

老年患者全身麻醉术后苏醒延迟的护理

李秀芬, 王建伟, 刘云凤

(昆明医科大学第一附属医院麻醉科, 云南 昆明 650032)

[关键词] 老年患者; 全身麻醉; 苏醒延迟; 护理

[中图分类号] R47; R614 [文献标识码] A [文章编号] 2095 - 610X (2014) 07 - 0179 - 02

由于老年患者的病理、生理特点, 有许多潜在的护理问题, 要求复苏室的护士加强对老年患者麻醉复苏期的观察, 针对老年患者术后苏醒延迟的不同原因, 作出相应的护理. 通过加强对老年患者复苏期的护理, 缩短了复苏时间, 减少麻醉苏醒延迟及并发症, 确保患者安全度过复苏期.

1 资料与方法

昆明医科大学第一附属医院院复苏室 2010 年 1 月至 2013 年 1 月 3 a 共接收 52 例 65 岁以上全麻苏醒延迟的老年患者, 手术种类为胃癌根治手术、食道癌根治手术、肺癌根治术、宫颈癌根治术、直肠癌和结肠癌根治术以及肝癌切除术等. 加强对复苏室患者的观察与护理, 使患者安全度过麻醉期.

分析老年患者苏醒延迟的原因和处理措施. 全身麻醉在停止给药后, 患者一般在 60~90 min 即可清醒, 对指令性动作, 定性能力及术前记忆恢复. 若超过此时限神志仍不十分清晰, 可认为全麻后苏醒延迟, 即苏醒时间 > 2 h. 52 例手术患者采用常规静脉加吸入复合全身麻醉, 手术结束前 30 min 停止给肌松剂和镇痛药, 手术结束时停止给吸入麻醉药, 手术结束送入复苏室观察护理, 并针对苏醒延迟不同的原因进行相应的治疗和护理.

2 结果

在 PACU 监测的 52 例苏醒延迟老年患者中, 有 47 例从手术结束至完全清醒用了 2.5~3 h, 平均 2.5 h, 安全度过麻醉恢复期, 未发生并发症, 安全送返病房. 有 5 例患者因为清醒时间 > 3 h, 送 ICU 继续监测治疗.

3 讨论

老年患者苏醒延迟是常见的现象, 因为患者的身体状况、手术时间、手术方式、术中用药等多种因素, 联合作用而引起的. 老年患者术后苏醒延迟的常见原因分析如下.

(1) 麻醉药物的残余作用及过量, 导致药物的作用时间延长: 由于老年患者的病因判断复杂, 因为肝、肾功能下降, 对麻醉药物敏感性增加, 麻醉药物的代谢和清除延缓, 容易出现麻醉药物的作用残余^[1]. 另外, 麻醉医生对手术进展及时间估计不足, 麻醉药用量过多, 也可能是个体差异导致的相对过量, 如高龄患者或多种药物并用的患者, 一旦吸入麻醉的时间超过 3 h 或辅助用了多种药物, 苏醒时间将明显地延长^[2]; (2) 二氧化碳蓄积: 呼吸机的管理疏忽, 钠石灰失效, 导致高 CO₂ 血症, 抑制中枢神经系统, 导致意识障碍, 苏醒延迟; (3) 低温: 室温过低, 手术中输入低温液体和血液, 加上麻醉后肌肉松弛产热来源减少, 导致低温. 低温降低抑制药物的生物转化, 增加吸入麻醉药在血中的溶解度, 而使药物蓄积, 导致苏醒延迟出现^[3,4]; (4) 水盐、电解质紊乱: 由于术前患者禁食、禁水及灌洗肠道, 或术中大量失血, 液体补充不足, 水电解质平衡失调, 导致高钙、高镁血症, 引起意识障碍, 中枢神经系统抑制, 导致患者昏迷; (5) 手术方面: 手术大或术中大出血, 导致低血压, 酸中毒, 脑部缺血缺氧, 导致意识功能下降; (6) 个体方面: 老年人随着大脑逐渐萎缩, 反应较迟钝, 对麻醉药的敏感性增加. 年龄大合并多种慢性病, 低体质, 低血压, 高或低血糖均可以引起苏醒延迟.

苏醒延迟的预防护理措施: (1) 密切监测生

[作者简介] 李秀芬 (1967~), 女, 云南昆明市人, 护理本科, 主管护师, 主要从事手术室护理管理工作.

命体征:患者术毕送入复苏室,采用 Adrete 评分标准来判断患者苏醒情况,每 5 min 评估 1 次,并做好记录.如果时间超过 30 min 未苏醒的患者,除了监测体温,血压,呼吸,心率以及 SPO_2 的变化,立即做血生化,血糖,动脉血气分析,以确定是因为低体温,低血压(失血)引起的苏醒延迟,还是代谢性疾病引起的苏醒延迟,或者是低 SPO_2 , CO_2 蓄积引起的苏醒延迟,针对原因及时报告麻醉医生处理.严密观察瞳孔、意识、 SPO_2 、血压、心率、体温、尿量及 CVP,根据监测指标随时调整输液的速度;(2)加强保暖措施,保持正常的体温:术中保温是一种预防术后寒颤,促进全麻苏醒的简捷有效方法^[5],对全麻后老年患者要加强保暖.除手术视野外,暴露的部位要注意在肩部、手、脚部的保暖,并用暖风机保暖,输入的液体、血液,采用加温器调至 $38\text{ }^\circ\text{C}$ 输入,冲洗液体应加温.患者送入复苏室后,除采取以上措施外,将室温调至 $28\text{ }^\circ\text{C}$,每 30 min 监测 1 次体温,随时注意触摸患者肢端末梢的温度.加强对老年患者全麻苏醒期的体温护理,可缩短患者在复苏室停留的时间,减少低温引起的各种并发症;

(3)保持呼吸道的通畅:老年患者由于气管内纤毛活动能力下降,全身麻醉后,呼吸道分泌物较多,未拔出气管导管的患者应去枕平卧,头偏向一侧,及时吸出呼吸道分泌物.老年患者口咽部软组织松弛,拔管后容易发生舌后坠,应常规准备口咽通气管,如果发生舌后坠,立即托起下颌,放置口咽通气管,麻醉面罩加压给氧,保持呼吸道通畅.在吸痰过程中应注意无菌操作,吸痰管每次更换,并注意口鼻腔分开使用,每次吸痰时间不超过 15 s,以免损伤呼吸道粘膜,易发生术后感染.

[参考文献]

- [1] 刘小华,龚连红,魏鹤群.老年患者全身麻醉术后苏醒延迟的护理[J].实用临床医学,2010,11(1):102-103.
- [2] 李慧静.36例全身麻醉苏醒延迟情况的回顾性分析[J].贵阳医学院学报,2012,34(3):106-107.
- [3] 李志海,李宗权,洪永柱.关于全身麻醉苏醒延迟的原因探讨[J].中国医药导报杂志,2012,9(1):130-134.
- [4] 许娜.术中保温对全麻患者术后苏醒延迟及寒颤的影响[J].中国医药导报杂志,2011,8(31):173-174.
- [5] 张粉玲,谢岚.老年肿瘤患者全麻术后苏醒延迟原因分析及护理[J].护理学报,2012,19(10B):32-33.
(2014-05-04 收稿)

(上接第 163 页)

够全额报销的比例仅占总数的 35.8%, 剩余 64.2% 的调查者都会承担不同程度的自费.从单位层面来看,占总数 24.5% 的单位没有继教专项经费,且在有经费的单位中,大部分专项经费都在 10 万元以下,并不能满足继续医学教育开展的需要.因此,费用成为了影响单位人员参加继续教育的主要因素之一.当前,各级卫生行政部门、医疗卫生单位应积极争取多方投资继续医学教育,建立继续医学教育资金筹集使用的良性循环,尽量减少卫生技术人员参加继续医学教育的费用负担.

继续医学教育是卫生技术人员在整个职业生涯中,不断地更新知识、完善知识结构的需要.通过调查发现不同级别医疗单位在继续医学教育内容与方式中存在差异,今后应当建立多层次的继续医学教育体系,开展多样化、多方位的内容与方式,注重知识的更新,加强人文和社会科学知识的学习.远程教育方式已成为基层卫生技术人员参与继续医学教育的重要形式,其带来了多

方面的效益,值得推广.

[参考文献]

- [1] 王尚柏.国外继续医学教育理论与实践新进展[J].安徽医学,2010,31(3):195-197.
- [2] 张敏,匡碧云,赵长伟.继续医学教育与评估[J].中国卫生事业管理,2008,9:627-629.
- [3] 付晓宇,孟群,敬蜀青.新时期我国继续医学教育的发展对策[J].继续医学教育,2009,23(4):10-13.
- [4] 李萍,任佰玲,凌曦,等.某三级甲等医院近 5 年继续医学教育项目开展现状分析及思考[J].安徽医学,2010,31(8):977-988.
- [5] 刘娟,陈志勇.重庆市全科医师继续医学教育现状调查及对策研究[J].中国全科医学,2013,16(3A):781-784.
- [6] 徐小炮.山东省继续医学教育现状与需求分析的研究[D].山东大学,2008.
- [7] 罗云先,罗惠玉.规范继续医学教育管理促进医院持续发展[J].现代医药卫生,2011,27(6):934-935.
- [8] 李睿,吕琳.新时期继续医学教育相关问题的再思考[J].继续医学教育,2011,25(7):6-9.
(2014-05-17 收稿)