

<<当代麻醉手册>>

图书基本信息

书名：<<当代麻醉手册>>

13位ISBN编号：9787506261968

10位ISBN编号：7506261960

出版时间：2004-1

出版时间：上海世界图书出版公司

作者：杭燕南

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<当代麻醉手册>>

内容概要

本书从麻醉方法、治疗技术、特殊手术和重危病人麻醉处理、药物剂量及用法、仪器使用、正常数值中英文对照、麻醉学专业网址等多方面提供了指导和帮助。
内容既新颖全面又简单扼要、理论联系实际、深入浅出、方法具体、指导实践，可成为麻醉医师与临床同行们的良师益友。

<<当代麻醉手册>>

书籍目录

I 麻醉安危和质控 1 麻醉风险 2 麻醉意外防治 3 麻醉质量控制 II 麻醉前准备和病情估计 4 麻醉前准备 5 病情估计 III 麻醉常用药物 6 麻醉前用药 7 吸入麻醉药 8 静脉麻醉药 9 骨骼肌松弛药 10 麻醉性镇痛药及拮抗药 11 非甾体类抗炎镇痛药 12 局部麻醉药 13 正性肌力药和强心药 14 血管收缩药 15 抗高血压药和控制性降压药 16 抗心律失常药 17 止血药和抗凝药 18 激素和抗过敏药 19 晶体液和胶体液 20 利尿药和脱水药 IV 麻醉方法 21 神经阻滞 22 局部静脉麻醉 23 蛛网膜下腔阻滞 24 硬膜外阻滞 25 气管内插管术 26 气道困难处理 V 各科手术麻醉 VI 特殊病人麻醉 VII 重症监测方法 VIII 重病治疗技术 IX 疼痛治疗 X 附录

章节摘录

书摘 [脊髓损伤的麻醉处理] 急性脊髓损伤手术麻醉, 首先要注意颈部固定与保护, 防止骨折移位后加重脊髓损伤, 维持酸碱平衡, 纠正电解质紊乱, 维持血流动力学稳定, 必要时可用多巴胺, 维持平均动脉压在 $10.7-13.3$ kPa(80-100 mmHg), 避免高血糖症, 以免加重神经组织缺血性损伤。

(1)麻醉药物选择 文献报道, 急性脊髓损伤后注射琥珀胆碱可出现心律失常, 也可因高钾血症导致心跳骤停。

截瘫病人在损伤24~48 h内不能应用琥珀胆碱。

但也有文献报道在损伤44 d到85 d的四肢瘫痪病人, 仅注射20 mg琥珀胆碱, 血清钾浓度便在2 min内由 4.6 mmol/L上升至 13.6 mmol/L。

大多数麻醉医师认为至少在脊髓损伤后的8个月内避免使用琥珀胆碱。

麻醉诱导与麻醉维持可采用非去极化肌松药代替。

其他静脉麻醉药如咪达唑仑、丙泊酚、依托咪酯或氯胺酮、芬太尼均可用于急性脊髓损伤病人。

吸入麻醉药如N₂O、氟烷、安氟醚、异氟醚或地氟醚也都十分令人满意。

相对于静脉麻醉药, 吸入麻醉药更易维持血流动力学稳定, 而且在降低吸入浓度后可通过肺快速排泄完。

(2)插管方式选择 在脊髓损伤的急性阶段, 不能随意搬动头颈部, 因此, 无论采用何种插管方式, 首要条件是保证颈部相对固定。

经口插管 病人颈髓损伤后, 病情较危重, 自主呼吸受到影响, 如插管条件良好, 可采用现场紧急气管插管, 或入手术室后快速诱导插管; 如插管条件欠佳, 又不宜采用其他方式, 可行气管切开。

纤维光导喉镜插管 是一种损伤小, 成功率高的插管方式。

对具有自主呼吸病人可采用此种方式插管。

插管前先用2%利多卡因作咽喉部表面麻醉, 同时行双侧舌下神经封闭, 插管前静脉辅以小剂量咪达唑仑 $1-2$ mg, 丙泊酚 $0.25-0.5$ mg/kg, 芬太尼 $0.05-0.1$ mg。

插管过程中注意供氧及加强循环、呼吸功能监测。

一般用此种方式插管成功率在90%以上, 但饱胃病人有呕吐和误吸之危险。

逆行插管 逆行插管是经环甲膜穿刺, 将导引丝(或管)从环甲膜置入从口腔或鼻腔出来, 然后将导引丝或管穿过气管导管上的“Murphy”孔, 引导气管导管从口腔或鼻腔进入气管, 插管前表面麻醉及静脉麻醉方式同纤维支气管镜插管。

插管过程中也需注意供氧及循环、呼吸监测。

(3)术后处理 在高位颈髓尤其是C4节段以上脊髓损伤病人, 术后往往需采用机械通气支持呼吸, 通气方式应使用时间切换和容量限定机械通气模式。

因为这种模式可以使肺保持最适宜的膨胀。

定容型间歇正压通气使肺泡能充分膨胀。长期机械通气的病人应加强气道管理, 严格消毒隔离和合理应用抗菌素, 预防和治疗肺不张和肺部感染, 并注意水、电解质及酸碱平衡, 应用高营养疗法, 维护内环境稳定和重要脏器功能。

全身情况好转, 呼吸循环系统稳定后方可撤离呼吸机, 撤机应逐步进行, 同时做好解释工作, 使病人顺利过度到自主呼吸。

(王珊娟) 33颈部手术麻醉 33.1 手术特点 (1)颈部手术区域下方即为咽喉和气管等重要部位, 手术操作在气道附近施行, 易发生气道梗阻甚至窒息, 围术期中要加强气道管理, 确保气道通畅。

(2)颈深部有丰富的动静脉大血管分布, 如颈内、外动静脉和颈总动脉, 颈动脉鞘内有迷走神经经过, 而颈动脉窦则是调节血流动力学平衡的重要压力感受器, 颈部手术或外伤时损伤这些重要解剖结构, 会发生危及生命的严重循环、呼吸功能 (3)甲状腺的血供丰富, 手术易发生出血, 术后出现血肿会压迫气道; 喉返神经和喉神经甲状腺周围分布到喉, 损伤后可造成声音嘶哑、呼吸困难。

(4)颈动脉鞘后方有颈上、中、下交感神经节, 颈中、颈下神经节在甲状腺上、下动脉周围进入甲

<<当代麻醉手册>>

状腺，手术或外伤损伤颈交感神经节，可出现霍纳综合征。

(5)胸锁乳突肌、前斜角肌的前方有锁骨下静脉和膈神经，前斜角肌的后方还有锁骨下动脉和臂丛，手术或外伤均可引起循环、呼吸功能障碍。

33.2 麻醉要求 (1)颈部手术麻醉要求平稳、镇痛完全，对肌肉松弛程度要求不高。

(2)颈前部有呼吸系统的重要通道，围术期中应注意保持气道通畅。

(3)颈部有丰富的血管、神经和反射感受器，围术期中应采取有效措施防治循环、呼吸功能紊乱。

(4)施行颈部神经阻滞时，需熟悉该部位重要血管和神经的走向、神经节和神经丛的解剖关系。

(5)甲状腺、甲状旁腺手术病人常同时存在内分泌、代谢、心血管等系统的功能异常，需重视其在病理、生理、药理方面变化给整个围术期管理带来的影响。

(6)颈部巨大肿瘤压迫气管造成气道梗阻，恶性肿瘤病人常合并贫血、营养不良等全身情况变化，术前需注意这些病情特点，选择合适的麻醉方法。

33.3 麻醉处理 33.3.1 术前准备 (1)了解颈部病变的部位、性质、对邻近器官有无

侵害及手术范围大小等。

(2)了解与颈部病变相关的各系统功能变化，药物治疗方案和疗效，尽力改善全身情况和控制相关疾病，并制定好应对各种围术期并发症的防治措施。

(3)改善原有重要脏器的功能异常，纠正营养不良和水、电解质平衡失调，以提高病人对手术麻醉的耐受力。

(4)针对疾病特点和手术麻醉方案，做好麻醉前准备工作，包括复苏急救的药物和器械。

33.3.2 麻醉选择 (1)部位浅表、范围较小、时间短的手术可采用局部麻醉或神经阻滞。

(2)某些疾病性质未定，需要进行局部切除病理检查然后再确定手术方式，可先在局部麻醉或神经阻滞下施行手术，如需扩大手术范围则再改用全麻。

(3)对精神紧张、焦虑者，可在局部麻醉或神经阻滞的基础上。

经静脉辅助应用镇静、镇痛药物以完善麻醉效果。

(4)范围大、时间长、出血多、操作直接或间接影响气道通畅的手术，术中需作低温麻醉、控制性降压和机械通气的手术，病人有呼吸道压迫症状、对镇痛不全所伴随的应激反应耐受力差、术前精神极度紧张和无法合作的小儿需选择在全麻下手术。

33.3.3 术中管理 (1)由于手术操作邻近气道，全麻病人均需施行气管插管。(2)术中需进行严密监测，包括心电图、血压、心率、呼吸、体温等方面的监测。

(3)清醒病人，应注意观察其有无声音嘶哑、屏气或呼吸困难的体征。

(4)术后注意创口出血、血肿压迫气道，呼吸道损伤，呕吐误吸等并发症的防治。

33.4 特殊手术麻醉 33.4.1 甲状腺手术麻醉 (1)采用手术治疗的甲状腺疾病包括单纯性甲状腺肿、结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤、甲状腺癌等，可伴或不伴有甲状腺功能亢进。

(2)术前需了解增大的甲状腺肿块有无压迫邻近的气管、食管、血管、神经等。

有无甲状腺功能紊乱，是功能亢进抑或减退。

有无其他重要脏器的并存症。

遇有压迫症状者，应明确气管受压的部位和程度、有无胸骨后甲状腺肿、喉返神经麻痹。

.....

<<当代麻醉手册>>

媒体关注与评论

序近年来，随着医学科学与医疗技术的迅速进步和发展，麻醉学作为一门临床学科在理论和方法的研究与应用日臻完善，各类病人围术期的安全性和有效性显著提高，各种高难度手术和重危病人抢救的成功率明显提高。

为使广大麻醉医务人员能更全面地了解近代麻醉的理论与方法，并以指导工作的实践，杭燕南教授主编了《当代麻醉手册》一书。

该书荟萃上海第二医科大学附属医院的麻醉专家共同编纂，具有内容新颖、知识全面、实用性强等特点，代表了当前麻醉与复苏的水平，可成为麻醉同行的良师益友，是一本很有参考价值的手册。

我在三十余年前刚到外科工作之初，曾在麻醉领域工作过五个年头，对临床麻醉学有深厚的感情，我衷心祝愿本手册的出版受到大家的欢迎。

上海第二医科大学 校长

附属仁济医院 院长

二 二年十二月

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>