

护理研究

口腔颌面部肿瘤麻醉恢复期病人的护理策略

刘立华 古文珍^{通讯作者} 钟桂兴 卫洁 卢亚运

(中山大学附属口腔医院 广东广州 510000)

摘要:目的:探讨口腔颌面部肿瘤麻醉恢复期病人的护理策略。方法:配合手术治疗进行麻醉恢复期护理。结论:由于口腔颌面部肿瘤手术的特殊性,手术切口位置在口腔颌面上方,因此极易导致其出现水肿、血肿等状况,同时病人的呼吸肌、舌肌以及咽喉肌长时间处于无力状态,导致病人舌后坠堵塞呼吸道的情况发生,因此在口腔颌面部肿瘤麻醉恢复期病人的护理过程中,应结合病人的呼吸收缩压、舒张压、脉搏、脉压差、中心静脉压以及心电图情况,密切监护病人的呼吸功能情况,保证口腔颌面部肿瘤麻醉恢复期病人的安全。

关键词:口腔颌面部肿瘤;麻醉恢复期;护理策略

1 护理评估

1.1 待口腔颌面部肿瘤手术病人送至麻醉恢复室后,医护人员第一时间对手术病人的基本情况进行全面评估,具体包括以下几种:

1.1.1 口腔颌面部肿瘤手术病人的年龄、病程、血压、脉搏频率、呼吸度以及心肺功能情况等基本信息;

1.1.2 口腔颌面部肿瘤手术病人手术过程中情况,例如:手术类型、麻醉方式、是否使用了特殊药物、是否发生了相关合并并发症、病人输液输血情况以及手术中是否应用了特殊装置等;

1.1.3 了解是否有需要医护人员立即进行观察记录的体征、症状数据,是否有应立即执行的医嘱及注意事项。

1.2 以口腔颌面部肿瘤病情的基准线作为参照,对手术病人的病情进行实时评估。

1.2.1 对口腔颌面部肿瘤手术后病人的脉搏、体温、心电图、动脉血氧饱和度等生命体征数据进行测量;

1.2.2 对口腔颌面部肿瘤手术后病人清醒、昏迷以及嗜睡意识状态进行评估;

1.2.3 留意手术后病人呼吸道及气管部位是否留有插管,评估手术病人呼吸健康情况;

1.2.4 检查口腔颌面部肿瘤手术病人皮肤温湿度以及颜色是否正常;

1.2.5 检查手术病人引流管通畅情况、引流液颜色是否变化以及病人手术创面的敷料渗液情况;

2 护理措施

2.1 加强对病人呼吸功能的恢复护理

通常口腔颌面部肿瘤病人发病损伤或者手术切口位置在口腔颌面上方,因此极易导致其出现水肿、血肿等状况,而手术创面进行敷料时需要加压包扎,增加了病人发生呼吸道梗阻的几率,因此,护理的首要措施就是加强对病人呼吸功能的恢复护理。

2.1.1 帮助病人调整卧姿

对于处在口腔颌面部肿瘤手术麻醉恢复期的病人,应当注意避免其舌后坠以及口腔分泌物造成呼吸道堵塞,因此除主治医师的特殊要求外,应尽量保持病人平卧去枕,同时头部偏向一边。

2.1.2 妥善处理口咽及鼻咽通气道

当手术后病人去除气管插管后,应保持其口咽及鼻咽通气道的呼吸畅通,在保证病人通气的同时便于后续护理人员进行口腔分泌物的吸取及氧气的吸入。

2.1.3 定时进行口腔分泌物的吸取

刺激病人咳嗽的方法为气管及鼻气管的内吸操作,病人咳嗽有利于病人下呼吸道分泌物的排出以及病人通气道外端及口腔血液和分泌物的吸出,应注意,在进行吸出前应给予病人不超过 15s 的给氧操作。

2.1.4 观察上述操作中病人呼吸变化情况

听取病人的气息变化,观察病人呼吸速率、力度以及频率是否对称,皮肤是否有发绀、缺氧引起的颜色变化情况。

2.1.5 对拔除通气道指征进行严格控制,根据病人情况适时拔除通气道

若护理人员在拔除通气道时,病人出现上呼吸道梗阻状况,护理人员应立即将通气道重新插入气管内。

2.1.6 不利于病人呼吸的影响因素控制

手术因素:口底、咽喉部以及、颌面部手术位置留有的手术创伤而造成的血肿及水肿;下颌骨超半切除但未即刻进行整复骨缺损而造成舌后坠堵塞呼吸道;用于下颌骨缺损修复的肋骨取出后造成呼吸功能障碍;对于上述病人应考虑适当延长通气道的留置时间。

麻醉因素:①芬太尼等镇痛性麻醉药物会对病人的中枢神经产生一定的抑制作用而导致病人呼吸频率降低,甚至存在部分病人在术后 3-4h 时间段内产生呼吸遗忘症状,对于该类病人的处理,护理人员应当适当拍打病人胸部或唤醒病人指导其进行深呼吸,当动脉血氧饱和度(SaO_2)降低、呼吸速率减慢时,可采用静脉推注纳洛酮药物进行缓解(推注剂量为:成人 0.4mg,儿童根据实际情况适量减少),及时地拔除气管或通气道插管,帮助病人进行吸痰及排除各类口腔分泌物等操作,防止异物对病人呼吸道产生不良刺激,因此,在进行帮助病人进行麻醉恢复的同时还应应对病人的肌力恢复情况进行密切地观察。

2.2 加强病人呼吸循环系统的监护

2.2.1 对病人的呼吸收缩压、舒张压、脉搏、脉压差、中心静脉压以及心电图情况进行实时监测,一旦发现异常应及时报告主治医师进行处理。

2.2.2 应用超声心动图:一般情况下,人体心肌缺血的临床表现为数秒内心肌收缩力发生变化,该变化于缺血解除后将消失,因此超声心动图可为护理人员观测病人心肌收缩能力的变化提供实时参考依据。

2.2.3 对病人手术创面出血、渗血情况、血液性状情况进行记录观察。

2.2.4 若手术病人为儿童或老年人,应当特别注意控制输入液体的速率。

2.3 加强对手术病人泌尿系统的监护

2.3.1 除病人留置导尿管外,其余病人正常情况应在术后 6-8h 时间段内进行排尿,若超过 8h 还未排尿,则检查病人是否有膀胱充盈现象。

2.3.2 若病人出现尿潴留情况,则需采用利尿方法帮助病人进行排尿,若利尿方法无效,则应给与患者导尿。

2.3.3 术后补充患者水分,定时复查病人体内电解质变化情况。

2.4 送病人进入病房

待病人生命体征平稳、主观意识有一定恢复,患者评估计分在 8 分及以上时则可以转出恢复室,同时应电话告知病房护理人员该病人的基本资料以及需要准备的相关护理物品,然后在恢复室护理人员的陪同下转入病房,与病房护理人员进行交接。

参考文献:

[1]刘迪娜.综合护理干预对口腔颌面部损伤后患者伤口愈合和口腔功能恢复的影响[J].护理实践与研究,2018,15(20):96-97.

[2]张娟.口腔颌面部肿瘤皮瓣修复术后谵妄的相关因素及护理[J].护士进修杂志,2018,33(15):1422-1425.