

2011年手术室护理：麻醉后护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E6_89_8B_c21_3412.htm

麻醉后护理包括：一般护理与常见并发症的防治及护理。

- 1.一般护理（1）体位：常规去枕平卧6~8小时。white>来源:百考试题网（2）生命体征：密切监测血压、脉搏、呼吸，防止麻醉后并发症的发生。（3）保持呼吸道通畅：因全麻后即使病人清醒，残留的药物对机体的影响仍将持续一段时间，因此在药物未完全代谢之前，随时可出现循环、呼吸等方面的异常，特别是苏醒前病人易发生舌后坠、喉痉挛、呼吸道黏液堵塞、呕吐物窒息等，引起呼吸道梗阻。各种呼吸道梗阻均需紧急处理。（4）防止意外发生：病人苏醒过程中常出现躁动不安和幻觉，应加以保护，必要时加以约束，防止病人不自觉地拔除静脉输液管和各种引流导管，造成意外。
- 2.常见并发症的防治及护理（1）呼吸系统：占麻醉总并发症的70%.常见的有：1）呼吸暂停：多见于未行气管插管的静脉全身麻醉者，尤其使用硫喷妥纳、丙泊酚或氯胺酮施行门诊小手术、眼科手术、人工流产及各种内镜检查者；也见于全身麻醉者苏醒拔管后，系因苏醒不完全，麻醉药、肌松药及镇痛、镇静药的残余作用以致发生于手术刺激结束后呼吸暂停（伤害性刺激本身具有呼吸兴奋作用）。临床表现为胸腹部无呼吸动作，发绀。一旦发生，务必立即施行人工呼吸，必要时可在肌松药辅助下气管内插管行人工呼吸。预防：麻醉中加强监测，备好各项急救物品，如口、鼻咽通气道、喉罩、气管插管用具及麻醉机或简易呼吸器、氧气等；麻醉中用药尽可能采用注射泵缓慢推注

。 2) 上呼吸道梗阻：见于气管内插管失败、极度肥胖、静脉麻醉未行气管内插管、胃内容物误吸及喉痉挛者。病人往往在自主呼吸时出现“三凹征”，人工呼吸时呼吸囊阻力大，无胸廓起伏，短期内可致死。务必预防在先。一旦发生则应立即处理：置入口咽或鼻咽通气道或立即人工呼吸。舌下坠致梗阻者托起下颌，喉痉挛或反流物所致者，注射肌松药同时行气管内插管。 3) 急性支气管痉挛：好发于既往有哮喘或对某些麻醉药过敏者，气管内导管插入过深致反复刺激隆突，或诱导期麻醉过浅也可诱发。病人表现为呼吸阻力极大，两肺下叶或全肺布满哮鸣音，重者气道压异常增高可 $> 3.92\text{kPa}$ ($40\text{cmH}_2\text{O}$)。处理：在保证循环稳定的情况下，快速加深麻醉，松弛支气管平滑肌；经气管或静脉注入利多卡因、氨茶碱、糖皮质激素、平喘气雾剂等。预防：避免使用易诱发支气管痉挛的药物如吗啡、箭毒、阿曲库铵等；选用较细的气管导管及避免插管过深，或在插管后经气管导管注入利多卡因，均有良好的预防和治疗作用。 4) 肺不张：多见于胸腔及上腹部术后病人。主要是术后咳痰不力、分泌物阻塞支气管所致，也可与单侧支气管插管、吸入麻醉药所致区域性肺不张有关。病人表现为持续性低氧血症；听诊肺不张区域呼吸音遥远、减低以至完全消失，X线检查可见肺影缩小。治疗：在完善镇痛的基础上，作深呼吸和用力咳痰。若为痰液阻塞，可在纤维支气管镜下经逐个支气管口吸出痰液。预防：术前禁烟2~3周，避免支气管插管，术后有效镇痛，鼓励病人咳痰和深呼吸。 5) 肺梗死：多见于骨盆、下肢骨折后长期卧床的老年病人。病人于麻醉后翻身时出现血压急剧下降、心搏减慢至停止、颈静脉怒张、发绀等症状

；往往是深静脉血栓阻塞于肺动脉所致。抢救极为困难，应及时开胸心脏按压、并行肺动脉切开取栓。预防：对原有血脂高、血液黏稠度大的老年病人，术前口服阿司匹林；麻醉诱导后翻身时动作宜轻柔。6) 肺脂肪栓塞：多见于老年长管骨骨折行髓内钉固定或关节置换术病人。系器械挤压髓内脂肪，使大量脂肪滴入血，导致肺微血管广泛阻塞，造成肺动脉压急剧升高、急性左心衰竭、发绀、血压急剧下降，以至心搏停止等。抢救以循环、呼吸支持和纠正低氧血症为主。麻醉后适当扩容和血液稀释有助于预防。（2）循环系统

：来源：www.100test.com 1) 高血压：是全身麻醉中最常见的并发症。除原发性高血压者外，多与麻醉浅、镇痛药用量不足、未能及时控制手术刺激引起的强烈应激反应有关。故术中应加强观察、记录，当病人血压 $> 140/90\text{mmHg}$ 时，即应处理；包括加深麻醉，应用降压药和其他心血管药物。预防：由于高血压病人长期服用血管收缩、利尿药及麻醉后血管扩张，多数病人为相对循环血量不足，故诱导期应在快速补液扩容的基础上逐渐加深麻醉。2) 低血压：以往血压正常者以麻醉中血压 $< 80/50\text{mmHg}$ 、有高血压史者以血压下降超过术前血压的30%为低血压的标准。麻醉中引起低血压的原因，包括麻醉药引起的血管扩张、术中脏器牵拉所致的迷走反射、大血管破裂引起的大失血，以及术中长时间容量补充不足或不及时等。长时间低血压可致心、脑及其他重要脏器的低灌注，并发代谢性酸中毒等。应根据手术刺激强度，调整麻醉状态；根据失血量，快速输注晶体和胶体液，酌情输血。血压急剧下降者，快速输血、输液仍不足以纠正低血压时，应及时使用升压药。预防：施行全麻前后应给予一定量的

容量负荷，并采用联合诱导、复合麻醉，避免大剂量、长时间使用单一麻醉药。

3) 室性心律失常：也可因麻醉药对心脏起搏系统的抑制、麻醉和手术造成的全身缺氧、高或低碳酸血症、心肌缺血而诱发。对频发室性期前收缩以及室颤者，应予药物治疗同时电击除颤。预防：术前纠正电解质紊乱，特别是严重低钾者；麻醉诱导气管插管过程中，注意维持血流动力学平稳，避免插管操作所致心血管反应引起的心肌负荷过度；对术前有偶发或频发室性期前收缩者，可于诱导同时静脉注射利多卡因1mg/kg；麻醉中避免缺氧、过度通气或通气不足。

4) 心搏停止：是全身麻醉中最严重的并发症。前述呼吸、循环系统的各项并发症，如未及时发现和处理，均可导致心搏停止。需立即施行心肺复苏。预防：严格遵守操作流程，杜绝因差错而引起的意外；严密监测，建立预警概念。

(3) 术后恶心、呕吐：为最常见的并发症，发生率自26%~70%不等。多见于上消化道手术、年轻女性、吸入麻醉及术后以吗啡为主要镇痛药物的病人。全麻术后发生的恶心、呕吐，可用昂丹司琼、甲氧氯普胺或丙泊酚治疗。预防：术前经肌肉或静脉注射甲氧氯普胺、氟哌利多、昂丹司琼、咪唑地西洋等均有一定效果。

(4) 术后苏醒延迟与躁动：苏醒期躁动多与苏醒不完全和镇痛不足有关。治疗：使用异丙酚1~1.5mg/kg使病人意识消失，自主呼吸受抑，改用呼吸机高流量氧洗出吸入麻醉药；对躁动者可在应用异丙酚的同时，给予芬太尼0.05mg或其他镇痛药。预防：正确施行苏醒期操作，并于拔管前应用肌松药拮抗剂，补充镇痛药及避免低体温。

特别推荐：[#0000ff>2011年护士资格证考试报名流程](#) [#0000ff>2011年护士资格证考试报名条件](#) [#0000ff>2011](#)

年护士资格证考试报名时间 更多信息请访问：[护士考试辅导无忧通关班超值优惠价300元/人](#) [护士论坛](#) [护士在线题库](#) [blue](#) [护理学专业（护士）《相关专业知识》全真模拟试汇总](#) 相关推荐：[2011年手术室护理：硬脊膜外阻滞护理](#) [2011年手术室护理：断肢再植手术前护理](#) 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com