

全身麻醉下手术治疗的伴鼾症患者 术后麻醉复苏期间的观察及护理

洪 姝¹, 王 晶²

(复旦大学附属华山医院, 1. 麻醉科; 2. 监护室, 上海, 200237)

摘 要: **目的** 探讨全身麻醉下行手术治疗的伴鼾症患者术后麻醉恢复期间的病情观察及护理措施。**方法** 选取 78 例接受全身麻醉下手术治疗的伴鼾症患者作为研究对象, 术后转入麻醉后监测治疗室, 在麻醉复苏期间观察其临床症状并采取相应护理措施。**结果** 78 例患者中, 29 例(37.18%)出现低氧血症、10 例(12.82%)发生呼吸抑制、9 例(11.54%)发生高血压、6 例(7.70%)发生低血压、3 例(3.85%)出现心律失常、8 例(10.26%)发生低体温。**结论** 在全身麻醉下行手术治疗的伴鼾症患者术后麻醉复苏期间进行病情观察及护理, 能够有效预防或及时处理并发症。

关键词: 全身麻醉; 鼾症; 麻醉恢复期; 护理

中图分类号: R 473.6 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)14-110-03 DOI: 10.7619/jcmp.201714033

Observation and nursing of anesthesia recovery for snoring patients under general anesthesia

HONG Shu¹, WANG Jing²

(1. Anesthesia Department; 2. Guardianship Room, Huashan Hospital Affiliated to
Fudan University, Shanghai, 200237)

ABSTRACT: Objective To investigate nursing of anesthesia recovery for snoring patients under general anesthesia. **Methods** A total of 78 snoring patients under general anesthesia were selected as the research objects, and were transferred into guardianship room, the clinical symptoms in the anesthesia recovery period were observed, and corresponding nursing measures was taken. **Results** In 78 cases, there were 29 (37.18%) with hypoxemia, 10 (12.82%) with respiratory depression, 9 (11.54%) with hypertension, 6 (7.70%) with hypotension, 3 (3.85%) with arrhythmia, 8 (10.26%) with low temperature. **Conclusion** Observation and nursing during the recovery of general anesthesia can effectively prevent complications.

KEY WORDS: general anesthesia; snoring; recovery period of anesthesia; nursing

鼾症, 俗称打呼噜, 常发生于夜间, 是一种常见的异常睡眠现象, 会对呼吸、循环及神经系统造成较大危害, 可诱发高血压、心绞痛、心率失常等多种疾病^[1]。因鼾症就诊的患者中, 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 (OSA) 患者的比例最高, 且中重度患者较多, 鼾症是 OSA 患者的临床症状之一^[2]。鼾症病因主要与鼻、咽、喉等部位出现异常引起的上呼吸道阻塞及呼吸中枢反应能力下降有关, 咽部肥厚导致气道狭窄是鼾症发生的主要原因^[3]。临床上, 许多外科手术患者伴有打鼾症

状, 在全麻手术治疗后的麻醉复苏期间对患者进行病情观察及护理尤为重要, 因为麻醉复苏期间患者未完全恢复自身保护性反射功能, 机体还残留部分麻醉性药物, 通常会发生意识不清等现象, 可对生命安全造成极大威胁^[4]。本研究回顾了 2016 年 1—12 月本院收治的 78 例全身麻醉下行手术治疗的伴鼾症患者的临床资料, 旨在分析麻醉恢复期的观察及护理对于并发症的影响, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组研究对象共 78 例,其中男 51 例,女 27 例,年龄 36 ~ 75 岁,平均 (48.29 ± 10.56) 岁;所有患者符合鼾症的临床诊断标准,将每日打鼾和每周 4 ~ 5 次打鼾的症状定义为习惯性打鼾,即鼾症^[5]。所有患者均在全麻状态下施行外科手术,手术后患者均转入本院麻醉后监测治疗室(PACU)。

1.2 麻醉恢复期的观察及护理

1.2.1 呼吸系统:观察指标包括呼吸频率、节律、幅度,血氧饱和度($<90\%$ 为低氧血症),是否气管内插管,是否发生喉头水肿或喉痉挛,是否发生误吸及舌后坠。麻醉复苏期间呼吸系统常见并发症包括呼吸抑制和低氧血症,是导致患者死亡的原因之一。患者主要伴有口唇发绀、呼吸困难、心动过速、血压升高等表现,以及当停掉氧气吸入时,血氧饱和度 $<90\%$,即可诊断为低氧血症^[6]。鼾症患者由于特殊的睡眠形态,本身极易出现短暂的呼吸暂停,因此麻醉恢复期间的观察及护理尤为重要^[1]。一旦发生呼吸抑制及低氧血症,应立即给予氧气吸入,并配合面罩加压给氧,监测血氧饱和度,同时配合医生进行紧急救治,如缺氧状况没有缓解应及时行气管内插管,必要时连接呼吸机辅助呼吸。① 气管插管的护理。若患者携带气管插管送入 PACU,立即遵医嘱给予呼吸机辅助呼吸,密切观察潮气量和呼吸频率的变化。当患者苏醒后各项指标趋于稳定时,结合实际情况拔除气管内插管。拔管前,清除患者口咽部的分泌物,防止误吸造成更严重的呼吸抑制。同时,拔管宜缓慢,动作要轻柔,以免对呼吸道造成刺激而引起血压增高。对拔管后患者给予低流量氧气吸入,保持血氧饱和度在 95% 以上。② 喉头水肿或喉痉挛。气管内插管、手术刺激喉头能够导致机体应激性发生喉头水肿,应立即遵医嘱注射地塞米松,对出现低氧血症的患者,及时应用面罩加压给氧。喉痉挛是一种防御反射,缺氧或二氧化碳潴留均可导致咽喉部应激性增加,从而诱发喉痉挛。针对该种情况,首先应消除诱发原因,包括吸除咽喉部异物、加压给氧以及遵医嘱进行对症药物治疗。③ 误吸。患者在气管内插管或拔管时,口咽部的分泌物容易吸入呼吸道导致误吸,另外昏迷及危重患者因反射功能低下也较容易发生

误吸,所以拔管前要充分吸净口腔及套管内分泌物,以防误吸。若患者出现恶心、呕吐症状,也能导致误吸,使呼吸道梗阻,抑制患者呼吸。发生误吸时,马上协助患者采取俯卧位,头偏向一侧,抠出呼吸道中呕吐物,并密切观察患者的血氧饱和度及呼吸功能,鼓励有效呼吸。若患者发生低氧血症导致呼吸受抑制,应立即提高氧流量,并配合医生妥善处理,如无改善应及时行气管内插管,并连接呼吸机辅助呼吸。④ 舌后坠。全身麻醉的情况下,患者可因肌肉松弛、舌根后坠而阻塞呼吸道。全麻患者容易在麻醉恢复期发生舌后坠现象,使得血氧饱和度持续降低,鼾症患者在正常睡眠时即可出现该现象,因此在麻醉恢复期预防舌后坠及对症护理尤为重要。针对麻醉恢复期的鼾症患者,应托起下颌,放入口咽导气管,护理时不仅要保持呼吸道畅通,还要保证头部处于合适位置,偏向一侧,必要时进行气管内插管。

1.2.2 循环系统:观察指标包括血压(低于术前血压的 25% 为低血压,高于术前血压的 25% 或血压 $>140/90$ mmHg 为高血压^[6])、心率(>100 次/min 为心动过速, <60 次/min 为心动过缓)。采用心电监护仪实时监测患者的生命体征,包括呼吸、血压、心率、脉搏及血氧饱和度等指标。① 高血压。血压过高会增大手术创面出血的风险,甚至引起脑出血,因此在麻醉复苏期间应密切监测血压情况。当患者血压过高时,应针对高血压原因进行对症治疗,如纠正低氧血症和高碳酸血症、止痛、降低颅内压等。通常血压升高不显著时,可不予处理,但应动态关注血压变化情况。但对合并冠心病、主动脉或脑血管瘤及颅内手术者,应遵医嘱立即给予药物降低血压。遵医嘱及时应用短效降压药,并严格监测患者血压变化。② 低血压。低血压常发生于麻醉过深、术中失血、严重缺氧、手术操作后,当收缩压下降超过原来血压水平的 30%,就会影响到组织血流灌注,发生脑灌注不足从而导致脑缺血,严重低血压可引起循环功能衰竭进而导致死亡,故应针对引起血压过低的病因进行对症治疗及护理,如通过补液纠正水和电解质紊乱、酸碱平衡失调以及补充血容量,给予氧气吸入纠正缺氧,必要时遵医嘱使用升压药。③ 心律失常。部分全身麻醉患者会在麻醉恢复期间出现不同种类的心律失常^[7],一旦发生,应及时评估是由何种原因导致,如冠心病、心肌炎、心力衰竭等,当患者出现伴呼吸困难、

口唇发绀等缺氧症状时,予 2~4 L/min 的氧气吸入。对心律失常严重的患者,应予持续心电监护,监测基础生命体征、心率、心电图、血氧饱和度的动态变化。遵医嘱给予抗心律失常药物对症治疗,常用药物包括艾司洛尔、维拉帕米、地高辛等。药物输注速度宜慢,一般 5~15 min 内输注结束,静脉输液时宜选用输液泵调节输液速度。注意用药前后及用药过程中患者心率、心电图的动态变化,从而判断药物作用。若患者出现猝死表现,如突然意识丧失、大动脉搏动消失、呼吸停止等,可危及生命,应立即建立静脉通路,备好抢救药品、除颤仪、临时起搏器等,协助医生抢救。

1.2.3 一般护理:包括体位护理及低温护理,根据患者手术及身体情况摆放合适体位。麻醉未清醒时,给予去枕平卧位 6 h,头偏向一侧,防止误吸。外科手术后,体温过低的状况时常出现,属于麻醉和外科手术后常见并发症,在手术患者中的发生率为 55%~70%^[8]。护理人员应动态监测麻醉恢复期患者的体温,出现低体温时,及时给予保暖增温措施,由于麻醉患者末梢神经感觉迟钝,对热不敏感,应防止灼伤患者皮肤。

2 结 果

本组 78 例患者中,有 29 例(37.18%)出现低氧血症、10 例(12.82%)发生呼吸抑制、9 例(11.54%)发生高血压、6 例(7.70%)发生低血压、3 例(3.85%)出现心律失常、8 例(10.26%)发生低体温。

3 讨 论

麻醉恢复期是患者疾病变化的高风险时期,该阶段受麻醉药物、外科手术、原有疾病等多种因素的影响,容易发生术后并发症,加强对麻醉恢复期患者的病情观察能够降低麻醉及手术导致的并发症发生率及病死率^[9]。伴有鼾症的患者表现为夜间睡觉时出现憋气、呼吸暂停现象,妨碍正常的气体交换,对心脑血管及神经系统均会造成一定影响^[1]。因此,对全麻手术后麻醉复苏期的鼾症患者进行必要的观察及护理,能够及时快速地解除呼吸暂停及呼吸抑制,降低麻醉后并发症的发生率。

医护人员应加强对麻醉复苏期的伴鼾症患者的呼吸道管理,包括以心电监护仪对呼吸频率、血氧饱和度

进行动态监测,以及护士直接观察患者的呼吸节律、幅度及黏膜、皮肤颜色,保持呼吸道通畅,及时清除患者口腔内的分泌物或呕吐物,防止误吸,必要时进行气管内插管连接呼吸机辅助呼吸。另一方面,医护人员也要加强循环系统并发症的管理。相关研究^[10]显示,由于鼾症患者长期伴随低氧高碳酸血症的发生,合并心脏病、糖尿病、高血压的比例较高,应加强对此人群的重视程度,密切观察心电图、血压、心率、尿量等重要循环指标,对出现临床症状的患者,遵医嘱进行药物治疗时,应充分掌握输液速度,发现问题,及时处理。

综上所述,对于全身麻醉手术治疗后的伴鼾症患者,应注重麻醉复苏期的观察及护理,以便有效预防或及时解除并发症的发生。

参考文献

- [1] 陈丹,周蓝飞,谢强. 吁江谢氏喉科针刀刺营微创疗法治疗肥厚性咽炎伴鼾症 40 例[J]. 江西中医药, 2014, 45(10): 24-26.
- [2] Shao C, Jiang J B, Wu H C, et al. Clinical assessment and polysomnographic study of sleep apnea in a Chinese population of snorers[J]. Journal of Zhejiang University-Science B (Biomedicine & Biotechnology), 2015, 16(3): 215-223.
- [3] 林其昌,黄建钊,丁海波,等. 福州市区老年人阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征流行病学调查[J]. 中华老年医学杂志, 2010, 29: 332-335.
- [4] 郭亚格,杨木强,徐静. 全身麻醉患者的麻醉复苏期临床观察与特殊护理体会[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(9): 205-206.
- [5] 刘慧茹,金杰,裴轶辉,等. 上海市杨浦区老年人鼾症流行病学调查[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2016, 23(3): 163-166.
- [6] 朱琼芳,罗文颖,吴施惠. 老年患者全髋置换术后麻醉恢复期的观察与护理[J]. 当代护士, 2011(7): 97-98.
- [7] 孙国巨,刘幸福,高军宁. 全身麻醉病人麻醉恢复期常见并发症的观察及处理[J]. 河北医学, 2009, 15(12): 1489-1491.
- [8] Bjorvatn B, allesen S, Gronli J, et al. Prevalence and correlates of insomnia and excessive sleepiness in adults with obstructive sleep apnea symptoms[J]. Percept Mot Skills, 2014, 118(2): 571-586.
- [9] 金双燕,祁海鸥,周大春. 呼气末二氧化碳分压监测在麻醉复苏室中的应用[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(4): 498-499.
- [10] Sossai P, Amenta F, Sponga B, et al. Observational study of hypertension and snoring in Northeastern Italy (Limana Hypertension Study)[J]. Clin Exp Hypertens, 2014, 36(4): 263-267.