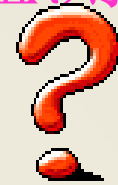


为什么麻醉恢复期病人需要专业化监测及护理



- 完成手术后，并不确保病人能从麻醉和手术中顺利而平安的复苏过来
- 大约**20%**与麻醉相关的意外死亡发生与手术后的 30 分钟内（黄婉慧，香港玛丽医院手术室）
- 术后24小时内出现死亡的病例，若通过严密监测，有**50%**可以避免（庄心良，现代麻醉学）



麻醉的几种基本类型

麻醉

全身麻醉

吸入全身麻醉
静脉全身麻醉
静吸复合麻醉

椎管内麻醉

蛛网膜下腔阻滞
硬脊膜外腔阻滞

局部麻醉

表面麻醉
局部浸润麻醉
区域阻滞
神经阻滞

联合麻醉





哪些麻醉后病人需要专业监测

- 全身麻醉后未清醒或未完全清醒者
- 局部麻醉及椎管内麻醉术后需进行监测的指征有：
 - ❖ 深度镇静
 - ❖ 发生并发症如局麻药中毒、气胸、麻醉平面过广影响呼吸循环
 - ❖ 手术需要





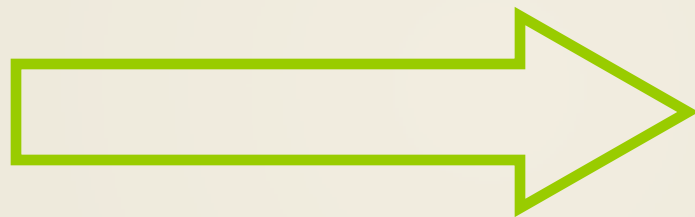
对护理人员的专业素质有何要求

- 能够为病人顺利的恢复意识和体温提供一个较安全的环境
- 具有相关知识和技能
- 基本麻醉知识；
- 麻醉性药物、镇痛镇静药物及急救复苏药物常识；
- 拔管指征和时机；
- 开放气道、控制气道、气管插管、心肺复苏
- 各种呼吸机、监测仪的使用，并能判定各种指标的
临床意义
- 能够为手术后的病人进行危险指数评价，
预测并及时避免麻醉和手术的并发症
- 训练有素、反应敏捷、观察仔细



提供麻醉后监测及护理的场所

麻醉后病人



综合ICU

SICU

PACU

BICU

NICU

CSCU

RICU

病房



复苏物品配备

▶ 床单元基本配置

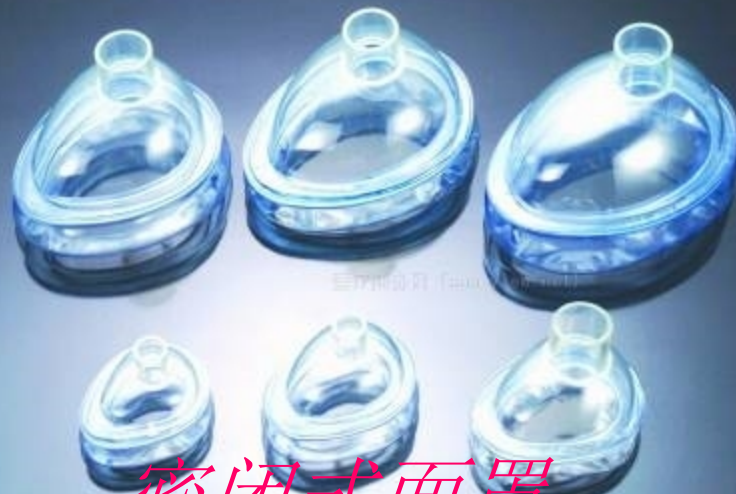
- ❖ 给氧装置：两套
- ❖ 吸引装置：两套
- ❖ 监护仪
- ❖ 多功能呼吸机
- ❖ 输液装置
- ❖ 多功能电插座
- ❖ 床头用物柜



复苏物品配备



简易呼吸器



密闭式面罩



氧气面罩或鼻导管



通气道



复苏物品配备



开口器



C09-171



C06-164



C06-165

舌钳

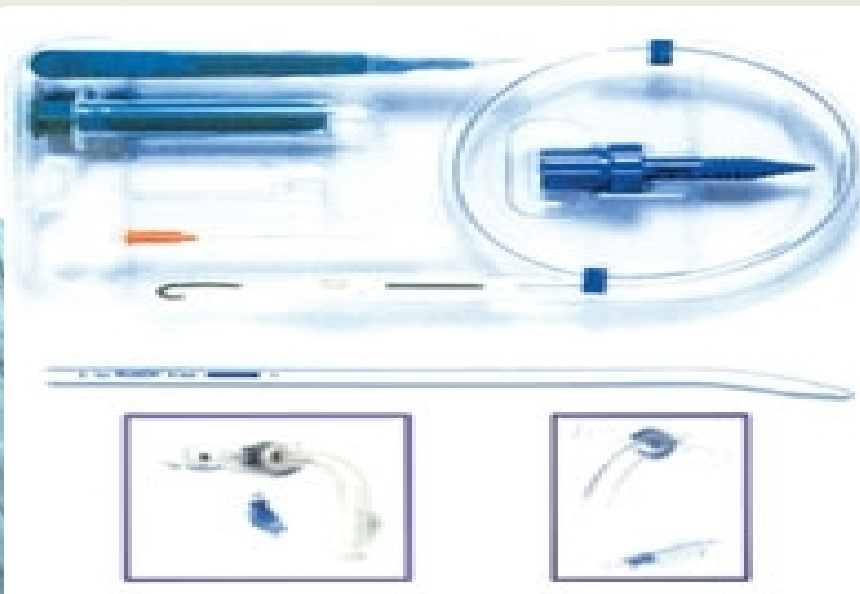


急救车



除颤器

复苏物品配备



气管切开用物



药品配备

常用药

- ❖ 升压药、降压药
- ❖ 抗心律失常药、强心药
- ❖ 抗胆碱药、抗胆碱酯酶药
- ❖ 利尿脱水药
- ❖ 中枢神经系统兴奋药、平喘药
- ❖ 镇静、镇痛及拮抗药
- ❖ 肌肉松弛药 (*ICU、PACU*)
- ❖ 凝血药、抗凝药
- ❖ 激素、抗组胺药
- 静脉补液所需物品



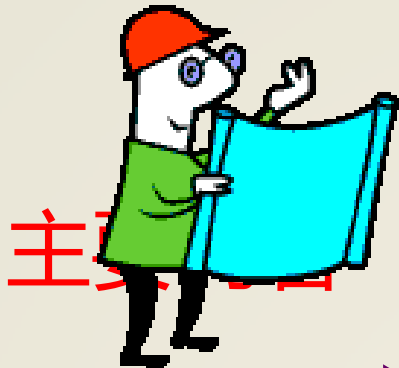
护理人员的主要任务

- 确保麻醉后有效复苏的一切准备工作到位
- 接收和转出病人
- 严密监测生命体征
- 协助医师进行复苏工作，完成治疗任务
- 对病人进行评估
- 提供合适的护理
- 处理病人常见问题
- 处理紧急情况如急性呼吸危象、心跳骤停
- 与医生、病人、病人家属进行沟通
- 确保病人安全，防止意外
- 完成文书记录

准备充分、观察严密、汇报及处理及时



全麻术后护理



病人的转送
病人的交接
监测重点
病人体位
病人安全
判断有无出血
麻醉恢复评分





病人的转送

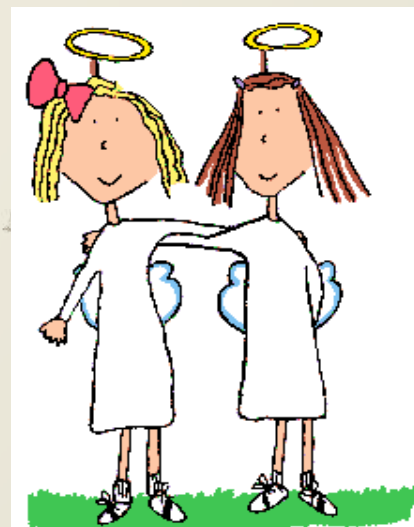
- 在麻醉医师的直接监视下从手术室转送
- 使用可调床头高低的平车，确保车边的护栏升起
- 全麻未醒者，应在人工呼吸状态下转送
- 心脏及大手术、危重病人应在吸入纯氧及循环、呼吸等生命体征监测下转送
- 一般病人的转送，可在自主呼吸空气状态下转送
- 注意有无呼吸道梗阻
- 途中密切观察病情，防止躁动、导管脱出
- 尽量减少病人的搬动
- 注意保暖



病人的交接

值班护士立即接收患者，连接呼吸机、监护设备，测量血压、脉搏、呼吸、脉氧饱和度，并向麻醉医生问清有关病情，严格交接班：

- ❖ 一般情况
- ❖ 所用药物种类、剂量和应用方法
- ❖ 手术中出入量
- ❖ 各种导管
- ❖ 皮肤情况
- ❖ 病人随身携带物品



监测重点

- 首先保证气道通畅，有合适的通气量
- 维持心血管功能的稳定
- 监测生命体征，促进意识的恢复
- 疼痛的评估
- 恢复体温调节功能



呼吸的监测

- 观察呼吸次数及胸腹部呼吸动度，以判断吸呼比、呼吸深浅是否合适，有无三凹征表现
- 脉氧饱和度是否正常
- 拔管后常规面罩或鼻导管给氧，每分 3 - 4 升
- 对咽部分泌物咯出困难者，可从口腔或气道施行吸引
- 麻醉完全清醒后协助病人翻身拍背咳痰，鼓励病人作深呼吸及有效咳嗽



如何正确有效的吸痰



- 吸痰管口径的选择要适当，一般为气管导管直径的 $1/3-1/2$ ，不能大于 $1/2$ ，有呼吸机的病人最好使用密闭式吸痰管。
- 吸痰过程中若患者咳嗽，可暂停操作，待病人将深部的痰咳出后再行吸引
- 吸痰不必过深至支气管处，否则易堵塞呼吸道
- 吸痰过程少于 $10-15$ 秒
- 吸痰前最好给患者吸入 100% 纯氧2分钟





怎样指导病人做深呼吸

- ▶ 某些病人将“**深呼吸**”理解为急促的呼吸
- ▶ 病人在紧张、恐惧、不安时，即使平日了解“**深呼吸**”的含义，也可能忘记如何去做
- ▶ 比较有效的方法是让病人随护士一起做，先紧闭口唇，用鼻用力吸气，然后张口，缓慢吐气
- ▶ 吸气时，护士或病人自己用手压住病人腹部，会更有效



循环的监测

- 根据BP、CVP判断循环血量、心功能改变
- 脉搏、心率，包括强弱及有无受呼吸及体位的影响
- 心电图监护：鉴别心律紊乱和诊断心肌缺血
- 末梢循环：压甲床—苍白—放松—再灌注红润，1秒内为正常
- 尿量 $>1\text{ml}/\text{kg}/\text{h}$ 或 $>50\text{ml}/\text{h}$



中枢神经系统监测

➤ 判断意识恢复阶段，帮助病人顺利渡过意识上的恢复期（告诉病人手术已经结束、他/她所在的地方、现在的时间、你的身份等等）

f 观察瞳孔大小、对光反射

➤ 疼痛的感知



疼痛的评估

视觉模拟评分法 (VAS)

最剧烈疼痛

无痛
口诉言词评分法 (VDS)

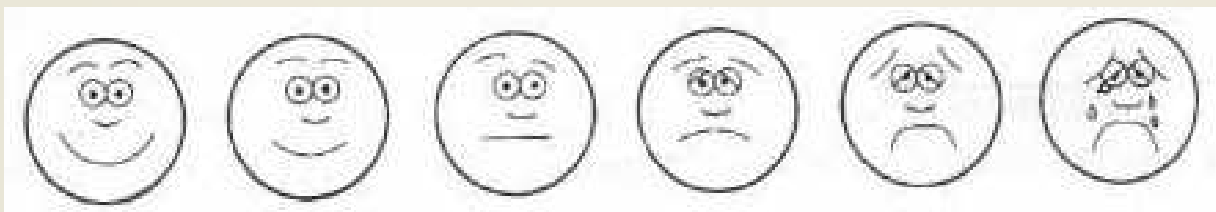
无痛 轻微疼痛 中度疼痛 剧烈疼痛

数字测量评分法 (NRS)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

无痛 剧烈疼痛

根据表情测量评分



体温的监测

- 有条件应连续监测鼻温或肛温
- 低温病人应常规吸氧，静脉输液/输血加温
- 保暖可通过变温毯和房间温度提高来实现
- 高热有潜在危险的病人（*幼儿、呼吸心脏储备功能降低的病人*）及时对症治疗



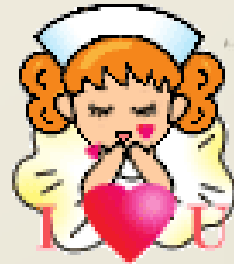
病人体位

- 未拔管病人取颈伸仰卧位，小儿及颈粗短者常规垫肩
- 已拔管未清醒病人去枕平卧头偏向一侧或侧卧
- 已清醒病人，若病情允许，可取半卧位



病人的安全

- 在病人的搬动过程中平车的刹车必须放下
- 确保车边和床旁的护栏升起
- 适当约束病人
- 确保各种管道及伤口敷料妥善固定，处于病人不易抓脱的位置



判断有无出血

- 注意血压和心律变化
- 注意观察引流管是否通畅、有无移位、打折、脱出
- 注意观察引流液的颜色、性状、量
- 口鼻腔手术，注意吸引液颜色、性状、量
- 注意观察敷料的颜色



注意：由于各种刺激，患者血压有可能维持在一个看起来“正常”范围

麻醉后恢复评分 (Aldret)

观察指标	评分		
	0	1	2
肌力	无肌体活动	能活动二个肢体, 有限抬头	能活动四肢与抬 头
呼吸	需辅助呼吸	能保持呼吸道通 畅	正常呼吸与咳嗽
循环 (mmHg) 与术前BP相比	$\geq \pm 50$	$\pm 20 \sim 50$	± 20
SpO ₂	辅助吸氧下 <92%	辅助吸氧下 >92%	吸空气下 >92%
神志	无任何反应	嗜睡, 但对刺激 有反应	清醒

总分 ≥ 9 分





麻醉恢复期并发症 及 护理对策

西南医院前区广场夜景



麻醉恢复期常见并发症

➤ 呼吸道并发症

❖ 呼吸道梗阻

❖ 低氧血症

❖ 低肺泡通气

➤ 循环系统并发症

❖ 高血压

❖ 低血压

❖ 心律失常

➤ 麻醉恢复延迟

➤ 术后谵妄

➤ 术后疼痛

➤ 恶心、呕吐、反流和误吸

➤ 体温异常、寒战



呼吸道并发症

舌后坠

➤ 原因

全麻和/或神经肌肉阻滞恢复不完全，气道本身和外部肌肉张力降低和不协调引起

➤ 临床表现

- ❖ 不全梗阻有呼吸困难, 并有鼾声
- ❖ 完全梗阻出现鼻翼煽动和三凹征



呼吸道并发症

喉痉挛



原因

多发生于术前有上呼吸道感染、长期大量吸烟患者、小儿

这类病人 气道应激性高，咽喉部充血，在麻醉变浅时，
分泌物过多刺激声门引起

喉痉挛

吸痰或放置口咽通气道可诱发

处理

使头后仰，去除口咽部放置物，利用麻醉机/呼吸机面罩加压
给予纯氧，若不能缓解，立即快速静脉内注射去极化肌松药，



呼吸道并发症

气道水肿



原因

- ❖ 头颈、口腔、下颌和口底手术
- ❖ 长时间手术，补液不当，过敏反应，头低位时间过长
- ❖ 支气管镜、食管镜检查
- ❖ 反复试插管导致咽喉及气管周围软组织水肿

处理

- ❖ 症状轻者麻醉机/呼吸机面罩加压纯氧吸入，雾化吸入，静脉内注射地塞米松
- ❖ 若经处理梗阻症状不能缓解或喉头水肿严重者，需紧急气管切开



呼吸道并发症

低氧血症 - 原因

动脉氧分压 $<60\text{mmHg}$ 即可诊断为术后低氧血症。丹麦医疗机构的最新资料提示，术后**55%**病人出现一次或多次 $\text{SpO}_2 < 90\%$ ，这些病人都有吸氧。而低氧状态的发生阶段**94%**常被医护人员忽视

- 吸入氧浓度过低
- 低通气量呼吸：术毕低通气以恢复动脉血中正常 CO_2 分压
- 麻醉药物的作用，抑制了缺氧和高二氧化碳的呼吸驱动
- 术后肺不张、气胸、误吸



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/617063151115006062>