

小儿喉罩全麻术后复苏期的观察及护理

覃春艳 覃再玲 韦柳萍

广西河池市第三人民医院 广西河池 547000

摘要:目的 探讨喉罩麻醉下患儿麻醉恢复期的观察要点及护理方法,减少术后并发症,提高患儿生命安全。方法 对 160 例小儿喉罩全麻术后在复苏室等待苏醒的患儿,采用密切观察病情、加强呼吸道管理、掌握拔除喉罩时机及并发症护理等措施。结果 160 例患儿麻醉安全度过麻醉恢复期,顺利返回病房。结论 对患儿进行密切病情观察、加强对呼吸道的管理及掌握拔除喉罩时机,可以提高拔除喉罩时的安全,减少并发症。

关键词:小儿喉罩麻醉;复苏期;护理;观察

全麻患儿从手术结束至完全清醒的一段时间为麻醉复苏期。由于麻醉期间患儿的呼吸、循环及代谢功能均受到一定程度的影响,加之术后麻醉药物未能完全排出,各种保护性反射机能尚未恢复,给喉罩全麻患儿带来各种气道并发症^[1]。因此,此期间护理人员应给予密切的观察和护理,减少麻醉并发症的发生。现将我院复苏室对小儿喉罩麻醉术后复苏的观察和护理经验分享如下。

1 临床资料

选取 2018 年 3 月—2019 年 12 月我院麻醉复苏室收治的喉罩麻醉术后患儿 160 例,其中男 90 例,女 70 例;年龄 8 个月~12 岁;均采用三代喉罩全麻插管,术前均无呼吸道感染,肝肾、心功能均无异常,符合外科手术指征且无喉罩麻醉相关禁忌证。在手术结束后送入麻醉复苏室,停留时间为 50 min~120 min,平均停留 (50.2±10.8) min;发生呼吸道梗阻 2 例,寒战 7 例,谵妄/躁动 5 例,苏醒延迟 2 例,经对症处理均无严重后果发生,安全返回病房。

2 护理措施

2.1 一般护理 复苏室护士常规检查麻醉呼吸机、呼吸囊、面罩及吸氧装置、负压吸引装置等抢救仪器是否处于备用状态,急救药品包括拮抗药、镇痛镇静药、抢救药是否齐全,保暖设备是否运行正常等。患儿入室后妥善安置于复苏床上,连接多功能监护仪,给予合适的体位;上床栏,必要时约束四肢,固定好气管导管和各种引流管,保持呼吸道通畅。与麻醉医生及手术室护士核对姓名、床号无误后,详细交接患儿,了解患儿麻醉方式、术中用药及患儿的病情。

2.2 密切观察病情 监测患儿的生命体征、意识、瞳孔及咳嗽、吞咽等反射情况外,重点观察患儿喉罩的位置,防止喉罩意外脱出致呼吸道梗阻;适当的约束患儿,防止在苏醒过程喉罩非计划拔出;约束期间注意观察患儿的口咽分泌物、受压部位的皮肤情况,同时注意四肢肌力及末梢血液循环的恢复情况;患儿清醒后需观察四肢活动情况,评估其定向力和判断力。

2.3 掌握喉罩拔管的最佳时机 (1) 拔出喉罩的临床指征为:意识完全恢复,能对指令有效反应;生命体征平稳;PaO₂>80 mm Hg,血氧达到 95%以上;自主呼吸恢复,R 频率<30 次/min,且节律正常;吞咽反射恢复、喉罩通气罩张力增高;肢体自主运动恢复等;(2) 防止过早拔管因气道松弛

导致气道梗阻,过晚拔出则易导致患儿恶心、呛咳;介于清醒与非清醒之间拔出则易发生喉痉挛;患儿吞咽反射完全恢复时,也会造成喉罩脱出;(3) 拔管前,床旁备好急救物品,将气管及口腔内的分泌物吸净,吸纯氧 2 分钟,然后将吸痰管插至气管导管底部边吸痰边拔管,导管拔除后立即给面罩高浓度吸氧,并注意生命体征及意识,各种反射正常恢复后,即可将患儿送回病房。

2.4 拔管后护理:当患儿神智完全清醒,咳嗽和吞咽反射均恢复正常,各项生命体征平稳时,即可考虑拔管。拔管时要将患儿的呼吸道及口腔内的分泌物清理干净,拔管后面罩吸氧 20 分钟,如无异常情况发生,方可离开复苏室返护送回普通病房。

2.5 拔管后呼吸道管理 由于复苏期患儿常出现分泌物过多引起呼吸道堵塞现象,轻者出现鼾声或痰鸣声,情况严重者不能自主呼吸,此时要及时将痰液吸出,将患者后背稍稍垫高,头偏向一侧,保证患者呼吸顺畅,以免出现生命危险。如出现严重喉痉挛的患者,必要时立即给予短效肌松剂来缓解,并重新进行气管内插管。

2.6 加强安全护理 由于小儿的体温调节中枢神经系统还不发育正常,加之手术中麻醉剂对中枢神经的阻滞,体温极易受手术室的温度变化而发生波动,常常出现低体温的现象,所以全麻复苏期要做好保暖工作,可用温热毛毯覆盖患儿身体,棉布包住四肢,室内温度应控制在 24~26℃,湿度 55%~65%。此外,有的患儿有可能出现幻觉、意识模糊及躁动不安等症状,这时要有专人陪护,防止患者挣扎坠床或者导管脱落引起伤口撕裂、出血等意外情况发生,对于个别极度烦躁的患儿可以给予一定的镇静剂。

2.7 并发症的观察及护理

2.7.1 呼吸道梗阻 由于麻醉药物的残余作用,部分患儿仍处于嗜睡状态,因而易发生后坠。因此拔管后,床边备好肩垫、简易呼吸囊、口咽通气管等以备二次插管用。当出现通气障碍血氧下降时,立即抬下颌,在肩胛下垫肩垫,放置口咽或鼻咽通气道,提高氧流量,用面罩通气等措施,同时应用地塞米松等药物,必要时协助医生再次插管。本组病例发生呼吸道梗阻 2 例,均为舌根后坠引起,经采取措施后无严重后果发生。

2.7.2 寒战 麻醉术后寒战发生有多种因素,其中机体

为对抗体温下降而产生的应激性反应是其中主要机制之一。由于小儿体表面积相对较大, 体温调节中枢发育还未健全, 易发生术后寒战。因此, 除了术前术中给患儿采取保温措施外, 进入复苏室后更应注意给予保暖, 可适当调高室温并给予盖被。本组患儿发生寒战 7 例, 经给予保暖措施后很快缓解。

2.7.3 谵妄/ 躁动 全麻术后谵妄是指患儿对周围环境感知能力异常, 伴有注意力及定向力改变; 躁动是指患儿情绪激动, 同时伴有不能控制的肢体动作, 其实这两者都是程度不同的意识障碍表现, 与患儿手术、麻醉及自身因素有关。因此, 复苏时, 护士应做好各种引流管、静脉通路等的护理。本组患儿发生躁动/ 谵妄 5 例, 经有效的镇痛镇静及心理疏导后, 未发生坠床、意外拔管等并发症发生。

2.7.4 疼痛 影响患儿术后疼痛的原因有手术部位、麻醉方式、年龄、心理因素及镇痛方式等, 因而要正确评估患儿是否需要镇痛, 可以在苏醒前先适当的镇痛, 提前进行疼痛干预。在苏醒后, 按照视觉模拟评分法正确评估患儿的疼痛分值, 遵医嘱给予镇痛, 同时给予安抚患儿, 采用互动游戏等方式转移注意力。有研究指出, 亲情陪伴可最大限度减少患儿疼痛, 也可最大程度减轻患儿害怕恐惧的心理, 因而能降低疼痛引起的躁动。本组患儿均有不同程度的疼痛, 经与家属有效沟通并予抚触护理、环抱护理后, 均缓解。

2.7.5 苏醒延迟 全麻结束后超过 90 min 对刺激仍无反应, 即认为是苏醒延迟。此时可通过生命体征的观察以及各种反射来判定患儿的麻醉深度。护理上应加强对患儿生命体征的监测, 积极配合医生进行通气及氧合评估, 给患儿保暖, 做好呼吸道管理; 同时安慰患儿家长, 缓解其紧张焦虑情绪。本组发生苏醒延迟 2 例, 由于生命体征平稳, 经观察 2 h 完全清醒后回病房。

3 结果

本次研究的 160 例患者中, 发生呼吸道梗阻 2 例

(1.25%), 寒战 7 例 (4.37%), 谵妄/ 躁动 5 例 (3.12%), 苏醒延迟 2 例 (1.25%), 呕吐 6 例 (3.75%), 经对症处理均无严重后果发生, 安全返回病房。

4 讨论

麻醉复苏是对全麻患者术后进入病房前恢复阶段的观察, 主要是继续监测患者的生命体征, 对出现的意外进行紧急处理, 待患者苏醒或恢复到一定程度后, 方可送回病房^[2]。小儿由于年龄及生理结构的特殊性, 在全麻手术后容易出现哭闹、误吸、呕吐或呼吸道梗阻甚至窒息的情况, 所以复苏室护士必须具备有高度的责任心及专业的临床护理经验, 对复苏室的小儿进行严密精心的护理, 如出现并发症, 要立刻处理并报告医生。本次研究 160 例患儿, 插管全麻手术后在复苏室均由专业的护士及麻醉师看护, 严密观察患儿的心电图、血压、脉搏、血氧饱和度、自主呼吸以及呼吸频率等情况。麻醉复苏期间, 有 2 例患儿出现喉痉挛导致呼吸道梗阻, 7 例出现寒战, 6 例出现呕吐, 5 例出现躁动, 2 例苏醒延迟, 其余患儿生命体征稳定, 无意外情况发生。患儿出现症状后, 医护人员立即将患儿调整到合适的卧位, 吸氧并采取相应的治疗措施, 最终这些症状得到控制, 成功度过危险期, 说明护理人员通过在麻醉复苏期对患儿的病情严密观察和精心护理, 为术后患儿全麻复苏成功提供了保障。

总之, 麻醉复苏期护理是围术期护理的重要环节之一。我科在小儿喉罩全麻后予密切的观察及精心护理, 通过进行有效评估、严密的监护、呼吸道管理、准确掌握拔出喉罩时机等各种措施后, 有效预防了小儿喉罩全麻复苏的各种并发症的发生。

参考文献

- [1] 黄丽, 韩丽. 130 例麻醉复苏室患者的护理分析 [J]. 国际医药卫生导报, 2017, 23(2): 260-262.
- [2] 许桃红. 麻醉恢复室患儿发生躁动的原因及护理 [J]. 当代护士, 2016, 23(2): 53-55.