

全身麻醉术后患者躁动原因分析及护理对策

华小琴(广西壮族自治区龙潭医院重症医学科, 广西柳州 545005)

【摘要】 目的 分析全身麻醉术后患者躁动的原因, 提出相应的护理对策。**方法** 对 580 例全身麻醉术后进入重症监护病房的患者进行观察, 分析躁动的主要原因是: 呼吸、循环功能障碍、切口疼痛、气管导管刺激、体位不适、尿管刺激、口渴、腹部不适。**结果** 86 例患者发生不同程度的躁动, 发生率为 14.8%。**结论** 经过严密观察与综合分析, 针对病因采取相应治疗及护理措施, 取得良好效果。

【关键词】 全身麻醉; 躁动; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.065 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)22-2894-02

全身麻醉是手术患者常采用的麻醉方式之一, 躁动是全身麻醉术后常见的并发症, 剧烈躁动常引起伤口裂开出血, 心率加快, 高血压, 各种导管及引流管脱出, 坠床等风险。必须通过严密观察与综合分析, 确定其躁动原因并给予相应处理。

1 临床资料

本科室自 2010 年 1 月至 2011 年 12 月共收治全身麻醉手术后的患者 580 例, 男 326 例, 女 254 例, 年龄 5~78 岁, 平均 40 岁, 其中 86 例出现不同程度的躁动。其中肺叶切除术 57 例, 肺癌根治术 16 例, 脓胸清理事 10 例, 心包部分切除术 3 例。均为全身麻醉气管插管术后患者。

2 讨论

2.1 呼吸功能障碍 由于手术与麻醉患者自身存在呼吸功能不全的影响, 术后患者可能出现舌后坠、低氧血症等。当气道不通畅或通气不足时所致的缺氧可引起患者躁动。

2.2 循环功能障碍 如低氧血症、低血容量: 由于术后出血较多而未及时补充血容量、麻醉药物致外周血管扩张使血液滞留于外周等引起血容量不足或相对不足; 或是术前原有心脏疾病的患者, 术后易发生低氧血症, 从而导致脑血流量供应不足而出现躁动。

2.3 切口疼痛 切口疼痛是全身麻醉术后引起躁动的常见原因, 尤其是开胸手术后的患者, 多数患者因疼痛刺激烦躁不安, 大汗淋漓, 不断要求更换体位, 自觉任何体位均不舒适。

2.4 尿管刺激 为了防止尿潴留, 各种大手术前均要给患者插尿管, 术后尿管刺激, 患者尿意较强烈, 大部分患者表现为要下床排尿或大声喊憋尿^[1], 并随时想拔除尿管。经观察, 男性不适感明显高于女性, 可能与男性尿道的 3 个弯曲有关^[2]。

2.5 气管导管刺激 在苏醒过程中由于导管对咽喉部的机械刺激, 使患者感到不舒适, 不能耐受插管或自主呼吸与机械通气不同步而引起患者躁动, 导致患者有自我拔管、脱管^[3], 甚至有咬断气管导管的危险倾向。

2.6 体位不适 由于进入重症监护病房(ICU)的术后患者大多数为复杂的大手术, 手术时间较长, 且长时间处于同一种卧位。进入 ICU 后为了保持肢体位置及各种管道正确固定, 通常用约束带限制四肢活动, 致使患者全身不适而出现躁动。

2.7 口渴、腹部不适 由于术前禁食、术中出血及药物的影响, 术后电解质紊乱、胃肠功能紊乱而出现口渴、腹胀致躁动。

2.8 护理对策

2.8.1 呼吸功能障碍的护理措施

2.8.1.1 出现舌后坠的患者首先采取简单、有效的方法: 使患者头后仰, 托起下颌, 如果上述方法无效, 则放置口咽通气管, 必要时给予气管插管。

2.8.1.2 出现低氧血症 首先通过鼻导管给予高流量氧气吸入, 同时密切监测呼吸、口唇和四肢末梢情况, 如血氧饱和度不上升, 可改用面罩吸氧, 如缺氧仍得不到改善, 血氧饱和度无上升趋势, 血气分析仍示低氧血症, 即氧分压小于 60 mm Hg, 应给予气管插管, 应用呼吸机。

2.8.2 循环功能障碍的护理措施 密切观察患者术后血流动力学改变及引流液的量、颜色、性质, 根据失血情况及时补充血容量; 重点支持心脏功能, 增强心肌收缩力或改善心肌缺血, 如多巴胺及多巴酚丁胺等持续泵入。

2.8.3 切口疼痛的护理措施

2.8.3.1 安慰和鼓励患者, 消除对疼痛的恐惧。

2.8.3.2 分散注意力, 如嘱患者深呼吸, 轻轻抚摸伤口周围的皮肤, 从而减轻疼痛。

2.8.3.3 前两种方法无效时给予止痛剂, 如肌肉注射杜冷丁 75~100 mg, 效果好。有研究报道, 应用小剂量氯胺酮联合应用芬太尼经静脉自控镇痛其镇痛安全并且高效^[4]。

2.8.4 尿管刺激的护理措施 为了减少刺激, 通过良好地固定导尿管, 以防止麻醉苏醒期间患者躁动时增加尿管对尿道的刺激, 在给患者翻身时, 注意必要的依托、协助, 以保持尿管和身体同步运动, 减轻尿管刺激引起的不适。那文艳和韦凤莲^[5]指出, 留置尿管期间, 将尿管调整与尿道平齐后用胶布固定于大腿内侧, 方便患者翻身及活动, 可减轻患者的尿意感和压迫感。术前训练患者床上排尿、术后间歇夹管, 以便尽快恢复自主排便功能, 从而缩短留置导尿时间。

2.8.5 气管导管的刺激的护理措施

2.8.5.1 加强气管插管知识宣教, 使患者理解并真正意识到气管插管的重要性。

2.8.5.2 严格把握拔除气管插管的指征, 尽快解除气管插管。

2.8.5.3 对解释无效, 并有拔管倾向者, 如肌力恢复不满意, 可给予小剂量快速短效的镇静催眠药, 如咪唑安定。同时约束双上肢, 并经常检查其可靠性。

2.8.5.4 改变插管途径, 即手术麻醉时经鼻插管。

2.8.6 体位不适的护理措施 在病情允许的情况下, 经常帮助患者适当活动、改变姿势、变换体位、按摩背部及肢体, 增加其舒适度。应用约束带时, 在不影响治疗护理的前提下, 给予

适当的放松,允许患者肢体小范围活动。

2.8.7 口渴、腹部不适的护理措施

2.8.7.1 口渴 本科室通过严密监测血压、中心静脉压、尿量及颜色,在了解患者的血容量不足的前提下,耐心解释口渴及术后禁食的重要性,可用棉球湿润口唇,以减轻口渴感。

2.8.7.2 腹胀 根据生化指标及时调整电解质、插胃管排除胃内积气、腹部热敷或肛门排气,从而减轻腹胀。

全身麻醉手术后出现躁动具有较大的危险性,躁动时患者表现为心动过速、血压升高,从而增加内出血的概率;挣扎时会危及缝合线或导致手术失败;也可能出现意外伤害,如坠床、撞伤、擦伤等。因此术后要充分镇痛,适当的时机拔管,及时有效的护理,这样才能明显减少或避免术后躁动的发生。

参考文献

[1] 宋雷,方秀新.导尿时机对全麻苏醒期躁动影响的观察及

护理[J].中华实用护理杂志,2006,22(4):42-44.

[2] 彭新静.麻醉前后留置尿管致尿道刺激症状的观察[J].护士进修杂志,2007,22(10):949-950.

[3] 钱树清.ICU 患者非计划性拔管原因分析与护理对策[J].护理研究,2005,18(5):834-835.

[4] 王小伟,门爱民.小剂量氯胺酮联用芬太尼单独用于开胸术后静脉镇痛效应比较[J].护士进修杂志,2007,22(4):928-929.

[5] 那文艳,韦凤莲.剖宫产后留置尿管护理方法的探讨[J].护士进修杂志,2007,22(8):708-709.

(收稿日期:2012-06-10)

平喘止咳贴联合穴位揉贴小儿喘息性支气管炎的护理

徐赛红,林亚媛,朱忆祥(南京医科大学附属常州第二人民医院儿科,江苏常州 213003)

【摘要】 目的 探讨平喘止咳贴用于小儿喘息性支气管炎的穴位护理。方法 选择 2010 年 1 月至 2011 年 2 月门诊治疗的喘息性支气管炎患儿,随机分为常规护理组和对照穴位揉贴护理组,观察两组患儿的临床症状。结果 经过 3~5 d 的治疗,两组总有效率分别为 98.1%和 92.1%,穴位揉贴组疗效明显优于常规组,差异有统计学意义($P<0.01$)。结论 平喘止咳贴联合穴位揉推疏通经络,调理气血,穴位揉贴护理效果满意,其中皮肤的护理很重要,直接影响治疗效果。

【关键词】 喘息性支气管炎; 平喘止咳贴; 穴位揉贴,穴位护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)22-2895-02

本院是一所三级甲等医院,儿科日门诊量约 800~1 200 人次。喘息性支气管炎以咳嗽、喘息、呼气性呼吸困难、肺部哮鸣音为临床症状,夜间咳嗽显著,伴或不伴有发热。选择 2010 年 1 月至 2011 年 2 月门诊治疗的患儿,观察采用平喘止咳贴配合西医治疗的临床护理效果显著,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月至 2011 年 2 月门诊治疗的 230 例喘息性支气管炎患儿,均符合《诸福棠实用儿科学》的诊断标准^[1],男 150 例,女 80 例。年龄 6 个月至 1 岁 78 例,>1~2 岁 110 例,>2~3 岁 42 例,均为轻、中度在门诊治疗的患儿,排除重度及其他疾病。将 230 例喘息性支气管炎患儿随机分为常规护理组 115 例,对照穴位揉贴护理组 115 例,两组在性别、年龄、病情等方面差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 穴位揉贴方法 两组在对症治疗基础上,采用德国百瑞有限公司生产的空气压缩机雾化吸入治疗,每天 1 次。穴位揉贴护理组每日做完雾化治疗后,用温水为患儿擦洗前胸及后背,并用干毛巾擦干皮肤,用拇指或中指螺旋纹紧按在前胸膻中穴、后背肺俞穴及定喘穴作回旋转动即单指揉推各 200 次,平喘止咳贴首次三穴同时贴敷 24 h,次日前胸膻中穴贴敷 24 h,第 3 天后背肺俞穴及定喘穴贴敷 24 h,连贴 5 d 为 1 个疗程,观察 1 个疗程的效果。

1.2.2 疗效评定标准^[2] 治愈:72 h 内发热者体温降至正常,喘息缓解,咳嗽明显减少,痰量减少;好转:96 h 内喘息缓

解,咳嗽减轻,痰量减少;未愈:120 h 咳嗽症状及体征未见明显改善或加重。

1.3 统计学方法 计数资料采用百分比表示,率的显著性比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。采用 SPSS13.0 软件进行统计分析。

2 结果

两组治疗效果比较见表 1。治疗组有效 113 例,未愈 2 例,总有效率 98.3%;对照组有效 106 例,未愈 9 例,总有效率 92.2%,经统计学处理,两组疗效差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组治疗效果比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	治愈	好转	未愈	有效率
治疗组	115	109(94.8)*	4(3.5)*	2(1.7)*	98.3*
对照组	115	85(73.9)	21(18.3)	9(7.8)	92.2

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

3.1 心理护理 根据患儿不同年龄和特点进行心理护理,耐心向患儿及家属介绍贴剂的作用原理、目的及注意事项,告诉他们此方法是一种最新疗法,效果好,无痛苦且不良反应少,解除患儿的恐惧和家长的顾虑。

3.2 饮食护理 饮食以清淡、营养合理搭配为主,忌食过甜饮料及生冷、辛辣等刺激性食物。

3.3 一般护理 保持环境整洁、安静,对鼻塞流涕者予生理盐