

麻醉苏醒期患者发生呼吸道梗阻的原因分析及护理

林晓英¹, 乡杰卿¹, 黄树珊²

(1 华南肿瘤学国家重点实验室 中山大学肿瘤防治中心麻醉科, 广东广州, 510060;

2 中山大学附属第一医院, 广东广州, 510080)

[摘要] **目的** 探讨患者在麻醉苏醒期发生呼吸道梗阻的原因及护理方法。**方法** 对 13 例在麻醉苏醒期拔除气管导管后发生呼吸道梗阻的患者进行观察护理。**结果** 13 例患者呼吸道梗阻发生原因为舌后坠, 喉痉挛, 支气管痉挛, 气道分泌物堵塞气道, 气管受压。本组患者经及时有效处理后, 呼吸道梗阻症状均解除。**结论** 密切观察、及时发现各种缺氧症状和呼吸系统指标的异常, 迅速有效地处理发生呼吸道梗阻的原因是解除麻醉苏醒期呼吸道梗阻成功的关键。

[关键词] 全麻苏醒期; 呼吸道梗阻; 护理

[中图分类号] R472.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2013)08-0038-003 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.08.013

Causes of respiratory tract obstruction during resuscitation of general anesthesia and nursing strategies

Lin Xiaoying, Xiang Jieqing, Huang Shushan // Modern Clinical Nursing, -2013, 12(8):38.

[Abstract] **Objective** To explore the causes of respiratory tract obstruction during resuscitation of general anesthesia and nursing strategy. **Method** The clinical data of 13 patients with respiratory tract obstruction during resuscitation of general anesthesia after extubation were reviewed. **Results** The causes of respiratory tract obstruction included glossocoma, laryngismus, bronchial spasm, airway blockage with secretions and tracheal compression. The respiratory tract obstruction was cured by way of pertinent treatment. **Conclusion** The critical measures for the treatment of respiratory tract obstruction include careful observation and prompt detection of abnormal symptoms of hypoxia and respiratory index, and effective treatment.

[Key words] resuscitation of general anesthesia; respiratory tract obstruction; nursing

气管插管全身麻醉是目前手术麻醉中最安全也是常见的麻醉方法, 呼吸道梗阻是麻醉苏醒期间呼吸系统的并发症之一, 有基础呼吸系统疾患的患者、开胸手术患者、肥胖患者更容易发生。麻醉苏醒期随着麻醉药及肌松药作用逐渐消除, 保护反射尚未完全恢复, 患者常易发生气道阻塞, 引起缺氧, CO₂ 蓄积等生理紊乱^[1-2], 从而危及生命。因此了解全麻患者在苏醒期发生呼吸道梗阻的原因, 进而采取有效的护理措施, 对预防苏醒期呼吸道梗阻的发生具有积极的意义。为此笔者总结分析了 2012 年 4~8 月在本院麻醉恢复室拔除气管导管后发生呼吸道梗阻的患者资料, 探讨其发生呼吸道梗阻原因、症状及处理经验, 现报道如下。

[收稿日期] 2013-01-25

[作者简介] 林晓英(1981-), 女, 广东汕头人, 护师, 本科, 主要从事重症监护室和麻醉科护理工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2012 年 4~8 月本院有 13 例手术患者在全身麻醉苏醒期间拔除气管导管后发生呼吸道梗阻, 其中男 8 例, 女 5 例, 年龄 40~68 岁, 平均(47.0±5.0)岁; 手术类型: 甲状腺手术 1 例, 肺癌手术 4 例, 食管癌手术 3 例, 肾癌手术 2 例, 腹部手术 3 例。

1.2 方法

对 13 例在麻醉苏醒期发生呼吸道梗阻的患者资料进行回顾性总结和分析。

1.3 拔管指征

患者意识恢复, 按指令睁眼; 自主呼吸平稳, 潮气量 > 7 mL/kg, 呼吸频率 > 10 次/min; 吸入空气 10 min, 血氧饱和度 (pulse oxygen saturation, SPO₂) ≥ 95%; 咳嗽和吞咽反射恢复, 肌张力恢复正常^[3]。

1.4 呼吸道梗阻的临床表现

胸部和腹部呼吸运动反常, 不同程度的吸气性

喘鸣,呼吸音低或无呼吸音,严重者出现胸骨上凹和锁骨上凹下陷,以及肋间隙内陷的“三凹征”,呼吸困难,呼吸动作强烈,但无通气或通气量很低^[4]。

2 结果

本组患者呼吸道梗阻发生情况是:舌后坠 6 例,喉痉挛 3 例,支气管痉挛 2 例,气道分泌物堵塞气道 1 例,气管受压 1 例。

3 讨论

麻醉苏醒期是一个病情变化迅速而复杂的过程,患者在瞬间即可出现严重的、致命的并发症。呼吸道梗阻是麻醉苏醒期间呼吸系统的并发症之一,现就本组患者发生呼吸道梗阻发生的原因进行分析并提出相应的护理对策。

3.1 舌后坠

本组有 6 例患者在拔除气管导管后发生舌后坠。原因分析:与镇静药、镇痛药、麻醉药、肌松药的残留使下颌骨及舌肌松弛有关。当患者仰卧时由于重力作用,舌坠向咽部阻塞上呼吸道,肥胖的患者更容易发生。临床表现:患者随呼吸发生强弱不等的鼾声,完全阻塞者无鼾声, SPO_2 进行性下降,用面罩行人工挤压呼吸囊时阻力大。处理方法:将患者置于侧卧头后仰位或清除口腔分泌物后抬起下颌角^[5],置入口咽通或置入鼻咽通,口咽通气管口放置生理盐水湿纱布湿化气道,以防止吸入异物及粉尘^[6];予面罩吸氧。经处理后,6 例患者 SPO_2 恢复至 96% 以上。

3.2 喉痉挛

本组 3 例患者在拔除气管导管后发生喉痉挛,喉痉挛是最危险的并发症。原因分析:由于支配咽部的迷走神经兴奋性增强,使咽部应激性增高,声门关闭活动增强。低氧血症、高 CO_2 血症、使用刺激性麻醉药、分泌物及鼻导管吸引、气管导管的拔除均可引起喉肌反射性收缩^[7]。临床表现:患者中 1 例为轻度喉痉挛在吸气时出现高调喉鸣音,2 例为中度喉痉挛在吸气和呼气都出现喉鸣音, $\text{SPO}_2 < 90\%$ 。处理方法:停止一切刺激,立即托起患者下颌,面罩吸氧加压辅助呼吸,并按医嘱予地塞米松静脉注射。经处理后,3 例患者症状缓解,缺氧症状改善。

3.3 支气管痉挛

本组 2 例患者在拔除气管导管后发生支气管痉挛。原因分析:1 例患者术中使用纤维支气管镜吸痰,另 1 例患者既往曾有支气管哮喘发作史,在原有支气管高反应性的基础上,哮喘患者行气管内麻醉易因气管导管、吸入气体、麻醉药物及气道分泌物等因素激发支气管痉挛^[8]。临床表现:患者出现呼吸费力气促,呼气性呼吸困难,呼气期时间延长,脉搏加快, SPO_2 下降,听诊肺部为哮鸣音。处理方法:停止刺激,予面罩吸氧手控呼吸,安慰患者并按医嘱予氨茶碱 $0.125 \text{ mg} +$ 生理盐水 50 mL 缓慢静脉注射。经处理后,2 例患者呼吸困难缓解,肺部哮鸣音消失, SPO_2 恢复至 96% 以上。

3.4 气道分泌物堵塞

本组 1 例患者在拔除气管导管后发生气道分泌物堵塞。原因分析:患者术前长期吸烟及术中吸入麻醉气体。临床表现:患者无力咳嗽,肺部为痰鸣音, SPO_2 下降,黏膜、口唇及甲床紫绀。处理方法:术前给予足量抗胆碱药预防,术中和术后定时吸痰,对气管深部及支气管部位使用纤维支气管镜吸痰,吸净痰液后予吸纯氧 2 min 。经处理后,听诊患者肺部痰鸣音消失, SPO_2 逐渐上升,黏膜、口唇、甲床逐渐恢复红润。

3.5 气管受压

本组 1 例甲状腺术后患者在拔除气管导管后发生气管受压。原因分析:由于局部血肿压迫气管,使气管腔部分或全部阻塞,通气障碍。临床表现:患者烦躁,伤口引流液量多而且颜色鲜红,颈部出现肿胀,呼吸困难, SPO_2 快速下降,血红蛋白较术前减低,病情发展迅速。处理方法:给予镇静,采用快速诱导行气管插管机械通气,通知外科医生和手术室急诊行止血手术。经处理后,患者呼吸困难缓解, SPO_2 恢复至 100%。

4 小结

通过对麻醉苏醒期呼吸道梗阻的原因分析体会到,预防和密切观察、及时发现各种缺氧症状和呼吸系统指标的异常,迅速有效处理发生呼吸道梗阻的原因是解除呼吸道梗阻成功的关键。

参考文献:

- [1] 张延东. 全麻恢复期气道阻塞原因与抢救配合[J]. 中国中医急症, 2007, 16(3): 372-373.
- [2] 张粉婷, 薛荣亮, 黄沙燕, 等. 102例全麻插管术后恢复期气道阻塞患儿的监护[J]. 护理学杂志, 2002, 17(11): 833-834.
- [3] 蒋华. 拔除气管导管时吸痰和不吸痰两组病人的比较[J]. 海南医学, 2010, 21(14): 25-26.
- [4] 郭曲练, 姚尚龙. 临床麻醉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 169
- [5] 戴莉华, 李春燕. 口咽通气管在麻醉苏醒期气道阻塞患者中的应用及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2007, 13(20): 50-51.
- [6] 何继群. 舌后坠引起上呼吸道梗阻的急救及护理[J]. 航空航天医学杂志, 2012, 23(6): 756-757.
- [7] 董淑玲. 气管插管全麻术后呼吸道梗阻的预防及护理[J]. 河南外科学杂志, 2013, 19(1): 139-140.
- [8] 朱虹, 房杨. 哮喘患者行气管内麻醉的处理方法与麻醉学研究[J]. 中外医学研究, 2012, 10(24): 131.

[本文编辑: 郑志惠]

· 编读往来 ·

参考文献著录规则

参考文献是学术论文的重要组成部分, 正确的引用、著录参考文献, 可以体现作者的科学精神和严谨的学术态度。现将参考文献的正确著录规则介绍如下。

1. 专著

[序号] 主要责任者. 题名[文献类型标志]. 出版地: 出版社, 出版年份: 引文页码.

例: [1] 李晓玲. 护理理论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 110-112.

2. 期刊、报刊连续出版物

[序号] 主要责任者. 题名[文献类型标志]. 连续出版物题名, 年, 卷(期): 页码.

例: [1] 李瑞萍, 陈忠华, 江玉棉. 运用护理程序对2型糖尿病患者实施健康教育的效果观察[J]. 现代临床护理, 2011, 10(6): 61-62.

3. 电子文献

[序号] 主要责任者. 题名[文献类型标志/文献载体标志][引文日期]. 获取和访问路径.

例: [1] 世界卫生组织. “预防慢性病: 一项至关重要的投资” 概要[EB/OL]. [2011-05-22]. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/zh/index1.hym1.

4. 从专著、论文集析出的文献

[序号] 析出文献主要责任者. 析出文献题名[文献类型标志]// 源文献主要责任者. 源文献题名. 版次. 出版地: 出版社, 出版年份: 页码.

例: [1] 邹承伟. 主动脉夹层[M]// 郭兰敏, 范全心, 邹承伟. 实用胸心外科手术学. 3版. 北京: 科学出版社, 2010: 1232-1233.

[本刊编辑部]