

11 174 例手术后患者在麻醉恢复室的监测治疗

谢 刚, 蒋 柯, 刘艳秋, 明辉远, 杜 婷

(贵阳医学院 麻醉学教研室, 贵州 贵阳 550004)

[摘 要] 目的: 评价手术病人在麻醉恢复室中监测治疗的意义。方法: 对 11 174 例术后进入麻醉恢复室的病例监测心电图、血压、脉搏、动脉血氧饱和度、呼吸末二氧化碳分压, 记录留置恢复室的时间、带管转科、手术切口疼痛以及其他身体不适等情况。结果: 11 136 例(99.66%)病人生理体征稳定, PARS 评分达 8 分以上后安全转回病房; 38 例(0.34%)危重病人生命体征指标不能维持正常, 保留气管插管转送重症监护室(ICU)继续治疗; 10 168 例患者留置麻醉恢复室时间 60~90 min, 1 006 例患者留置麻醉恢复室时间 90~240 min; 1 590 例患者上呼吸机 30 min 后拔管, 102 例患者上呼吸机 60 min 后拔管, 38 例患者带管转 ICU; 2 392 例患者在恢复室因手术切口疼痛静脉给镇痛剂, 1 743 例给予镇痛泵镇痛治疗; 11 174 例术后患者发生不良反应 6 807 例次, 主要有术后急性疼痛、留置尿管不适、寒战、心律失常、低氧饱和度血症、呼吸抑制、恶心呕吐、高血压、低血压以及拔管后呼吸抑制等。结论: 手术后病人麻醉恢复期的呼吸、循环功能很不稳定、意识恢复尚不完善, 在麻醉恢复室的监测和治疗必须得到足够重视。

[关键词] 麻醉; 麻醉恢复室; 监测及治疗

[中图分类号] R614 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2012)06-0654-02

麻醉后恢复的过程是围术期重要的组成部分, 大多数麻醉手术病人的恢复过程是平稳顺利的, 但是疼痛、恶心呕吐、寒战、躁动不安也常见^[1], 少数重症患者还需要进行抢救治疗。麻醉恢复室正是为麻醉手术后病人提供严密观察和监测、继续治疗, 直至病人的生命体征恢复稳定的特定场所。随着医疗工作的日益发展, 麻醉后恢复室在麻醉手术期病人管理中发挥着越来越重要的作用, 麻醉恢复室的重要性也日渐显现。现将 2009 年 5 月~2011 年 7 月麻醉手术后进入麻醉恢复室的 11 174 例病人的监测和治疗情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 11 174 例手术病人, 术后进入麻醉恢复室。年龄 4 d~82 岁, 成年男性 3 464 例, 成年女性 7 040 例, 儿童 670 例。麻醉方式有: 气管内插管静-吸复合麻醉 10 960 例, 硬膜外阻滞复合气管内插管全麻 340 例, 硬膜外阻滞麻醉 214 例(需要作术后镇痛或麻醉阻滞平面过高需观察者)。

1.2 恢复室内处理方法 入室的病人即刻上氧, 实施多参数动态监测仪监测记录心电图、血压、脉搏及动脉血氧饱和度、呼吸末二氧化碳分压等指

标, 并对病人的清醒程度、循环及呼吸功能、肌张力, 以及皮肤颜色等使用 PARS 评分法^[2]评分, 观察病人出现的各种不适感以及并发症, 进行对症处理。

2 结果

2.1 生命体征指标 11 136 例(99.66%)病人心电图、血压、脉搏及动脉血氧饱和度、呼吸末二氧化碳分压等指标都在正常生理范围, PARS 评分达到 8 分以上后安全转回病房; 38 例(0.34%)较危重病病人的以上指标不能维持正常, 保留气管插管转送 ICU 继续治疗。10 168 例术后患者留置麻醉恢复室时间 60~90 min, 占 91%; 1 006 例术后患者 90~240 min, 占 9%。

2.2 拔出气管导管时间 带气管插管入室的病人, 立即接呼吸机进行不同呼吸支持模式的通气治疗, 待自主呼吸恢复完善脱机观察 15 min, 脉搏氧饱和度 96% 以上给予拔出气管插管, 拔管的情况见表 1。

2.3 手术切口疼痛处理 切口疼痛要求给予配制静脉自控镇痛泵或硬膜外自控镇痛泵, 2 392 例需静脉止痛(21.40%), 1 743 例使用镇痛泵(13.18%), 使用镇痛泵后继续观察 1 h 后, 无特殊

不适后转回病房。

表 1 1 730 例患者麻醉恢复室呼吸机支持呼吸时间
Tab.1 Time for extubation of endotracheal tube

支持呼吸时间	病例数(%)
30 min	1 590(92.0)
60 min	102(5.8)
带管转 ICU	38(2.2)

2.4 麻醉并发症 发生并发症 5 940 例次,见表 2。22 例患者病人在恢复室出现切口或手术部位的引流管内有过多的血液渗出或流出,经过手术医生处理或再次手术止血后得以控制。

表 2 恢复室内麻醉并发症发生例数及比例
Tab.2 The number and ratio of anesthesia complications in recovery room

并发症	例数(%)
高血压	211(1.88)
低血压	22(0.19)
心律失常	23(0.21)
低氧血症	4 693(1.99)
恶心呕吐	460(4.12)
寒战	411(3.68)
导尿管不适	120(1.07)

3 讨论

在手术结束后数小时内,由于手术时麻醉药物的作用尚未终止,镇痛剂、镇静剂、肌松药和神经阻滞剂仍在发挥着一定的作用,机体各种保护性的反射尚未完全恢复,因此患者常易发生气道阻塞、通气不足、呕吐、误吸、循环功能不稳定、低温寒战、疼痛、药物过敏和认知功能障碍等并发症,这些并发症及时的发现和治疗,对患者平安度过围术期至关重要;而且在这一时期是手术室和病房交接的过渡时期,患者病情复杂而特殊,对医护人员专业技术和责任要求高。需要受过良好培训的医护人员精心的管理和观察,以防止病人出现意外^[3]。麻醉术后恢复室工作的重要意义在于通过严密的监测与加强治疗,预防并早期发现患者手术麻醉后的并发症,并采取有效措施使病情严重的病人转危为安,确保病人术后安全返回病房^[4]。2009 - 2011 年进入麻醉恢复室的病人 11 174 例,11 136 例在恢复室中生命体征平稳,38 例患者生命体征不能

维持正常,转入 ICU。10 168 例患者在麻醉术后恢复室监测观察 90 min 内即达到离室标准,安全送返病房。

在麻醉恢复室发生常见的并发症以及不适感的有 6 807 例(60.91%),主要表现为疼痛、寒颤、高血压、恶心呕吐、尿管不适、呼吸抑制以及心律失常。呼吸及循环系统并发症是观察到的最重要和危险的并发症。

手术后麻醉苏醒期病人进入麻醉后恢复室有先进配套的监测仪器和抢救设备,有利于全面观察术后病人麻醉恢复过程中可能出现的麻醉、手术后的并发症,及早的发现和治疗这些并发症,以确保术后病人的安全,使前期治疗目的得以实现。由于手术后病人的观察治疗在麻醉恢复室得到可靠保证,也大大加快了接台手术的交换时间,提高了手术室资源的利用率。本组资料表明,大部分手术后患者能平安度过围手术期,但仍有少量患者在手术后生命体征不稳定,38 例患者转入 ICU 就充分说明术后观察治疗的重要性。因此,麻醉后恢复室中必须配备完善的监护设备^[5]、抢救设备及抢救药物,工作人员应具有优质耐心的服务态度和优良的技术水平^[6],熟悉麻醉药、肌松剂等药物的药理特性,熟练正确使用监测、抢救设备以及呼吸辅助设备的能力,能熟练地实施气管插管和心肺复苏的方法,为术后麻醉恢复的围手术期患者提供安全可靠地保证。

4 参考文献

- [1] 王明安,王明德. 麻醉后恢复期病人的评估与治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:1.
- [2] Aidrete JA. The post - anesthesia recovery score[J]. Anesthesiology, 1995(7):89 - 91.
- [3] 钟泰迪. 麻醉苏醒期病人的管理[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:1.
- [4] 方才,秦风华,杨文辉,等. 麻醉后监护室监测治疗应注意的问题[J]. 安徽医学,2004(2):100 - 102.
- [5] 倪媛. 不同氧流量影响外科患者氧气雾化吸入效果的研究[J]. 实用临床医药杂志,2012(14):52 - 61.
- [6] 徐俊峰. 不同麻醉方式对老年骨科患者术后认知功能的影响[J]. 实用临床医药杂志,2012(13):118 - 120.

(2012-08-31 收稿,2012-09-27 修回)

编辑:周 凌