



全麻苏醒期患者躁动，如何快速安全处理

◎内江市第一人民医院 雷洪燕

全身麻醉手术后，患者从无意识状态逐渐恢复知觉的阶段，被称为“全麻苏醒期”。这个过渡阶段并非总是平稳安静，部分患者会出现一种名为“全麻苏醒期躁动”（EA）的临床急症，患者表现为意识模糊、定向力障碍、不配合治疗、试图拔除身上的导管，甚至出现攻击性行为。这种情况不仅增加了患者受伤（如坠床、导管脱落引发出血）的风险，也给医护人员带来巨大挑战。因此，快速、安全地处理躁动至关重要。

1. 为何会发生苏醒期躁动？

要想有效处理，必先理解其根源。苏醒期躁动的发生往往是多种因素交织的结果——

生理因素：麻醉药物残余效应是主因。某些吸入性麻醉药（如七氟烷）或辅助药物（如氯胺酮）可能导致苏醒期出现梦境、幻觉和定向力障碍。此外，术后急性疼痛是诱发躁动最常见、最强烈的刺激。患者无法用语言清晰表达，便可能通过躁动行为来“诉说”痛苦。

环境与心理因素：陌生的恢复室环境、监护设备的报警声、医护人员交谈等刺激，都可能让意识尚未完全清醒的患者感到恐惧和困惑。术前即有焦虑、紧张或对手术结局担忧的患者，发生率更高。

生理需求与并发症：尿潴留引起的膀胱高度充盈、缺氧、二氧化碳蓄积、低血压等内环境紊乱，都会导致患者极度不适，从而表现为躁动。

患者自身因素：儿童和老年患者发生率相对较高，与中枢神经系统功能状态有关。此外，有长期酗酒、滥用药物史或精神疾病史的患者也属高危人群。

2. 临床如何科学应对？

处理躁动的核心原则是保障患

者安全，迅速评估并针对病因进行处理，而非简单地使用强制约束或镇静药物。

第一步：立即评估与安全保障。一旦发现患者躁动，医护人员应第一时间靠近患者。安全防护：立即拉起病床护栏，确保患者在床中央，并由专人看护，防止坠床；迅速检查并妥善固定所有生命通道，如静脉输液管、动脉测压管、导尿管等，防止被患者无意中拔除。初步判断：医护人员需快速判断躁动的性质，患者是单纯因为疼痛而挣扎，还是出现了危及生命的缺氧？后者通常伴有口唇发绀、血氧饱和度急剧下降，必须优先排除呼吸道梗阻、呼吸抑制等紧急情况。

第二步：温和干预与对因处理。缓解疼痛：如果判断躁动主要由术后剧痛引起，快速给予短效镇痛药（如芬太尼）是首选且最有效的措施。疼痛缓解后，许多患者的躁动会迅速平息。消除环境刺激：降低恢复室的灯光和噪声。医护人员应语气平和、清晰地呼唤患者姓名，告知手术已顺利结束，现在很安全，给予心理安慰，熟悉的家属在场（若条件允许）也能起到良好的安抚作用。检查并解除生理不适：轻柔地检查患者是否有尿潴留

（触摸下腹部），必要时进行导尿。检查呼吸是否通畅，确保氧气管路正常工作，给予吸氧。谨慎使用药物：当非药物措施无效，或躁动严重影响治疗和患者安全时，才考虑药物干预。可选用小剂量的短效镇静药（如右美托咪定，其镇静作用温和且具有一定的镇痛效应）或丙泊酚。目标是让患者安静合作，而非重新陷入深睡眠。应避免盲目使用长效或强效镇静剂，以免过度抑制呼吸，延长苏醒时间。

第三步：后续观察与预防。躁动平息后，仍需密切监测患者的生命体征和意识状态，直至完全清醒。更重要的是，预防胜于治疗。麻醉医生可在术前访视时充分沟通，减轻患者焦虑；在术中采用多模式镇痛方案，确保患者在苏醒期有良好的镇痛基础；在手术结束前，适时停用或减少可能诱发躁动的麻醉药。

全麻苏醒期躁动是常见的临床挑战，但其处理绝非简单的“压制”，它考验着医护团队的快速评估能力、临床思维和应急处理水平。通过遵循“安全优先、快速评估、对因处理”的原则，我们能够将这一过渡期的风险降至最低，确保患者平稳、安全地度过全麻苏醒期，顺利康复。😊