手术室系统护理在行全身麻醉手术老年患者中的应用研究

周旭宇

长沙市第四医院麻醉手术科 湖南 长沙 410200

【摘　要】：目的：研究手术室系统护理在行全身麻醉手术老年患者中的应用效果。方法：在2025年1月-2026年5月期间院内选择进行全身麻醉手术治疗的200例老年患者，以随机数字表法对老年患者分组，参比组100例实行常规护理，观察组100例实行手术室系统护理。观察并分析两组的生命体征状况、术后恢复时间、术中低体温发生率、术后睡眠障碍发生率。结果：术毕时，两组生命体征状况均较麻醉前有所下降，但观察组高于参比组（P＜0.05）；护理后，观察组的术后恢复时间短于参比组（P＜0.05）；观察组的术中低体温发生率（1.00%）与术后睡眠障碍发生率（2.00%）均低于参比组（8.00%、9.00%）（X^2=5.7010、4.7138，P=0.0169、0.0299均＜0.05）。结论：在为全身麻醉手术老年患者护理时，实行手术室系统护理能够稳定患者生命体征，缩短术后恢复时间，减少术中低体温发生，降低术后睡眠障碍发生率。

【关键词】：全身麻醉；手术；老年患者；手术室系统护理

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.076

全身麻醉是指将麻醉药物以呼吸道吸入、静脉或肌肉注射方式送入体内来对神经中枢系统产生短暂抑制作用，主要表现为神志消失、全身痛觉消失、骨骼肌松弛等，可使患者维持最佳手术状态，确保手术治疗顺利完成[1-2]。但老年患者年龄较高，多组织器官功能衰退，对麻醉药物的敏感性高，极易引发多种不良反应，影响老年患者生命安全[3]。因此，采取有效护理手段来降低老年患者麻醉风险、保障手术质量具有重要意义。常规护理更侧重经验麻醉照护，忽略患者个体差异，生命体征监测不精准，镇痛方案适配性有限，最终护理效果不理想[4]。而手术室系统护理是一种以患者安全为核心，涵盖术前评估、术中监测、术后交接的全流程规范化护理模式，能够提高护理质量，尽可能降低患者手术风险[5]，但目前将其用于全身麻醉手术老年患者中的护理研究有限，基于此，本文旨在研究手术室系统护理的应用效果，汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2025年1月-2026年5月之间院内进行全身麻醉手术治疗的老年患者200例，按随机数字表法对其分组，即参比组（n=100）、观察组（n=100）。参比组的年龄低者61岁、高者83岁，均数为（72.35±3.04）岁；体质量指数低者18kg/m^2、高者22kg/m^2，均数为（20.03±0.51）kg/m^2，且男女各有62例、38例。观察组的年龄低者61岁、高者82岁，均数为（71.79±2.86）岁；体质量指数低者18kg/m^2、高者22kg/m^2，均数为（19.91±0.48）kg/m^2，且男女各有60例、40例。以上资料组间比较后，结果无统计学差异（P＞0.05）。

纳入标准：①满足全身麻醉手术指征；②年龄＞60岁；③家属知情并签署同意书；④资料核对无误。

排除标准：①近3个月接受过手术治疗；②7d内使用过镇静相关药物；③有精神疾患；④凝血功能障碍。

1.2 方法

参比组实行常规护理：护士术前以简洁明了的话语向老年患者传授全身麻醉手术知识，改善其相关认知；予以情绪疏导，引用成功手术案例，激发手术信心；提供良好手术室环境，利于患者适应；辅助患者变换体位，术中持续监测患者生命体征，警惕不良事件发生；术后送入麻醉恢复室，密切监测心率与血压变化，遵医嘱用药处理，确保患者生命安全。

观察组实行手术室系统护理：①术前系统护理：护士术前对患者进行全面评估，做好术前准备工作；耐心解答患者困惑，并结合图册或视频资料详细讲解全身麻醉相关知识与手术知识，不断强化患者认知水平，做好心理准备；主动与患者沟通，予以情绪疏导与积极心理暗示，缓解老年患者紧张与焦虑情绪，增强依从性；提前进行手术室消毒，开启空气净化器，调节温度、湿度适宜，营造良好手术环境。②术中系统护理：麻醉前予以患者眼神暗示，说明全身麻醉的目的，获得患者认可，减少抵触行为；使用升温毯加热手术床，利用棉被覆盖非手术区域，减少体温流失，维持核心体温稳定；提前预热输注液体，进行目标导向液体管理，精准控制输液速度与输液量，维持机体良好状态；持续监测患者生命体征，一旦出现异常情况及时遵医嘱处理，维护患者术中安全；根据患者实际情况调节镇静镇痛药物使用剂量，维持良好镇静效果，确保术中舒适性。③术后系统护理：保持患者去枕平卧位，令头部偏向一侧，定时吸痰，及时清理呕吐物，维持气道通畅；持续心电监护，继续

作者简介：周旭宇，女（1992.10.20），汉族，湘，本科、主管护师、研究方向：手术室护理。

予以保暖干预，预防术后不良事件发生；观察伤口情况，妥善固定管道，观察引流液性状；遵医嘱调整镇痛用药，减轻患者疼痛不适，并提高床旁护栏，防止坠床发生；严格把握拔管指征，满足条件后及时拔出气管导管，且在患者生命体征稳定后送回病房，按照交接单完成交接工作；提供安静舒适的病房环境，予以患者答疑解惑，并积极开导患者心理，减少多种负面情绪产生。

1.3 观察指标

（1）生命体征状况：包括收缩压、舒张压、心率三项，均通过动态心电监护仪（厂商：深圳大微医疗科技开发有限公司，粤械注准 20232071627，型号：Mines-G5）在麻醉前、术毕时两时间段测定指标。

（2）术后恢复时间：包括术后自主呼吸恢复时间、术后睁眼时间两项。

（3）术中低体温发生率、术后睡眠障碍发生率：术中低体温发生率（%）=（术中核心体温低于 36℃患者例数/总患者例数）×100%；术后睡眠障碍发生率（%）=（术后存在入睡困难与睡眠维持差等表现患者例数/总例数）×100%。

1.4 统计学方法

采取 SPSS25.0 软件进行录入数据处置，其中生命体征状况等资料进行 S-W 检验提示满足正态分布，表示形式与验证方法依次为（均数±标准差）与 t 检验；术中低体温发生率等资料表示形式与验证方法依次为（n%）与 X^2 检验。比较各项数据后，有统计学差异判定为 P＜0.05。

2 结果

2.1 比较两组的生命体征状况

术毕时，两组生命体征状况均较麻醉前有所下降，但观察组高于参比组（P＜0.05）。见表 1。

表 1 两组生命体征状况比较（$\bar{x}\pm s$）

组别		观察组	参比组	t 值	P 值
例数(n)		100	100	-	-
收缩压 (mmHg)	麻醉前	146.35±5.19	145.82±5.04	0.7326	0.4647
	术毕时	142.26±5.32	138.43±6.25	4.6663	0.0000
舒张压 (mmHg)	麻醉前	94.11±4.25	93.78±4.06	0.5614	0.5751
	术毕时	88.79±4.17	82.14±5.22	9.9534	0.0000
心率 (次/min)	麻醉前	84.12±3.89	83.95±3.53	0.5140	0.6078
	术毕时	80.81±3.15	77.46±4.01	6.5695	0.0000

2.2 比较两组的术后恢复时间

护理后，观察组的术后恢复时间短于参比组（P＜0.05）。见表 2。

表 2 两组术后恢复时间比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	观察组	参比组	t 值	P 值
例数(n)	100	100	-	-
术后自主呼吸恢复时间 (min)	10.89±1.26	13.58±2.34	10.1216	0.0000
术后睁眼时间(min)	16.25±2.12	18.91±2.47	8.1719	0.0000

2.3 比较两组的术中低体温发生率、术后睡眠障碍发生率

护理后，观察组的术中低体温发生率与术后睡眠障碍发生率均低于参比组（P＜0.05）。见表 3。

表 3 两组术中低体温发生率、术后睡眠障碍发生率比较（n%）

组别	观察组	参比组	X^2 值	P 值
例数(n)	100	100	-	-
术中低体温发生率(%)	1(1.00)	8(8.00)	5.7010	0.0169
术后睡眠障碍发生率(%)	2(2.00)	9(9.00)	4.7138	0.0299

3 讨论

全身麻醉是临床上常用的麻醉方式，主要通过药物暂时抑制中枢神经系统功能，使患者进入无意识、无痛觉的状态，属于确保手术安全进行的有力保障[6]。老年患者在进行全身麻醉手术时，因其生理耐受差、操作管理难度高，需配合科学的护理方案来减少不良后果[7]。以往的常规护理虽可发挥护理作用，但以基础照护为主，实际护理中仍存在风险预警滞后、方案适配性差、保暖措施单一、术后气道管理粗放等短板，护理效果较局限[8-9]。而手术室系统护理是一种以人为本，在手术室场所内提供术前、术中、术后全周期的闭环护理方式，核心在于通过科学护理流程与团队协作来降低患者手术风险，预防并发症发生，提升照护质量，改善术后康复结局[10]。

在以上分析下，此文对两种护理方法的实施效果进行比较，结果提示：两组生命体征状况均较麻醉前有所下降，但观察组高于参比组（P＜0.05）。究其原因如下：手术室系统护理可提前全面评估患者，予以多样化宣教与心理支持，缓解患者焦虑情绪，避免交感神经兴奋引起的生命体征大幅度波动，同时，也可借助术中持续严密监测，精准调控输液与保暖参数，减少核心体温变化，最大限度稳定生命体征。另外，此法也加强术后延续性护理，及时识别并处理异常情况，促使患者生命体征向麻醉前靠近。本研究中，观察组护理后的术后恢复时间短于参比组（P＜0.05）。这一差异的产生原因可能与手术室系统护理术前精准评估与与准备、术中全程精细化管控、术后复苏期专项照护有关，进而满足老年患者围术期护理需求，保持

药物正常代谢，减少体内蓄积带来的不良影响，促使患者更快恢复意识与自主呼吸。另外，研究也表明，观察组护理后的术中低体温发生率与术后睡眠障碍发生率均低于参比组（P＜0.05）。分析原因：手术室系统护理充分考虑老年患者代谢率低、体温调节能力差的特点，予以多模式保暖干预，规避多重致冷因素，尽可能减少热量散失，避免核心体温下降，降低低体温产生风险；手术室系统护理以术中保暖干预来规避低体温，有效防止麻醉药物代谢减慢与机体应激反应增强情况，降低其诱导的睡眠节律紊乱现象，有助于患者术后良好睡眠，同时，也可优化术后镇痛用药，提供良好病房环境与心理支持，降低以上因素引起睡眠障碍的风险。但本研究属于小样本、单中心的研究，评价指标不全面，建议未来开展大样本、多中心、加入术后远期认知功能与长期康复效果指标的深入研究，以为全身麻醉手术老年患者临床护理作参考。

综上所述，对全身麻醉手术老年患者实行手术室系统护理的效果较好，能够控制患者生命体征波动，加快术后自主呼吸恢复，降低术中低体温发生率，减少术后睡眠障碍发生。

参考文献：

[1] 孙利书,袁奇隆,汪园园,等.老年全身麻醉手术患者应用综合保温护理预防术中低体温的效能探究[J].中国典型病例大全,2026,20(1):1153-1156.

[2] 柯娟,刘虹乐,袁方萍.手术安全核查表指导下的针对性护理在全身麻醉手术患者中的应用效果[J].中国民康医学,2024,36(18):184-186.

[3] 杨琴.手术室预防性护理对老年手术患者压力性损伤的影响分析[J].疾病预防与控制,2025,1(6):233-236.

[4] 曾紫君,董东伟,丁观福.靶向预控护理结合音乐干预对老年全麻手术患者苏醒期躁动的影响效果分析[J].麻醉安全与质控,2025,7(1):47-50.

[5] 冯艳.手术室护理中使用加温垫保温对全麻手术患者体温波动及生命体征稳定、不良事件的影响[J].当代医药论丛,2025,23(10):148-151.

[6] 赵姣姣,刘转,霍建臻.手术室保温护理在全身麻醉患者中的应用效果及对应激反应的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(17):145-148.

[7] 刘转,赵姣姣,霍建臻.围手术期心理护理联合综合性保温护理对老年全麻手术患者生理及心理应激的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(15):133-136.

[8] 蔡玲玲.手术室预见性心理护理对老年全麻患者的术后影响[J].心理月刊,2022,17(18):112-114.

[9] 张玮.手术室护士在全身麻醉手术中的护理配合方式及预后效果[J].罕少疾病杂志,2023,30(6):85-86.

[10] 李艳,闵征莲,马琼.手术室系统护理在行全身麻醉手术老年患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(2):79-81.