



麻醉病例 讨论

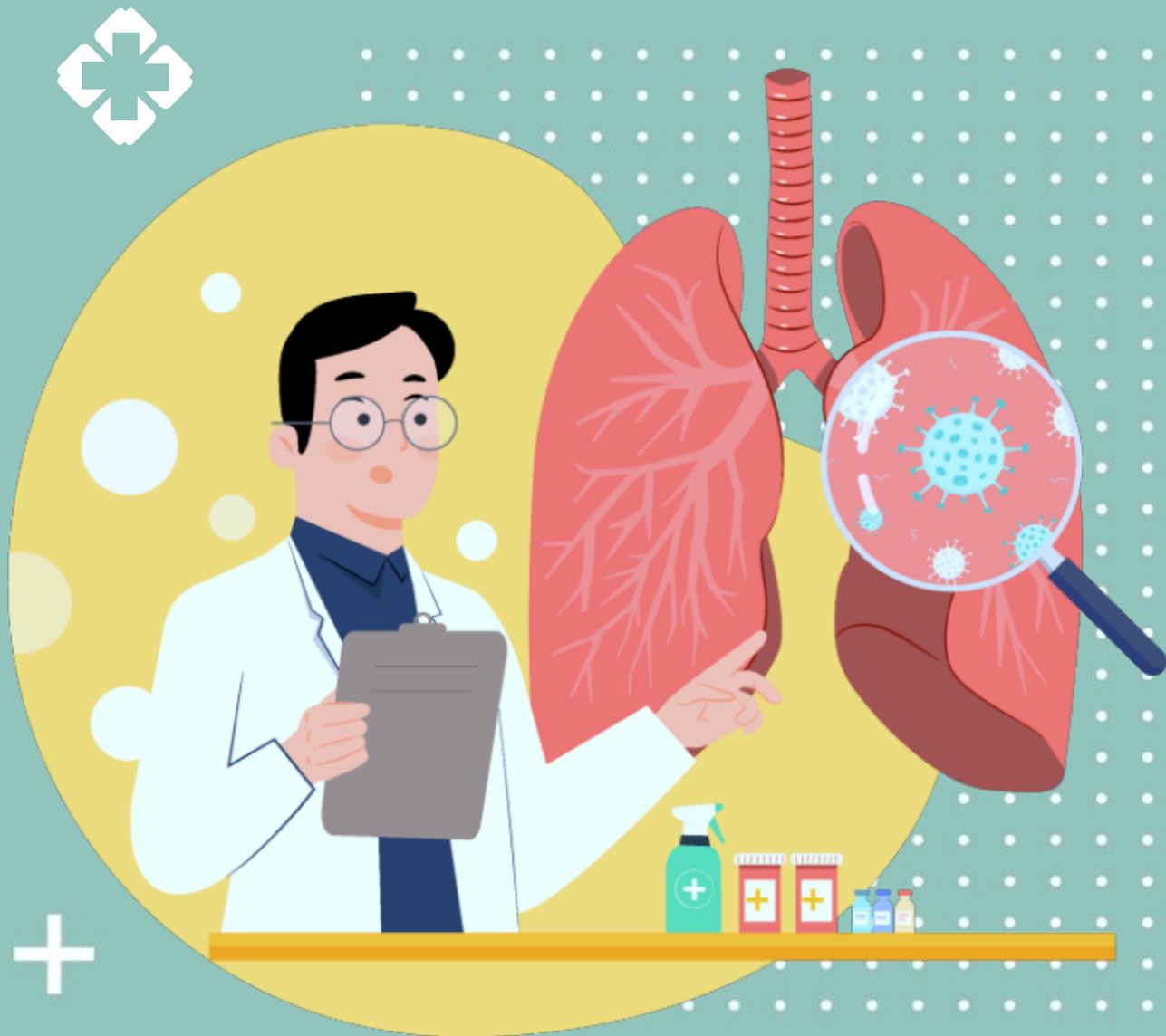
护理查房 / 病例讨论 / 治疗方法

汇报人

XXX

汇报日期

20XX年X月



目录

- 1 病例摘要
- 2 发生了什么？
- 3 知识小结
- 4 诊断与鉴别诊断



✦ Part 01 ✦

病例摘要



病例摘要

患者男性，42岁，体重62kg。因慢性鼻窦炎伴息肉收入院，术前检查（血常规、生化、凝血、心电图、胸片）未见明显异常，无高血压、糖尿病；

既往史：2年前偶有哮喘发作喘息，近一年病情稳定哮喘未发作及治疗，完善术前检查后行经鼻内镜下鼻窦开放术及鼻息肉切除术。





病例摘要

12:20 患者入室，BP 125/73mmHg，P 78次/分，R 16次/分，SpO₂ 96%。常规开放静脉通道。

快速顺序诱导：咪达唑仑3mg，芬太尼0.2mg，顺式阿曲库铵8mg，丙泊酚100mg，可视喉镜下插入ID 7.0mm加强型气管导管，听诊双肺呼吸音清且对称，确定导管位置，22cm处固定气管导管。

机控通气：潮气量500ml，频率12次/分，气道压力17cmH₂O，12:40麻醉完备（麻醉维持用药0.002%瑞芬太尼0.5mg/h，1%丙泊酚28ml/h泵注）。



病例摘要

12:50 手术开始，加深麻醉瑞芬太尼0.35mg/h，丙泊酚35ml/h。



12:55 麻醉机报警，气道压力为39cmH₂O，BP 118/70mmHg，P 85次/分，SpO₂100%。

马上嘱手术医生停止手术操作，迅速检查气管导管位置是否移位及受压，改为手控呼吸，气道阻力大，手动控制呼吸困难，听诊双肺未闻及呼吸音。

✦ Part 02 ✦

发生了什么





发生了什么？

气管导管是否有浓痰堵塞？

麻醉机故障？

气管导管移位？

其他？



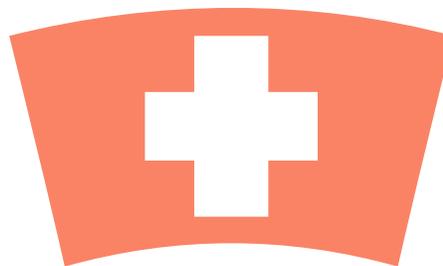


发生了什么？

吸痰管吸引未吸出任何分泌物

检查发现导管固定未见异常

考虑是否为麻醉机故障，改呼吸球囊手控，听诊双肺仍未
闻及呼吸音，气道阻力较大





发生了什么？



13:10 SpO₂ 90%，排除患者气管导管移位及堵塞、麻醉机故障，考虑是否和患者有哮喘病史有关的重度哮喘发作，支气管闭合出现“寂静肺”

13:12 静注甲强龙80mg，氨茶碱125mg

13:20 手动控制呼吸仍阻力较大，双肺仍未闻及呼吸音及任何哮鸣音，BP 82/50mmHg，P 115次/分，SpO₂ 83%，停止泵丙泊酚及瑞芬太尼，给予肾上腺素1mg稀释20ml，0.3mg气管导管滴入，继续手控呼吸

13:30 手控呼吸气道阻力稍有下降，双肺听诊呼吸音极低，偶有哮鸣音，BP 165/90mmHg，P 142次/分，SpO₂ 90%，给予静注艾司洛尔15mg、泮托拉唑40mg

13:45 手控呼吸明显气道阻力下降，听诊双肺布满哮鸣音SpO₂ 95%

13:50 患者恢复自主呼吸26次/分，BP 125/76mmHg，P 120次/分，SpO₂98%，请ICU会诊，是否带管转入ICU后续治疗

14:20 ICU会诊意见考虑重度哮喘发作，应带管转入ICU继续治疗抗炎、平喘

讨论

上述处理流程有什么不恰当的地方？

有哮喘病史患者术前访视需注意哪些细节？

上述哮喘重度发作出现“寂静肺”时
肾上腺素是静脉推注还是气管导管滴
入？





讨论

1. 当确诊支气管哮喘发作后，应该立即启动抢救。

首先叫停手术

其次呼救找帮手

再次积极处理支气管痉挛：加深麻醉；静注激素（氢化可的松 100-200mg）、支气管解痉剂（氨茶碱）

全麻病人，经气道快速喷入沙丁胺醇

如伴有低血压可以静脉使用肾上腺素或氯胺酮（0.5-1mg/kg）



该患者从出现症状麻醉机报警到诊断支气管哮喘发作用时17分钟，对有支气管哮喘发作病史的患者，术中出现气道压急剧升高的情况，应该首先考虑哮喘发作，同时排除气管导管堵塞、受压、支气管插管、麻醉机故障。

有哮喘病史并伴有鼻窦炎和鼻息肉的患者术中容易出现支气管哮喘发作。

在术前准备时就应该进行抗感染治疗，降低炎症刺激，而且抢救药物应该抽好备用，诱导插管前可以静注利多卡因减轻插管反应。



讨论

2. 有哮喘病史患者术前访视需注意哪些细节？

发作史：诱发因素、发作频率、症状、体征、最近一次发作时间；

用药：种类、时间、是否使用激素

近期上感史

查体：双肺听诊

术前戒烟、抗生素治疗预防感染

术前若有激素治疗，术中不能停药

入室前使用支气管扩张剂（沙丁胺醇吸入）

诱导过程尽量选择没有组胺释放的药物，肌松药以维库溴铵为好，麻醉药以丙泊酚为好，可加用地塞米松和利多卡因，当达到一定麻醉深度后插管。

气管导管不宜插得过深，以免刺激气管隆突。

可以使用抗胆碱药物降低气道分泌物，减轻分泌物对气道的刺激。

麻醉维持可以考虑加用七氟烷麻醉，降低气道张力。

手术开始前加深麻醉。

苏醒期避免药物拮抗，深麻醉下吸净气道和咽喉部的分泌物和血液后，在深麻醉状态下拔管或换喉罩拔管，拔管前可静脉注射利多卡因，降低拔管反应。

术后气道雾化，胸部理疗，促进排痰预防感染。

讨论

3. 上述哮喘重度发作出现“寂静肺”，肾上腺素是静脉推注还是气管导管滴入？

都可以

经气管导管可以直达肺部，吸收较快，但可能心血管反应较大

外周静脉给药，反应较气管内给药稍慢，但药物经全身血液稀释后，心血管效应可能较气管内给药小。但如果药液外渗可能造成皮肤组织缺血坏死。强效血管活性药物的使用推荐中心静脉泵注使用



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/336043031050011010>