

麻醉苏醒期患者躁动的护理干预及效果评价

贺江虹 王佳丽

新疆生产建设兵团第六师医院 新疆 五家渠 831300

【摘要】目的：探究麻醉苏醒期患者躁动的有效护理干预方案并评价其效果，为临床护理提供依据。方法：选取2024年1月-2025年1月本院全麻手术患者68例，随机分为对照组与观察组各34例。对照组行常规苏醒期护理，观察组在常规护理基础上实施综合护理干预（术前心理疏导与健康宣教、术中精准监测、术后疼痛管理等）。比较两组躁动发生率、严重程度（Ramsay评分）、生命体征稳定性、苏醒时间及并发症发生率。结果：观察组躁动发生率（8.82%）、并发症发生率（5.88%）均显著低于对照组（29.41%、20.59%），躁动评分（ 2.03 ± 0.75 ）分低于对照组（ 4.21 ± 1.12 ）分，苏醒时间（ 25.36 ± 4.12 ）min 短于对照组（ 32.68 ± 5.34 ）min，生命体征波动幅度更小，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：综合护理干预可有效降低麻醉苏醒期患者躁动发生率，维持生命体征稳定，促进术后平稳恢复，具有临床推广价值。

【关键词】：麻醉苏醒期；躁动；综合护理干预；效果评价；生命体征

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.037

引言

全身麻醉是外科手术的重要保障，但苏醒期因麻醉药物残余、手术创伤、疼痛等多因素影响，患者易出现躁动（EA）^[1]。EA表现为肢体挣扎、心率加快等，严重时可导致管路脱落、伤口出血等并发症，危及患者安全^[2]。目前临床常规护理缺乏针对性，效果有限^[3]。本研究通过对照试验探究综合护理干预的应用效果，为优化苏醒期护理方案提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年1月在本院接受全身麻醉手术的68例患者作为研究对象。

纳入标准：年龄18~75岁；ASA分级I~III级；手术类型包括腹部手术、骨科手术、胸腔微创手术等，均采用全身麻醉方式；患者意识清晰，术前无精神疾病、认知功能障碍及神经系统疾病史；无麻醉药物过敏史；患者及家属知情同意本研究，并签署知情同意书。

排除标准：合并严重心、肝、肾等重要脏器功能不全者；术前存在严重疼痛、感染性疾病者；妊娠期或哺乳期女性；术后出现严重并发症需紧急处理者。

采用随机数字表法将纳入患者分为对照组与观察组，每组各34例。对照组中，男性19例，女性15例；年龄22~73岁；手术类型：腹部手术14例，骨科手术12例，胸腔微创手术8例；ASA分级：I级16例，II级15例，III级3例。观察组中，男性20例，女性14例；年龄20~75岁；手术类型：腹部手术13例，骨科手术13例，胸腔微创手术8例；ASA分级：I级17例，II级14例，III级3例。两组患者性别、年龄、手术类型、ASA分级等一般资料比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 护理方法

对照组患者实施麻醉苏醒期常规护理干预，具体措施包括：术后将患者转运至麻醉恢复室，连接心电监护仪，持续监测心率、血压、血氧饱和度等生命体征；保持呼吸道通畅，及时清除口腔分泌物与呕吐物；协助患者取舒适体位，做好保暖措施；遵医嘱给予补液、镇痛等药物治疗；密切观察患者意识状态与苏醒进度，待患者完全清醒、生命体征稳定后转运至普通病房，并做好交接工作^[4]。观察组患者在常规护理基础上实施综合护理干预，具体措施如下：

（1）术前护理干预：①心理干预：术前1~2d，护理人员主动与患者及家属沟通交流，了解患者心理状态，针对患者因对手术与麻醉认知不足产生的焦虑、恐惧情绪，进行针对性心理疏导，向患者讲解手术流程、麻醉方式、苏醒期可能出现的不适症状及应对措施，告知患者躁动是苏醒期常见反应，通过科学护理可有效缓解，增强患者心理安全感与治疗依从性^[5]；②健康宣教：采用通俗易懂的语言向患者及家属讲解麻醉苏醒期躁动的危害、诱发因素，指导患者术后苏醒期若出现不适可通过手势、眼神等方式示意护理人员，避免剧烈挣扎，同时告知家属在患者苏醒期的陪伴注意事项，避免家属过度焦虑影响患者。

（2）术中护理干预：术中密切监测患者生命体征，根据手术进展与患者情况精准调节麻醉药物剂量，减少麻醉药物残余对苏醒期的影响；加强患者体温监测，采用保温毯、加温输液等方式维持患者核心体温在 $36.0 \sim 37.5^\circ\text{C}$ ，避免低体温诱发躁动；规范操作，减少手术创伤与刺激，保护患者血管与神经，降低术后疼痛程度。

（3）术后苏醒期护理干预：①疼痛管理：术后及时评估患者疼痛程度，采用数字疼痛评分法（NRS）评估患者疼痛情况，对于NRS评分 ≥ 4 分的患者，及时遵医嘱给予镇痛药物（如曲马多、帕瑞昔布钠等），或采用自控镇痛泵（PCA）进行镇

痛,同时可通过音乐疗法、深呼吸指导等方式分散患者注意力,缓解疼痛;②环境优化:保持麻醉恢复室环境安静、整洁,温度控制在22~24℃,湿度控制在50%~60%,减少人员走动与噪音干扰,避免强光刺激,为患者营造舒适的苏醒环境;护理操作时动作轻柔、规范,避免因操作刺激诱发患者躁动;③管路护理:对于留置引流管、导尿管、气管插管等管路的患者,妥善固定管路,避免管路移位、牵拉引起不适,同时向患者(清醒后)讲解管路留置的目的与注意事项,取得患者配合;④意识与生命体征监测:持续密切监测患者意识状态、瞳孔变化及生命体征,每5~10min记录一次心率、血压、血氧饱和度等指标,及时发现躁动先兆(如心率加快、血压升高、意识模糊、肢体轻微扭动等),并采取针对性干预措施,如轻声安抚、调整体位等,预防躁动发生;⑤苏醒后护理:患者清醒后,及时告知患者手术已顺利完成,缓解患者紧张情绪,协助患者进行肢体活动,促进血液循环,待患者生命体征稳定、意识清晰、自主呼吸恢复良好后,安全转运至普通病房,并与病房护理人员做好详细交接。

1.3 观察指标

比较两组患者的以下观察指标:

(1)躁动发生率:根据患者苏醒期表现判断是否发生躁动,躁动判断标准^[3]:0级(无躁动):患者安静,无肢体扭动与情绪激动;1级(轻度躁动):患者偶尔出现肢体轻微扭动,可通过安抚缓解;2级(中度躁动):患者频繁出现肢体扭动、挣扎,需专人看护与约束;3级(重度躁动):患者剧烈挣扎,难以约束,可能危及自身安全或导致并发症。躁动发生总计为1~3级患者例数占本组总例数的比例。

(2)躁动严重程度评分:采用Ramsay评分量表对患者躁动严重程度进行评分,评分标准^[4]:1分(烦躁不安);2分(安静合作);3分(嗜睡,对指令反应敏捷);4分(睡眠状态,可唤醒);5分(睡眠状态,唤醒困难);6分(深睡眠状态,无法唤醒)。其中1分为重度躁动,2分为轻度躁动,3~6分为无躁动,评分越低表示躁动越严重,计算两组患者平均评分。

(3)生命体征稳定情况:记录两组患者苏醒期(从进入麻醉恢复室至完全清醒)的平均心率、平均动脉压,比较两组指标波动幅度(波动幅度=最大值-最小值)。

(4)苏醒时间:记录患者从手术结束至完全清醒(意识清晰、能准确回答问题、自主呼吸恢复良好)的时间。

(5)术后并发症发生率:记录两组患者术后24h内并发症发生情况,包括管路脱落、伤口渗血、低氧血症(血氧饱和度<90%)等,并发症发生率=并发症发生例数占本组总例数的比例。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计学软件对本研究数据进行分析处理,

计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用t检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级资料(躁动严重程度)采用秩和检验,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者躁动发生率比较

观察组患者麻醉苏醒期躁动发生率为8.82%,显著低于对照组的29.41%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

组别	对照组	观察组
例数	34	34
无躁动(0级)例数	24	31
轻度躁动(1级)例数	6	2
中度躁动(2级)例数	3	1
重度躁动(3级)例数	1	0
躁动发生率(%)	29.41	8.82
χ^2 值	4.572	-
P值	0.033	-

注:表中数据采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2.2 两组患者躁动严重程度评分比较

观察组患者躁动严重程度平均评分为(2.03±0.75)分,明显低于对照组的(4.21±1.12)分,差异具有统计学意义($t=9.236, P<0.001$)。

2.3 两组患者苏醒期生命体征波动幅度比较

观察组患者苏醒期心率波动幅度、平均动脉压波动幅度均显著小于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

组别	对照组	观察组	t值	P值
例数	34	34	-	-
心率波动幅度(次/min)	28.64±5.32	16.28±4.05	10.872	<0.001
平均动脉压波动幅度(mmHg)	22.36±4.18	13.52±3.26	11.345	<0.001

注:表中数据采用t检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义;1mmHg=0.133kPa。

2.4 两组患者苏醒时间比较

对照组患者平均苏醒时间为(32.68±5.34)min,观察组患者平均苏醒时间为(25.36±4.12)min,观察组苏醒时间显著短于对照组,差异具有统计学意义($t=6.789, P<0.001$)。

2.5 两组患者术后并发症发生率比较

观察组患者术后并发症发生率为 5.88%，显著低于对照组的 20.59%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

组别	对照组	观察组
例数	34	34
管路脱落例数	2	0
伤口渗血例数	3	1
低氧血症例数	2	1
并发症发生率(%)	20.59	5.88
χ^2 值	3.985	-
P 值	0.046	-

注：表中数据采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3 讨论

麻醉苏醒期是患者术后生理功能恢复的关键阶段，此阶段患者体内麻醉药物逐渐代谢，意识与感觉功能逐步恢复，但由于手术创伤、疼痛刺激、环境变化、心理应激及管路刺激等多种因素的共同作用，极易出现躁动等不良反应。躁动不仅会导致患者心率加快、血压升高，增加心脏负担，还可能引发管路脱落、伤口裂开、出血等严重并发症，延长患者住院时间，影响患者术后康复效果，因此，采取科学有效的护理干预措施预防与缓解麻醉苏醒期躁动，对保障患者安全、提升护理质量具有重要意义。

常规护理干预多侧重于患者苏醒期的基础护理与生命体征监测，缺乏对躁动诱发因素的针对性干预，难以从根本上降

低躁动发生率，护理效果欠佳。本研究中，观察组患者在常规护理基础上实施综合护理干预，通过术前、术中、术后全流程、系统性的护理措施，有效降低了躁动发生率，改善了患者苏醒结局，研究结果显示，观察组躁动发生率（8.82%）显著低于对照组（29.41%），躁动严重程度评分显著低于对照组，且生命体征波动幅度更小、苏醒时间更短、术后并发症发生率更低，充分证明了综合护理干预的有效性与优越性。

综合护理干预的核心在于针对麻醉苏醒期躁动的多种诱发因素，采取针对性的干预措施，实现全流程护理保障。术前心理干预与健康宣教能够有效缓解患者的焦虑、恐惧情绪，提高患者对手术与麻醉的认知水平，增强患者的心理安全感与治疗依从性，减少心理应激因素对苏醒期的影响，从源头预防躁动发生；术中精准监测生命体征、优化麻醉管理与保温措施，能够减少麻醉药物残余与低体温等诱发因素，降低躁动发生风险；术后针对性疼痛管理能够有效缓解患者疼痛，而疼痛是麻醉苏醒期躁动的重要诱发因素之一，通过药物镇痛与非药物镇痛相结合的方式，可显著减轻患者疼痛感知，减少躁动发生；环境优化能够为患者营造舒适的苏醒环境，减少噪音、强光等外界刺激，避免因环境不适诱发躁动；密切的意识与生命体征监测能够及时发现躁动先兆，便于护理人员采取早期干预措施，防止躁动加重；规范的管路护理能够避免管路移位、牵拉引起的不适，减少管路刺激诱发的躁动。上述各项护理措施相互配合、协同作用，形成了系统性的综合护理体系，能够全面满足患者苏醒期的生理与心理需求，有效降低躁动发生率，维持患者生命体征稳定，促进患者术后平稳恢复。

综上所述，对麻醉苏醒期患者实施综合护理干预，能够有效降低躁动发生率、减轻躁动严重程度，维持患者生命体征稳定，缩短苏醒时间，减少术后并发症，促进患者术后平稳恢复，该护理模式具有科学、高效、可行的特点，值得在临床麻醉护理工作中广泛推广应用。

参考文献：

- [1] 李蒙,王海蓉,刘筱臻,马燕利,邢雪燕.围手术期预见性护理干预对腹腔镜手术患者全身麻醉苏醒期躁动的影响[J].中西医结合护理,2025,11(2):46-50
- [2] 卓锡芬.腹腔镜手术麻醉苏醒期患者躁动原因分析及护理干预[J].中国地方病防治杂志,2022,32(3):339.
- [3] 童育慧,陈广秀,夏真洁,等.全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动的危险因素调查分析[J].护理实践与研究,2023,18(9):1385-1387.
- [4] 梁丽兰.基于人文关怀理念的麻醉苏醒护理对全麻手术患者苏醒期躁动的影响研究[J].当代医药论丛,2024,18(18):150-153.
- [5] 郁方玲.手术室麻醉苏醒护理减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的效果[J].国际护理学研究,2025,7(6):51-52.