# 初级护师考试辅导-外科护理学第五章麻醉病人的护理

来源：网络 作者：寂静之音 更新时间：2024-08-10

*第五章　麻醉病人的护理1.概述（1）麻醉的分类2.全身麻醉（1）吸入麻醉（2）静脉麻醉（3）静脉复合麻醉（4）护理3.椎管内麻醉（1）蛛网膜下腔阻滞（2）硬脊膜外阻滞（3）护理4.局部麻醉（1）常用局部麻醉药物（2）局部麻醉药物中毒（3）局...*

第五章　麻醉病人的护理

1.概述

（1）麻醉的分类

2.全身麻醉

（1）吸入麻醉

（2）静脉麻醉

（3）静脉复合麻醉

（4）护理

3.椎管内麻醉

（1）蛛网膜下腔阻滞

（2）硬脊膜外阻滞

（3）护理

4.局部麻醉

（1）常用局部麻醉药物

（2）局部麻醉药物中毒

（3）局部麻醉的护理

5.围麻醉期护理

（1）麻醉前准备

（2）术前用药

（3）麻醉后苏醒期的护理

6.术后镇痛

（1）方法

（2）并发症及处理

第一节　概述

【麻醉的分类】

1.全身麻醉——麻醉药作用于中枢神经系统，使其抑制，意识和痛觉消失，肌肉松弛，反射活动减弱。

2.局部麻醉——麻醉药作用于周围神经系统，使相应区域痛觉消失，运动出现障碍，但意识清醒。

全身麻醉是临床麻醉中使用的主要方法，能满足全身各部位手术需要、较之局部和阻滞麻醉，病人更舒适、安全。

第二节　全身麻醉

分为吸入麻醉、静脉麻醉和静脉复合麻醉。

一、吸入麻醉

应用最广泛。

将挥发性或气体麻醉剂经呼吸道吸入肺内，经肺泡毛细血管吸收进入血液循环。

常用：氧化亚氮、氟烷、恩氟烷、异氟烷、七氟烷等。

二、静脉麻醉

将静脉麻醉药物经静脉注入，通过血液循环作用于中枢神经系统而产生全身麻醉的方法。

优点：诱导迅速、对呼吸道无刺激、操作方便和药物无爆炸性。

缺点：镇痛效果不强，肌肉松弛效果差。

用于——吸入麻醉前的诱导，或单纯用于小型手术。

常用：硫喷妥钠、氯胺酮、丙泊酚。

三、复合全身麻醉

两种或两种以上的全麻药或方法复合应用，彼此取长补短，从而达到最佳麻醉效果。

四、护理

（一）麻醉前

1.禁食

术前12小时禁食，4小时禁饮，以防麻醉后食物反流所致窒息。

2.局麻药过敏试验

普鲁卡因使用前应常规做皮肤过敏试验。

3.术前用药

多在术前30～60分钟应用。

（二）麻醉后

1.体位：常规去枕平卧6～8小时。

生命体征：密切监测血压、脉搏、呼吸，防止麻醉后并发症的发生。

保持呼吸道通畅：因全麻后即使病人清醒，残留的药物对机体的影响仍将持续一段时间，因此在药物未完全代谢之前，随时可出现循环、呼吸等方面的异常，特别是苏醒前病人易发生舌后坠、喉痉挛、呼吸道黏液堵塞、呕吐物窒息等，引起呼吸道梗阻。各种呼吸道梗阻均需紧急处理。

防止意外发生：病人苏醒过程中常出现躁动不安和幻觉，应加以保护，必要时加以约束。防止病人不自觉地拔除静脉输液管和各种引流导管造成意外。

2.常见并发症

1）呼吸系统：占70%——多且重要。

A.呼吸暂停：多见于静脉全身麻醉，尤其使用硫喷妥钠等施行门诊小手术、眼科手术、人工流产及各种内镜检查者；也见于全身麻醉者苏醒拔管后。系因苏醒不完全，麻醉药、肌松药及镇痛镇静药的残余作用，以致发生于手术刺激结束后呼吸暂停（伤害性刺激本身具有呼吸兴奋作用）。临床表现为胸腹部无呼吸动作，发绀。

处理——立即施行人工呼吸，必要时气管内插管呼吸机辅助呼吸。

预防：麻醉中加强监测，备好各项急救物品，如口、鼻咽通气道，喉罩、气管插管用具及麻醉机或简易呼吸器、氧气等；麻醉中用药尽可能采用注射泵缓慢推注。

B.上呼吸道梗阻：

见于气管内插管失败、极度肥胖、静脉麻醉未行气管内插管、胃内容物误吸及喉痉挛者。

表现——自主呼吸时出现三凹症，人工呼吸时呼吸囊阻力大，无胸廓起伏，短期内可致死。

处理：置入口咽或鼻咽通气道或立即人工呼吸。舌下坠所致的梗阻者托起下颌，头偏向一侧；喉痉挛或反流物所致者，注射肌松药同时行气管内插管。

C.急性支气管痉挛：

好发于既往有哮喘或对某些麻醉药过敏者。气管内导管插入过深致反复刺激隆突，或诱导期麻醉过浅也可诱发。

表现：呼吸阻力极大，两肺下叶或全肺布满哮鸣音。严重者气道压异常增高可＞3.92kPa（40cmH2O）。

处理：快速加深麻醉，松弛支气管平滑肌；经气管或静脉注入利多卡因、氨茶碱、皮质激素、平喘气雾剂。

预防：避免使用易诱发支气管痉挛的吗啡、箭毒、阿曲库铵等。选用较细的气管导管及避免插管过深，或在插管后经气管导管注入利多卡因，均有良好的预防和治疗作用。

D.肺不张：多见于胸腔及上腹部术后病人。主要是术后咳痰不力、分泌物阻塞支气管所致。也可与单侧支气管插管、吸入麻醉药所致区域性肺不张有关。

表现：持续性低氧血症；听诊肺不张区域呼吸音遥远、减低甚至完全消失，X线检查可见肺影缩小。

治疗：做深呼吸和用力咳痰。若为痰液阻塞，可在纤维支气管镜下经逐个支气管口吸出痰液，并进行冲洗。

预防：术前禁烟2～3周，避免支气管插管，术后有效镇痛，鼓励病人咳痰和深呼吸。

E.肺梗死：多见于骨盆、下肢骨折后长期卧床的老年病人。

表现：病人于麻醉后翻身时出现血压急剧下降、心搏减慢至停止、颈静脉怒张、发绀。

抢救：极为困难，应及时开胸心脏按压，并行肺动脉切开取栓。

预防：对原有血脂高、血液黏稠度大的老年病人，术前口服阿司匹林。麻醉诱导后翻身时动作宜轻柔。

F.肺脂肪栓塞：

多见于老年长管骨骨折行髓内钉固定或关节置换术病人。系器械挤压髓内脂肪，使大量脂肪滴入血，导致肺微血管广泛阻塞，造成肺动脉压急剧升高、急性左心衰竭、发绀、血压急剧下降，以致心搏停止。

抢救：循环、呼吸支持和纠正低氧血症。

2）循环系统

A.高血压：全身麻醉中最常见的并发症。除原发性高血压者外，与麻醉浅、镇痛药用量不足、未能及时控制手术刺激引起的强烈应激反应有关。

处理——当病人血压＞140/90mmHg时，加深麻醉，应用降压药和其他心血管药物。

B.低血压：

以往血压正常者以麻醉中血压＜80/50mmHg、有高血压史者血压下降超过术前血压的30%。

原因：麻醉药引起的血管扩张、术中脏器牵拉所致的迷走反射、大血管破裂引起的大失血等。

处理：快速输注晶体和胶体液，酌情输血；使用升压药。

预防：施行全麻前后应给予一定量的容量负荷，并采用联合诱导、复合麻醉，避免大剂量、长时间使用单一麻醉药。

C.室性心律失常：也可因麻醉药对心脏起搏系统的抑制、麻醉和手术造成的全身缺氧、高或低碳酸血症、心肌缺血而诱发。

频发室性期前收缩及室颤者，应予药物治疗同时电击除颤。

预防：术前纠正严重低钾；术前有室性期前收缩者——静注利多卡因。

D.心搏停止：全身麻醉最严重的并发症。

处理——立即施行心肺复苏。

预防：严格遵守操作流程，杜绝因差错而引起的意外；严密监测，建立预警概念。

3）术后恶心呕吐：最常见的并发症。

多见于上消化道手术、年轻女性、吸入麻醉及术后以吗啡为主要镇痛药物的病人。

处理：昂丹司琼（枢复宁）、甲氧氯普胺（胃复安）或丙泊酚。

预防：术前经肌内或静脉注射甲氧氯普胺、氟哌利多、昂丹司琼、咪唑地西泮等均有一定效果。

第三节　椎管内麻醉

椎管内麻醉时，病人神志清醒，镇痛效果确切，肌松弛良好，但对生理功能有一定的扰乱，也不能完全消除内脏牵拉反应。硬膜外腔阻滞作用的节段性及其对病人重要生理功能的影响较蛛网膜下腔阻滞为轻微。

一、蛛网膜下腔阻滞

蛛网膜下腔阻滞是将局麻药注入蛛网膜下腔，使脊神经根、脊神经节及脊髓表面部分产生不同程度的阻滞，主要作用部位在脊神经前根和后根。

下肢及2～3小时内的下腹部手术——简单、易行、有效。

二、硬脊膜外阻滞

硬脊膜外阻滞也称硬膜外阻滞，是将局麻药注入硬膜，外间隙，阻滞脊神经根，使其支配区域产生暂时性麻痹的麻醉方法。适用于除头部以外的任何手术。

三、护理

（一）蛛网膜下腔阻滞

1.麻醉前禁食、禁水同术前准备。局麻药过敏试验；检查脊柱有无畸形及穿刺部位有无皮肤感染灶。麻醉后常规去枕平卧6～8小时。监测生命体征直到平稳；吸氧；防止麻醉后并发症的出现。

2.常见并发症的处理

（1）低血压——腰麻病人的部分交感神经被抑制，迷走神经相对亢进，故可出现血压下降，同时伴有恶心、呕吐。防治措施：加快输液，应用升压药。

（2）恶心、呕吐——可由低血压、迷走神经功能亢进、手术牵拉内脏等因素所致。恶心常是血压下降引起脑缺氧的症状。防治措施：吸氧、升压、暂停手术。

（3）呼吸抑制——常见于胸段脊神经阻滞，表现为肋间肌麻痹，胸式呼吸减弱，潮气量减少，咳嗽无力，甚至发绀。防治措施：谨慎用药，吸氧，维持循环，紧急时行气管插管、人工呼吸。

（4）头痛——发生率为4%～37%，主要因腰椎穿刺时刺破硬脊膜和蛛网膜，致使脑脊液流失，颅内压下降，颅内血管扩张刺激所致。

典型者发生在穿刺后6～12小时、病人术后第一次抬头或起床活动时。

4天内症状消失，多数不超过1周。

轻者卧床，减少活动并对症处理。

（5）尿潴留——主要因支配膀胱的第2、3、4骶神经被阻滞后恢复较迟、下腹部、肛门或会阴部手术后切口疼痛、下腹部手术时膀胱的直接刺激以及病人不习惯床上排尿体位等所致。暗示治疗；无效者导尿。

（二）硬脊膜外阻滞

【护理措施】

1.体位——不穿透蛛网膜，不会引起头痛，但因交感神经阻滞后，血压受影响，故术后需要平卧4～6小时，但不必去枕。麻醉后血压、脉搏平稳后即可按手术本身需要采取适当卧位。

2.常见并发症的护理

（1）全脊麻——全部脊神经受阻滞，是硬膜外麻醉最危险的并发症。

原因——穿刺针或导管误入蛛网膜下隙，并将超量局麻药注入而产生异常广泛的阻滞。

表现——迅速出现低血压、意识丧失、呼吸、循环停止，全部脊神经支配区域无痛觉，可发生心脏骤停而死亡。

（2）其他：穿刺部位感染、导管折断、血肿等。

第四节　局部麻醉

局部麻醉（简称局麻）指病人神志清醒，将局部麻醉药应用于病人身体的局部，使身体某一部位的感觉神经传导功能被暂时阻断，该神经所支配的区域处于感觉麻痹状态，而运动神经保持完好或同时有程度不等的被阻滞状态。

一、常用局部麻醉药物

【常用局麻药】

1.酯类：普鲁卡因、氯普鲁卡因、丁卡因和可卡因。酯类局麻药在血浆内水解或被胆碱酯酶所分解，产生的代谢产物可成为半抗原，是引起少数病人发生过敏反应的过敏原。

2.酰胺类：利多卡因、布比卡因、依替卡因和罗哌卡因等。酰胺类局麻药在肝内被酰胺酶分解，不形成半抗原，引起过敏反应的极为罕见。

二、局部麻醉药物中毒

（一）原因

①一次用药超过最大安全剂量；

②局部药物误注入血管内；

③注射部位血管丰富或有炎性反应；

④局麻药中未加肾上腺素，因而局麻药吸收加速；

⑤病人体质衰弱，病情严重，对局麻药耐受性差；

⑥有严重肝功能障碍致局麻药代谢障碍，血中浓度升高。

（二）临床表现

1.中枢神经系统

早期：精神症状，如眩晕、多语、烦躁不安或嗜睡，动作不协调，眼球震颤；

中期：恶心、呕吐、头痛、视物模糊、颜面肌肉震颤、抽搐；

晚期：全身肌肉痉挛、抽搐，严重者昏迷。

2.循环系统

轻度出现面色潮红，血压升高，脉搏增快，脉压变窄，随后面色苍白、出冷汗、血压下降，脉搏细弱，心律失常，严重者心力衰竭甚至心跳骤停。

3.呼吸系统

胸闷、气短、呼吸困难，惊厥时有发绀，严重者呼吸停止和窒息。

（三）治疗

立即停止局麻药注入；尽早吸氧、补液、维持呼吸、稳定循环，地西泮静脉或肌内注射，抽搐或惊厥加用硫喷妥钠；若效果不佳，可行气管插管控制呼吸，必要时给予呼吸循环支持。

三、局部麻醉的护理

【一般护理】

局麻药对机体影响小，一般无需特殊护理。门诊手术者若术中用药多，应于术后休息片刻，经观察无异常后方可离院；并告之病人若有不适，及时就诊。

【不良反应护理】

①局部不良反应多为局麻药和组织直接接触所致，若局麻药浓度高或与神经接触时间过长可造成神经损害。故用药必须遵循最小有效剂量和最低有效浓度的原则。

②应用小剂量局麻药即发生毒性反应者，应疑为高敏反应——立即停药，积极治疗。

第五节　围麻醉期护理

一、麻醉前准备

成人术前禁食8～12小时，禁饮4～6小时，以防止麻醉后呼吸道误吸或呕吐。

麻醉前应改善病人的全身状况，纠正生理功能的紊乱和治疗身体其他系统的疾病，以增加身体对麻醉和手术的耐受力。

病人精神方面，应着重消除病人对麻醉和手术的顾虑。

二、术前用药

合理的术前用药可以减轻病人的精神负担、完善麻醉效果。

（一）镇静催眠药

可以抑制情绪激动和多种生理功能，如感觉减退、肌张力下降、血压下降、心率下降、自主神经功能得以平衡及基础代谢率降低，有助于麻醉诱导。

1.巴比妥类：如苯巴比妥术前晚或术前2小时应用。

2.地西泮类：如地西泮、劳拉西泮、硝西泮。此类药物由于有抗焦虑及遗忘作用而优于巴比妥类，在治疗局麻药中毒反应时也属首选。

（二）镇痛药

与全身麻醉药起协同作用，增强麻醉效果，减少麻醉药用量。

1.吗啡

是阿片受体激动剂，具有很强的镇痛和镇静作用。

2.哌替啶

镇痛作用同吗啡，不引起平滑肌痉挛。麻醉前应用。

3.其他

①喷他佐辛：镇痛强度为吗啡的1／3，具有镇静作用，对循环、肝肾功能影响轻，但不宜用于婴幼儿、脑外伤和呼吸功能不全者；②芬太尼：镇痛强度为吗啡的100倍，对呼吸中枢抑制明显，对循环影响轻。

（三）抗胆碱能药

抑制涎腺、呼吸道腺体分泌，利于保持呼吸道通畅。

如：阿托品、东莨菪碱。

（四）抗组胺药

可以拮抗或阻止组胺释放。常用异丙嗪。

三、麻醉后苏醒期的护理

手术结束后，除意识障碍病人需带气管插管回病房外，一般应待病人意识恢复、拔除导管后送回病房。此部分工作可在手术室或在麻醉恢复室完成。某些危重病人则需直接送入ICU。

（一）气管插管的拔管条件

1.意识及肌力恢复，根据指令可睁眼、开口、舌外伸、握手等，上肢可抬高10秒以上。

2.自主呼吸恢复良好，无呼吸困难表现。

3.咽喉反射恢复。

4.鼻腔、口腔及气管内无分泌物。

（二）麻醉恢复室的工作

1.观察和评价生命体征。

2.苏醒过程的管理和病人的转送

体位变化对循环影响很大，尤其在血容量不足时，故在转运前应补足容量，轻柔、缓慢地搬动病人。转送过程中确保静脉、动脉、气管中各种管道的妥善固定，防止脱出。有呕吐可能者应将其头侧倾。

（三）病人回普通病房的条件

1.神经系统

①意识恢复；②肌力恢复；③可根据指令睁眼、开口、握手。

2.呼吸系统

①已拔除气管内插管；②通气量足够；③呼吸频率正常；④无呼吸道梗阻（如舌后坠、分泌物等）；⑤肺听诊无异常；⑥根据指令可以深呼吸、咳嗽。

3.循环系统

①血压、心率正常、稳定；②心电图示无心肌缺血、心律失常表现。

4.其他

①无明显血容量不足的表现；②血气分析结果正常；③体温在正常范围。

第六节　术后镇痛

痛本身是人体对手术造成的组织损伤的一种复杂的生理反应，表现为心理和行为方面的一系列反应以及情感的一种不愉快经历。不完善的镇痛，将造成一系列不良的临床后果，如创口延迟愈合、免疫功能受损、急性应激反应、自主神经功能紊乱以及可能发展成慢性疼痛等。有效的术后镇痛能促进病人早期活动，减少下肢静脉血栓的形成和肺栓塞的发生，有利于胃肠功能的早期恢复，提高术后病人的生活质量。术后镇痛的目的在于减轻病人手术后的痛苦，和提高病人自身防止围手术期并发症的能力。

（一）方法

1.传统方法

肌注阿片类药镇痛（吗啡或哌替啶）。缺点：

①不灵活（未考虑个体、手术和时间差异等）；

②依赖性（复杂性）；

③不及时（需要开处方）。

结果：镇痛不够。

2.现代方法

根据术前访视的结果，综合考虑病人年龄、体重、精神状态、体质、各脏器功能（尤其是肝肾功能）、手术部位和大小等，因人而异配制镇痛药液，力求以最小剂量达到有效镇痛、镇静（不嗜睡）的效果。现代术后镇痛的宗旨是尽可能完善地控制术后疼痛，使病人感觉不到疼痛的痛苦。

（1）持续镇痛（CA）：以镇痛泵持续输入小剂量镇痛药。

（2）病人自控镇痛（PCA）：允许病人根据自身对疼痛的感受，触发释放一定量的药物。该电子泵系统可在预先设定的时间内对病人的第二次要求不作出反应，可防止药物过量。PCA包括：①病人自控静脉镇痛：以阿片类药物为主；②病人自控硬膜外镇痛：以局麻药为主；③皮下PCA：药物注入皮下；④神经干旁阻滞镇痛；以局麻药为主。

（二）并发症

1.呼吸抑制

阿片类药物能降低正常人的呼吸频率和幅度。防治方法是加强生命体征的监测，尤其是SP02的监测。当病人呼吸频率变慢时，应引起注意。若病人嗜睡，应密切注意呼吸的特点。当有轻度呼吸道梗阻且病人易被唤醒时，可以鼓励病人选择一个最适合的体位，保持呼吸道通畅；同时增加氧供，甚至控制通气。一旦疑有呼吸抑制，应立即处理。

2.内脏运动减弱

尿潴留——留置导尿。

消化道排气延迟、胃潴留——甲氧氯普胺。

【实战演习】

吸入性全身麻醉前必用的术前用药是

A.苯巴比妥钠

B.阿托品

C.西地泮（安定）

D.普萘洛尔（心得安）

E.异丙嗪

『正确答案』B

『答案解析』吸入麻醉是将挥发性麻醉剂或气体麻醉剂经呼吸道吸入肺内，所以要抑制腺体的分泌，因此必须要用的是阿托品。

为防止麻醉时引起呕吐，一般手术前禁食、禁饮的时间为

A.4小时禁食，2小时禁饮

B.6小时禁食，4小时禁饮

C.8小时禁食，4小时禁饮

D.12小时禁食，4～6小时禁饮

E.24小时禁食，4小时禁饮

『正确答案』D

『答案解析』常规术前8～12小时禁食，4～6小时禁饮，以防麻醉后食物反流所致窒息。所以此题选择D最为合适。

全身麻醉术后，患者麻醉完全清醒的指标是

A.眼球活动

B.睫毛反射恢复

C.肢体活动

D.能认识事物和回答问题

E.呻吟、转动

『正确答案』D

『答案解析』全身麻醉术后，患者麻醉完全清醒的指标是能认识事物和回答问题，其说明意识恢复。

女性，32岁，左手环指患脓性指头炎，拟在指神经阻滞麻醉下手术切开引流，为预防局麻药毒性反应，下列哪项护理是错误的A.局麻药须限量使用

B.局麻药浓度不能过高

C.常规麻醉前用药

D.麻醉药中加少量肾上腺素

E.防止局麻药注入血管

『正确答案』D

『答案解析』由于末梢器官血液循环比较差，肾上腺素收缩血管会造成末梢器官缺血坏死，所以不能在麻醉药中加肾上腺素。

女性，25岁，局麻下行腿部脂肪瘤切除术，麻醉后患者不安，烦躁，呼吸急促，脉快，此时首要的工作是

A.停止再用麻醉药

B.肌注肾上腺素

C.安慰、解释

D.给用硫喷妥钠

E.吸氧

『正确答案』A

『答案解析』根据题干“麻醉后患者不安，烦躁，呼吸急促，脉快”可知患者有局麻药中毒的循环系统表现，所以首要的治疗是立即停止局麻药注入。

（共用备选答案）

A.半坐卧位

B.头高脚低位

C.去枕平卧头偏向一侧

D.去枕平卧6～8小时

E.侧卧位

1.全麻未清醒患者体位取

『正确答案』C

『答案解析』全麻未清醒患者应取去枕平卧头偏向一侧。

2.麻醉解除且血压平稳后，颈、胸、腹部手术患者应取

『正确答案』A

『答案解析』颈、胸、腹部手术患者应取高半坐卧位。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找