

全麻术后躁动原因分析与处理方法探索

贾苑

(湖北省宜城市 宜城市人民医院 441400)

摘要:目的:分析全麻患者术后躁动的原因,探讨科学的处理方法。方法:回顾性分析对222例全麻苏醒期患者进入PACU后,观察拔管前后各种不良刺激、不同性别、麻醉方法、手术类型、使用催醒药、术后镇痛剂应用等因素对术后躁动的关系。结果:麻醉苏醒期发生躁动34例,发生率为15.3%。手术部位、麻醉方式、患者年龄、患者性别、术后未采用镇痛措施、保留尿管的患者等因素下易发生躁动。引起躁动的诱因为气管导管刺激、导尿管刺激、疼痛不适、短时性缺氧等。结论:导致术后躁动的因素较多,疼痛刺激是最主要的原因。充分认识导致全麻术后躁动的原因,制定有效的处理措施,能够降低躁动的发生,提高手术治疗效果及安全性。选择合适的麻醉方式,维持适宜的麻醉深度,应用充分的术后镇痛,把握合适的拔管时机及避免各种不良刺激等,可明显减少术后躁动的发生。

关键词:全麻;并发症;躁动;

全身麻醉是临床常用的麻醉方式之一,全麻能让患者在手术过程中毫无痛苦,在一定时间内完全丧失意识和感觉,有助于手术的安全舒适进行。全麻术后患者不能按指令要求活动,发生不同程度的不自主运动,即称为术后躁动。主要表现为血压升高、心率加快,并伴有神经系统兴奋、躁动和定向功能障碍等。苏醒期躁动可严重危及患者安全[1],若处理不当,可引发严重的意外性伤害,比如气管支气管痉挛、恶心呕吐、反流误吸等导致呼吸困难、手术创面出血等,甚至还可导致严重的心脑血管意外,是围术期全麻并发症处理的一个重要环节。作为麻醉医生,必须认识到致使全麻术后躁动的因素,从而给予有针对性的处理,尽量减少患者躁动的发生,提高围术期安全性。本研究将对实习期间所统计的222例全麻患者术后躁动情况进行分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料 全麻手术患者222例,其中男性患者103例,女性患者79例,年龄1-70岁,平均体重52.4kg,ASA分级1-3级。其中静吸复合麻醉145例,腰硬联合麻醉53例,神经阻滞麻醉24例。手术种类:腹部手术类72例,耳鼻喉手术类54例,四肢脊柱手术类86例,采用术后镇痛(PCA)者167例,182例行导尿管。

1.2 研究方法 查阅与之相关的科研文献及书籍文章等,并统计成表格,然后通过患者的病例和监测数据,再进行分析整理,最后针对患者躁动原因制定有效的的处理措施。

1.3 麻醉方法 术前30分钟静注咪达唑仑0.05-0.1mg/kg,长托宁0.5mg。快速诱导过程用咪达唑仑0.05-0.1mg/kg,芬太尼2-4μg/kg,罗库溴铵或顺式阿曲库铵肌松适量静注,丙泊酚3-10ml。术中全麻维持,气管内插管静脉麻醉以丙泊酚10-30ml/h,罗库溴铵10-15mg/h维持,间断给予适量舒芬太尼或芬太尼等加强镇痛;静吸复合为静脉麻基础上复合七氟醚1%-2%浓度维持麻醉;腰硬联合麻醉者术中给予2%利多卡因硬膜外维持。手术结束根据自主呼吸、吞咽反射、咳嗽反射恢复情况给予新斯的明等催醒剂。三种方法均待拔管后生命体征平稳下送入麻醉术后恢复室(PACU)。

1.4 观察与监测 进入PACU后完善血压、心率、血氧饱和度及心电图等监测,并根据病情进行机控呼吸或辅助呼吸,30min内任无自主呼吸者或仍处于深麻醉状态者进可给与新斯的明等药物进行拮抗,并行约束处理。在拔管前、后根据患者具体情况给予辅助性药物如丙泊酚、硝酸甘油、特耐、氟比洛芬酯等对症处理。

1.5 躁动分级 轻度:在强烈刺激下发生,一旦刺激停止或给予适当的语言安慰后躁动即可停止;中度:在较强刺激下发生躁动,

患者意识欠佳,言语安慰不能主动配合者需制动处理;重度:患者自身难以控制,需使用物理方法制动和药物辅助治疗。

1.6 躁动的处理 拔管后中度、重度躁动者给予适量丙泊酚或辅以舒芬太尼,并注意观察呼吸功能,面罩吸氧,待患者自行清醒。若患者清醒但自诉疼痛者给镇痛剂或静注特耐40mg或氟比洛芬酯50mg;对不能耐受尿管刺激者静注咪达唑仑1-2mg。

2 结果

2.1 躁动原因 分析222例全麻患者,在苏醒期发生躁动者有34例患者,发生率为15.3%,在此之中出现轻度躁动者19例,中度躁动者12例,重度躁动者2例。与全麻术后躁动相关的主要原因有药物作用、年龄差异、心理素质、不良刺激等,另外手术部位、麻醉方式、患者性别、镇痛措施、保留尿管的患者等因素存在者亦易发生躁动,详见表1。引起躁动的诱因:气管导管刺激82.35%(28/34)、疼痛70.58%(24/34)、尿管刺激73.53%(25/34),短暂性缺氧占11.76%(4/34)。其他因素占5.89%(2/34)。

2.2 治疗及预后 对于躁动者①保证充足供氧、维持呼吸道通畅;②利用非甾体抗炎药氟比洛芬酯或应用氟比洛芬酯超前镇痛可减少躁动的发生;③使用镇静药物:注射短效、速效的药物如丙泊酚、阿片类或类阿片类可明显减少躁动的发生。对于上述躁动者,经适当的镇静、术后镇痛或静注帕瑞昔布、氟比洛芬酯、舒芬太尼等药物处理,充分吸氧保温,言语安慰对症支持治疗,34例患者的躁动均可消失。

表1 手术麻醉苏醒期引起躁动的因素分析

因素	数量(人)	躁动(人)	百分比(%)
手术类型			
腹部手术	72	13	18.06
耳鼻喉手术	64	16	25.00
四肢脊柱手术	86	5	5.81
麻醉方式			
静吸复合麻醉	145	24	16.56
腰硬联合麻醉	53	7	13.21
神经阻滞麻醉	24	3	12.5
年龄			
成人组	103	11	10.68
少儿组	119	23	19.34
性别			
男性组	135	20	14.81
女性组	87	14	16.09
术后镇痛			
有	167	9	5.39

无	55	25	45.45
插导尿管 (共 182 人)			
男性	103	21	20.39
女性	79	13	16.46
使用拮抗药	55	23	41.82

3 讨论

全麻术后躁动在临床较为常见,是一种全麻并发症,对于全麻术后躁动发生机制尚无明确定论,但其不良影响早已被临床证实,必须加以控制,而要降低其发生率,必须明确其发生原因,才能制定有效的处理措施,处理原则是去除病因,解除诱发因素和对症治疗,在原因未明确之前,主要是加强防护,避免发生意外伤害或严重并发症。若原因较为明确,应立即予以消除。

全身麻醉患者发生术后躁动的机制,可能是麻醉药物对中枢抑制作用消失后,患者意识虽已经恢复,但随着麻醉药物的代谢残余量使得大脑皮层与上行网状激活系统等高级中枢的功能仍未全部恢复,进而影响患者感觉功能的反应能力和处理能力。这种功能完整性的缺失可表现为麻醉苏醒后患者一般多呈安静、嗜睡状态,少部分患者有轻度的定向功能障碍,脑功能反应迟钝。当患者处于脑功能反应模糊、迟钝期间,任何不良刺激均可引起躁动(反射性对抗)^[2]。在本组病例中,静吸复合麻醉者躁动的比例较高,这可能与吸入麻醉药的代谢不完全有很大的关系。临床中观察到提前停止吸入麻醉剂,促使麻醉药的充分排出,或在苏醒期用少量丙泊酚维持,延长苏醒时间,减少多种麻醉的协同作用影响,能使苏醒期的病人较安静,可降低躁动的发生率。

麻醉苏醒期的躁动与麻醉药的作用以及各种因素如疼痛、导尿管、气管插管的刺激及缺氧有关系^[1]。本组病例中,导尿管的刺激引起的躁动较疼痛刺激更明显,反应较激烈,特别是老年男性患者的躁动可持续 3 h 以上,送回病房后仍可有躁动反应,且没有完全有效的方法消除。对于插管和导尿管所致的不良刺激,首先要向患者做详细解释,让其意识到此为正常反应,获取其配合;缺氧和呼吸道分泌物的滞留也是一个不可忽视的因素,在吸痰的刺激下往往会引起呼吸道痉挛,加重了患者的躁动;其他的因素还包括心理应激、环境变化、制动不当等导致病人情绪上的恐慌及对抗。疼痛是导致躁动的主要原因,不同的手术部位、麻醉效果、性别差异及年龄特点对痛觉的敏感性有差异:腹部手术由于腹膜的神经末梢丰富,术后的水肿加重了患者对痛觉的敏感性;男性及青少年患者对疼痛的耐受性差,术后躁动的发生率高;由于气管插管静脉复合麻醉患者苏醒迅速,全麻药物残留代谢不全可引发术后躁动,静吸复合麻醉时吸入麻醉药的停药过晚导致排出不完全是躁动的主要原因^[4];拮抗药物使用不当也可增加术后躁动的发生率,由于中枢神

经兴奋作用和对阿片受体的拮抗导致痛觉的恢复,用药后使患者出现挣扎、不能耐受气管插管的刺激而表现为剧烈躁动。

术后躁动要采取对症治疗及综合处理:(1)术前麻醉医师必须访视患者,与患者沟通,掌握患者焦虑情况,并给予恰当的处理,纠正患者错误认识,解除忧虑,建立正确的期望值和心理防御机制,特别是对于留置导尿管的病人,告诉导尿管刺激的症状,并要求术后尽量配合;(2)术中维持合适的麻醉深度,维持呼吸循环功能稳定,要避免缺氧及二氧化碳蓄积,注意水电酸碱平衡;(3)石双平等^[5]认为帕瑞昔布钠在减少全麻复苏期的躁动和术后镇痛有较好的疗效,对于术后应用 PCA 效果不佳者可静注帕瑞昔布钠或曲马多以加强镇痛效果,本组病例亦证实其在减少尿管刺激方面亦有明显的效果,对麻醉前留置导尿管的患者亦能减少躁动发生^[6];(4)适当使用拮抗剂及催醒药,尽量做到最好不用拮抗药催醒,而待患者自然苏醒,使得苏醒过程较平顺,如确需使用,可小量、多次试探给药,无效者可重复应用,避免一次足量应用,引起患者过度兴奋而烦躁;(5)由于吸入麻醉药术后残余及有一定的中枢兴奋作用,建议把握好停药时机,有条件者尽量采用全凭静脉麻醉。

结论:术后躁动发生机制尚未完全明了,加之导致术后躁动的因素较多,因此很难圆满地完全做到防治术后躁动的发生。但是,若能选用合适的麻醉方式,维持适宜的麻醉深度,给予充分的术后镇痛,掌握适度的拔管指征,保持稳定的呼吸循环系统以及避免有害刺激因素等,则可减少或避免术后躁动的发生。充分认识导致全麻术后躁动的原因,制定针对性处理措施,能够降低躁动的发生,提高围术期治疗效果及安全性。

参考文献:

- [1]刘仁玉, 吴安玉. 术后躁动 / 90 (国外医学麻醉学与复苏分册, 1995,16 (1):35-37
- [2]邓立琴, 丁风兰, 刘红. 全麻术后躁动 225 例分析[J]. 实用医学杂志, 2006, 22(2): 165-166.
- [3]黎祖荣, 王明德, 魏佳, 等. 麻醉恢复室患者躁动的原因及相关因素分析[J]. 临床麻醉学杂志, 2009, 25(6): 536.
- [4]金允淑, 马虹. 全凭静脉与吸入全身麻醉苏醒期躁动发生率的临床观察[J]. 辽宁医学杂志, 2007, 21(2): 62-64.
- [5]石双平, 王薇, 徐祝红. 帕瑞昔布用于腹腔镜手术七氟醚全麻苏醒期躁动及不良反应的临床观察[J]. 现代医院, 2010, 10(1): 22-24.
- [6]黄春蓉, 张颖, 杨露. 全麻手术患者留置导尿方法与时机探讨[J]. 中国实用医药, 2009, 4(23): 41-42.