

<<避免麻醉常见错误>>

图书基本信息

书名：<<避免麻醉常见错误>>

13位ISBN编号：9787117103800

10位ISBN编号：7117103809

出版时间：2008-10

出版单位：人民卫生出版社

作者：冯芝 主译

页数：820

译者：冯芝

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>

## <<避免麻醉常见错误>>

### 前言

麻醉医师面对的压力在某些方面是很独特的。还是那句话——患者最有发言权。最近，本书的一位作者被问到：“你的意思是要告诉我，三名外科医生只是处理我的鼓膜，而你和那个年轻人却要负责我身体的所有其他部分？”

为了负责患者身体的“所有其他部分”，麻醉医师必须全面掌握生理、病生理和药理学知识；成为麻醉仪器及其相关专门技术的专家；掌握气道处理和多种操作的技巧。此外，我们还必须能在复杂、嘈杂和经常性敌对的临床环境里把所有事都做对，不能出错！但是，不论多么努力，错误是不可能完全避免的。

## <<避免麻醉常见错误>>

### 内容概要

本书特点： 防范麻醉实践中195个常见、严重错误的技巧——实用且易于识记 各阶段麻醉从业人员均受益——医学生和麻醉护士学生、住院医师、进修医生、麻醉医生以及认证注册麻醉护士(CRNAs) 轮转开始和工作参考的理想丛书 熟知195个严重错误能帮助你轻松地： 制定精确临床决策 简单回顾相关病理和 / 或药理知识 掌握解决这些问题的技巧 此外还有专门章节强调人体工程学在麻醉中的应用以及如何评估和选择麻醉等 Cathy Marcucci、Norman Cohen、David Metro和Jeffrey Kirsch医生为所有学习麻醉的人和许多麻醉医师呈现了一本佳作。其中为我们每天临床工作中遇到的最重要和最常见的问题提供了非常实际的处理意见。笔者还没见过哪本麻醉教科书能比这本书更实用，而且坦率地说，它的阅读性也很强。本书并没有打算设计成一本综合性教科书。相反，它对本学科最重要的临床问题用最简短、易懂的方式提供了常识性建议。此外，读者们会发现有关执业的选择和管理也是非常实用的。

## &lt;&lt;避免麻醉常见错误&gt;&gt;

## 书籍目录

第一篇 气道与通气 第1章 切勿忽视呼吸道管理的基础 第2章 呼吸道管理基础——贴士和要点 第3章 考虑使用PEEP 第4章 多种技术可用于清醒气管插管麻醉；最终，最重要的因素是术者的经验和充足的时间 第5章 清醒气管插管不应成为患者的创伤性经历 第6章 在某些特定情况禁忌吸入高浓度氧气 第7章 理解和利用氮的特性处理受累气道 第8章 烧伤患者气管插管和长期气道管理的特殊考虑 第9章 可以考虑气管导管套囊内使用利多卡因，但应了解其风险和其他方案 第10章 必须解决增高的气道峰压 第11章 在病态肥胖患者中避免常见的气道和通气管理错误 第12章 为每一例头颈手术病例做好气道火灾的处理计划 第13章 掌握环甲膜切开术 第14章 不要将气管导管套囊过度充气 第15章 对喉罩的风险不要轻描淡写 第16章 不要畏惧放置和使用双腔气管导管 第17章 不要低估颈动脉内膜剥脱术和颈椎手术患者的再插管困难 第18章 在准备好建立确切（外科）气道的人员和设备前，不要开始Ludwig咽颊炎患者的气道管理

第二篇 液体通路 第19章 开放静脉是给患者留下良好印象的第一个机会 第20章 使用静脉管路前要触摸和检查 第21章 使用超声引导的中心静脉置管可提高成功率，减少穿刺次数和降低并发症率 第22章 中心静脉置管：不要忽略基础 第23章 小心放置肺动脉导管 第24章 使用现代工具避免中心静脉导管技术相关并发症 第25章 不要过度冲洗管路（lines） 第26章 计划透析的患者不要选择锁骨下静脉作为任何类型的中心静脉通路 第27章 切记无意的动脉内注射并不少见 第28章 避免有创血压测量的错误 第29章 围术期损伤透析瘘管是严重事件，需要立刻与外科医师沟通

第三篇 液体、复苏和输血 第30章 高张盐：能解决溶液问题吗？ 第31章 人工胶体液具有独特的特性及其风险 / 受益比 第32章 保护肾脏，而不是尿量 第33章 不要使用碳酸氢盐治疗乳酸酸中毒 第34章 三羟甲基氨基甲烷（THAM）用于治疗顽固性或危及生命的代谢性酸中毒 第35章 对大量失血的患者采用“控制损伤性麻醉”原则，必要时请外科医生做“损伤控制性手术” 第36章 向战伤治疗学习：请外科医生考虑为出血的患者实施控制损伤性手术 第37章 志愿献血者应做的筛查实验 第38章 输注压积红细胞需仔细衡量利弊 第39章 耶和華见证人和输血：伦理问题

第四篇 药物 第40章 机械性肠道准备 第41章 术前抗生素肠道准备 第42章 了解需要缓慢静脉输注的药物 第43章 戒烟和复吸是围术期的重要变量 第44章 糖尿病和非糖尿病患者围术期高血糖都考虑用胰岛素治疗 第45章 择期手术或血管内造影前为了减少乳酸酸中毒停用二甲双胍 第46章 术前10小时内给予血管紧张素系统抑制剂是麻醉诱导后低血压的独立危险因素 第47章 很多围术期经常使用的药物有显著的P-糖蛋白转运泵活性 第48章 关于非注册适应证用药的医疗与法律方面的复杂问题 第49章 评估和治疗神经毒剂中毒患者时遵循这些原则——记住可能会有意想不到的事情发生 第50章 用碳酸氢盐做局麻药的缓冲剂，尤其在皮肤浸润时 第51章 围术期考虑给予可乐定——有抗焦虑、止吐和镇痛作用 第52章 区域阻滞时适当使用氯普鲁卡因——氯普鲁卡因是起效快全身毒性低的局麻药 第53章 适当使用氯胺酮——如果合理使用，受益常常会超过潜在的副作用 第54章 右旋美托咪啶是有用的药物，但是能够广泛使用么？ 第55章 使用昂丹司琼前检查是否有偏头痛的病史，尤其是儿童 第56章 记住不是所有蓝色化合物都是一样的 第57章 记住利奈唑胺不仅是抗生素，也是单胺氧化酶抑制剂 第58章 警惕围术期地高辛中毒的症状和体征，尤其是患者有丢失电解质的风险时 第59章 用胺碘酮和其他抗心律失常药治疗房颤时应小心谨慎 第60章 肾衰竭患者使用米力农时要特别谨慎 第61章 谨慎使用哌替啶

第五篇 手术中和围术期 第62章 洗手！ 第63章 永远不要匆忙地交接班 第64章 术前焦虑：不仅仅是“2毫克咪唑安定” 第65章 要认识到转运是围术期最危险的阶段之一，应做相应的准备 第66章 诱导时（和苏醒时）同样的简单错误一遍又一遍的发生——所以制定一个清单并严格遵守 第67章 永远不要忘记汇报针刺伤 第68章 可疑心脏病患者术前进行应激试验的作用 第69章 推荐高危患者在非心脏手术的围术期使用受体阻滞剂，但有些特殊问题尚未解决 第70章 肌钙蛋白阳性不一定代表心肌梗死 第71章 不要忽视凝血酶原时间正常而部分促凝血酶原激酶时间升高的现象 第72章 避免死亡率为70%的并发症：围术期要尽一切可能防止发生肾脏衰竭 第73章 要废止“肾脏剂量”多巴胺 第74章 记住在围术期至少有7种方法可以治疗高钾血症 第75章 谨慎管理合并睡眠呼吸暂停的患者 第76章 对乘飞机来你医院就诊的患者要高度怀疑围术期是否有发生肺栓塞的危险 第77章 注意精神分裂症患者比同龄人群围术期风险更大 第78章

## &lt;&lt;避免麻醉常见错误&gt;&gt;

给已经截肢的患者摆体位时要尤其注意\_第79章 给脊柱手术患者摆体位：如何降低风险 第80章 腹腔镜手术中将镜头置入的过程要提高警惕并要小心观察充二氧化碳（CO<sub>2</sub>）气腹时的生理反应 第81章 对于低体温患者不要使用尿量作为容量状态的指标 第82章 眼科手术的麻醉——“1-N-1”的内在文化 第83章 记住通过减少起火三元素中的任一个元素就可以避免手术室内火灾 第84章 记住体温上升是恶性高热的后期表现 第85章 脉搏氧饱和度持续低值排除常见原因后应考虑高铁血红蛋白血症第六篇 仪器设备 第86章 脉搏氧饱和度：即使是简单的监测设备也需要了解 第87章 呼末CO<sub>2</sub>监测不仅仅是证明“气管插管在气道内”的监测设备 第88章 无创血压监测——它不仅仅是围在上肢的一块尼龙布 第89章 不要让上止血带的时间过长 第90章 通过脑功能监测可将术中监测和术后记忆联系起来——已经知道了一些，但确切的操作标准和监测“最佳利用”指南等还不清楚 第91章 在给患者升温时不能即兴而为——使用加温设备时应严格按照厂家推荐的方法使用 第92章 记住俯卧位对人体的影响取决于体位支架 第93章 心排量测量：你是否真正了解了测量的原理？

第94章 静脉输液泵：临床使用中的重要技术 第95章 清除废气有益于医务人员但可能对患者有害 第96章 二氧化碳吸收器可以收集并湿润气体但可产生潜在的机械危害、化学溶液或者热灾难 第97章 不要在术间使用手机 第98章 记住绝缘线监测是建立在用电安全的简单原则之上：确保患者不要成为地线环路的一部分第七篇 区域麻醉 第99章 区域麻醉的并发症：了解这些并发症之前，请勿持针操作 第100章 记住影响因素，准备好回答腰麻病人的提问：“这会让我瘫痪吗？”

第101章 记住低风险高收益的阻滞方法 第102章 如果病人采取侧卧位，可考虑旁正中入路腰麻 第103章 考虑使用旁正中入路行胸段硬膜外麻醉，特别是中胸段水平 第104章 在你的实践中使用超声引导下外周神经阻滞 第105章 不要忽略“旧式”局部静脉（Bier）阻滞，但要小心手术操作迅速的外科医生！

第106章 考虑将硬膜外麻醉作为乳腺切除术的辅助或主要麻醉方式 第107章 把连续椎旁阻滞作为主要镇痛方法用于临床 第108章 穿破硬膜？该怎么办？

第109章 区域麻醉病人突然不能出大声说话，如果没有其他原因，可能是阻滞平面过高 第110章 局麻药过量抢救时可考虑使用脂肪乳剂第八篇 PACU 第111章 牢记：术后镇痛应当从术前开始 第112章 在PACU挑出高碳酸血症情况，记住，脉搏氧饱和度在正常范围并不能确保病人通气充足 第113章 将针灸作为治疗术后恶心呕吐的辅助方法 第114章 PACU病人主诉眼部不适，不要拖延立刻回应 第115章 知道腰麻后病人出院的问题和标准第九篇 儿科麻醉 第116章 儿童禁食标准应当简单但是不能太简单 第117章 不要因为患儿流鼻涕自动取消手术 第118章 不同的患儿给予不同的术前用药！

第119章 只有麻醉医生邀请，患儿父母才能进入手术室 第120章 必须排尽儿科病人静脉输液管路中的气泡 第121章 不适当地对儿童放置、使用和维持血管通路可能导致严重的并发症，甚至死亡 第122章 确保你需要的和你认为可能需要的插管和气道设备已经准备好 第123章 关注儿科病人诱导和苏醒过程中发生缺氧并做好治疗的准备 第124章 儿童气道中可能有各种各样的异物 第125章 儿科患者硬膜外麻醉不置管也能产生良好的效果 第126章 围术期为婴儿保温是非常重要的、棘手甚至某些时候非常危险的事 第127章 聚焦如何预防和治疗苏醒期谵妄 第128章 记住，婴儿也可以感觉到疼痛 第129章 不要让外科医生允许所有患儿出院！

第130章 识别麻醉下小儿心跳骤停的预测指标及形式 第131章 临床医生为耶和華见证会的未成年人提供医疗服务第十篇 神经外科手术麻醉 第132章 医学院学到的神经生理学在开颅手术中确实很重要 第133章 脑动脉瘤和常规开颅手术的麻醉目标是不一样的 第134章 诱发电位：直到你自己了解了这些原理再与外科医生和神经生理学家探讨 第135章 神经外科手术中，在考虑原因与风险之前不要处理高血压 第136章 清醒开颅手术也能做得很人性化 第137章 不要被抓住没有做好唤醒试验的准备 第138章 视力缺损——最具灾难性的并发症之一第十一篇 心脏麻醉 第139章 体外循环插管——注意你插管朝向的位置 第140章 如果计划（或可能）行经食管超声心动图，记得要询问食管疾病病史 第141章 记住，不可能完全避免体外循环和给予心脏停搏液相关的心肌缺血——目标是将其降至最小 第142章 灾难的边缘：区别狭窄性和反流性心脏瓣膜疾病的麻醉管理 第143章 抗纤溶药物：放过了血凝块，但放不过血栓 第144章 胸降主动脉麻醉的不利一面：所有麻醉问题都至关重要 第145章 胸主动脉夹层手术的麻醉：麻醉医师如履薄冰 第146章 冷冻麻醉——你正处于深低温停循环状态！

## &lt;&lt;避免麻醉常见错误&gt;&gt;

第147章 记住，左心室辅助装置手术的麻醉尤为棘手：不要忽略这些重要原则 第148章 非体外循环心脏手术：对于麻醉医生不停跳意味着什么？

第149章 心脏手术患者的凝血病——不只是关于数字的问题 第150章 记住，肥厚梗阻性心肌病的麻醉护理有其特殊的该做与不该做第十二篇 产科麻醉 第151章 产妇的麻醉管理要求自始至终清晰的交流 第152章 “我现在就要硬膜外镇痛！”

”分娩进程中硬膜外镇痛的作用 第153章 如经过仔细选择，产妇可安全走动——关键是采用小剂量硬膜外镇痛 第154章 分娩期间禁食禁饮指南——“我能只是喝一点水吗？”

第155章 产房中要为陪产士做好准备 第156章 紧急剖宫产：对胎儿有益的也对妈妈有益吗？

第157章 剖宫产后的疼痛控制——“如果我刚做完手术，我怎么照顾我的孩子？”

第158章 护理妊娠患者时，要清楚主动脉下腔静脉压迫及仰卧位低血压综合征的后果 第159章 头痛及高血压：肥胖患者先兆子痫的管理 第160章 针灸对妊娠及分娩患者的治疗有显著疗效 第161章 时刻为外倒转术的后果之一——危急分娩做好准备 第162章 产科麻醉/镇痛可以在小型医院开展：关键原则是责任心、灵活性和计划性 第163章 谨记：孕妇的非外科手术麻醉没有特别用药或操作限制第十三篇 疼痛医学 第164章 更换阿片类药物时不要猜测等效剂量 第165章 使用酮洛酸（痛力克）前应与外科医生沟通 第166章 患者自控镇痛的基础输注模式——亦敌亦友 第167章 阿片耐受患者的围术期镇痛——才出油锅又入火海 第168章 先天性疼痛不敏感患者需要麻醉药和术后阿片类药物吗？

第169章 腰背痛和脊柱痛患者开始昂贵有创检查前先排除锥突小平面关节病 第170章 为背痛患者预约昂贵影像学检查前应检查有无扳机点（Trigger Points）存在 第171章 知道硬膜外腔注射皮质激素的并发症 第172章 化学性神经松解术治疗顽固性和终末期癌痛的效果显著，精确给予适宜麻醉药和松解药非常重要第十四篇 人体工程学 第173章 理解人体工程学——human factor-s 第174章 向前辈学习以减少麻醉处理中的错误：识别和预防 第175章 在嘈杂的手术室里，核对患者姓名或血制品时用“拼写字母表” 第176章 知道何时住手——患者严重受伤害不是因为麻醉医生“不会”，而是由于他们忍不住尝试 第177章 民间传说（Folklore）是有力的同伴——分享故事，别忘记倾听 第178章 别忽视直觉 第179章 不要机械地死记硬背禁忌证 第180章 知道精神崇拜与医疗行为的界限，决不干涉牧师第十五篇 法律 第181章 如何不以终审赔偿告终：对ASA终审赔偿项目的学习 第182章 以道德或伦理理由拒绝：穿越极其复杂海域的实用航海策略 第183章 理解“知情同意书” 第184章 麻醉记录单是一个法律文件 第185章 在手术室内读书——值得冒险吗？

第186章 充分治疗疼痛是伦理和法律义务，把重度疼痛评分当作不稳定生命体征：快速和果断地处理 第187章 处理牙齿损伤和处理牙齿一样，小心 第188章 “不要复苏”的医嘱在手术室内不会自动停止 第189章 父母不能或不愿同意时援引国家监护权为儿童提供安全医疗第十六篇 其他 第190章 不要让手术室护士成为递送工、秘书或中间人 第191章 不要让你的高级心脏生命支持证书失效 第192章 不要要求家庭成员进行翻译或辅助治疗 第193章 如果怀孕按部就班地保护自己，但不要过度担心 第194章 了解基本的统计学术语 第195章 手术室中的尊重——成为好的不，出色的麻醉医师

## &lt;&lt;避免麻醉常见错误&gt;&gt;

## 章节摘录

第1章 切勿忽视呼吸道管理的基础 对于麻醉医生来讲，建立通畅的气道是非常重要的，对于可能遇到的困难气道制定应急预案也同样重要。

一般来说，大多数呼吸道管理都发生在手术室内。

任何手术之前，麻醉医师都必须评估气管插管的难易程度，主要集中在困难气道的预测指标上，在无法按原定方案确保气道安全的情况下，将造成的风险压力与意外最小化，而准备不足常会导致灾难性的后果。

通气障碍的患者相关因素过早拔除气管内导管出现的通气不足、呼吸暂停以及呼吸阻塞等并发症均与低氧血症和高碳酸血症相关。

术后即刻出现呼吸暂停或通气不足的原因为：吸入麻醉药和阿片类药物的残余效应、神经肌肉阻滞的不完全逆转或存在多余的口腔内容物。

某些患者可能对麻醉药的敏感性增加，如老年人、儿童、合并阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的患者。

所有这些因素均可导致气道管理失败。

拔管后出现呼吸暂停或通气不足时，应实施正压气囊一面罩通气，必要时可插入口咽或鼻咽通气道。

如上述方法不能获得满意的通气，必须重新进行气管内插管或放置替代性气道设备如喉罩。

拔管前，患者自主呼吸潮气量和的呼吸频率恢复到适当水平，可以降低发生呼吸暂停和通气不足的风险。

另外，麻醉逐渐变浅，患者应该能够遵从简单指令（如睁眼、握手、抬头>5秒）。

对每一例患者，麻醉医师均应使用神经刺激仪监测肌松作用的逆转，并在拔管之前即给予拮抗药物，从而实现血浆假性胆碱酯酶的最大抑制。

我们认为，术中使用非去极化肌松药的患者即使四个成串刺激（train-of-four）恢复正常，也都应使用拮抗剂。

只有个别情况无需使用拮抗剂，且需要特别谨慎。

拔管后气道管理失败的另一可能原因是喉痉挛。

喉痉挛最容易发生在诱导后插管前即刻，或拔管后麻醉恢复过程中的兴奋期（麻醉恢复是麻醉诱导的逆过程）时。

高风险人群包括儿童、吸烟患者、哮喘、支气管炎或支气管扩张病史的患者。

另外，某些麻醉药物，如地氟烷，很可能与喉痉挛相关。

如果使用纯氧实施面罩正压通气仍无法改善喉痉挛和维持氧合，则应使用琥珀胆碱进行气管内插管。

通气障碍的机械因素 实际上，在麻醉过程中随时都可能会出现牙齿咬闭气管内导管，可能与苏醒或浅麻醉时病人的咀嚼动作、手术医师不经意地挤压面部有关。

患者通过闭塞或接近闭塞的气管导管试图进行自主呼吸，可导致负压性肺水肿，在体格健壮和肌肉发达的患者尤为多见，此时进行正压通气很困难或根本不可行。

通过使用静脉麻醉药（丙泊酚、利多卡因）或肌松药物（琥珀胆碱）加深麻醉深度可以纠正这种情况。

典型的表现为，麻醉后气管导管回复原状，气道重新开放。

然而，当使用钢丝加固气管导管时，导管回复可能性很小（导管被咬瘪），仍有部分堵塞，需要紧急拔管并插入新的气管导管。

避免该现象的最佳方案是插管后立刻放置“防咬”设备，如口咽通气管或其他硬质塑料设备（尤其是术中不使用肌松药时），亦可在上下磨牙间放置纱布衬垫等柔软的防咬设备。

## <<避免麻醉常见错误>>

### 编辑推荐

《避免麻醉常见错误(翻译版)》并没有打算设计成一本综合性教科书。相反，它对本学科最重要的临床问题用最简短、易懂的方式提供了常识性建议。此外，读者们会发现有关执业的选择和管理也是非常实用的。Cathy Marcucci、Norman Cohen、David Metro和Jeffrey Kirsch医生为所有学习麻醉的人和许多麻醉医师呈现了一本佳作。其中为我们每天临床工作中遇到的最重要和最常见的复杂问题提供了非常实际的处理意见。笔者还没见过哪本麻醉教科书能比《避免麻醉常见错误(翻译版)》更实用，而且坦率地说，它的阅读性也很强。



<<避免麻醉常见错误>>

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>