

# 医护协同管理模式对乳腺癌根治术病人全麻苏醒期躁动的影响

常 宏

**[摘要]** **目的:**探讨医护协同管理模式对乳腺癌根治术病人全麻苏醒期躁动及护理质量的影响。**方法:**选取 120 例乳腺癌根治术病人,根据病人入院时间将其分为对照组(2014 年 6 月至 2015 年 5 月,  $n = 60$ )及观察组(2015 年 6 月至 2016 年 5 月,  $n = 60$ ),对照组麻醉期间给予常规性护理,观察组在常规护理的基础上应用医护协同管理模式实施护理,比较 2 组病人苏醒时间、拔管时间、手术时间、躁动评分、术后疼痛评分、躁动发生率、镇静剂使用率情况及护理质量评分。**结果:**观察组苏醒时间、拔管时间、手术时间均明显短于对照组( $P < 0.01$ ),而躁动评分、术后疼痛评分、躁动发生率、镇静剂使用率均低于对照组( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ )。观察组病人对病房管理、基础护理、麻醉专科护理、麻醉药物管理、麻醉苏醒期护理及病历记录等方面护理质量评分均明显高于对照组( $P < 0.01$ )。**结论:**医护协同管理模式能有效实现普外科人力资源合理配置,可促进麻醉科与护理部紧密合作及交流,从而能有效提高乳腺癌根治术病人术后护理质量,降低病人全麻苏醒期躁动发生率,有利于全麻手术病人顺利渡过麻醉苏醒期。

**[关键词]** 医护协同管理模式;乳腺癌根治术;全麻苏醒期躁动;护理质量

[中图法分类号] R 47 [文献标志码] A DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.09.036

## Effect of the collaborative care management mode on general anesthesia emergence agitation in patients treated with radical mastectomy

CHANG Hong

(Department of Anesthesiology, West China Hospital of Sichuan University, Chengdu Sichuan 610041, China)

**[Abstract]** **Objective:** To explore the effects of the collaborative care management mode on general anesthesia emergence agitation and nursing quality in patients treated with radical mastectomy. **Methods:** One hundred and twenty patients treated with radical mastectomy were divided into the control group (admission time from June 2014 to May 2015,  $n = 60$ ) and observation group (admission time from June 2015 to May 2016,  $n = 60$ ). The control group were nursed with routine care, and the observation group were nursed with the collaborative care management during anesthesia. The awakening time, extubation time, operation time, agitation score, postoperative pain score, incidence of agitation, sedative usage and quality of care score between two groups were compared. **Results:** The awakening time, extubation time and operation time in observation group were significantly shorter than those in control group ( $P < 0.01$ ), and the agitation score, postoperative pain score, incidence of agitation and sedative usage were lower than those in control group ( $P < 0.05$  to  $P < 0.01$ ). The scores of quality of nursing (including the ward management, primary care, specialist care of anesthesia, anesthesia medication management, anesthesia recovery period nursing and medical record) were significantly higher than that in control group ( $P < 0.01$ ). **Conclusions:** Collaborative care management mode can effectively achieve the rational allocation of human resources in general surgery, and closely promote the cooperation and exchange between anesthesiology department and nursing unit, which can effectively improve the postoperative nursing quality of patients treated with radical mastectomy, reduce the incidence of agitation of patients during anesthesia recovery period, and is conducive to smoothly live through the anesthesia recovery period in general anesthesia patients.

**[Key words]** collaborative care management mode; radical mastectomy; anesthesia recovery period; quality of care

近年随着医疗模式的转变,既往只重视病人“生理症状而忽视病人需求”的护理模式逐渐向生物-心理-社会医学模式转变,病人对护理的需求也逐渐向多元化方向发展,“尊重病人个人需求,以病人为中心”的医疗模式已成为当前医疗服务模式中的重要组成部分<sup>[1]</sup>。麻醉是外科手术中的重要

环节,但当前麻醉工作基本由麻醉师“一肩挑”,缺乏规范化及责任到人的医疗护理制度,容易引发医疗纠纷<sup>[2]</sup>。医护协同管理模式主要是由医生、护士及病人共同参与的医疗合作护理模式,通过彼此交往及影响而充分发挥临床护理管理作用,更好地满足病人个人需求,提高护理管理质量<sup>[3]</sup>。为此,本研究对乳腺癌根治术全麻手术病人术后应用医护协同管理模式实施护理干预,并探讨其对病人术后麻醉躁动及护理质量的影响,现作报道。

[收稿日期] 2016-08-17

[作者单位] 四川大学华西医院 麻醉科,四川 成都 610041

[作者简介] 常宏(1979-),女,护师。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 2014年6月至2016年6月选取普外科收治的120例乳腺癌根治术病人,纳入标准:(1)ASA分级为I~II级;(2)无外科手术禁忌证;(3)拒绝硬膜外阻滞者;(4)病人均签署知情同意书。排除标准:(1)危急重症病人,有精神病或神经系统疾病病人;(2)有糖尿病或内分泌异常病史病人;(3)近2周内应用过抗抑郁或焦虑药物者;(4)心、肝、肾功能异常。根据病人入院时间将其分为对照组(2014年6月至2015年5月, $n=60$ )及观察组(2015年6月至2016年5月, $n=60$ ),对照组:男28例,女32例;年龄18~78岁,鳞癌34例,腺癌21例,其他5例;TNM分期I期24例,II期20例,III期16例。观察组:男28例,女32例;年龄18~76岁,鳞癌32例,腺癌24例,其他4例;TNM分期I期23例,II期17例,III期20例。2组病人基线资料均具有可比性。

1.2 方法 对照组采用常规性护理管理,护理人员在遵医嘱的同时严格执行治疗操作规程,同时对病人进行术后康复指导,提高病人自我护理能力。观察组在对照组基础上应用医护协同管理模式,具体如下:成立医护协同管理小组,小组成员包括主管医生1名,麻醉科医生1名,主管护士1名,责任护士2名,从病人入院至出院期间,医护合作小组均对病人健康进行全面负责。主管医生负责根据病人病情制定治疗方案及干预方案,麻醉科医生负责制定麻醉方案,主管护士负责对护士进行麻醉知识、专业知识及分层培训,护士负责指导病人进行术后康复训练。

1.2.2 评估并制定健康教育计划 病人手术结束后,由主管医生及责任护士对病人全麻苏醒期躁动发生原因进行评价,评价内容包括:病人年龄、术前焦虑紧张程度、对麻醉药物的兴奋、既往药物成瘾史、酒精成瘾史、日常生活中脾气、教育程度等。根据评估结果为病人制定躁动护理计划。

1.2.3 医护合作健康教育内容 (1)疾病知识指导:术前采用通俗易懂的方式向病人讲解全麻苏醒躁动发生的诱因、临床表现、治疗方案及注意事项。将全麻躁动发生相关知识制成动画,每天以动画的形式为病人播放,提高病人对疾病的认知能力。(2)良好的镇静镇痛:全麻期间由于病人对外界刺激消失,当麻醉药物作用消退后病人首选恢复的是对疼痛的感知。因此手术结束后可静脉注射0.05 mg 舒芬太尼,以减轻疼痛所致的麻醉躁动。(3)术

毕前10~20 min 停止应用吸入麻醉药物,改为丙泊酚维持麻醉,以减少麻醉药物吸入量及缩短病人吸入时间。(4)抚触式护理:术毕后由责任护士为病人进行有序抚触护理,先抚摸病人头部,两手拇指从额头中央向两侧推至前额发际扶向枕后。再对病人行腹部按摩,以肚脐为中心,从右下腹开始按顺时针方向进行按摩,然后按逆时针方向按摩,最后按摩四肢,从上臂至手腕,轻轻挤捏。(5)加强术后防护:术后去枕平卧,避免医疗器械及体位不当压迫病人神经及大血管,维持呼吸道通畅,应用约束带将病人固定,定时调整体位,并升起防护栏保护病人。对于合并循环功能、呼吸功能及中枢神经功能障碍病人,应密切监测其生命体征,预防全麻苏醒躁动的发生。

1.3 观察指标 (1)苏醒时间、拔管时间、手术时间、躁动评分、疼痛评分、躁动发生率、镇静剂使用率情况。躁动评分:根据苏醒期躁动评分(PAED)评定模式<sup>[4]</sup>对病人术后躁动进行评估,最高分为20分,分值越高病人躁动越厉害。疼痛评分:采用视觉模拟(VAS)评分<sup>[5]</sup>标准进行评分,总分为10分,分值越高疼痛感越强烈。(2)护理质量:病房管理、基础护理、麻醉专科护理、麻醉药物管理、麻醉苏醒期护理及病历记录,每项10分,分值越高,提示病人护理质量越高。

1.4 统计学方法 采用 $t$ 检验和 $\chi^2$ 检验。

## 2 结果

2.1 2组病人全麻苏醒躁动情况比较 观察组苏醒时间、拔管时间、手术时间均明显短于对照组( $P < 0.01$ ),而躁动评分、术后疼痛评分、躁动发生率、镇静剂使用率均低于对照组( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ )(见表1)。

2.2 2组病人护理质量评分比较 观察组病人对病房管理、基础护理、麻醉专科护理、麻醉药物管理、麻醉苏醒期护理及病历记录等方面护理质量评分显著高于对照组( $P < 0.01$ )(见表2)。

## 3 讨论

全麻苏醒期躁动是指病人麻醉苏醒过程中出现的一种行为与意识分离的状态,病人表现为不合作、易怒、无法安抚、倔强、语无伦次、呻吟、手脚乱动及定向力障碍等,是外科手术全麻过程中常见的并发症,对病人生理及心理造成较大的伤害<sup>[6]</sup>。引起全麻苏醒期躁动的因素较多,包括心理因素、用药、术后疼痛、术后舒适度等。因此有必要对病人加强护理,以降低乳腺癌根治术病人术后全麻苏醒期躁动

表 1 2 组病人全麻苏醒躁动情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

分组	n	苏醒 时间/min	拔管 时间/min	手术 时间/min	躁动 评分/分	疼痛 评分/分	躁动 发生率/%	镇静剂 使用率/%
观察组	60	16.89 ± 2.78	7.89 ± 2.98	112.25 ± 7.25	8.25 ± 1.42	3.85 ± 0.75	2(3.33)	8(13.33)
对照组	60	28.96 ± 12.45	16.98 ± 4.25	124.25 ± 8.78	12.78 ± 2.78	5.98 ± 1.26	10(16.67)	20(33.33)
t	—	7.24	10.23	8.16	11.24	11.25	5.93*	6.71*
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.05	<0.01

\* 示  $\chi^2$  值表 2 2 组病人护理质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ; 分)

分组	n	病房管理	基础护理	麻醉 专科护理	麻醉 药物管理	麻醉 苏醒期护理	病历记录
观察组	60	7.58 ± 1.58	8.02 ± 1.45	7.96 ± 1.38	7.42 ± 1.56	8.22 ± 1.86	8.42 ± 1.69
对照组	60	3.28 ± 0.38	4.23 ± 0.56	4.01 ± 0.85	4.11 ± 0.48	3.56 ± 0.37	3.85 ± 0.45
t	—	20.49	18.89	18.88	15.71	19.03	20.24
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

的发生。医护协同管理模式是一种“以病人为中心”的护理模式,以护士作为纽带,将医生与病人紧密联系,该护理方法在医生的指导下不仅可提高护士临床判断能力,同时能加强麻醉科与护理部交流及合作,缓解麻醉科工作压力,完善病人围手术期安全保障体系,降低全麻苏醒期麻醉躁动的发生<sup>[7-8]</sup>。

本研究中观察组苏醒时间、拔管时间、手术时间均短于对照组,而躁动评分、术后疼痛评分、躁动发生率、镇静剂使用率均低于对照组,表明医护协同管理模式能有效降低乳腺癌根治术病人全麻苏醒躁动发生率。这可能由于:(1)医护协同管理团队术前对病人进行了疾病知识指导,使得病人对麻醉有全面的认识,减轻病人术前焦虑、恐惧情绪,减少了麻醉躁动发生<sup>[9]</sup>。(2)术后良好的镇静镇痛可减轻术后疼痛对病人造成的应激反应,有助于降低麻醉躁动的发生<sup>[10]</sup>。(3)术毕前改为丙泊酚维持麻醉,可减少吸入性麻醉药物的使用量,降低了麻醉躁动发生。(5)术后抚触护理可让病人全身心得以放松,让病人心理获得安慰。同时抚触可促进血液循环,加快血液循环及淋巴液循环,提高病人痛阈,减轻病人术后疼痛感<sup>[11]</sup>。

护理质量是衡量护理工作好与坏的重要指标,本研究中观察组病人对病房管理、基础护理、麻醉专科护理、麻醉药物管理、麻醉苏醒期护理及病历记录等方面护理质量评分高于对照组,表明医护协同管理模式能有效提高乳腺癌根治术病人围手术期护理质量。考虑可能原因为:医护协同管理使得医护间的关系从上下级变为平等协助,提高了医生与护士间的信任感及合作意识,使得护士能参与到病例病情

讨论中,让护士能更好地掌握病人信息,对其实施针对性护理干预,从而提高了护理质量及护理效果<sup>[12]</sup>。

综上所述,医护协同管理模式能有效实现普外科人力资源合理配置,可促进麻醉科与护理部紧密合作及交流,从而能有效提高乳腺癌根治术病人术后护理质量,降低病人全麻苏醒期躁动发生率,有利于全麻手术病人顺利渡过麻醉苏醒期。

## [ 参 考 文 献 ]

- [1] 王静,顾锦芳,祝华婧,等. 医护协同管理模式在麻醉专科护理管理中的应用[J]. 中国护理管理,2013,2(9):110.
- [2] 杨春燕. 医护协同管理模式在麻醉专科护理管理中的应用[J/CD]. 临床医药文献电子杂志,2015,4(4):779.
- [3] 孙英,冯燕,赵爱珍,等. 医护协同管理模式在麻醉专科护理管理中的应用效果分析[J]. 医学信息,2014,5(11):431.
- [4] 明豫军,李辉,肖峰,等. 全身麻醉苏醒期躁动情况的调查和分析[J]. 国际病理科学与临床杂志,2010,30(3):196.
- [5] 高万露,汪小海. 病人疼痛评分法的术前选择及术后疼痛评估的效果分析[J]. 实用医学杂志,2013,29(23):3892.
- [6] 郑琳,王琳,徐铭军,等. 医护协同管理用于妇科癌根治术麻醉的效果评价[J]. 中国药业,2015,6(7):4.
- [7] 彭小苑,欧阳艳菲. 医护患协同合作模式在护理管理中的作用[J]. 现代临床护理,2011,10(11):52.
- [8] 孙舒,艾珊珊,张志成,等. 医护患协同合作模式在护理管理中的运用[J]. 按摩与康复医学,2013,7(11):218.
- [9] 齐敏,杨依萌,杨宏伟,等. 医护患协同合作模式在护理管理中的作用分析[J]. 中国卫生标准管理,2015,6(31):261.
- [10] 陈志峰. 手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术病人全麻苏醒期躁动的疗效评价[J]. 护士进修杂志,2013,28(20):1884.
- [11] 胡同慧. 手术室麻醉苏醒护理对腹部手术病人全麻苏醒期躁动的作用[J]. 国际护理学杂志,2014,7(6):1327.
- [12] 韩艳芳,张梓童,邓亚芳,等. 手术室麻醉苏醒护理在减少腹部手术病人全麻苏醒期躁动中的应用效果[J]. 国际护理学杂志,2015,8(11):1467.