

# 无痛消化内镜检查患者苏醒期的护理要点及效果分析

顾 静 盛爱霞（通讯作者）

上海市第一人民医院嘉定医院/上海市嘉定区江桥医院 上海 201803

**【摘要】：**无痛消化内镜检查患者苏醒期护理是保障诊疗安全的关键环节，本文系统阐述生命体征监测、呼吸道管理、认知干预等六大要点，分析规范护理在降低并发症、缩短苏醒时间、提升满意度及优化流程中的效果。强调通过个性化、标准化护理构建安全苏醒体系，为临床提供可操作、可推广的实践参考，凸显精细化护理对平衡患者安全与舒适的核心价值。

**【关键词】：**无痛消化内镜检查；苏醒期；护理要点；护理效果

DOI:10.12417/2811-051X.25.12.074

无痛消化内镜凭借微创、舒适的优势成为消化道疾病诊疗主流方式，但麻醉药物残留使苏醒期成为风险高发阶段，易出现呼吸抑制、躁动等问题。此阶段患者生理与心理状态交织，护理的精准度、时效性直接决定预后。本文结合临床实践，剖析苏醒期护理要点及实施效果，旨在为优化护理流程、强化安全保障提供依据，响应舒适医疗对围检查期护理质量的深层诉求。

## 1 无痛消化内镜检查患者苏醒期的护理要点

这些要点构成多维度、全流程的照护体系，既需覆盖生理指标调控，也需兼顾心理状态干预，而生命体征的动态监测与评估，正是这套体系中早期识别风险、精准实施干预的基础支撑。

### 1.1 生命体征的动态监测与评估

苏醒期患者的生命体征监测需体现分层化、联动性，而非单一数值记录。对于老年患者，尤其合并高血压、糖尿病者，需将血压监测与基础值对比，比如若基础血压偏高，苏醒期收缩压下降 15%即需警惕相对低血压，而非仅参照绝对值。心率监测需结合心律听诊，区分窦性心动过速与异位心律，同时观察脉搏的强弱度与节律性，避免仅依赖电子监护仪数据。血氧饱和度监测时，需确保指套位置正确，避开灰指甲、水肿部位，若数值波动大，需同步观察口唇黏膜、甲床发绀情况，避免仪器误差<sup>[1]</sup>。意识状态评估可采用“睁眼-言语-运动”量表，每阶段记录具体反应，比如呼之能睁眼但不能应答需标注为意识模糊，而非笼统描述为嗜睡。体温监测需注意麻醉后再分布性低体温特点，尤其是长时间检查患者，可采用红外测温仪动态监测额头温度，低于 36°C 时需用升温毯，而非仅盖棉被，同时观察四肢末梢温度，如手足冰凉提示循环不良。尿量虽不直接监测，但可通过询问术前禁水时间、观察输液量，间接判断循环容量，为血压异常提供辅助判断依据<sup>[2]</sup>。

### 1.2 呼吸道管理与通气支持

呼吸道管理需构建预防、识别、处理的闭环体系，核心是保持通畅、预防误吸。体位摆放需根据患者体型调整，比如肥胖者需在肩下垫薄枕，避免颈部过曲，而消瘦者去枕平卧位即

可，头偏向一侧时需保证下颌部充分抬起，防止气道受压。口腔分泌物清理不仅要吸净可见痰液，还需检查齿龈间隙、舌面下方，吸引器负压设定需个体化，儿童及黏膜脆弱者用 0.02MPa，成人可增至 0.04MPa，吸痰管插入深度以刚过咽喉部为宜，避免刺激气管引发痉挛。判断通气是否有效，除观察胸廓起伏外，需同步听诊双肺呼吸音，如单侧呼吸音减弱提示痰堵或气胸，并监测呼吸频率的稳定性，忽快忽慢多为呼吸中枢抑制<sup>[3]</sup>。喉痉挛的处理需分轻度与重度，轻度仅吸气喉鸣时，可暂停操作，给予高流量吸氧，通常采用面罩吸氧，流量为 6-8L/min，重度发绀、窒息时，需立即遵医嘱静脉推注肌松药，如琥珀胆碱，同时做好气管插管准备。呼气末二氧化碳监测需注意波形变化，若出现平台期缩短提示通气不足，需结合呼吸频率调整辅助通气节奏，确保 PetCO<sub>2</sub> 维持在 35-45mmHg 区间，避免过度通气<sup>[4]</sup>。

### 1.3 认知与行为干预

认知行为干预需针对麻醉后认知功能障碍的不同阶段实施阶梯式措施。对于嗜睡期患者，需每 3-5 分钟轻声呼唤姓名，用短句告知检查已做完，现在很安全，避免长篇解释。定向力障碍者，如分不清时间、地点，可在床头放置醒目标识，如写有 2025 年和苏醒室的卡片，同时让家属反复强调关键信息，利用视觉、听觉双重刺激强化记忆。躁动患者的处理需先排查诱因而非直接约束，比如触摸膀胱区判断是否尿潴留，观察眉头是否紧锁，若为药物残留引发的躁动，可遵医嘱用小剂量镇静药，如右美托咪定，约束带使用需垫软布，避免勒伤，并每 10 分钟松解一次，观察皮肤状况<sup>[5]</sup>。环境管理需控制声光污染，灯光调至暖黄色、30%亮度，监护仪报警音量调至最小可闻，操作时轻拿轻放器械，避免金属碰撞声，为患者创造类睡眠的低刺激环境，减少躁动触发因素。

### 1.4 疼痛与不适的护理干预

疼痛与不适管理需实现精准评估、多模式干预。疼痛评估除 NRS 评分外，需结合行为体征如辗转不安、出汗判断，尤其对无法言语者，如儿童、认知障碍者，采用 FLACC 量表综合判断。腹痛需区分生理性与病理性，检查后 1 小时内的轻微腹胀多为肠道积气，属生理性，可指导患者左侧卧位、缓慢屈

膝，促进排气，而持续性锐痛尤其伴腹肌紧张，需警惕穿孔，需立即报告医生。非药物干预可采用温热疗法，如40℃热水袋敷腹部，避开穿刺点，并进行呼吸调节，用鼻深吸4秒→屏气2秒→口慢呼6秒，通过放松平滑肌缓解痉挛痛<sup>[6]</sup>。恶心呕吐的处理需分阶段干预，术前已用止吐药者，苏醒期若出现恶心，可先按压内关穴，无效再遵医嘱追加药物；呕吐后需立即用生理盐水擦拭口腔，避免异味刺激，并观察呕吐物是否含咖啡渣样物，提示是否出血，同时更换污染床单，避免视觉、嗅觉二次刺激。饮食指导需个体化细化，胃镜检查后若无活检，可先饮3-5ml温水，观察有无呛咳，再过渡至米汤；肠镜检查后需待排气后再进食，避免牛奶、甜食易产气食物，以免加重腹胀<sup>[7]</sup>。

### 1.5 并发症的预防与处理

并发症防控需突出前瞻性识别、分级响应。低血压的预防需在苏醒前评估容量状态，如检查时间超30分钟、术中输液不足500ml者，需提前遵医嘱补液，避免苏醒后骤降；发生时先快速扩容，晶体液500ml静滴，若伴心率>100次/分时，需排查出血，如肠镜术后便血，或过敏反应，如皮肤有无皮疹，而非盲目用升压药。心律失常的早期识别依赖持续心电监护、症状关联，如SpO<sub>2</sub><93%时出现的窦性心动过速，优先改善氧供，而非立即用β受体阻滞剂；若出现室性早搏二联律，需同步监测血钾，并准备利多卡因备用<sup>[8]</sup>。误吸的预防需全程把控，术前确认禁食禁水，苏醒期若患者主诉恶心，立即协助坐起，上身前倾，并备好吸引器，处于即刻可用状态；发生误吸后，除气管插管吸引外，需记录误吸量和性质，并遵医嘱用抗生素、激素，预防吸入性肺炎。喉痉挛的分级处理：I度仅吸气喉鸣无发绀时，需要停止刺激，给予高流量吸氧；II度吸气困难和发绀时，需要遵医用地塞米松，给予手法开放气道；III度完全梗阻时，需要立即进行环甲膜穿刺，为气管插管争取时间<sup>[9]</sup>。

### 1.6 心理护理与健康教育

心理护理需兼顾苏醒期即时需求和长期认知构建。焦虑情绪的疏导采用共情式沟通，如患者主诉头晕害怕，回应“很多人醒后都会这样，是药物的正常反应，我们会一直陪着你”，避免说别担心等无效安慰。对检查结果担忧的患者，用中性语言引导，如“医生说检查很顺利，具体结果出来后会详细解释，现在先好好休息”。健康教育需分阶段、多形式，苏醒初期意识模糊时，用短句、重复传递关键信息，如“别拔氧气管，过会儿就舒服了”；清醒后，发放图文手册，含苏醒后可能不适、何时需就医等，并让患者复述1-2个注意事项，如24小时内不骑车<sup>[10]</sup>。针对特殊人群的教育：老年患者，让家属共同参与，如演示如何观察便血；年轻上班族，强调为何不能开车，用药物代谢曲线示意图说明风险。出院前评估自我护理能力，如询问若出现轻微腹痛该怎么办，确保患者能说出先休息，若加重打电话，并预约术后24小时随访，强化持续支持感知<sup>[11]</sup>。

## 2 无痛消化内镜检查患者苏醒期护理的效果分析

这些效果分析是对护理措施实践价值、临床意义的系统验证，既涉及并发症防控的风险维度，也包含患者体验提升的人文维度。

### 2.1 降低并发症发生率

规范护理构建的预防、识别、干预链条，实现对苏醒期风险的层层拦截。生命体征监测采用动态评估体系，对合并基础病患者设置个性化预警阈值，当血压波动触及预警线时，通过快速补液、体位微调阻断进展，避免低血压引发的心肌缺血。呼吸道管理中体位优化和持续氧供组合，对肥胖患者采用肩下垫枕、下颌上抬体位，配合高频低流量吸氧模式，使舌后坠导致的低氧血症从被动抢救转为主动预防<sup>[12]</sup>。针对喉痉挛等急症，分级响应流程明确I度用高流量面罩吸氧、停止刺激，II度加用地塞米松雾化，III度立即启动环甲膜穿刺预案，这种阶梯式处置大幅缩短症状缓解时间，防止轻度痉挛升级为窒息，形成风险早控、损伤最小的良性局面。

### 2.2 缩短苏醒与留观时间

科学护理打破单一等待模式，通过多维度协同干预压缩苏醒周期。认知干预中环境和认知双调节，对躁动患者采用暖光照明、家属声音引导，配合每10分钟一次定向提问，如您现在在哪个科室？，减少意识模糊持续时间。疼痛管理实施超前干预，对肠镜检查患者苏醒前即采用腹部轻柔按摩、温盐水含漱，降低术后腹胀引发的苏醒延迟。针对不同群体差异化护理：老年患者用渐进式唤醒法，从轻声呼唤到肢体接触，肥胖患者加强呼吸功能训练，如腹式呼吸指导，均能加速麻醉药物代谢。呼吸道通畅保障通过PetCO<sub>2</sub>监测、按需吸痰维持氧供稳定，为大脑供氧提供持续动力，使患者从嗜睡到完全定向的过渡更顺畅，实现安全苏醒、时间优化的双重目标<sup>[13]</sup>。

### 2.3 提升患者满意度与就医依从性

护理措施从生理照护延伸至心理-社会需求，构建全周期舒适体系。疼痛管理采用多模式干预，对腹痛患者结合NRS评分和行为观察，如皱眉、辗转，用穴位按压、解痉药物快速缓解不适，减少躯体痛苦引发的焦虑。心理护理运用共情式沟通技巧，当患者主诉头晕心慌时，回应“这是药物代谢的正常反应，我们会每5分钟帮您测一次血压，有任何不适随时叫我们”，通过信息透明、情感陪伴降低恐惧。健康教育实施分阶段渗透，苏醒初期用短句重复传递关键信息，如“请勿拔除氧气管，很快就好”，清醒后发放图文对照手册，标注饮食过渡表、不适当应对指南<sup>[14]</sup>。24小时随访机制通过电话确认睡眠质量、进食情况，强化持续关怀感知，使患者从被动接受护理转为主动参与康复，形成生理舒适、心理安心的体验闭环。

### 2.4 优化护理工作流程与质量

效果反馈推动护理流程从经验驱动转向标准引领。通过梳

理并发症处理案例，形成操作规范手册，明确吸痰负压（成人0.03-0.04MPa，儿童0.02-0.03MPa）、约束带松紧度等量化标准，减少个体操作差异。风险-措施关联分析建立评估模型，如将年龄>65岁、检查时间>40分钟列为高风险组合，配套加强监测、提前补液方案。护理团队通过情景模拟培训，如喉痉挛急救演练，以及效果复盘会，如每周分析典型案例，将个体化护理理念转化为可执行的流程<sup>[15]</sup>。这种标准化、个性化的融合，使护理质量从依赖个人能力升级为体系保障，为同类诊疗操作的护理提供可复制的规范样本，实现质量稳定、持续提升的良好循环。

性循环。

### 3 结语

无痛消化内镜患者苏醒期护理需统筹风险防控、人文关怀，通过生命体征动态监测、呼吸道精细化管理等措施，可显著降低并发症、加速苏醒进程。其价值不仅在于提升患者体验，更推动护理从经验化迈向标准化、个性化。临床需持续优化方案，结合患者个体差异实施精准护理，为无痛内镜检查筑牢护理防线，助力舒适医疗理念落地生根。

## 参考文献：

- [1] 许艳旭.舒适护理在无痛消化内镜检查患者中的应用效果[J].医药前沿,2025,15(10):137-139.
- [2] 周美玲.PDCA循环护理在无痛消化内镜检查中的应用效果[J].现代养生,2025,25(07):543-545.
- [3] 林燕群,杜敏,温少媚,等.医护合作型责任制护理联合健康教育路径对消化内镜检查患者心理状态及生理应激的影响[J].反射疗法与康复医学,2025,6(06):163-166+170.
- [4] 陈艳.无痛消化内镜检查中精细化护理干预的作用[J].山西卫生健康职业学院学报,2024,34(06):148-150.
- [5] 钟婷婷.舒适护理干预在无痛消化内镜检查中的应用效果[J].名医,2024,(12):92-94.
- [6] 黄思捷,张曼琪,杨晶晶,等.舒适护理联合心理护理干预在无痛消化内镜检查患者中的应用[J].婚育与健康,2024,30(03):124-126.
- [7] 王灵芝,李中丹,陈健.一站式护理模式在首次无痛胃镜检查患者中的应用效果观察——评《现代消化内镜护理技术》[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(05):255.
- [8] 张佳蓉,阳周,洪彩燕,等.风险防范式护理在高血压患者无痛消化内镜检查中的应用[J].心血管病防治知识,2024,14(02):59-62.
- [9] 侯晶晶.舒适护理联合优质护理在冠心病患者无痛消化内镜检查中的应用价值[J].中西医结合心血管病电子杂志,2024,12(03):95-98.
- [10] 刘昭媛,陶蓉,邹凤,等.皮格马利翁效应下的预见性护理在消化内镜检查患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(21):77-80.
- [11] 徐云凤.综合护理在高血压患者无痛消化内镜检查中的应用价值[J].中西医结合心血管病电子杂志,2023,11(23):87-90.
- [12] 郑丽英.舒适护理干预在无痛消化内镜检查患者中的应用效果观察[J].中国冶金工业医学杂志,2023,40(04):466-467.
- [13] 任洁,刘幼妹.精细化护理对消化内镜检查患者心理状态和配合度的影响分析[J].黑龙江中医药,2023,52(03):260-261.
- [14] 李媛媛,袁加庭,韩媛媛,等.流程重组策略结合信息化在消化内镜中心管理中的应用效果分析[J].江苏卫生事业管理,2023,34(02):182-185.
- [15] 高红娟,张博,王小品,等.医护合作责任制护理在行消化内镜检查患儿中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(13):87-89.