

# 手术室优质护理对食管癌全麻留置尿管患者苏醒期躁动及耐受度的影响

李营

**【摘要】 目的** 探讨手术室优质护理对食管癌全麻留置尿管患者患者苏醒期躁动及耐受度的影响。**方法** 选择 2016 年 6 月—2018 年 6 月于本院行根治手术的 94 例食管癌患者作为研究对象,采用随机数表法分为观察组和对照组两组,每组各 47 例。对照组实施常规手术室护理干预,观察组实施手术室优质护理。监测两组生命指标,并对比两组患者苏醒期躁动程度及导尿管耐受情况。**结果** 观察组苏醒期舒张压、收缩压、心率均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组苏醒期躁动发生率及发生程度均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组导尿管耐受度高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 食管癌全麻留置尿管患者实施手术室优质护理可减少苏醒期躁动发生,提高导尿管耐受度。

**【关键词】** 食管癌; 手术室优质护理; 导尿管; 苏醒期躁动; 耐受度

[中图分类号] R614.2 [文献标识码] A DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2019.18.049

食管癌是常见的消化道恶性肿瘤之一,早期病变时瘤体体积较小,症状较隐匿,早期确诊率较低。经临床数据统计,我国食管癌年均死亡数可达全球食管癌死亡率的 50%<sup>[1]</sup>。手术是根治食管癌的首选疗法,但手术全麻所引起的苏醒期躁动则会对患者术后早期恢复造成影响,导致生命指标异常波动、导尿管不耐受等,严重者甚至危及生命安全;常规围术期护理不够细致,患者无法得到充分的知识、心理及术后干预,应激反应较为强烈,故而在常规护理基础上加强手术室护理,对于改善患者术后苏醒期躁动、提高尿道管耐受度具有重要价值。基于此,本研究以 94 例行根治手术的食管癌患者为研究对象,在患者围术期采用手术室优质护理,并以常规手术室护理为对照,旨在探讨其具体应用价值。现报道如下。

## 一、资料与方法

1.一般资料:选择 2016 年 6 月—2018 年 6 月于本院行根治手术的 94 例食管癌患者为研究对象,采用随机数表法分为观察组和对照组两组,每组各 47 例。纳入标准:(1)经影像学、病理学等联合检查确诊<sup>[2]</sup>;(2)存在手术指征,对手术耐受;(3)预计生存期超过 3 个月;(4)签署知情同意书。排除标准:(1)严重脑、心、肝、肾等重要器官功能障碍者;(2)慢性疼痛病史;(3)继发性食管肿瘤;(4)行为障碍、精神系统或中枢神经障碍;(5)阿片类药物成瘾史。对照组中男 27 例,女 20 例;年龄 43~70 岁,平均(55.8±4.4)岁;病理类型:小细胞癌 3 例,腺癌 9 例,鳞状细胞癌 27 例,其他 8 例;肿瘤位置:食管上段 25 例,下段 8 例,中段 14 例。观察组中男 25 例,女 22 例;年龄 45~72 岁,平均(56.3±5.1)岁;病理类型:小细胞癌 1 例,腺癌 8 例,鳞状细胞癌 28 例,其他 10 例;肿瘤位置:食管颈段 1 例,上段 22 例,下段 10 例,中段 14 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),有可比性。

2.方法:两组均采用食管癌根治术进行治疗。对照组采用常规手术室护理;术前辅助患者完成相关检查,告知手术流

程,通过交谈缓解患者心理压力;术中手术室温度调控至 27℃,开始时下调至 25℃,并控制湿度为 50%左右,严格无菌操作、持续进行生命指标监测;术后观察患者各指标变化及生理指征,保持正确卧位,采取相关镇痛措施等。观察组实施手术室优质护理:(1)术前优质护理:①通过护患交流、患者生命指标变化、病情、情绪表现等评估患者心理耐受程度,并通过语言开导、家属支持安慰、病友鼓励等措施调控患者心理情绪,减轻心理应激;②贯彻健康教育,详细告知患者手术治疗流程、导尿管留置必要性、麻醉作用及相关可能出现的不适,改善患者认知,缓解紧张、焦虑情绪,以积极乐观心态做好术前准备。(2)术中优质护理:①在对照组基础上实施综合保温措施,在手术床上为患者铺垫循环水变温毯,温度控制于 38℃~40℃;同时尽量避免非手术区的暴露,必要时以保温毯覆盖暴露区域,并应用加温设备控制术中输液温度为 36℃~37℃。②严防术中并发症的发生,术中将生理盐水浸泡后的无菌纱布放置于患者眼周,保护眼角,避免暴露性眼角炎的发生;对于采取单侧卧位进行手术的患者,在支撑处放置软垫,避免压疮。(3)术后优质护理:①术后对留置的各导尿管严格管理,在患者清醒初期及时告知手术顺利、成功,并进行语言鼓励;②做好术后疼痛评估,患者清醒后与其谈论感兴趣话题,播放轻柔音乐或引导其沉浸于美好的回忆中,充分转移其注意力,缓解疼痛,必要时遵照医嘱给予镇痛药物。

3.评价标准:监测两组生命指标,观察两组患者苏醒期躁动程度及导尿管耐受情况。(1)生命指标:心率、舒张压、收缩压。(2)躁动程度评定采用 Riker agitation-sedation scale (RS)分级:3级:无刺激时身体活动剧烈,需采用药物及制动控制;2级:无刺激也出现身体无控制活动,但无需制动可安抚;1级:进行吸痰操作时轻微活动,安抚后可停止;0级:情绪平稳,较安静<sup>[3]</sup>。(3)导尿管耐受程度:根据患者尿道刺激反应情况反向评估患者耐受度。3级:有严重不适,有明显尿痛、下腹痛等尿道反应,难以忍受;2级:中度不适,有尿痛、下腹痛等表现,但尚可忍受;1级:有轻微不适,可忍受;0级:无

不适表现。

4. 统计学处理: 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析, 计数资料以频数和百分率[ $n(\%)$ ]表示, 进行  $\chi^2$  检验, 等级资料采用秩和检验; 计量资料采用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示, 进行  $t$  检验; 以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

表 1 两组生命指标水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	心率(次/min)		舒张压(mmHg)		收缩压(mmHg)	
	术前	苏醒期	术前	苏醒期	术前	苏醒期
对照组( $n=47$ )	72.2 $\pm$ 7.5	80.9 $\pm$ 9.2	81.0 $\pm$ 6.7	92.5 $\pm$ 9.0	133.3 $\pm$ 8.5	146.4 $\pm$ 9.7
观察组( $n=47$ )	72.8 $\pm$ 8.1	76.9 $\pm$ 8.8	81.8 $\pm$ 6.1	86.2 $\pm$ 8.8	134.7 $\pm$ 7.6	137.7 $\pm$ 8.6
$t$ 值	0.373	2.154	0.605	3.431	0.842	4.601
$P$ 值	0.658	0.002	0.439	0.000	0.207	0.000

2. 苏醒期躁动发生情况的比较: 观察组苏醒期躁动发生率及发生程度均低于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组苏醒期躁动发生情况的比较[ $n(\%)$ ]

组别	3 级	2 级	1 级	0 级	总计
对照组( $n=47$ )	2(4.3)	4(8.5)	7(14.9)	34(72.3)	13(27.7)
观察组( $n=47$ )	0(0)	1(2.1)	4(8.5)	42(89.4)	5(10.6)
$Z/\chi^2$ 值		2.179			4.398
$P$ 值		0.029			0.036

3. 导尿管耐受度的比较: 观察组导尿管耐受度高于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组导尿管耐受度的比较[ $n(\%)$ ]

组别	3 级	2 级	1 级	0 级
对照组( $n=47$ )	6(12.8)	16(34.0)	16(34.0)	9(19.1)
观察组( $n=47$ )	1(2.1)	5(10.6)	23(48.9)	18(38.3)
$Z$ 值		3.388		
$P$ 值		0.001		

**讨论** 手术是治疗食管癌首选方法, 可大大提高食管癌短期生存率。但食管癌根治术手术出血量多、创口大, 术后疼痛感较重, 活动限制较大, 且因食管的特殊性, 患者术后会发生一定的感觉障碍, 若患者术后早期恢复不当则会影响癌症治疗效果及预后<sup>[4]</sup>。全麻是减轻患者手术痛苦, 促进手术顺利进行的必要措施, 但手术结束后麻药残留等会引起一定的并发症, 苏醒期躁动则是常见并发症之一, 临床主要表现为兴奋、无理性哭喊或言语、无意识活动等不适当行为, 发作严重时容易引起创口撕扯、导尿管刺激反应加重等多种不良后果, 影响患者术后早期恢复<sup>[5]</sup>。

优质护理是一种以患者为中心, 在强化基础护理时贯彻落实护理责任制及人文关怀理念, 将护理专业内涵进行深化, 提升护理整体水平。优质护理则是在观念及行为上为患者着想, 以患者疾病治疗需求及身心需要为服务中心采取护理措施, 以提供优质、高效、放心的护理服务, 从而减轻疾病对患者的影响<sup>[6]</sup>。本研究结果显示, 观察组苏醒期心率、血压、苏醒期躁动发生率和发生程度均低于对照组, 导尿管耐受性高于对照组。说明在食管癌全麻留置尿管患者中采取手术室优质

## 二、结果

1. 临床指标的比较: 两组患者术前舒张压、收缩压、心率对比, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 观察组苏醒期舒张压、收缩压、心率均低于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

护理可减少苏醒期躁动发生, 提高导尿管耐受度。研究发现<sup>[7-8]</sup>, 苏醒期躁动的发生与患者心理状况不良、认知缺乏、术后疼痛、术中体温丧失等因素相关。手术室优质护理通过术前心理调控、健康教育等措施, 有效改善患者心理状态及认知, 从而减轻心理应激, 尽可能稳定心率、血压等相关生命指标水平, 预防苏醒期躁动的发生; 术中通过手术室预热、铺设保温毯、输液加温等措施, 减少体温丧失导致的心理应激及血压波动, 利于术后疼痛的减轻, 减少苏醒期躁动发生风险; 术后通过持续镇痛及持续性心理健康教育有效缓解患者不良情绪, 进而减少情绪波动及疼痛导致的苏醒期躁动, 并避免苏醒期躁动导致的尿道刺激反应加重; 此外, 手术前后贯彻性心理健康教育可促使患者做好导尿管留置的心理准备, 进而提高导尿管耐受性。多项优质护理措施联合作用, 满足患者心理、手术治疗、生理等多方面的需求, 利于患者早期恢复。

综上所述, 手术室优质护理在食管癌全麻留置尿管患者应用效果显著, 可尽可能避免生命指标异常波动, 减少苏醒期躁动发生, 提高导尿管耐受度。

## 参 考 文 献

- [1] 刘丹丹, 孙惠杰, 赵丹丹, 等. 食管癌的诊断及治疗进展[J]. 癌症进展, 2018, 16(7): 804-806.
- [2] 赫捷. 食管癌规范化诊治指南[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2011.
- [3] Khan BA, Guzman O, Campbell NL, et al. Comparison and agreement between the Richmond Agitation-Sedation Scale and the Riker Sedation-Agitation Scale in evaluating patients' eligibility for delirium assessment in the ICU[J]. Chest, 2012, 142(1): 48-54.
- [4] 赵越, 毛友生. 食管肿瘤微创外科治疗进展[J]. 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(1): 112-117.
- [5] 梁敏运, 屠佳慧. 右美托咪定对老年全身麻醉患者术后苏醒期躁动及术后认知功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(14): 3403-3405.
- [6] 肖帮儒, 刘颖. 优质护理干预用于胸腹腔镜联合行食管癌根治术 49 例效果观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(4): 647-650.
- [7] 章敏, 谢言虎, 周玲, 等. 充气式保温毯联合输液加温对全麻食管癌手术苏醒和免疫功能的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(4): 351-353.
- [8] 刘德敏, 刘红. 手术室护理干预对食管癌根治术患者麻醉苏醒期躁动及留置尿管耐受度的影响[J]. 河北医学, 2016, 22(8): 1361-1364.

(收稿日期: 2019-03-16)

(本文编辑: 郭俊杰)