

# 一体化护理模式在手术室外无痛胃肠镜麻醉患者中的应用

范兰英

绵阳市第一人民医院 四川绵阳 621000

**摘要:**目的:探讨分析对手术室外无痛胃肠镜麻醉患者实施一体化护理模式干预的效果。方法:选取接受无痛胃肠镜检查的86例患者进行研究,根据双色小球法平均分组,参照组43例接受常规护理干预,研究组43例接受一体化护理模式干预。观察对两组的护理效果。结果:研究组护理后的焦虑/抑郁评分较参照组更低,麻醉苏醒时间较参照组更少,不良反应发生率较参照组更低,护理满意度较参照组更高,对比均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:对手术室外无痛胃肠镜麻醉患者实施一体化护理模式干预,可以发挥理想的干预效果,具有推广价值。

**关键词:**手术室外无痛胃肠镜麻醉;一体化护理模式;焦虑/抑郁;不良反应;护理效果

## 前言

随着消化内科诊疗技术的发展,无痛胃肠镜因创伤小、诊断精准、患者舒适度高等优势,已成为消化道疾病筛查与治疗的重要手段<sup>[1]</sup>。但该操作需在手术室外(如内镜中心)实施静脉麻醉,受环境特殊性、患者对麻醉认知不足、操作流程陌生等因素影响,患者易出现术前焦虑情绪,且麻醉后苏醒延迟、恶心呕吐等不良反应发生率较高,不仅影响诊疗效率,还可能降低患者就医体验。常规护理模式多围绕“操作配合”展开,缺乏对患者个体需求、心理状态及围麻醉期全流程的针对性干预,难以满足手术室外无痛胃肠镜麻醉患者的综合护理需求<sup>[2]</sup>。一体化护理模式以“患者为中心”,通过整合术前评估、术中配合、术后延续护理等环节,结合患者年龄、基础疾病、心理状态等个体差异制定个性化方案,可确保护理服务的精准化与全程化,保障手术的安全性,防止患者出现不良预后<sup>[3]</sup>。因此,本文旨在探讨分析对手术室外无痛胃肠镜麻醉患者实施一体化护理模式干预的效果。

## 一、资料和方法

### (一)一般资料

选取2024年1月到2025年6月期间于我院接受无痛胃肠镜检查的86例患者进行研究,根据双色小球法平均分组,参照组43例接受常规护理干预,研究组43例接受一体化护理模式干预。研究组的男女比例为25:18,年龄为21到73岁,均龄为 $(48.89 \pm 7.09)$ 岁;参照组的男女比例为26:17,年龄为20到72岁,均龄为 $(49.05 \pm 7.22)$ 岁。常规资料对比差异较小( $P > 0.05$ )。纳入标准:(1)符合无痛胃肠镜检查或治疗指征;(2)

年龄18~75岁;(3)患者及家属知情同意并签署知情同意书;(4)意识清晰,可配合完成量表评分。排除标准:(1)严重心、肝、肾等脏器功能障碍;(2)麻醉药物过敏史;(3)精神疾病或认知障碍;(4)消化道大出血、穿孔等急症;(5)妊娠或哺乳期女性。

### (二)方法

观察指标,①术前:口头告知患者检查流程、麻醉注意事项(如禁食禁水时间),协助完成术前检查(如血常规、凝血功能);②术中:协助患者摆放体位,配合麻醉医师进行静脉穿刺、药物推注,监测患者心率、血压等生命体征;③术后:待患者苏醒后送至恢复室,告知患者术后饮食要求,观察30min无异常后协助离院。研究组接受一体化护理模式干预,具体内容为:(1)术前采用“一对一访谈+量表评估”方式,了解患者基础疾病史、麻醉认知水平、心理状态(同步完成SAS评分),针对老年患者增加听力、视力评估,针对合并高血压、糖尿病患者制定血压、血糖控制目标(如术前血压 $< 140/90\text{mmHg}$ ,空腹血糖 $< 8.0\text{mmol/L}$ )。

同时,根据患者认知水平选择宣教方式,对年轻患者采用“图文手册+短视频”形式,重点讲解麻醉药物作用机制、苏醒过程;对老年患者采用“口头讲解+家属协同”方式,反复强调禁食禁水时间(检查前6h禁食、2h禁水)及误吸风险;对焦虑评分 $> 50$ 分的患者,邀请已完成检查的患者分享体验,缓解其恐惧情绪。

并且,协助患者更换宽松衣物,去除义齿、饰品;对紧张患者进行深呼吸训练(每分钟8~10次,每次持续5min),术前30min给予温水送服西甲硅油(如有腹胀症状),避免术中受到胃肠泡沫干扰。(2)术中需要调节内

镜室温度(22~24℃)、湿度(50%~60%),播放轻柔背景音乐;术中使用隔帘遮挡,保护患者隐私;对清醒阶段紧张的患者,通过握住患者手部、轻声安抚(如“检查很顺利,您放松就好”)增强其安全感。根据患者体重、ASA分级调整麻醉药物剂量(如丙泊酚1.5~2.0mg/kg,芬太尼1μg/kg),推注药物时控制速度(丙泊酚推注时间>60s),避免血压骤降;术中密切监测生命体征,每2min记录1次心率、血氧饱和度、血压,若出现血氧饱和度<95%,立即抬高下颌、加大氧流量(5~8L/min)。与内镜医师提前沟通操作流程,当内镜通过咽喉部时,协助患者头偏向一侧,减少呛咳反射;对术中出现肢体躁动的患者,轻柔固定肢体,避免坠床或管道脱落。(3)患者苏醒后送至恢复室,采用“梯度唤醒”方式,先轻声呼唤患者姓名,待其睁眼后告知检查结果(如“未发现明显异常”),避免突然唤醒引发躁动;对苏醒延迟(>10min)的患者,评估是否存在药物残留,必要时遵医嘱给予氟马西尼拮抗。同时,针对恶心呕吐患者,协助取侧卧位,清理口腔分泌物,遵医嘱给予昂丹司琼4mg静脉推注;针对咽喉不适患者,给予温凉生理盐水含漱,告知避免用力咳嗽;记录不良反应发生时间、类型及处理措施,建立个体不良反应档案。并且,根据患者恢复情况制定出院计划,对无不良反应者,告知术后2h可进食温凉流质饮食(如米汤),24h内避免驾驶、高空作业;对合并不良反应者,预留护理人员联系方式,术后24h电话随访,了解症状缓解情况,指导后续饮食调整。

### (三) 观察指标

#### 1. 焦虑/抑郁评分

分别于入院时(护理干预前)、术前30min(护理干预后),采用SAS/SDS量表,对两组的焦虑/抑郁情绪进行评分。分数越高表明焦虑/抑郁情绪越严重。

#### 2. 麻醉苏醒时间

记录从停止输注麻醉药物开始,至患者能准确回答自己姓名、年龄,且生命体征(心率、血压、血氧饱和度)恢复至术前基础值±10%的时间,精确至分钟。

#### 3. 麻醉相关不良反应发生率

统计两组术后24h内发生的不良反应发生情况,包括恶心呕吐(呕吐次数≥1次或持续恶心>30min)、头晕(起身时头晕伴站立不稳)、咽喉不适(吞咽疼痛或异物感)、血氧饱和度下降(术中或术后血氧<95%持续>1min),计算不良反应发生率(不良反应例数/总例数×100%)。

#### 4. 护理满意度

术后24h采用本院自制护理满意度量表,对两组的护理满意度评估,量表包含“术前宣教、术中护理、术后指导、服务态度”4个维度,共20个条目,每个条目1~5分,总分100分。其中≥90分为非常满意,70~89分为满意,<70分为不满意,护理满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

### (四) 统计学分析

通过SPSS 22.0统计学软件分析,百分比表示计数资料,行卡方检验;对计量资料行t检验,用均数±标准差表示。P<0.05表明对比存在差异。

## 二、结果

### (一) 焦虑/抑郁评分对比

研究组护理后的焦虑/抑郁评分较参照组更低,对比有统计学意义(P<0.05)。见表1:

表1 焦虑/抑郁评分对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	护理前		护理后	
		焦虑评分(分)	抑郁评分(分)	焦虑评分(分)	抑郁评分(分)
研究组	43	53.24 ± 4.95	51.12 ± 4.38	36.86 ± 2.45	37.12 ± 2.26
参照组	43	53.11 ± 4.82	51.01 ± 4.46	39.37 ± 3.02	40.21 ± 2.45
t	/	0.123	0.115	4.232	6.079
P	/	0.902	0.908	0.000	0.000

### (二) 麻醉苏醒时间对比

研究组的麻醉苏醒时间较参照组更少,对比有统计学意义(P<0.05)。见表2:

表2 麻醉苏醒时间对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	麻醉苏醒时间(分钟)
研究组	43	5.13 ± 0.96
参照组	43	7.92 ± 1.64
t	/	7.628
P	/	0.000

### (三) 不良反应发生率对比

研究组的不良反应发生率较参照组更低,对比有统计学意义(P<0.05)。见表3:

表3 不良反应发生率对比[n/(%)]

组别	n	恶心呕吐	头晕	咽喉不适	血氧饱和度下降	总发生率
研究组	43	1(2.32)	1(2.32)	0(0.00)	0(0.00)	2(4.65)
参照组	43	3(6.97)	2(4.65)	2(4.65)	1(2.32)	8(18.60)
X <sup>2</sup>	/	/	/	/	/	4.073
P	/	/	/	/	/	0.043

#### (四) 护理满意度对比

研究组的护理满意度较参照组更高，对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表4:

表4 护理满意度对比[n/(%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意率
研究组	43	26 (60.46)	15 (34.88)	2 (4.65)	41 (95.34)
参照组	43	21 (48.83)	13 (30.23)	9 (20.93)	34 (79.06)
$\chi^2$	/	/	/	/	5.107
P	/	/	/	/	0.023

#### 三、讨论

常规护理在实施过程中，往往呈碎片化，仅围绕操作配合展开，缺乏对患者术前焦虑疏导、术中风险预判及术后延续干预，易导致患者麻醉苏醒延迟、恶心呕吐等不良反应频发，很容易降低护理满意度，无法满足手术室外麻醉患者的综合需求<sup>[4]</sup>。一体化护理模式以“全程化、个性化”为核心，通过整合术前评估宣教、术中精准配合、术后不良反应管控等环节，实现护理服务闭环，能够切实改善患者的预后，充分满足其护理需求<sup>[5]</sup>。本次研究结果显示：研究组护理后的焦虑/抑郁评分较参照组更低，常规护理多以“口头告知”缓解焦虑，难以满足不同患者的心理需求，而一体化护理通过“评估-分层-干预”的心理护理路径破解这一问题，有效改善传统健康宣教的不足，以“同伴支持”替代单一说教；针对老年患者联合家属参与宣教，通过反复讲解消除“未知恐惧”，且可以指导患者进行深呼吸训练（每分钟8~10次），帮助其掌握放松技巧，促使患者能够自我调节不良情绪，获取其对手术的配合；研究组的麻醉苏醒时间较参照组更少，一体化护理突破常规护理“术前告知-术中配合-术后观察”的碎片化模式，构建“术前评估-术中协同-术后延续”的闭环体系：术前通过ASA分级、基础疾病筛查制定个性化麻醉配合方案，如针对老年患者调整生命体征监测频次，为麻醉药物剂量精准选择提供依据；术中同步控制麻醉药物推注速度（如丙泊酚推注时间>60s）、监测血氧饱和度（每2min记录1次），及时纠正血氧<95%的异常情况；术后采用“梯度唤醒”方式，避免突然唤醒引发的躁动，同时跟踪24h内苏醒状态，能够有效缩短患者的麻醉苏醒时间，改善药物残留，降低苏醒延迟风险，为手术室外麻醉安全提供全周期保障；研究组的不良反应

发生率较参照组更低，一体化护理通过“风险预判-针对性干预”降低发生率，尤其是可以根据患者的实际情况，采取有效的不良反应预防措施，从而切实提高对不良反应的预防效果。术同时，术中协助患者调整体位（如内镜通过咽喉部时头偏向一侧），避免对咽喉部产生损伤；术后对恶心呕吐患者及时给予昂丹司琼拮抗、对咽喉不适患者提供温凉生理盐水含漱，形成“预防-处理-记录”的不良反应管理链，确保患者的预后；研究组的护理满意度较参照组更高，一体化护理将“以患者为中心”理念贯穿全程，通过细节优化增强患者就医体验：术中调节内镜室温湿度（22~24℃、50%~60%）、播放轻柔音乐，使用隔帘遮挡保护隐私，同时通过握住患者手部、轻声安抚传递情感支持；术后不仅告知饮食要求，为合并不良反应的患者预留护理人员联系方式，24h内电话随访了解症状缓解情况，充分获取患者对护理工作的认可。

#### 结语

综上所述，对手术室外无痛胃肠镜麻醉患者实施一体化护理模式干预，能够帮助患者在术前保持良好的心理状态，保持平稳的情绪接受手术，不仅可以保障手术的顺利进行，还能够防止患者出现不良反应，确保手术的安全性。同时，可以加快患者的麻醉苏醒速度，促进其身体机能的恢复，从而获取患者对护理工作的认可，具有推广价值。

#### 参考文献

- [1]程航. 优质护理在无痛胃肠镜麻醉患者中的应用效果分析[J]. 中国社区医师, 2025, 41(12): 91-93.
- [2]孙红, 王艳华. 无痛胃肠镜麻醉患者优质护理应用效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2025, 40(05): 238-240.
- [3]张维东, 韩美玲, 郑瑞敏. 无痛胃肠镜诊疗过程中AIDET沟通护理的实施效果观察[J]. 中国医药指南, 2024, 22(30): 49-51.
- [4]李碧, 江书胤, 徐菁. 优质护理在无痛胃肠镜麻醉患者中的应用效果[J]. 名医, 2024, (17): 120-122.
- [5]刘琳慧, 朱鹏飞, 袁雅卓. 等. 麻醉护理一体化护理模式在手术室外无痛胃肠镜麻醉患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(08): 75-78.