

• 临床探讨 •

麻醉恢复评分联合预见性护理在老年麻醉患者恢复中的应用*

朱海娟, 吕娜, 黄丽华, 马秀梅

(中国人民解放军白求恩国际和平医院麻醉科, 石家庄 050081)

摘要:目的 探讨麻醉恢复评分(PARS)和预见性护理干预(PNI)在老年患者手术后麻醉恢复中的价值。方法 选择 2014 年 12 月至 2015 年 2 月在该院接受手术的老年患者 60 例,在 PARS 基础上实施 PNI,作为干预组;另外选取 2013 年 12 月至 2014 年 12 月接受手术和 PARS 的另外 60 例老年患者作为对照组。统计两组患者入室和入室血压、呼吸、意识和活动力得分,以及出室后并发症发生情况。结果 两组患者入室时血压、呼吸、意识和活动力得分相比,差异无统计学意义($P>0.05$);出室时,干预组血压、呼吸、意识和活动力得分分别为(1.8±0.4)、(1.6±0.7)、(1.8±0.6)和(1.7±0.4)分,对照组分别为(1.4±0.3)、(1.2±0.5)、(1.3±0.4)和(1.1±0.4)分,两组相比,差异均有统计学意义($P<0.05$);干预组并发症发生率为 6.7%(4/60),对照组为 23.3%(14/60),差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 PARS 联合 PNI 干预有利于老年患者麻醉后生理功能的恢复,且能减少并发症的发生,值得在临床上进一步推广。

关键词:麻醉恢复评分; 预见性护理干预; 麻醉恢复

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.15.034 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)15-2163-02

麻醉恢复室是手术结束后继续监护病人生命体征的场所,停用麻药后机体保护性反射尚未完全恢复,易发生并发症。尤其是对于老年患者而言,其全身生理功能衰退,多数合并多种疾病,对麻醉和手术的耐受能力本身较低^[1],麻醉手术期间的危险性普遍高于青壮年患者,因而老年患者的麻醉恢复安全问题显得尤为重要。如何使得术后的麻醉恢复管理更加完善和安全是临床医师不断努力的目标。麻醉恢复评分(PARS)是目前常用的评估患者术后意识、呼吸、循环和活动能力等方面的重要指标^[2-3],能较好地反映患者的麻醉恢复情况。为提高护理质量,体现“以患者为中心”的服务理念,本研究选择 2014 年 12 月至 2015 年 2 月在本院接受手术的老年患者 60 例,在 PARS 基础上预见性护理干预(PNI),作为干预组;另外选取 2013 年 12 月至 2014 年 12 月接受手术和 PARS 的另外 60 例老年患者作为对照组,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 12 月至 2015 年 2 月在本院接受手术的老年患者 120 例。纳入标准:(1)年龄 65~80 岁,术前一般状况尚可,可耐受手术并最终接受手术治疗的患者;(2)患者依从性较好,配合研究;(3)患者病历资料完全,且知情受试。排除标准:(1)排除存在严重心、肺、肾功能障碍,内分泌代谢或免疫系统疾病,严重感染及水、电解质平衡紊乱者;(2)排除不能耐受手术的患者;(3)排除合并意识障碍和精神性疾病患者。干预组:男 38 例,女 22 例,年龄 57~79 岁,平均(64.2±12.7)岁。对照组:男 36 例,女 24 例,年龄 58~78 岁,平均(66.1±11.2)岁。两组患者一般资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经过医院伦理委员会批准,且在患者及其家属签字同意的情况下进行。

1.2 护理方法 干预组患者在 PARS 基础上给予 PNI 干预,而对照组仅给予基于 PARS 的干预。PNI 实施方式如下。

1.2.1 PNI 干预小组建立 根据自愿参加,上下结合和实事求是的原则组建 PNI 干预小组,小组成员包括经验丰富且性格开朗的医师及护士,组建成功后分别制定工作岗位和具体职责及制定详细的团队工作计划,明确本职工作。通过护士长会

和全体护士大会以及科室组织自学讨论等方式在全科推广和宣传 PNI 干预模式,更新理念。

1.2.2 PARS 评分的分析 针对老年患者的 PARS 评分进行系统性分析,共性原则与个体化原则相结合,找出所有患者共同需要注意的事项以及每位患者根据自身特点需要单独注意的事项,打印列表放置于病床易于观察到的地方,时刻提醒医师及患者注意所列事项。对于 PARS 评分低的患者,尤其引起注意,安排综合素养最好的人员对其进行护理。对 PARS 评分稍高患者则注意拔管时间,一旦达到平稳状态,符合拔管指征后,拔管减少留室时间^[4]。

1.2.3 术后心理干预 对于意识恢复的患者,需要根据患者的性格、生活方式等,有针对性地进行心理疏导,建立良好的护患关系,使其改变对本次创伤的恐惧和担忧,树立治疗信心,详细解答患者的困惑,让患者消除烦躁、焦虑、恐惧等不良情绪。

1.2.4 并发症的预见及防治准备 老年患者可能对于床上排便不习惯或者有一定的羞耻感,因此术前应该了解患者的排便习惯,指导患者养成定时排便的习惯与如何在床上排便^[5-6],让老年患者能在心理上接受床上排便的情况,获得患者信任,建立良好的护患关系,患者才能更好地配合治疗,避免便秘的发生。对于有高血压病史的患者,备好降压药物和心电监护仪,全程对患者的血压进行监测,密切关注指标变化,并随时做好抢救准备。

1.3 观察指标 统计两组患者入室和入室血压、呼吸、意识和活动力得分,每项得分为 0~2.5 分,分数越高表示状态越好,以及出室后并发症发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料均值比较以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用百分比(%)表示,两组间的比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者入室和出室时血压、呼吸、意识和活动力得分比较 两组患者入室时血压、呼吸、意识和活动力得分相比,差异无统计学意义($P>0.05$);出室时,干预组血压、呼吸、意识和

* 基金项目:河北省 2015 年度医学科学研究重点课题(20150389)。

活动力得分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者出室时血压、呼吸、意识和活动力得分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	对照组($n=60$)	干预组($n=60$)	t	P
血压	1.4±0.3	1.8±0.4	3.919	<0.01
呼吸	1.2±0.5	1.6±0.7	2.278	<0.05
意识	1.3±0.4	1.8±0.6	3.397	<0.01
活动力	1.1±0.4	1.7±0.4	5.196	<0.01

2.2 两组患者并发症发生率比较 干预组并发症发生率为 6.7%(4/60),对照组为 23.3%(14/60),两组比较差异具有统计学意义($\chi^2=6.536,P=0.011$)。见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	低氧血症	心率异常	恶心呕吐	意识障碍	合计
干预组	60	1(1.7)	0(0.0)	2(3.3)	1(1.7)	4(6.7)
对照组	60	2(3.3)	3(5.0)	6(10.0)	3(5.0)	14(23.3)

3 讨 论

麻醉恢复室是手术结束后继续监护病人生命体征的场所,停用麻药后机体保护性反射尚未完全恢复,易发生并发症。尤其是对老年患者而言,其全身生理功能衰退,多数合并多种疾病,对麻醉和手术的耐受能力本身较低,麻醉手术期间的危险性普遍高于青壮年患者,因而老年患者的麻醉恢复安全问题显得尤为重要。如何使得术后的麻醉恢复管理更加完善和安全是临床医师不断努力的目标。PARS 是目前常用的评估患者术后意识、呼吸、循环和活动能力等方面的重要指标,能较好的反映患者的麻醉恢复情况^[7]。

本研究通过对 60 例老年手术患者给予基于 PARS 的 PNI 干预,而另外 60 例患者则仅给予常规 PARS 监测。预见是指从客观存在的事物出发,但又不局限于客观存在的事物,是在揭示现存事物的本质和内在必然性的基础上^[8],对其未来发展走向做出的预先反应。PNI 干预是根据疾病发展规律和变化特点,预料可能发生的潜在问题,做出准确的护理判断,予以切实可行的护理手段进行干预的护理方法^[9-10]。PNI 不仅可以促进患者康复,还可使护理工作由被动变为主动,调动护士的工作学习积极性,充分体现护理工作的独立性、科学性和护士的自身价值^[11-12]。此外,PNI 的实施还可减少盲目护理的可能性,减少医疗服务成本,因而受到国内外护理同仁的高度认可^[13]。本研究中,对接受手术麻醉的老年患者,在麻醉恢复期给予基于 PARS 评分的 PNI 干预,PARS 评分反映了老年患者麻醉恢复的能力和危险性,PARS 评分相对低下的患者,需要采取预防性的干预措施,以保障老年患者从麻醉中顺利恢复,而 PARS 评分高的患者可以据此控制拔管时间,有效缩短留室时间,可减少院内感染的发生概率^[14]。研究结果显示,实施基于 PARS 评分的 PNI 干预患者,出室时,血压、呼吸、意识和活动力得分显著高于未实施 PNI 干预患者,且并发症发生率较低,符合研究预期。

综上所述,PARS 联合 PNI 干预有利于老年患者麻醉后生理功能的恢复,且能减少并发症的发生,值得临床上进一步推

广。然而由于条件所限,本研究也存在不足之处,如研究病例较少,选取范围较窄等,均会对本研究结论的普遍适用性形成一定影响。今后仍需扩大临床研究样本,增加客观评价指标,进一步完善研究方法。

参考文献

[1] Taipale PG,Ratner PA,Galdas PM,et al. The association between nurse-administered midazolam following cardiac surgery and incident delirium;an observational study[J]. Int J Nurs Stud,2012,49(9):1064-1073.

[2] 冯丹丹,李森,赵欣,等. 麻醉恢复室内麻醉诱导时护理配合的流程优化[J]. 医学临床研究,2011,28(7):1413-1414.

[3] 郑群燕. 麻醉恢复室中全身麻醉术后呼吸异常患者的护理[J]. 解放军护理杂志,2011,28(11):50-51.

[4] Jaryszak EM,Lander L,Patel AK,et al. Prolonged recovery after out-patient pediatric adenotonsillectomy[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol,2011,75(4):585-588.

[5] Sarin P,Philip BK,Mitani A,et al. Specialized ambulatory anesthesia teams contribute to decreased ambulatory surgery recovery room length of stay[J]. Ochsner J,2012,12(2):94-100.

[6] 王西娟. 高龄冠心病行非心脏手术患者麻醉恢复室内的护理[J]. 第四军医大学学报,2005,26(11):1056.

[7] Mansour MA,Mahmoud AA,Geddawy M. Nonopioid versus opioid based general anesthesia technique for bariatric surgery;a randomized double-blind study[J]. Saudi J Anaesth,2013,7(4):387-391.

[8] Cai Y,Hu H,Liu P,et al. Association between the apolipoprotein E4 and postoperative cognitive dysfunction in elderly patients undergoing intravenous anesthesia and inhalation anesthesia[J]. Anesthesiology,2012,116(1):84-93.

[9] 黄晓予. 预见性护理与循证护理在手术室麻醉患者中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(25):46-48.

[10] 舒翠君. 循证护理与预见性护理在手术室麻醉患者中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(17):41-43.

[11] Neufeld KJ,Leoutsakos JM,Sieber FE,et al. Outcomes of early delirium diagnosis after general anesthesia in the elderly[J]. Anesth Analg,2013,117(2):471-478.

[12] 闫旭明,刘志英,邱银燕. 麻醉恢复评分联合预见性护理在麻醉病人恢复中的应用[J]. 护理研究,2014,28(1):75-76.

[13] 宋艳淳. 视网膜母细胞瘤术后麻醉恢复的护理[J]. 现代护理,2007,13(17):1648-1648.

[14] Guimaraes ES,Campbell EJ,Richter JM. The safety of nurse-administered procedural sedation compared to anesthesia care in a historical cohort of advanced endoscopy patients[J]. Anesth Analg,2014,119(2):349-356.