

舒适护理用于麻醉复苏室恢复期患者的效果观察

叶庆林

厦门大学附属厦门眼科中心 福建厦门 361000

摘要：目的：探讨舒适护理在麻醉复苏室（PACU）恢复期患者中的应用效果。方法：选取2024年7月-2025年8月期间于本院PACU进行复苏的80例全身麻醉手术后患者，采用随机数字表法分组，各40例。对照组实施PACU常规护理，观察组在常规护理基础上实施系统化的舒适护理，对比两组护理效果。结果：观察组患者的苏醒期躁动发生率比对照组低（ $P < 0.05$ ）；观察组患者的自主呼吸恢复时间、拔管时间及PACU停留时间均比对照组短（ $P < 0.05$ ）；观察组患者对护理服务的满意度评分比对照组高（ $P < 0.05$ ）。结论：在麻醉复苏室恢复期应用舒适护理，可将患者苏醒期躁动发生率显著降低，加速复苏进程，缩短PACU停留时间，并显著提升患者满意度。

关键词：舒适护理；麻醉复苏室；苏醒期躁动

随着加速康复外科理念的普及，麻醉复苏室（PACU）发挥着保证围术期安全进和加速患者康复的作用^[1]。PACU将手术室和病房连接起来，其主要作用是严密监测术后全麻患者，并提供专业护理，待患者生命体征稳定方可转出。但是，全身麻醉苏醒需要心理和生理过渡，患者经常会因为麻醉药残留、疼痛、导管刺激、寒冷、焦虑等状况，引起“苏醒期躁动”，这让患者感到严重不适^[2]。躁动会以意识与行为分离为表现，患者处于兴奋状态，如呛咳、无意识活动、试图拔管等，这极大地增加；出血、坠床、意外拔管等风险，会让PACU停留时间延长，会加重患者痛苦和恐惧记忆。传统PACU护理以干预并发症和监测生命体征为主，缺乏关注患者的感受，疏忽患者舒适度。舒适护理模式具备整体化和创造性，目的是使患者的身心达到愉悦状态，要求护士主动评估并消除各类不适因素。本研究旨在将系统化舒适护理应用于PACU，探讨其对降低躁动、优化复苏流程及提升满意度的效果，为改善护理质量提供依据。详情如下：

一、资料与方法

1. 一般资料

选取2024年7月-2025年8月期间在本院麻醉复苏室进行复苏的80例全身麻醉手术后患者。采用随机数字表法分组，各40例。观察组中男22例，女18例；年龄21-64岁，平均（ 45.32 ± 10.87 ）岁。对照组中男24例，女16例；年龄20-65岁，平均（ 46.15 ± 11.23 ）岁。组间资料差异小（ $P > 0.05$ ），具有可比性。本研究方案经医

院伦理委员会批准。

纳入标准：①美国麻醉医师协会（ASA）分级I-II级；②择期行全身麻醉下手术，手术时间1-4小时；④患者或家属知情同意。

排除标准：①有精神疾病史；②有严重听力或语言沟通障碍者；③术前长期使用镇静、镇痛药物；④术中或术后出现严重并发症。

2. 方法

对照组：实施PACU常规护理。患者入室后，连接监护仪，持续监测心电图、血压、血氧饱和度、呼吸频率。按医嘱给予吸氧，保持呼吸道通畅。观察患者意识状态、瞳孔、肢体活动和伤口敷料情况。记录出入量。遵医嘱给予镇痛、止吐等处理。待患者达到Aldrete评分 ≥ 9 分时，经过麻醉医生评估后转入病房。

观察组护理方法：在常规护理基础上，实施系统化舒适护理干预。①环境舒适干预：调节室温22-24℃，湿度50%-60%。手术前对床单位进行预热，术中术后均需要长时间利用加温设备保温，维持鼻咽温 ≥ 36.0 ℃。降低噪音，灯光调节至柔和状态，利用隔帘遮挡，以保护患者隐私。②生理舒适干预：疼痛管理：动态评估，若患者疼痛评分 ≥ 4 分，可以在用药止痛的同时采取音乐疗法，也可指导患者进行腹式呼吸。管路护理：将不同导管进行妥善固定，为患者将口腔分泌清除干净，动作要轻柔，告知清醒患者管路的重要性。体位护理：协助患者调整至舒适体位，如床头抬高30°，定位变换体位，并按摩患者受压位置。③心理舒适干预（全程沟

通)：术前访视：手术前一天将PACU环境与流程向患者介绍，预设期望。苏醒引导：初醒时及时呼唤患者的姓名，对其进行定向指导，如告知手术顺利、所处位置，取得患者配合。家属支持：若条件允许，家属可以短时间探视患者，给予患者支持和关爱。④社会舒适干预：操作前向患者详细说明，尊重患者隐私。鼓励焦虑患者诉说感受，给予共情和支持。

3. 观察指标

①苏醒期躁动发生率：采用Riker量表评估，评分 ≥ 5 分(如试图坐起、攻击行为等)记为发生。②复苏时间指标：记录自主呼吸恢复时间、拔管时间(达拔管标准后)及PACU停留时间(入室至转出)。③护理满意度：使用自制问卷(4维度10条目，Likert 5级计分，总分50分)于转出前评估，分数越高满意度越高。

4. 统计学分析

采用SPSS 24.0软件分析数据，计量资料($\bar{x} \pm s$)表示，t检验，计数资料用(n%)表示， χ^2 检验，组间差异以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

二、结果

1. 对比两组患者苏醒期躁动发生率

观察组患者苏醒期躁动发生率为7.50%，显著低于对照组的27.50% ($P < 0.05$)。见表1。

表1 对比两组患者苏醒期躁动发生率[(n%)]

组别	例数	发生躁动例数	发生率
观察组	40	3	3 (7.50)
对照组	40	11	11 (27.50)
t			5.541
P			0.019

2. 对比两组两个患者复苏时间指标

观察组患者的自主呼吸恢复时间、拔管时间及PACU停留时间均比对照组短 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 对比两组两个患者复苏时间指标 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	自主呼吸恢复时间	拔管时间	PACU停留时间
观察组	40	8.45 \pm 2.31	15.23 \pm 3.56	58.67 \pm 12.34
对照组	40	10.78 \pm 3.02	19.87 \pm 4.89	72.45 \pm 15.78
t		3.876	4.852	4.351
P		0.000	0.000	0.000

3. 对比两组患者护理满意度

观察组患者对PACU护理服务的满意度评分比对照组高 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 对比两组患者护理满意度 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	满意度评分
观察组	40	46.82 \pm 2.75
对照组	40	41.35 \pm 4.16
t	-	6.937
P	-	0.000

三、讨论

在围手术期安全管理中，麻醉复苏室属于其中关键环节，其作用是让患者从麻醉状态中安全且平稳地苏醒。全身麻醉药物作用于中枢神经系统的程度会逐渐减轻直至完全消失，这个过程包括多个系统的功能恢复，生理和心理均处于不稳定阶段，会比较敏感^[3]。在此期间，患者会面临着呼吸抑制、低血压、心律失常、恶心呕吐等生理风险，在多种因素交织下，患者会经历极度不适，以焦虑、恐惧和躁动为常见表现。苏醒期躁动是PACU最常见的并发症，其发生机制复杂，主要与麻醉药物的残余作用、术后急性疼痛、留置导管的刺激、低体温、膀胱充盈、缺氧以及定向力障碍等因素密切相关。不但躁动状态会对患者安全构成威胁，会导致意外伤害、手术切口裂开、出血等，医护人员还会为患者使用额外的镇静药物，或对其进行物理约束，从而可能会让拔管时间和PACU停留时间延长，使医疗费用增加，并会让患者遗留痛苦的心理记忆，导致住院体验不佳，对医疗服务不满意。因此，如何采取有效的护理措施，预防和减少苏醒期躁动，促进患者平稳、舒适、快速地苏醒，是PACU护理工作的核心挑战与价值体现。

本研究结果显示，观察组苏醒期躁动发生率比对照组更低 ($P < 0.05$)。舒适护理干预包含多个靶点，将躁动发生的病理生理链精准阻断。躁动是大脑皮层在复苏期对各种不良刺激产生的紊乱兴奋。舒适护理构建了三道主动防线：①环境与体温防线。术前预热，术中及术后为患者进行持续保温，让患者核心体温得以维持在36.0℃以上，让寒战、代谢紊乱等促发因素得到了有效避免。②超前多模式镇痛防线。在动态评估基础上，采用“药物+非药物”镇痛模式，平滑镇痛曲线，将疼痛这一最强躁动诱因直接消除^[4]。③心理引导防线。在意识恢复临界点，对患者进行温和、持续的定向力呼唤，使其大脑重新植入了安全指令，使因为定向力障碍和陌生环境出现的恐惧迷茫极大地减轻，这是非疼痛性躁动的重要根源。相比之下，常规护理偏向于躁动发生后予以处理，极为被动，系统性预防不足，患者持续暴露在

多种不适刺激中，故躁动发生率更高。因此，舒适护理能够从源头上降低皮层异常兴奋的可能性^[5]。

观察组在自主呼吸恢复时间、拔管时间及PACU停留时间均比对照组更短（ $P < 0.05$ ）。这表明舒适护理能系统性加速复苏进程。其机制在于：首先，促进生理稳定和药物代谢。维持正常体温能够避免低体温对麻醉药物代谢酶的抑制，使肌松药和镇静药的清除加速，为呼吸肌功能与意识的早期恢复提供了条件。其次，将不良事件连锁反应阻断。低躁动发生率让因为解决躁动而导致的复苏延缓，打破了“躁动-用药-延长观察”的恶性循环。再次，优化呼吸功能。轻柔的气道管理与有效镇痛使呼吸道刺激减小，并减轻了疼痛性呼吸抑制；同时，苏醒期指导患者进行深呼吸，促使患者主动进行有效呼吸，进而促进了肺复张和气体交换，让患者能尽早达到拔管标准^[6]。最后，神经功能的积极调控。心理安抚能够帮助患者稳定自主神经，使应激激素分泌减少，这对大脑皮层及呼吸中枢的协调恢复十分有利。而对照组患者在无人引导，他们在孤独的复苏中会出现紧张和生理波动，无形中延长了达标时间。因此，舒适护理通过创造一个低应激的优化环境，从多方面协同促进了机体的快速平稳恢复^[7]。

观察组护理满意度评分（ 46.82 ± 2.75 分）比对照组（ 41.35 ± 4.16 分）更高。这说明舒适护理能够有效提升患者主观体验与获得感。满意度的跃升是因为护理人员能够充分满足患者的核心需求：第一，夯实了生理舒适基石。患者没有经历严重的寒冷、剧痛与导管刺激等直接痛苦，身体痛苦的减轻构成了满意度的根本。当护理措施可以主动减轻痛苦，而非被动处理问题，患者的信任感与好评也会自然产生。第二，满足了被尊重与关怀的情感需求。术前访视（预设期望）与苏醒期持续的有效沟通（定向引导），让患者全程均感受到专注呵护，使其在医疗过程中感受到温暖，极大减轻了无助与恐惧。第三，回应了环境隐私与社会支持需求。安静私密的环境保护了患者尊严，适时安排的家属探视给予了患者情感支持，形成了“医疗-家庭”双支向体系^[8]。第四，塑造了积极的康复记忆。平稳、顺利的苏醒过程，替代了可能的痛苦躁动记忆，使患者对整个围手术期体验的评价趋于正面，这种正向记忆会泛化至对护理团队专业性与人文素养的整体认可^[6]。反观常规护理，

虽保障了安全底线，但在主动营造舒适体验与提供情感价值方面存在短板，患者的满意度往往局限于技术完成度。因此，舒适护理通过提供超越技术、充满人文关怀的照护，直击患者体验核心，从而获得了更高的满意度评价，这不仅是优质护理的体现，亦是构建和谐医患关系的重要实践^[9]。

综上所述，将系统化舒适护理用于麻醉复苏室恢复期患者，能显著降低苏醒期躁动发生率，有效缩短复苏时间，并提升护理满意度。该模式是集科学、高效与人文关怀于一体的优质护理实践，建议推广并加强相关培训，以持续改善护理质量，促进患者加速康复。

参考文献

- [1] 丁碧瑜. 舒适护理用于麻醉复苏室恢复期患者的效果观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2025, 42(4): 417-418.
- [2] 卞廷洁. 舒适护理改善麻醉复苏室恢复期高血压患者安全性及舒适度的效果[J]. 智慧健康, 2025, 11(8): 151-153+157.
- [3] 王燕燕, 隆新冉, 高天勤, 等. 舒适护理对麻醉复苏室恢复期患者的应用效果分析[J]. 中外医药研究, 2024, 3(17): 123-125.
- [4] 夏文祯, 苏明霞. 舒适护理对高血压冠心病患者麻醉恢复期的影响观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2024, 41(3): 355-356.
- [5] 杨翠丽. 脑动脉瘤术后恢复期患者的麻醉复苏室舒适护理效果观察[J]. 中华养生保健, 2024, 42(3): 117-120.
- [6] 陈燕. 舒适护理提升麻醉复苏室恢复期高血压患者安全性和舒适度的效果[J]. 心血管病防治知识, 2023, 13(11): 64-66.
- [7] 杨翠丽. 脑动脉瘤术后恢复期患者的麻醉复苏室舒适护理效果观察[J]. 中华养生保健, 2024, 42(03): 117-120.
- [8] 韩国芝. 舒适护理对麻醉复苏室恢复期患者的影响[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36(08): 194-195.
- [9] 谢岚, 温济金. 舒适护理提升麻醉复苏室恢复期患者安全性和舒适度的效果分析[J]. 系统医学, 2020, 5(24): 173-176.