依拉力丁

南京医科大学附属逸夫医院

DOI:10.32629/carnc.v4i1.19793

[摘要] 目的: 分析手术室麻醉苏醒护理对腹部手术患者苏醒期躁动的影响。方法: 选取我院2023年6月~2025年6月患者160例, 分为观察组(常规护理)与对照组(手术室麻醉苏醒护理)。结果: 观察组患者躁动发生率低于对照组, SAS及VAS评分更低, 拔管与定向力恢复时间更短, 且MAP及HR的波动幅度更小($P<0.05$)。结论: 手术室麻醉苏醒护理能有效降低腹部手术患者全麻苏醒期躁动情况。

[关键词] 手术室护理; 麻醉苏醒期; 躁动

中图分类号: R473.6 文献标识码: A

Analysis of the Clinical Effect of Anesthesia Recovery Care in the Operating Room on Reducing Emergence Agitation in Abdominal Surgery Patients under General Anesthesia

Kuerbanjiang Ildin

Yifu Hospital Affiliated to Nanjing Medical University

Abstract: Objective: To analyze the influence of anesthesia recovery care in the operating room on restlessness during the recovery period of patients undergoing abdominal surgery. Methods: A total of 160 patients in our hospital from June 2023 to June 2025 were selected and divided into the observation group (routine care) and the control group (anesthesia recovery care in the operating room). Results: The incidence of restlessness in the observation group was lower than that in the control group, the SAS and VAS scores were lower, the extubation and orientation recovery time was shorter, and the fluctuation range of MAP and HR was smaller ($P<0.05$). Conclusion: Anesthesia recovery nursing in the operating room can effectively reduce the restlessness during the recovery period of general anesthesia in patients undergoing abdominal surgery.

Keywords: Operating Room nursing; Anesthesia recovery period; Restlessness

引言

全身麻醉后苏醒期躁动, 是患者从麻醉到清醒过程中会出现的一种意识行为分离的状态, 表现为焦虑、挣扎^[1]。腹部手术因其创伤跟术后疼痛的特点, 患者发生躁动的风险很高。这会引发意外拔管、伤口出血等并发症, 增加护理风险, 对心脑血管也有潜在威胁。传统的手术室麻醉苏醒护理侧重体征监测, 对躁动多是事后处理。随着加速康复外科理念发展, 苏醒期质量已成为围手术期管理重要节点^[2]。手术室是麻醉苏醒的第一场所, 其护理措施的质量, 会对患者神经内分泌应激及中枢神经恢复产生影响。故构建一套基于证据的手术室内麻醉苏醒护理方案, 以对躁动预防, 具有临床意义。本研究旨在分析此类护理对腹部手术患者的应用效果, 为优化围手术期护理提供实证依据。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取我院2023年6月至2025年6月期间在全身体麻醉下接受择期腹部手术的患者160为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组与对照组, 两组患者的年龄、性别、合并症等基线资料差异无统计学意义($P>0.05$), 有可比性。见表1。研究过程遵循《赫尔辛基宣言》及相关伦理要求。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:

- (1) 年龄18~70岁;
- (2) 美国麻醉医师协会(ASA)分级I~III级;
- (3) 拟行胃肠、肝胆、阑尾、疝等常见腹部手术, 预计手术时间1~4小时;
- (4) 无严重听力及语言沟通障碍, 能配合完成评估。

排除标准:

- (1) 有精神神经系统疾病史或长期使用镇静、抗精神病药物者;

- (2) 术前存在严重肝肾功不全、心肺功能衰竭者；
- (3) 有药物或酒精滥用史；
- (4) 对研究所用镇痛药物过敏者；
- (5) 术中发生严重并发症或大量出血需改变麻醉方案者。

1.3 干预方法

两组患者由同一麻醉医师组做全身麻醉。诱导：丙泊酚、舒芬太尼、罗库溴铵；维持：丙泊酚持续泵注、瑞芬太尼及七氟醚吸入。

1.3.1 对照组方法

对照组接受常规手术室麻醉苏醒护理。护理重点关注患者的生命征与安全。手术结束后，护理人员遵医嘱停用麻醉药物。持续监测患者心电图、脉搏血氧饱和度及呼吸波形等体征。待患者自主呼吸恢复规律，出现吞咽咳嗽反射且呼之能应后，配合麻醉医师拔除气管导管。拔管后清理呼吸道分泌物，予以鼻导管吸氧。生命体征平稳后，转运至麻醉后监测治疗室 (PACU)。

1.3.2 观察组方法

观察组在上述方法的基础上，实施手术室麻醉苏醒护理方案，本方案强调预见性与连续性。具体操作如下：

1.环境与心理干预

在术前一日的访视中，告知禁食水时间及手术流程，并重点向患者解释苏醒期的常见感受。如因气管导管刺激会产生咽喉部异物感、短暂寒冷或口渴，以及身上会保留的各类管路的情况。提前指导患者怎么样通过点头、摇头或手势来沟通，并告知疼痛时该如何表达。通过建立对苏醒期的合理预期，以降低因陌生和失控感受引起的焦虑。

2.术中保温护理

患者进入手术间前半个小时调节室内温度，保持在 36℃~37℃之前，以提高将与患者接触物品的表面温度。患者进入手术间时，采用充气式温毯覆盖非手术区域。术中的输液及冲洗体腔的液体均加温处理，要维持患者的鼻咽温不低于 36.0℃。妥善固定导尿管及输液管路，避免意外牵拉。在满足手术需求的前提下，在患者骨隆突处及受压部位加垫软枕，并在全身麻醉后对患者眼部予以贴敷。

3.镇痛管理与镇静平稳过渡

在手术主要步骤结束且开始关腹前约 30 分钟，麻醉医师根据手术创伤的大小，为观察组患者静脉追加一次非甾体抗炎药或者小剂量阿片类药物。在停止吸入麻醉药七氟醚的同时，维持低剂量丙泊酚的持续泵注。以此使患者缓慢地度过麻醉深度降低的阶段，避免中枢神经系统在短时间内从深麻醉到浅麻醉。

4.苏醒期唤醒与感官干预

当患者开始出现自主呼吸恢复以及睫毛反射等早期苏醒的征象时，责任护士在患者耳旁用清晰的语调持续做定向力唤醒。反复呼唤患者姓名并告知他“手术已经顺利结束，

您正在恢复室，请慢慢呼吸”。操作过程中动作要轻柔，避免在患者周围突然移动设备或高声交谈，减少无谓的听觉视觉刺激。拔管前需要充分吸净口咽部的分泌物，减轻拔管操作带来的刺激。

5.疼痛评估与即时干预

在患者拔管后意识基本清醒时，开始使用视觉模拟评分 (VAS) 卡片让其进行疼痛自评。若评分 ≥4 分，便通知麻醉医师，根据医嘱给予首剂静脉镇痛药物。同时，协助患者采取轻度屈曲的体位来放松腹部肌肉，并指导其做好缓慢的腹式呼吸，通过这种非药物方式来辅助缓解切口疼痛和紧张情绪。

1.4 观察指标

苏醒期躁动评估：采用 Riker 镇静-躁动评分 (SAS) 进行评价。评分 ≥5 分定义为躁动。记录两组患者躁动发生率，并比较拔管后 15 分钟内最高 SAS 评分。

苏醒时间指标：记录从停止所有麻醉药物至拔除气管导管的时间 (拔管时间)；记录从拔管至患者能准确回答自己姓名和所在地点的时间 (定向力恢复时间)。

血流动力学稳定性：记录并比较两组患者拔管即刻 (T1)、拔管后 5 分钟 (T2) 的平均动脉压 (MAP)、心率 (HR)。

术后早期疼痛程度：采用视觉模拟评分法 (VAS, 0~10 分) 评估患者术后 6 小时 (V1)、24 小时 (V2) 的静息状态疼痛程度。

1.5 统计学方法

使用 SPSS 22.0 软件分析，使用 t 和 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示计量资料，使用卡方和 % 表示计数资料，P < 0.05 为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的基线资料比较

两组患者的年龄、性别、合并症等基线资料差异无统计学意义 (P > 0.05)，有可比性。见表 1。

表 1 两组患者的基线资料对比 [n.(%)、($\bar{x} \pm s$)]

组别	观察组	对照组	t/x ²	P
例数	80	80	-	-
年龄 (岁)	52.34 ± 10.27	50.89 ± 11.65	0.852	0.395
性别 (男/女)	44/36	41/39	0.234	0.632
体重指数(BMI, kg/m ²)	23.12 ± 2.89	22.87 ± 3.14	0.532	0.595
合并高血压	22 (27.50)	25 (31.25)	0.281	0.598
合并糖尿病	11 (13.75)	9 (11.25)	0.255	0.619
手术方式 (腹腔镜/开腹)	48/32	51/29	0.243	0.624

2.2 患者苏醒期躁动及苏醒质量比较

观察组患者苏醒期躁动率明显低于对照组，SAS 最高评分更低，拔管时间与定向力恢复时间均更短，差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 2。

表2 两组患者苏醒期躁动及苏醒质量对比[n,(%)、($\bar{x} \pm s$)]

组别	观察组	对照组	t/x ²	P
例数	80	80	-	-
苏醒期躁动	13 (16.25)	26 (32.50)	5.730	0.017
SAS 最高评分(分)	2.89±0.71	4.23±1.05	9.456	0.001
拔管时间(min)	13.76±3.81	15.68±4.87	2.782	0.006
定向力恢复时间(min)	6.72±1.89	7.45±2.64	2.011	0.046

2.3 患者血流动力学及术后疼痛比较

在 T1、T2 时，观察组患者的 MAP 和 HR 显著低于对照组，且 V1、V2 时间点的 VAS 评分明显更低，差异有统计学意义 (P<0.05)。表 3。

表3 两组患者血流动力学及术后疼痛对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	对照组	t	P	
例数	80	80	-	-	
MAP(mmHg)	T1	92.34±7.25	95.67±10.12	2.393	0.018
	T2	88.12±6.89	91.45±9.34	2.566	0.010
HR (次/分)	T1	82.56±8.34	86.89±11.24	2.767	0.006
	T2	80.23±7.45	83.67±10.56	2.381	0.017
VAS 评分(分)	V1	4.14±0.98	4.56±1.34	2.263	0.024
	V2	3.32±0.87	3.78±1.22	2.149	0.032

3 讨论

苏醒期躁动是全麻的手术患者在从麻醉状态向意识清醒过渡时，出现的一种急性意识障碍。临床表现为兴奋、定向力缺失和无意识肢体动作，甚至会出现挣扎、试图拔除导管等行为。腹部手术的术中内脏牵拉反射明显，且术后切口疼痛剧烈，还会伴随腹膜刺激等，使患者发生苏醒期躁动的风险尤为突出^[4]。这种状态如不有效控制，会导致坠床、伤口出血或导管意外脱出等严重安全事件。其应激反应还会造成血压升高，增加心脑血管意外风险。延长在复苏室的停留时间，影响术后康复进程。

目前对于腹部手术的苏醒期躁动多以常规护理为主。主要流程是在手术结束后，监护患者的各项生理指标，达到拔管标准后移除气管导管，并转运至麻醉后监护室。这种模式本质上是一种标准化的照护，可以保障患者的安全，但是有明显的局限性。其缺乏对躁动诱因的评估。由于干预启动相对滞后，故难以从根本上降低躁动的发生情况，护理效果存在明显提升空间^[5]。

本研究的结果显示，手术室麻醉苏醒护理能有效降低腹部手术患者苏醒期躁动的发生率。躁动成因复杂，常被视为疼痛及麻醉药物残余等多种因素相互作用的结果。传统护理在躁动明显后才处理，而本研究的方案贯穿整个围术期过程，在多个方向预先削弱躁动的成因。从生理层面上来看，观察组患者血流动力学更加平稳。其 T1、T2 时间点 MAP 与 HR 更低，这得益于镇痛的超前管理跟后面镇静的过渡。疼痛是导致交感神经兴奋、引起血压心率飙升的主要诱因。术前访视的心理干预与术中保温护理，减轻了患者的生理应激与不

适。手术结束前强化了镇痛，并使用“斜坡式”的苏醒策略，可以确保中枢镇痛镇静效应可以延续，避免麻醉深度骤然的剧痛^[4]。这种平稳的过渡状态，为大脑皮层认知功能恢复创造了条件，这可以部分解释观察组患者定向力恢复时间更短。术后早期疼痛评分降低，是本研究另一个有意义的发现。这引发了我们进一步的思考，手术室内的护理干预，其影响是非常明显的。即时做好疼痛评估干预，不仅可以解决拔管时不适，还可以对后续的疼痛体验有持续的调控作用。这种“镇痛记忆”的效果，在加速康复外科理念中具有重要意义，它可以让患者能在更小的干预下就开启术后的恢复过程^[5]。但是必须承认本研究存在一定的局限性。本研究是单中心研究，样本的代表性会受到影响，且主要的观察指标都集中在生理与行为层面。护理干预是一个整合的方案，所以其中各单项的措施对最终结果的具体贡献，不好在本研究设计做剥离。除此之外，不同类别的腹部手术对患者应激的影响程度也不同，未来的研究可以进一步细化手术亚型进行分析。

综上所述，手术室麻醉苏醒护理能有效促进腹部手术患者全麻后意识与机能的平稳恢复，显著降低苏醒期躁动及相关并发症风险。

[参考文献]

- [1]王家慧,段晓雯,周徐慧,等.儿童阻塞性睡眠呼吸暂停综合征全麻苏醒期躁动风险预测模型的构建与验证[J].中国口腔颌面外科杂志,2024,22(2):175-180.
- [2]陈艳伟,曹焱.综合护理干预在手术室全身麻醉苏醒期患者中的应用效果及对躁动发生率、负性情绪的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(17):175-178.
- [3]孟艳华,索莉娜,刘梦珂,等.基于 Ricker 镇静-躁动评分的护理干预在颅脑损伤术后躁动患者中的作用[J].护理实践与研究,2022,19(22):3337-3341.
- [4]张金立,闫红丽,杨凯,等.帕瑞昔布钠联合右美托咪定预防腹部闭合性损伤手术患者苏醒期躁动[J].医学研究与教育,2020,37(4):25-30+34.
- [5]张颖洁,杨艳红.手术室即时心理护理结合音乐疗法对下腹部手术患者麻醉苏醒期躁动及应激反应的影响[J].生命科学仪器,2024,22(5):255-257.
- [6]朱晓瑜.手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的临床效果[J].中国冶金工业医学杂志,2021,38(4):479-480.
- [7]王君.手术室麻醉苏醒护理对胃肠切除患者全麻苏醒期躁动(EA)的影响及满意度分析[J].系统医学,2021,6(18):171-174.

作者简介:

库尔班江·依拉力丁(1995.05-),男,维吾尔族,新疆伊犁人,本科,护师,研究方向为麻醉护理。