

眼科局麻手术球后麻醉致过敏反应 2 例的护理体会

李梅 陈菲 陈敏 (通讯作者)

华中科技大学同济医学院附属同济医院, 湖北 武汉 430030

摘要: 目的: 总结 2 例眼科择期手术患者行球后阻滞麻醉后出现严重药物不良反应的救治经过与护理实践, 为临床同类事件处置提供参考。方法: 回顾本院 2 例眼底手术患者, 在球后注射利多卡因联合布比卡因混合药液后出现全身严重反应的完整临床资料, 梳理术前评估、术中急救配合、后期手术调整的全过程, 归纳护理工作中的重点与不足。结果: 两例患者出现中毒-过敏样症状后, 手术室团队第一时间开展抢救干预, 均成功规避过敏性休克、呼吸心跳骤停等致命风险; 调整麻醉方案后, 2 名患者均顺利完成眼科手术, 术后恢复情况满意。结论: 眼科手术室护理人员要充分认识球后麻醉潜在的全身不良反应风险, 术前做好高危人群筛查, 术中密切观察患者主观感受与生命体征变化; 一旦出现异常体征, 需要和手术医师、麻醉医师高效协同, 快速落实各项急救措施, 保障围术期患者生命安全。

关键词: 眼科手术; 球后阻滞麻醉; 局麻药不良反应; 手术室护理

球后阻滞麻醉是眼科眼底手术十分常用的局部阻滞手段, 将局麻药物注入眼球后方肌锥间隙, 阻断眼球相关神经传导, 实现眼球制动与术区痛觉消失^[1]。酰胺类局麻药直接诱发过敏在临床上较为少见, 现有文献报道其发生率仅 0.001%-0.01%, 但药物入血、药物经视神经鞘膜弥散入脑干等情况, 会出现类似严重过敏的全身毒性表现, 病情进展快, 可累及中枢、循环及呼吸系统, 严重时发生抽搐、循环衰竭甚至心脏骤停^[2], 对手术室应急处置能力提出较高要求。因此手术室护士掌握该类并发症识别要点及抢救流程, 对保障患者安全有着重要现实意义。

1 临床病例

(1) 病例 1

患者男性, 69 岁, 既往有 2 型糖尿病病史, 既往左眼行玻璃体切割联合硅油填充术, 本次入院拟行左眼硅油取出术。术前完成常规眼部准备, 结膜囊冲洗后予以盐酸丙美卡因行眼表两次表面麻醉, 双人核对药品无误后, 抽取 2%利多卡因 1.5 ml 混合 0.75%布比卡因 1.5 ml 配置麻醉药液。按照规范实施球后穿刺, 回抽确认无回血后缓慢推注药液。注射结束后患者很快主诉头痛不适, 随即发生恶心、喷射样呕吐、心慌表现。床旁监护提示心率上升至 130 次/分, 血压高达 200/120 mmHg, 血氧饱和度下降至 94%。

巡回护士立刻停止手术操作, 呼叫麻醉科到场协助抢救, 连接持续心电监护, 予以鼻导管吸氧; 为防止呕吐物误吸引发窒息, 将患者头部偏向身体一侧, 备好负压吸引装置随时清理口咽分泌物; 做好肢体保护性约束, 避免躁动带来二次损伤。配合麻醉医师快速建立外周静脉通路, 遵医嘱使用抗过敏及对

症治疗药物。待生命体征逐步趋于平稳, 做好患者及家属心理安抚与病情告知, 安全将患者转运回普通病房。间隔一周之后, 患者在严密监护下更换麻醉方式完成左眼硅油取出, 术后恢复良好, 对诊疗效果认可。

(2) 病例 2

患者女性, 73 岁, 因右眼黄斑前膜入院, 计划开展右眼玻璃体切除手术。术前眼部准备流程同病例 1, 同样采用利多卡因-布比卡因混合液实施球后阻滞, 穿刺后回抽未见血液, 予以注药。给药之后患者突发全身肢体震颤, 意识水平下降, 无法正常应答交流。术者当即暂停手术, 紧急通知麻醉医师参与抢救。监护设备显示心率达 140 次/分, 血压骤升至 240/130 mmHg, 血氧饱和度下降至 80%, 缺氧情况突出。

现场即刻更换面罩给予高流量吸氧; 巡回护士快速开放静脉通路, 同时备齐气管插管包、除颤仪、各类急救药物, 做好气道管理准备, 放置负压吸引器, 实施保护性约束。经麻醉医师开展药物对症处理后, 患者生命体征逐步回落至安全区间, 意识恢复。持续观察确认症状完全消退后送回病房休养。入院 3 天后, 该患者选择全身麻醉, 顺利完成右眼玻璃体切除手术, 术中无不良事件发生。

2 不良反应发生相关因素分析

结合两例患者救治过程, 球后麻醉后出现严重全身反应并非单一因素造成, 可归纳为 4 个方面。

(1) 药品因素: 制剂生产环节引入外来致敏杂质, 若同一批次药物连续出现不良反应, 应立即停用该批次并更换其他批号。

(2) 患者个体条件: 高龄、合并糖尿病等血管基础病变人群, 机体对局麻药物耐受水平下降; 少数过敏体质个体, 利多

卡因作为半抗原与体内蛋白结合后,可诱发免疫应答,更容易出现多系统的异常临床表现^[3]。

(3) 穿刺操作环节:球后麻醉所用针头细而尖锐,进针深度、角度把控难度较高。穿刺完成之后必须回抽确认无血,注药过程间断回抽;推注速度不可过快,给药剂量严格把控,防止药物误入血管,或是沿视神经周围脑脊膜扩散至脑干,诱发严重中枢反应^[4]。

(4) 术前沟通配合不足:老年患者听力、理解能力减退,术前如果没有充分讲解术中体位、头部制动的重要性,术中头部不自觉移位,会造成穿刺位置偏移,增加并发症发生概率。

3 手术室护理抢救配合要点

当球后麻醉给药过程中或者给药之后,患者出现不适主诉、意识改变、生命体征波动,护士要第一时间做出响应。

第一,立刻停止推注局麻药物,通知手术医生,呼叫麻醉科支援,清晰说明当前麻醉方式与患者发作时间;第二,启动持续心电监护,不间断观察血压、心率、血氧、意识状态;第三,呕吐患者优先清理气道,头偏向一侧,备好负压吸引,及时清除呕吐物,规避误吸窒息风险;第四,肢体抽搐躁动患者给予保护性约束,预防坠床、磕碰损伤;第五,根据缺氧程度选择鼻导管吸氧或者面罩高流量吸氧;第六,快速建立有效静脉通路,便于抢救给药,备好脂肪乳、降压、抗心律失常等药物,同时备好气管插管器械、除颤仪,保证抢救设备处于待用状态;第七,患者脱离生命危险之后,做好心理疏导,缓解其恐惧情绪,同步向家属如实交代病情变化。

4 临床预防对策

(1) 落实术前综合评估:仔细询问既往用药史、药物过敏史,关注高龄、合并心脑血管疾病、糖尿病等高危患者;对风

险较高者术前就连接心电监护,必要时提前留置静脉套管针,为突发抢救节省时间。

(2) 加强术前心理干预:向患者及家属通俗讲解球后麻醉操作过程,强调术中头部不能随意转动的必要性。对情绪高度紧张焦虑的患者,与麻醉医师沟通,评估是否术前给予适度镇静,提升术中配合度。

(3) 术前做好急救物资准备:手术室护士术前要对手术潜在风险进行预判,除常规手术器械之外,确认抢救药品、气道设备、除颤仪功能完好,做到一旦险情出现,物资随取随用。

(4) 严格落实查对制度与麻醉操作监督:执行三查七对,仔细核对局麻药物名称、有效期、批号。麻醉操作期间护士在床旁,提醒患者保持体位,配合术者完成穿刺前后回抽操作。

(5) 全程床旁监护观察:局麻给药的全部过程,护理人员不能离开患者,重点观察患者面色、呼吸、神态,重视患者的主观诉说。一旦发现意识改变、血压心率剧烈波动、肌张力异常等预警信号,马上参与急救,同时及时向家属告知病情变化。

(6) 出现异常后的后续处置:一旦怀疑局麻药严重不良反应,即刻终止给药,维护循环与呼吸稳定;如果发生呼吸抑制,做好气管插管、机械通气准备,遵从医嘱完成药物治疗。对于老年合并基础疾病的手术对象,尤其要落实术前监护,术中坚守患者身旁,动态掌握患者感受及生命体征变化。

5 小结

球后阻滞麻醉虽然属于局部麻醉操作,但依旧存在危及生命的严重全身并发症风险。老年、合并全身基础病的眼科手术患者属于高危群体。手术室护理人员既要熟悉手术流程,更要强化风险预判意识,做好术前评估与物资筹备;术中不能仅关注手术操作,更要重视患者全身状态,做到早期识别异常信号,和手术、麻醉团队紧密协作,高效开展急救处置,最大限度保障眼科围手术期患者安全。

参考文献:

- [1] 张雪荣, 罗俊. 眼科麻醉的并发症及其防治. 华西医学, 2015, 30: 1383-1386.
- [2] 赵其芳, 张翠美, 郝笃. 球后麻醉致昏迷的护理配合一例[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2023, 45 (03): 201-202.
- [3] 刘偲. 颈注射盐酸利多卡因致过敏性休克 1 例[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27 (22): 4363-4364.
- [4] 蒋炎云, 林楠. 球筋膜囊下麻醉白内障超声乳化术中黑矇 1 例[J]. 临床眼科杂志, 2016, 24 (06): 568-569.

作者简介: 李梅 (1991—), 女, 汉族, 安徽, 硕士, 华中科技大学同济医学院附属同济医院, 主管护师, 手术室护理。