维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2001,Vol. 10,No.4

小儿氯胺酮麻醉的护理

卓　宏*

氯胺酮麻醉是临床麻醉中比较常见的一种方法，它多以保留自然呼吸。如果手术需要还可行气管内插管：本文作者根据多年的临床护理经验，并结合术中手术麻醉的需要，总结出以下几个方面的护理体会。

一、术前准备

1．小儿术前禁食以不超过8h为宜，超过12h可发生低血糖并有代谢性酸血症倾向，禁水时间为4h。

2．术前用药：(1)抗胆碱药：主要取其抑制唾液、气管及支气管粘液分泌的作用。常用的有阿托品质和东莨菪碱，对手术时间较长的，超过1h以后应重复使用，剂量可减半。(2)镇静镇痛药：常用鲁米那钠、安定、哌替啶等。1岁以下的小儿通常不用，以免引起呼吸抑制等。(3)用药时间：术前45～60min肌肉注射，急症手术可静脉给药。

二、麻醉中护理

1．循环的护理：(1)静脉通道的建立：常以建立两条有效的静脉通道为宜，一条可供术中用药(多采用尼龙头皮针)，另一条为补液、输血用(以静脉留置针为最佳)。(2)术中输液的护理：一般应先输含有葡萄糖的溶液250～500ml后改输平衡液，这一输液方案，即可防止低血糖，预防酸中毒，又可以补充血容量。术中输液主要包括以下三方面：①正常维持量：每小时维持液体量按体重计如附表所示。②术前禁食所致的液体缺失量：即为禁食时间×每小时需要量，分3h输入，第1h输入一半，第2、3h分别输入1/4。如果术前已有静脉输液，可不考虑禁食所致的失液量。③手术创伤引起的液全转移及丢失量：一般按手术大小而定。大手术6ml/kg/h，中等手术4ml/kg/h,，小手术2ml/kg/h。

附表　按体重计算维持液体量

体重(kg)	液体维持量（ml/h）
<10	4×kg
10～20	20+2×kg
20以上	40+kg

(3)术中输血的护理：小儿在术中输血根据失血量而定，如果在最大允许出血量(MBAL，计算方法如下)以下可用平衡液或胶体补充，其中平衡液与失血量之比为3：1，胶体与失血量之比为1：1。如果出血量超过MBAL，就必须输血，先按10ml/kg补充，后根据出血情况随时加速输血和增加输血量。

$$MABL=\frac{\text{估计血容量（EBV）}\times\text{（病儿 Hct-30）}}{\text{病儿 Hct}}$$

注：EBV新生儿为80ml/kg，小儿为70ml/kg，肥胖小儿为65ml/kg，Hct为血细胞压积。

2．呼吸的护理

在氯胺酮麻醉中影响呼吸的因素众多，如果稍稍有处理不当或疏忽，就会造成严重的后果。以下几方面是我们日常工作中经常遇见的。

(1)分泌物及血液：小儿入手术室时多有哭闹，伴随各种分泌物增加，所以麻醉后一定要彻底清理口腔及鼻腔内的分泌物。如果术中发现口鼻腔有分泌物，一定要及时吸出，防止留入呼吸道，以确保呼吸道的通畅。

(2)体位：氯胺酮麻醉应尽量采用仰卧位，肩下垫一软垫，使头稍后仰，以保持呼吸道通畅。如果手术需要俯卧位，在胸部和大腿下各垫一个软垫，使整个腹部悬空，头颈保持正常位置，以确保患儿正常的呼吸运动。

(3)喉痉挛：头颈部手术操作、咽喉受刺激等都可引起喉痉挛而致呼吸道严重梗阻，一但发现，一般托起下颌或面罩吸氧后即可解除；对持续不止者，巡回护士要协助麻醉医师，静注小剂量琥珀胆碱并加压通气，紧急情况下还可以用注射器粗针头穿过环甲膜进行通气。

(4)呛咳：由于麻醉过浅，导管的刺激，均可诱发呛咳，一旦出现除应适当加深麻醉外，护士要配合麻醉医师给患儿采取吸氧等措施。

(5)舌后坠：呼吸时带有鼾声是舌后坠的典型特征，小儿出现比成年人少，如果出现，可采用“三步手法”(即头后仰、开口和托下颌)解除。另外，安放合适的口咽或鼻咽通气道也是有效的方法。

(6)麻醉药物的影响：麻醉过深、注入药物速度过快都会引起呼吸抑制，术中护士要严密配合观察呼吸动度并给与吸氧，甚至加压辅助呼吸等。

三、术后护理

手术结束后，大多患儿未醒，护士应用负压吸引器彻底吸出其口腔、鼻腔以及气管理体制内的分泌物或血液等。对反射强，快要苏醒的要更加小心谨慎。在护送回病房以后，要固定好四肢，继续给予吸氧等，并给病房护理人员和家属交待清楚注意事项。

四、讨论

1．氯胺酮有四快心率和升高血压的作用，所以在补液和输血时要尽量准确，不能被表面现象所掩盖，否则会出现严重的并发症，甚至死亡。

2．由于氯胺酮用药量过大，注入速度过快和辅助药的应用等原因都会产生对呼吸中枢的影响，所以术中护士要密切配合观察呼吸动度及呼吸频率，并持续性吸氧。

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学西南医院手术室

维普资讯 http://www.cqvip.com

3．确保负压吸引器和静脉通道的通畅。

4．麻醉诱导期肌张力增加，有时肢体出现异常活动或突然抽动。在苏醒期部分病人有精神激动和梦幻现象，如詹妄、狂躁、呻吟、精神错乱和肢体乱动，所以一定要固定好四肢。

5．麻醉和手术的刺激会对小儿产生一系列的应激反应，术中往往会同时有多种病情出现，而且相当快，所以一定要准备好必须的急救器材和药品，分清主次，及时合理有效地处理好随时可能出现的病情变化。

（收稿：2001-07-03）

一例重症肌无力危象病人的心理疏导

李皎伦* 冀桂英** 吕 曼*

重症肌无力是累及神经肌肉接头突触后膜上乙酰胆碱受体的自身免疫性疾病。临床特征为部分或全身横纹肌异常地容易疲劳。胸腺瘤合并重症肌无力治疗较为棘手，术后并发肌无力危象给治疗带来了更大的困难，我科于1999年8月收治一例重症肌无力病人，术后当日即发生肌无力危象，入ICU进行呼吸机辅助呼吸近一个月，对呼吸机产生依赖心理，现将临床对其进行心理疏导措施介绍如下。

一、临床资料

1．病例：患者，男，52岁，该患者呼吸困难四肢无力近一年，时而复视，口服溴吡斯的明有所缓解，症状渐轻暮重。来院就诊，CT示前纵隔胸腺肿瘤大小约4cm×5cm与胸膜，心包主动脉粘连，将瘤体完整切除，术中出血较多约1500～2000ml，术后病理证实为浸润型胸腺瘤，术后当日即发生肌无力危象，呼吸肌麻痹无力，潮气量不足100ml，立即入ICU病房，行气管切开，呼吸机辅助呼吸，同时给予激素溴吡斯的明，静脉营养等对症治疗一个月后停机成功，病人自主呼吸。

二、心理疏导

1．心理状态：（1）恐惧：对睡眠的恐惧表现尤为突出，害怕睡觉后不会醒来，对病情恐惧，担心疾病复发。（2）对呼吸机依赖心理：病人在脱机过程中表现强烈的需要心理，感觉自己不依赖呼吸机就无法呼吸，于是焦虑、紧张。（3）对现实逃避心理：该患为医院管理干部，对疾病有所了解，但不承认，不接受这样的事实，同时对自己心理问题难以调节，明知道怎样做，但难以支配自己。

2．对策：（1）病房环境：病人住单间病房，保持周围环境安静，病人对声音恐惧，噪音可刺激交感神经，使患者心率加快，血压升高，疼痛加剧和影响睡眠。因在ICU病房使用呼吸机时，如有问题呼吸机报警，病房血氧监护仪器的声音病人恐惧，调整机器，更换无声音干扰仪器。（2）心理护理：从心身互助的观点来看，必须全面地完整地认识病人才能采用恰当的护理方法。鉴于患者以上心理状态，我们采用相应的护理方法，首先与病人交谈，正视现实，特别是做为医务工作者的病人，对疾病本身有所了解，同时也知道愈后的情况，这样给心理护理工作带来一定困难，在临床工作过程中，采用用笔书写的方式进行交谈，这样病人不感到疲劳，让病人提出心里的想法及顾虑，针对每一个问题进行解释处理。有一次病人写下无法排遣对死亡的恐惧，我认真分析一下，其实病人正在面对这个问题而且敢想这个问题，也是心理上的一个飞跃，所以我写下，如果能够正视死亡，一切都在意料之中，在也没有可怕的事情，就这样循序渐进病人恢复以往开朗性格，然后用语言进行交流每次不超过20min，病人非常愿意与我们交谈，甚至与我们一起探讨关于临床护理的心理问题。

通过对患者的心理护理过程，我们体会首先是分析病人的心理状态，根据患者个体差异制定心理护理计划，特别是作为患者的医务工作者本身心理，其中逃避心理有待我们在今后临床护理工作中积累经验，不断总结，不断完善。

（收稿：2001-07-02）

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学附属第一医院胸外科
** 黑龙江省五常县山河屯计划生育办公室

左前臂畸胎瘤一例

毛大力*

一、临床资料

病例，患者胡旭琼，女，48岁，左前臂包块12年余。12年前患者左前臂尺侧中上1/3交界处出现一指头大小包块，无疼痛、压痛及手指麻木等不适，故未作治疗。近2年包

* 作者单位：614405 四川省犍为县孝姑中心卫生院