

# 一例腰椎后路髓核摘除术中支气管哮喘发作的抢救配合

陆洪丹 姚盛云 卞云国 徐燕

盐城市第一人民医院 江苏盐城 224000

**摘要:** 总结一例术中支气管哮喘发作的抢救配合。要点包括: 手术过程、发生呼吸心跳骤停的处理、抢救时尽量避免手术切口污染、转运交接、支气管哮喘处理、物品清点管理、皮肤管理、体温保护、心理护理、支气管哮喘的预防等。本组成功完成支气管哮喘发作的抢救, 并且患者抢救成功, 已成功康复出院。

**关键词:** 支气管哮喘发作; 心跳骤停; 抢救配合

支气管哮喘简称哮喘, 是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞和T淋巴细胞等多种炎症细胞参与的气道慢性炎症引起的气道变应性炎症和气道高反应性为特征的呼吸系统疾病。“中国成人肺部健康研究”项目研究结果显示, 我国20岁及以上成年人支气管哮喘患病率高达4.2%, 患病人数约为4570万; 而城区哮喘总体控制率仅为28.5%, 有21%的患者因未实现对哮喘症状的有效控制而导致病情反复。支气管哮喘发作会出现多种症状<sup>[1]</sup>, 危害十分大, 严重时会有生命危险。因此了解支气管哮喘的相关知识及知晓支气管哮喘发作该如何处理尤为重要。经过多科协作, 密切配合患者脱离生命危险, 现将护理体会汇报如下。

## 1. 病例介绍

患者女, 57岁, 身高: 161cm, 体重: 75kg, 主诉: 腰痛, 既往史: 哮喘病史, 沙美特罗替卡松治疗。体格检查: T:36摄氏度, BP:110/72mmHg, P:60次/分, 皮肤粘膜无特殊。实验室检查: 尿白细胞1023(正常值: 0-25), 尿素8.1(正常值: 2.6-7.5), 尿酸489.1(正常值: 154.7-357), 总胆固醇6.58(小于5.18)。辅助检查: 腰L4/5椎体狭窄, L4,L5椎体滑脱。

诊断: 腰痛。手术方式: 腰椎后路髓核摘除术。

## 2. 手术过程

08: 59入室, 入手术间, 予以心电监护, BP:110/72mmHg, P:60次/分。09: 10全麻给予芬太尼0.1mgiv, 环泊酚10mliv, 甲强龙40mgiv, 罗库溴铵40mgiv。09: 13行气管插管, 控制呼吸12次/分。09: 15体温监测。09: 18桡动脉穿刺。09: 20超声引导下竖脊肌神经阻滞。09: 35手术开始。10: 25患者突发哮喘, 气道痉挛, 压力

43mmhg, 心率减慢至40次/分, 随后心跳骤停, 立即覆盖切口, 给予持续胸外按压, 静脉注射50ug肾上腺素, 0.5mg阿托品, 吸入纯氧, 加深麻醉, 翻身后继续胸外心脏按压给予罗库溴铵40mg等。10: 30

静脉滴注氨茶碱, 甲强龙, 给予小剂量肾上腺素20ug分次静推, 心率恢复窦性, 气道压缓慢下降25mmhg, 循环稳定。10: 35异丙肾肾上腺素间断推注。10: 40改侧卧位继续手术缝合。

11: 10手术结束。12: 00出手术室。

## 3 护理配合

### 3.1 发生呼吸心跳骤停如何处理?

早期识别, 同时启动应急反应系统。尽早进行心肺复苏, 着重于胸外按压; 按压部位: 两乳连线的中央胸骨处; 以100-120次/分速度按压; 按压深度之时5cm, 不应超过6cm; 每次按压后保证胸廓完全回弹; 尽可能减少按压中断, 中断时间不超过10s。在准备除颤仪的同时, 一直CPR, 避免按压中断; 尽量缩短从最后一次按压到电击之间的时间。正确放置电极板位置: A(Apex)电极板放在左乳头外下方或左腋前线第五肋间(心尖部), S(Sternum)电极板放在右锁骨下方或2-3肋间(心底部)。遵医嘱成人选择双向波120-200J, 确定非同步, 电极板要与皮肤充分接触, 勿留缝隙; 均匀涂抹导电胶, 防止灼伤患者; 放电时, 周围人员勿接触手术床、患者, 撤除手术台上器械; 其后要继续胸外按压。遵医嘱使用药物; 口头医嘱复述一遍, 确认无误后再执行, 保留空瓶, 密切观察生命体征, 核对据实6小时内补记录。注意保暖, 做好低温脑保护。

### 3.2 如何做好避免手术切口污染, 预防感染?

术中严格执行无菌技术操作, 保持无菌物品的无菌状态。抢救时洗手护士及时撤离台上器械。无菌敷贴覆盖切口, 无菌单加盖切口。抢救成功, 再次严格外科手消毒, 切口消毒, 重新铺单。抗生素术前半小时到一小时使用抗生素, 手术如果超过3小时追加抗生素。

### 3.3 如何做好转运交接?

转运前提前通知目的地做好接收准备, 告知大概需要准备用物。用物准备: 监护仪、简易呼吸囊、氧气瓶、病例、影像学资料等。药物准备: 肾上腺素、氨茶碱等。人员准备: 医生、麻醉医生、巡回护士(复苏室护士)、工勤人员。运输途中平卧位或床头抬高, 头偏向一侧途中观察病人生命体征, 瞳孔面色等, 确保各种管路通畅在位。病人生命体征均平稳再行转运; 转运前快速详细地进行转运风险的评估, 预先做好防范准备; 检查并妥善固定导线, 引流管, 保持静脉通路通畅; 选用便携式氧气瓶供氧, 准备简易呼吸囊、监护仪; 携带好急救药物, 人员共同转运; 拉好床栏, 保证安全; 麻醉医生、巡回护士始终站在病人头端两侧, 严密观察病人生命体征; 保持推车平稳, 避免大幅度摇摆和碰撞; 到地点立即接呼吸机, 监测生命体征, 做好与目的地交接工作, 介绍术中情况, 转运途中情况, 查看管道、皮肤、病例、影像片等物品, 交接单上双签名, 带齐用物后离开。采用SBAR交班模式, 减少因重要信息遗漏所导致的不良事件, 保证患者安全。SBAR交班模式是世界卫生组织及澳大利亚安全的质量卫生保健委员会所推荐的一种易于记忆的标准化沟通模式, 包括S(situation 状态), B (background, 背景), A (assessment, 评估), R (recommendation, 建议)<sup>[2]</sup>。

### 3.4 做好皮肤管理

术前患者过床时采取提式床单移动病人, 并轻放。保持床单, 衣服干燥, 平整, 无皱褶, 以减少摩擦力和剪切力。在患者有受压着力点的部位涂抹防压油。用眼贴保护眼睛, 让眼睑闭合。用O型棉圈保护头部皮肤, 保证眼眶, 鼻, 唇等未受压。在弓型体位垫上垫硅胶, 保持胸腹部悬空, 保护隐私, 避免受压。必要时局部按摩, 做好体位的观察与护理。安全稳固患者, 保持患者肢体处于功能位, 良好的暴露术野, 肢体未接触金属, 各管道、电极线未受压。体位摆放好从头到尾检查一遍, 保护好患者皮肤。

### 3.5 体温保护

实施围术期体温护理干预。术前: 手术室室温设定22~24摄氏度, 湿度50%~60%, 在适宜的温度下完成心电图监护, 皮肤穿刺, 麻醉诱导等操作。手术床提前铺好保护毯, 用充气式加温仪进行床上预保温。手术期间做好体温监测。术前一天将术中冲洗液放入温箱中预保温至38摄氏度。双上肢用护臂套保护, 对于术中裸露部位加盖单子。

### 3.6 心理护理

术前一天访视患者, 评估患者身体、心理状况等做好健康宣教, 讲解术前术中术后注意事项。耐心回答病人及家属的提问, 消除紧张、恐惧的心理。护理人员详细介绍支气管哮喘及手术的相关知识, 针对患者的接收程度通过视频、图片等方式采用通俗易懂的语言进行讲解。与家属进行积极沟通, 告知家属支持的重要性。患者到手术间微笑对待患者, 态度诚恳, 让患者感受到亲切的感觉。放轻音乐, 缓解患者紧张情绪。保持室内环境干净整洁。及时了解患者心理状态, 给予心理护理, 有效缓解其紧张情绪<sup>[3]</sup>。

## 4 讨论

### 4.1 原因分析: 痰堵塞, 药物影响, 寒冷刺激, 尿路感染。

处理: 保持呼吸道通畅, 避免使用诱发支气管发作的药物, 做好病人保暖工作, 补液, 抗生素使用等。

### 4.2 预防

术前做好访视工作, 做好患者健康宣教。术前哮喘症状要得到良好控制, 戒烟。不要有上呼吸道感染, 如患者有细菌或病毒感染治疗好了再手术。携带支气管发作的药物, 防止发作时候能及时使用。调节室温等保温措施, 做好病人保暖工作。保持室内空气清洁, 减少人员走动, 防止尘埃引起哮喘发作。避免过敏原刺激。做好心理护理, 消除紧张, 恐惧, 抑郁等情绪。提醒麻醉师做好麻醉操作。如浅麻醉下气管插管、拔管及吸痰刺激气管黏膜, 气管插管过深刺激气管隆突等均可使神经节后胆碱能神经纤维释放乙酰胆碱, 成为支气管痉挛的重要诱发因素。

### 4.3 加强培训, 提高抢救配合能力。

建立抢救病人风险管理组。巡回护士及时汇报护士长, 科主任, 增派人员分工协作。护士组: 洗手巡回为清点记录组。护士汇报上级。护士组: 增援护士1为输液输血组。护士组: 增援护士2为抢救记录组, 仪器物品组。麻醉医生汇报上级, 麻醉组1: 管理气道, 观察生命体征。麻醉组2:

抽吸药物,做血气分析。麻醉组3: CPR,电除颤。医生1:  
保护切口

医生2:及时与家属沟通,签字。制定专属的护理措施,  
可以快速有效纠正患者休克,保障患者安全,提高医生满意度。

**参考文献:**

[1]WANG C,XU J Y,YANG L,et al.Prevalence and risk  
factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the  
China Pulmonary Health[CPH]study):a national cross-sectional

study[J].Lancet,2018,391 ( 10131 ) : 1706-1717.DOI:  
10.1016/S0140-6736 ( 18 ) 30841-9.

[2]邓珊,周利军,黄金,朱进.麻醉术后复苏室护士  
交接模式的研究进展[J].中国临床护理,2022,14(5):  
320-323.

[3]张春燕,叶色对,梁洁琼.强化心理干预对行辅助  
生殖技术治疗不孕患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28  
(10):150-151.