

护士参与麻醉门诊术前教育对麻醉恢复期患者的影响

张静, 兰星, 陈庆红, 卓洁, 谭芳

Effect of nurses participating in preoperative health education in anesthesia clinic on patients in recovery period Zhang Jing, Lan Xing, Chen Qinghong, Zhuo Jie, Tan Fang

摘要:目的 探讨麻醉科护士参与麻醉门诊术前教育对全麻手术患者麻醉恢复期的影响。方法 将2017年11~12月入麻醉门诊行麻醉评估的96例患者作为对照组,2018年5~6月入麻醉门诊行麻醉评估的96例患者作为观察组。对照组按照常规由麻醉医生进行麻醉风险评估和麻醉术前准备指导,观察组在对照组基础上,增设1名麻醉科护士配合麻醉医生,并开展麻醉术前教育。**结果** 观察组气管插管耐受度、拔管配合度显著高于对照组,且患者的疼痛评估时间以及复苏时间显著短于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。**结论** 麻醉科护士参与麻醉门诊术前教育,有利于提高全麻手术患者麻醉恢复期对气管插管的耐受度及治疗配合度,同时可缩短患者疼痛评估所需时间及复苏时间。

关键词:麻醉科护士; 麻醉门诊; 全麻手术; 麻醉恢复期; 气管插管; 疼痛; 护理

中图分类号:R472.3 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.02.056

我国麻醉门诊起步晚,麻醉门诊工作主要由麻醉医生负责,麻醉医生在麻醉门诊担任着“亦师亦技亦护”的角色,因为工作量大,麻醉医生很难与患者进行充分的沟通与交流。临床工作中,麻醉恢复期患者容易发生烦躁不安、剧烈体动、不配合治疗等情况^[1],可能与术前患者对麻醉恢复期身体反应知识匮乏、心理素质不足、术中热量丢失以及手术切口疼痛等因素有关^[2]。相关研究表明,患者对麻醉信息有需求,并希望得到多种形式的宣教^[3]。《国家卫生计生委办公厅关于医疗机构麻醉科门诊和护理单元设置管理工作的通知》^[4]提出:要提高麻醉科门诊及护理服务质量,麻醉科护士需配合麻醉医生开展麻醉术前教育、心理护理等工作。鉴此,我院麻醉科门诊增设1名麻醉科

护士配合麻醉医生,并对96例全麻手术患者开展麻醉术前教育,效果满意,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择在我院住院拟行全麻手术的患者为研究对象。纳入标准:年龄20~60岁,初次接受手术治疗;美国麻醉医师协会(ASA)分级I~II级;神志清楚,具备正常的表达与沟通能力;行动自如,知情同意参与本研究。排除标准:语言功能障碍或患有精神系统疾病;拟进行心、胸、脑手术。将2017年11~12月入麻醉门诊行全麻评估的96例患者作为对照组,2018年5~6月的96例患者为观察组。两组一般资料比较,见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			手术类别(例)			手术时间 (min, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		初中	高中	大专以上	普外科	耳鼻喉科	骨科	
对照组	96	52	44	42.00 ± 11.02	28	34	34	50	26	20	70.04 ± 20.91
观察组	96	54	42	43.25 ± 10.83	36	24	36	50	26	20	70.46 ± 19.37
统计量		$\chi^2 = 0.084$		$t = 0.561$	$Z = 0.496$			$\chi^2 = 0.000$			$t = 0.101$
P		0.772		0.767	0.620			1.000			0.369

1.2 方法

1.2.1 干预方法

1.2.1.1 对照组 手术前1d,病房护士根据手术通知单,通知手术患者入麻醉门诊进行麻醉评估,常规由麻醉医生口头进行麻醉风险评估和麻醉术前准备指导,包括告知患者麻醉方案、麻醉面临的风险,指导

患者签署麻醉同意书、术后镇痛同意书,并指导患者自行阅读麻醉宣教内容,包括术前禁食禁饮时间、术前用药方法、麻醉过程及配合、术后镇痛方法等。

1.2.1.2 观察组 在对照组基础上,增加1名麻醉科护士配合麻醉医生开展麻醉术前教育。教育形式以口头宣教、图片、实物、宣教手册、微信公众号等多种方式相结合。教育内容由麻醉科工作10年以上的麻醉医生3名和工作5年以上的麻醉科护士2名,根据麻醉恢复期患者常见问题,共同讨论确定。麻醉医生指导患者签署麻醉同意书后,麻醉科护士首先对患者进行口头宣教:①介绍全身麻醉实施的过程。②结

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院麻醉科(湖北 武汉, 430022)

张静:女,本科,护师

通信作者:兰星,982992805@qq.com

收稿:2019-08-03;修回:2019-10-09

合气管导管实物,向患者介绍气管插管的作用。③重点讲解麻醉恢复期不适感,包括气管插管不适感、疼痛感、吸痰刺激憋气感以及保护性约束不适等,告知患者麻醉恢复期需配合睁眼、握手、抬头、吸痰、张口、深呼吸等。④介绍术后镇痛相关知识,讲解疼痛的危害及处理方法,结合疼痛评分图片,使患者理解并掌握数字评分法(Numeric Rating Scale, NRS)^[5]。⑤对术前存在紧张、恐惧、焦虑的患者,给予针对性的心理指导;对有疑问的患者,耐心、细致、通俗地向患者讲解,满足患者的需求,让患者感受到温暖,以配合治疗。然后,麻醉科护士向患者发放宣教手册,并介绍其使用方法。宣教手册由整个麻醉手术过程的图片结合文字制作而成,包括麻醉前准备、麻醉中配合、麻醉恢复期相关知识 3 部分,有利于患者提前了解手术室环境以及麻醉手术过程。最后,麻醉科护士指导患者关注微信公众号“麻醉门诊服务”,微信公众号由麻醉科专业人员维护,并负责推送科普文章,其功能包括麻醉科普和疑问解答。关注公众号后,即可收到微信平台推送的麻醉科普文章,其内容涉及术前访视、术中生命体征监护及术后不良反应和并发症,系统解

答患者普遍关心的问题。另外,患者通过疑问解答可与麻醉门诊医生或护士一对一沟通交流。

1.2.2 评价方法 ①麻醉恢复期气管插管耐受情况。根据简晓敏等^[6]的研究,将气管插管耐受程度分为:0 度,能配合气管插管呼吸;1 度,有呛咳,但仍可以配合气管插管呼吸;2 度,呛咳严重,无法配合气管插管呼吸;3 度,无法忍受,欲自行拔管。其中 0 度和 1 度视为耐受气管插管。②在麻醉恢复室的拔管配合度。参考彭华^[7]的研究,从配合睁眼、握手、抬头、吸痰、张口 5 个方面记录患者在麻醉恢复室气管插管拔除前后配合情况,每个方面配合计 2 分,不配合计 0 分,总分 0~10 分,分值越高表示配合越好,其中 10 分视为完全配合。③疼痛评估时间。记录两组患者清醒后在麻醉恢复室评估疼痛所需时间。④复苏时间。记录两组患者在恢复室停留的时间。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行 *t* 检验、 χ^2 检验及秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

两组各项指标比较,见表 2。

表 2 两组各项指标比较

组别	例数	气管插管耐受度(例)				拔管配合度 (分, $\bar{x} \pm s$)	疼痛评估时间 (min, $\bar{x} \pm s$)	复苏时间 (min, $\bar{x} \pm s$)
		0 度	1 度	2 度	3 度			
对照组	96	26	48	20	2	8.02±1.54	4.85±1.59	58.69±17.87
观察组	96	62	28	6	0	9.54±0.94	1.50±1.01	51.38±15.54
统计量		$Z=5.381$				$t=5.902$	$t=12.292$	$t=2.433$
<i>P</i>		0.000				0.000	0.000	0.017

3 讨论

麻醉恢复期是指停用麻醉药物到患者生命体征平稳或清醒的时期,也是麻醉后重要生理功能全面恢复的特殊时期^[8]。全麻手术患者对麻醉恢复期了解较少,加上陌生的麻醉恢复室环境和未知的手术结果,均可导致患者病情变化。在麻醉恢复期,患者较好地配合医护人员对其安全度过此期有重要意义。麻醉门诊的根本目的是使患者术前状态达到最理想的水平,降低围术期相关并发症发生率和病死率^[9]。有研究表明,术前健康教育可减轻患者的不良情绪,使患者心理压力降低,更好地配合手术麻醉^[10]。近年来,我国麻醉护理事业发展较快,麻醉护士岗位职责、工作范畴得到明确^[11-12],增加了麻醉护士参与麻醉前评估与准备内容。本研究麻醉科护士通过参与麻醉门诊配合麻醉医生开展术前教育,可以帮助患者了解麻醉相关知识,增强患者对医护人员的信任感及对麻醉恢复期的认知,使患者更好地配合,并安全度过麻醉恢复期。

3.1 麻醉科护士开展术前教育有利于提高麻醉恢复期患者对气管插管的耐受度及拔管配合度 气管插管是全麻手术实施的必要条件,但是气管导管刺激可

导致患者呼吸不适、不顺畅,甚至呼吸困难,从而引发躁动^[13]。患者躁动易引起创面出血、肢体受伤,严重时可导致自行拔除气管插管以及各种引流管,甚至威胁患者生命。观察组患者由麻醉科护士通过宣教手册与气管导管实物宣教,提前了解麻醉手术过程,知晓气管插管不适感,以及拔除气管导管前后的配合方法,使患者在术前对麻醉以及气管插管不适感有了心理准备,有利于减轻其对气管导管的紧张、恐惧感,从而提高了患者在麻醉恢复期对气管插管的耐受度以及拔除前后的配合度。结果显示,观察组气管插管耐受度显著优于对照组,且患者气管拔除配合度显著优于对照组(均 $P<0.01$)。

3.2 麻醉科护士开展术前教育可以缩短患者疼痛评估及复苏时间 疼痛被列为第五大生命体征,并日益受到关注。疼痛管理中主观准确的疼痛评估是主要环节,亦是规范用药的基础和前提^[14]。随着对疼痛的关注,疼痛评估逐渐常规化、常态化,疼痛管理模式逐渐发展成为患者参与护士主导的模式。NRS 疼痛评分方法是临床上一种简单易懂的评分法,并且可以用口述或书写的方式表示^[15],常用于麻醉恢复室患者的疼痛评估。观察组术前由麻醉科护士通过 NRS 评分

图片以及微信推送科普内容,已了解术后镇痛相关知识并掌握 NRS 评分方法,在麻醉清醒后可以很快准确地评估疼痛部位、疼痛程度,医护人员也可以准确了解患者的疼痛情况,并采取针对性的措施减轻患者的疼痛,也有利于患者的快速康复。本研究结果显示,观察组疼痛评估耗时显著短于对照组($P < 0.01$),可能因为对照组在术前没有掌握 NRS 评分法,麻醉恢复期则需要麻醉恢复室护士指导 NRS 评分方法后再评估,故麻醉恢复室护士需要花费更长的时间评估疼痛。观察组复苏时间显著短于对照组($P < 0.05$),可能因为通过术前宣教,观察组患者对麻醉恢复期有了一定认知,能更好地配合麻醉恢复室各项治疗护理工作,从而缩短了复苏时间,提高了麻醉恢复室的周转率,对于改善患者的短期转归具有重要的意义,也是实现患者快速康复的重要途径。

4 小结

本研究在麻醉门诊增加麻醉科护士参与术前教育,结果显示有利于提高全麻手术患者气管插管耐受度及治疗配合度,并缩短患者恢复期疼痛评估耗时及复苏时间,使患者安全舒适地度过麻醉恢复期。但是本研究只选择了 20~60 岁且理解表达能力正常的人群作为对象,研究结果的推广受到一定局限,下一步将探讨用于其他群体,并探索更高效的宣教方式,提高宣教效率。

参考文献:

[1] 肖兴鹏,曾风华,王鄂友.全麻前告知苏醒期不适感对患者苏醒期配合程度的影响[J].现代医学,2013,41(2):99-101.

[2] 解云芳,郭善亮,钱益红.右美托咪定联合强化护理干预对鼻内镜手术患者苏醒期躁动的影响[J].护理学杂志,2018,33(9):47-48,58.

[3] 李洪艳,王翠翠,张路路,等.手术前后患者麻醉信息需求

认知的质性研究[J].中国实用护理杂志,2015,31(5):374-376.

[4] 中华人民共和国国家卫生计生委.国家卫生计生委办公厅关于医疗机构麻醉科门诊和护理单元设置管理工作的通知.(2017-12-12)[2018-01-02].<http://www.nhpc.gov.cn/yzygj/s3593/201712/251fb61008bc487797ed18a3a15c1337.shtml>.

[5] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2012:440.

[6] 简晓敏,许立新,阮祥才,等.术前宣教对支撑喉镜喉肿物摘除患者全麻苏醒期的影响[J].广州医药,2015,46(4):66-68.

[7] 彭华.图谱依托式健康教育在耳鼻喉科手术患者中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(21):88-89.

[8] 阮满真,黄海燕,万佳.现代麻醉恢复室手册[M].北京:人民军医出版社,2015:140.

[9] 宋琳琳,蔡明辉,王东信,等.新加坡中央医院麻醉前评估门诊实施概况[J].临床麻醉学杂志,2010,26(4):366-367.

[10] 雷航燕,王秋菊,孙秀俊,等.麻醉术前健康宣教和麻醉恢复室优质护理对病人满意度的影响[J].全科护理,2017,11(32):4027-4029.

[11] 陈庆红,赵征华,胡少飞,等.湖北省二级以上医院麻醉护理现状调查[J].护理学杂志,2018,33(8):33-35.

[12] 胡嘉乐,姜虹,王惠芬,等.运用 Delphi 法构建国内麻醉专科护师核心能力[J].上海交通大学学报(医学版),2013,33(5):587-592.

[13] Costi D, Cyna A M, Ahmed S, et al. Effects of sevoflurane versus other general anaesthesia on emergence agitation in children[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, 9(9):CD007084.

[14] 黄娟娟.基于 JCI 标准的全髋关节置换术后患者疼痛管理[J].护理学杂志,2016,31(14):37-39.

[15] 刘保江,晁储璋.麻醉护理学[M].北京:人民卫生出版社,2013:407.

(本文编辑 韩燕红)

• 敬告读者 •

关于警惕假冒网站的声明

网上经常出现某些自称《护理学杂志》编辑部的网站,通过使用本刊编辑部的名称和地点、伪造资质证书等非法手段,意图假借《护理学杂志》编辑部的名义,达到营利的目的。为此,《护理学杂志》编辑部郑重声明如下:

《护理学杂志》编辑部指定官方域名(网站)为 <http://www.hlzz.com.cn>,<http://www.chmed.net>。本编辑部对网站拥有合法的运营资格(ICP 信息报备:鄂 ICP 备 09001709 号-10),并仅对本编辑部网站发布信息的真实性承担责任。凡要求将版面费和审稿费通过转账至个人账户的均非本编辑部所为。假冒本编辑部网站发布的信息和活动均与本编辑部无关。

在此特提醒广大读者、作者注意甄别本刊网站合法域名,选择正确途径投稿,避免不必要的损失。

《护理学杂志》在线投稿:<http://www.hlzz.com.cn>,<http://www.chmed.net>

地址:武汉市解放大道 1095 号《护理学杂志》编辑部,邮编 430030

咨询电话:027-83662666; 联系人:雷冰霞