

上颈部肿物术后窒息的急救流程与护理配合探讨

杨 婷

川北医学院附属医院 四川 南充 637000

【摘 要】：目的：探讨上颈部肿物术后窒息的急救流程与护理配合效果。方法：选取 2022 年 1 月至 2024 年 12 月在我院接受上颈部肿物切除术的 98 例患者，随机数字表法将其分为观察组（实施优化后的急救流程与护理配合方案，49 例）与对照组（实施常规术后护理与窒息急救流程，49 例）。比较两组临床急救时效性指标及不良事件发生率。结果：观察组急救反应时间、气道开放时间均短于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组窒息抢救成功率高于对照组，二次插管率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：优化后的上颈部肿物术后窒息急救流程与护理配合方案，能够有效提高急救效率，提升抢救成功率，降低二次插管风险。

【关键词】：上颈部肿物；术后窒息；急救流程；护理配合

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.095

A Discussion on Emergency Protocols and Nursing Collaboration for Postoperative Asphyxia Following Surgery for Upper Neck Masses

Yangting

Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong, Sichuan 637000

Abstract: Objective: To investigate the effectiveness of emergency protocols and nursing coordination in managing postoperative asphyxia following surgery for upper neck masses. Methods: A total of 98 patients who underwent upper cervical mass resection at our hospital from January 2022 to December 2024 were selected and randomly assigned using a random number table to the observation group (49 patients, who received an optimized emergency response protocol and nursing coordination) and the control group (49 patients, who received routine postoperative care and the standard asphyxia emergency response protocol). Clinical emergency response timeliness indicators and adverse event rates were compared between the two groups. Results: In the observation group, both the emergency response time and the time to airway establishment were shorter than in the control group ($P<0.05$); the success rate of asphyxia resuscitation was higher, and the rate of re-intubation was lower in the observation group compared to the control group ($P<0.05$). Conclusion: The optimized postoperative asphyxia emergency protocol and nursing coordination plan for upper cervical masses can effectively improve emergency response efficiency, increase the success rate of resuscitation, and reduce the risk of re-intubation.

Keywords: Upper cervical masses; Postoperative asphyxia; Emergency protocol; Nursing coordination

上颈部肿物所处的解剖位置较为特殊，周围紧邻气管、食管与多组重要神经、血管结构，手术操作区域狭小且组织层次复杂。患者接受手术治疗后，受术区血肿形成、喉头水肿、气管软化及局部组织压迫等多种因素影响，极易出现急性气道梗阻，严重时可直接诱发窒息。这类窒息事件的病情进展速度极快，短短数分钟内就可能对患者生命安全造成直接威胁，是头颈外科术后风险最高的并发症之一。临床传统的窒息处置模式，普遍存在响应滞后、现场分工模糊等问题，很容易错过最佳抢救窗口期，进而影响最终救治效果，甚至造成不可逆的脑神经损伤。搭建一套高效、规范的术后窒息急救流程与配套护理配合方案，对提升临床救治成功率、降低不良事件风险有着重要的现实意义。因此，本文旨在探讨上颈部肿物术后窒息的急救流程与护理配合效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月至 2024 年 12 月期间在我院头颈外科接

受上颈部肿物切除术的 98 例患者，随机数字表法分为观察组（49 例）和对照组（49 例）。观察组男性 26 例，女性 23 例；年龄范围 21 至 74 岁，平均年龄（ 45.32 ± 12.47 ）岁。对照组男性 24 例，女性 25 例；年龄范围 19 至 76 岁，平均年龄（ 46.05 ± 13.18 ）岁。两组基线资料比较（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）经术前影像学及病理学检查明确诊断为上颈部肿物；（2）接受全身麻醉下的颈部肿物切除手术。

排除标准：（1）术前已存在严重气管狭窄或呼吸困难；（2）因认知障碍或精神疾病无法配合者。

1.2 方法

对照组实施常规术后护理与窒息急救流程：患者术后返回病房后，责任护士每 30 分钟巡视一次，监测生命体征、呼吸状态与血氧饱和度，病房常备负压吸引器、氧气装置等基础急救物品。患者出现窒息征象时，护士立即呼叫值班医师，配合开展吸痰、给氧等处置，无效时由医师行床旁紧急气道开放操作。

观察组实施优化后的急救流程与护理配合方案:

(1) 科室搭建固定编制的急救快速反应小组, 成员涵盖头颈外科专科医师、麻醉科常驻医师、重症监护专科护士与病房责任护士四个岗位。每一例术后患者都对明确负责医护人员, 各班次人员的急救职责提前划定清晰边界, 不存在模糊交叉的空间。当班责任护士作为第一响应人, 承担现场病情评估与急救呼救职责; 另一名辅助护士专职负责急救物品调取与操作配合, 不分散精力参与病情判断; 医师岗位则全程主导气道干预的方案决策与核心操作实施。固定的职责分工避免了抢救现场临时指派任务的混乱, 每个岗位人员都能清晰知晓自身动作节点, 无需额外沟通确认。

(2) 气道风险的评估关口整体前移至术前访视阶段。责任护士开展常规术前宣教的同时, 同步完成患者气道基础条件的综合评分, 评分维度包含 Mallampati 气道分级、甲颏距离测量、颈部活动度判断三项核心指标, 结合患者既往颈椎病史、咽喉部手术史等信息完成风险分层。对于这类高风险患者, 相关信息不仅会在术后交班记录中做出醒目标注, 床头位置也会统一张贴“气道风险”警示标识, 接班护士进入病房即可直观获取风险提示, 无需再翻阅病历逐一排查。

(3) 患者术后返回病房的前4小时被划定为窒息高发的关键观察窗口, 该时段内呼吸监护频次由常规的每30分钟一次加密至每15分钟一次。监护过程中, 护理人员除常规监测生命体征与血氧饱和度外, 重点观察颈部引流液的性状、总量与颜色变化, 同步排查颈部是否出现进行性肿胀、患者声音嘶哑症状是否加重、呼吸时是否伴随喘鸣音。针对表述能力较弱的老年患者, 护理人员还会主动询问有无咽部异物感、胸闷憋气等不适, 尽可能在窒息症状出现早期捕捉异常信号。

(4) 物资保障层面, 每例术后患者的床旁固定位置均预先配置标准化气道急救车, 车辆内部按使用顺序分层摆放急救物品, 涵盖不同型号的气管切开套管、环甲膜穿刺套装、简易呼吸器与可视喉镜等核心器械。所有急救物品执行每班双人交接制度, 核对物品数量、有效期与完好状态, 出现缺失或损耗立即补充更换, 确保器械随时处于可用状态。急救车摆放位置固定且标识醒目, 日常不允许挪作他用, 确保紧急情况下能第一时间取用。

(5) 科室每月固定开展一次窒息急救模拟演练, 全程采用实景情景模拟的训练模式。演练会随机设置不同诱因的窒息场景, 比如血块阻塞气道、喉头水肿、气管套管脱出等, 重点考核护理人员的现场分工配合速度、急救物品取用熟练度与气道开放辅助操作的规范性。每次演练结束后, 参与人员共同复盘操作中的衔接漏洞, 针对性调整流程细节, 确保方案贴合临床实际场景。

(6) 一旦临床确认患者发生窒息, 即刻启动“呼叫-评估-

开放气道-负压吸引-辅助通气”五步标准化处置流程。作为第一发现人的责任护士, 第一时间拉响床头呼叫系统并高声呼救, 同步将患者调整为仰卧体位, 徒手完成抬颌推颌的基础气道开放操作。接到呼救的第二名护士需在10秒内将预置的气道急救车推至床旁, 结合现场判断的窒息原因选择对应器械: 若为血块阻塞气道, 立即连接负压装置实施深部吸引; 若为喉头水肿诱发的梗阻, 则快速备好雾化用肾上腺素与气管插管用物, 配合医师完成后续操作。整套流程中呼救与操作同步推进, 最大程度压缩了前期准备的无效耗时。

1.3 观察指标

(1) 急救时效性指标: 包括急救反应时间、气道开放时间。(2) 不良事件控制指标: 包括窒息抢救成功率及二次插管率。

1.4 统计学方法

运用 SPSS26.0 统计学软件, 平均急救反应时间及平均气道开放时间以“($\bar{x} \pm s$)”表示, 用“t”检验, 窒息抢救成功率、二次插管率以[n(%)]表示, 用“ χ^2 ”检验。 $P < 0.05$, 则差异显著。

2 结果

2.1 两组急救时效性指标比较

观察组平均急救反应时间及平均气道开放时间均短于对照组 ($P < 0.05$), 见表1。

表1 急救时效性指标比较 ($\bar{x} \pm s$, 秒)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	49	49	-	-
急救反应时间	28.35 ± 6.12	47.82 ± 9.45	12.047	0.000
气道开放时间	89.46 ± 15.23	154.38 ± 28.71	13.892	0.000

2.2 两组不良事件控制指标比较

观察组窒息抢救成功率高于对照组, 二次插管率低于对照组 ($P < 0.05$), 见表2。

表2 不良事件控制指标比较[例(%)]

组别	观察组	对照组	χ^2 值	P 值
例数	49	49	-	-
窒息抢救成功	48(97.96)	41(83.67)	4.405	0.036
二次插管	2(4.08)	9(18.37)	4.009	0.045

3 讨论

上颈部肿物切除术后并发窒息, 是头颈外科临床中风险极高的一类并发症, 这类病症大多起病隐匿、进展速度快, 短时

间内就可能进展为严重缺氧状态,最终造成不可逆的脑组织损伤,甚至直接危及患者生命安全^[1]。过往临床护理工作中,医护人员的观察重心多集中在术后伤口渗血、引流液性状与颈部肿胀程度这类直观指标上,针对气道通畅性的主动预警与风险评估做得并不充分。多数窒息事件的急救启动,都要等到患者出现口唇发绀、意识水平下降这类典型缺氧表现时才被动触发,此时患者脑组织往往已经经历了数分钟的严重缺氧,不仅抢救操作的难度大幅上升,后续出现神经系统后遗症、气道二次损伤的概率也会明显增加^[2]。针对这一临床短板组建的急救快速反应小组,把麻醉、外科、护理等多学科的救治资源做了前置整合。麻醉科医师从以往“呼叫后到场支援”的被动模式,转为早期介入气道风险评估与处置预案制定,针对术前预判的困难气道病例,提前备好器械与技术层面的专业储备,避免抢救现场临时协调的时间损耗,也为复杂气道的处理提供了更可靠的技术支撑。配套制定的“呼叫-评估-开放气道-负压吸引-辅助通气”五步标准化处置流程,把原本依赖护士个人经验判断的急救环节,拆解成了环环相扣的程序化操作^[3]。每一步操作的执行标准、负责岗位都做了明确的固定搭配,不用现场临时分工、反复确认衔接,最大程度削弱了护理人员个体经验差异带来的处置不确定性。即便不同班次、不同年资的护士接诊突发窒息病例,也能在第一时间给出规范一致的急救响应,整体抢救的稳定性与可复制性得到切实提升,也为后续进一步的专科救治筑牢了基础。

本文研究显示,观察组患者的平均急救反应时间、平均气道开放时间均显著短于对照组($P<0.05$)。从时效性维度判断,

优化后的气道急救流程,临床应用价值十分明确。贴在床头的“气道风险”警示标识,搭配病区提前定点放置的标准化气道急救车,是压缩急救反应时长的核心抓手。以往常规处置突发窒息时,护理人员常要临时回忆物品存放位置、确认当班医护人员分工,无形中耗损了抢救黄金时间。完成配置优化后,护士抵达床旁就能直观看到风险提示,急救物品按使用顺序分层摆放在专用车内,伸手可取无需翻找,呼救指令与上手操作几乎能同步进行,前期准备时长被大幅压缩。至于气道开放时长的缩短,根源在日常坚持开展的情景模拟实操训练。这类训练完全复刻临床突发场景,不同程度的窒息处置都有反复练习。经历过多次模拟演练的护士,面对真实抢救现场时心态更稳,既能规范完成推颏抬颌这类基础开放手法,也能精准配合医师完成气道吸引、辅助插管等操作,很少出现慌乱导致的无效动作,整体操作流畅度提升明显^[4]。从最终抢救结果看,观察组患者的窒息抢救成功率高于对照组,二次插管发生率则低于对照组($P<0.05$)。这也能侧面印证,急救时效性的提升,最终会落到患者的临床获益上。窒息抢救的时间窗口极窄——每延迟一分钟,患者出现缺氧性脑损伤的风险就会成倍上升。即便后续成功开放气道、恢复患者通气,抢救延迟所致的气道黏膜水肿、气道高反应,仍可能诱发气道二次梗阻^[5]。观察组首次抢救操作更规范,对气道黏膜创伤更小,气道保护效果更理想,二次插管的发生比例自然随之下降。

综上所述,对上颈部肿物术后窒息患者实施优化后的急救流程与护理配合方案,可以显著提高急救效率,提升抢救成功率,降低二次插管风险,对改善患者预后具有重要的临床价值。

参考文献:

- [1] 房丽丽,孟晓燕.头颈部肿瘤患者放疗后味觉功能障碍的护理进展[J].当代护士,2024,31(36):1-6.
- [2] 钱来娣.探讨食管异物并发食管穿孔及颈部脓肿的护理特点[J].东方药膳,2021(3):156.
- [3] 胡慧勤.一例梅毒甲状腺术后窒息抢救的护理体会[J].中国保健营养,2020,30(5):370.
- [4] 官小莉,张惠荣,周敏.咽喉疾病病人术后窒息预警评估指标体系的构建[J].循证护理,2024,10(9):1681-1684.
- [5] 林静,滕晓琼,彭静,等.一例良性气道狭窄经球囊扩张和气管切开后患者突发窒息结合中医情志护理的急救体会[J].护理学,2025,14(2):209-214.