第一图书网, tushu007.com

<<外科学临床实习指南>>

图书基本信息

书名：<<外科学临床实习指南>>

13位ISBN编号：9787030365453

10位ISBN编号：7030365453

出版时间：白玉江，宁景志，张宏伟 科学出版社 (2013-02出版)

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

第一图书网, tushu007.com

<<外科学临床实习指南>>

书籍目录

第一篇 外科学临床实习指南第一章 麻醉第一节 麻醉前准备和麻醉用药第二节 全身麻醉第三节 局部麻醉第四节 椎管内麻醉第二章 重症监测治疗与复苏第三章 外科感染第一节 疖第二节 痈第三节 破伤风第四节 气性坏疽第四章 烧伤冷伤第一节 烧伤第二节 冷伤第五章 颅内压增高第一节 颅内压增高第二节 脑疝第六章 颅脑损伤第七章 颅内和椎管内肿瘤第八章 甲状腺疾病第一节 甲状腺肿第二节 甲状腺腺瘤第三节 甲状腺癌第四节 甲状腺炎第九章 乳房疾病第一节 急性乳腺炎第二节 乳腺囊性增生病第三节 乳腺癌第十章 胸部损伤第一节 气胸第二节 血胸第十一章 肺癌第十二章 食管疾病第一节 食管癌第二节 食管憩室第十三章 腹外疝第一节 腹股沟疝第二节 股疝第十四章 腹部损伤肝、脾等实质性脏器损伤第十五章 胃十二指肠疾病第一节 胃肠道等空腔脏器损伤第二节 胃、十二指肠溃疡合并出血第三节 胃、十二指肠溃疡合并穿孔第四节 胃、十二指肠溃疡合并幽门梗阻第五节 胃癌第十六章 阑尾疾病第一节 急性阑尾炎第二节 慢性阑尾炎第十七章 结、直肠与肛管疾病第一节 结肠癌第二节 直肠癌第三节 痔第四节 肛裂第五节 直肠肛管周围脓肿第六节 肛瘘第七节 直肠脱垂第十八章 门静脉高压症门静脉高压症第十九章 肝疾病第一节 原发性肝癌第二节 细菌性肝脓肿第三节 肝包虫病第二十章 胆道疾病第一节 急性胆囊炎第二节 急性梗阻化脓性胆管炎第二十一章 胰腺疾病第一节 急性胰腺炎第二节 胰腺癌第二十二章 动脉栓塞第二十三章 泌尿系统损伤第一节 肾及输尿管损伤第二节 膀胱损伤第二十四章 泌尿系统梗阻第一节 良性前列腺增生症第二节 尿潴留第二十五章 尿石症第一节 上尿路结石第二节 膀胱结石第三节 尿道结石第二十六章 泌尿系统肿瘤第一节 肾癌第二节 肾母细胞瘤第三节 肾盂肿瘤第四节 膀胱肿瘤第二十七章 泌尿、男生殖系统感染第一节 急性肾盂肾炎第二节 急性细菌性膀胱炎第三节 慢性细菌性膀胱炎第四节 慢性前列腺炎第五节 急性细菌性前列腺炎第二十八章 骨折概论第一节 骨折的临床表现及诊断第二节 骨折的并发症第三节 骨折愈合过程第四节 骨折的治疗原则第二十九章 上肢骨、关节损伤第一节 锁骨骨折第二节 肩锁关节脱位第三节 肩关节脱位第四节 肘关节脱位第五节 桡骨头半脱位第六节 桡骨下端骨折第七节 前臂双上骨折第八节 前臂双骨折第三十章 下肢骨、关节损伤第一节 髋关节脱位第二节 股骨颈骨折第三节 股骨粗转子间骨折第四节 股骨干骨折第五节 髌骨脱位第六节 髌骨骨折第七节 膝关节损伤第八节 胫骨平台骨折第九节 胫腓骨干骨折第十节 踝部骨折第十一节 踝部扭伤第十二节 足骨骨折第三十一章 脊柱和骨盆骨折脊柱骨盆骨折第三十二章 周围神经损伤第一节 上臂段桡神经损伤第二节 肘关节区桡神经深支损伤第三节 正中神经高位损伤第四节 正中神经低位损伤第五节 尺神经损伤第三十三章 运动系统慢性损伤第一节 颈肩痛第二节 狭窄性腱鞘炎第三节 肱骨外上髁炎第四节 月骨无菌性坏死第五节 腕管综合征第六节 肘管综合征第三十四章 腰腿痛和颈肩痛第一节 椎间盘性腰痛症第二节 颈椎病第三十五章 骨与关节化脓性感染第一节 急性血源性骨髓炎第二节 慢性血源性骨髓炎第三节 化脓性关节炎第三十六章 骨与关节结核脊柱结核第三十七章 非化脓性关节炎第一节 骨关节炎第二节 强直性脊柱炎第三节 类风湿关节炎第三十八章 骨肿瘤第一节 骨软骨瘤第二节 骨巨细胞瘤第三节 骨肉瘤第二篇 诊疗常规第一章 麻醉第一节 麻醉前访视常规第二节 麻醉前准备常规第三节 静脉麻醉常规第四节 蛛网膜下隙阻滞常规第五节 硬膜外隙阻滞常规第二章 心肺复苏术操作技能第一节 心肺复苏术第二节 电除颤术第三节 气管插管术第四节 环甲膜穿刺术第五节 吸痰术第三章 烧伤第四章 脑外科诊疗常规第一节 颅内压增高第二节 脑疝第三节 颅脑外伤第四节 颅内肿瘤第五节 腰椎穿刺术第六节 脑室穿刺术第五章 甲状腺疾病第六章 乳房疾病第一节 乳房脓肿切开引流术第二节 乳房良性肿瘤切除术第三节 乳腺腺叶区段切除术第四节 乳腺癌改良根治术第七章 食管癌第八章 腹外疝第九章 腹部损伤第十章 胃、十二指肠溃疡第十一章 阑尾疾病第十二章 结、直肠与肛管疾病第十三章 门静脉高压症第十四章 肝癌第十五章 胆道疾病第十六章 胰腺疾病第十七章 肝包虫病第十八章 细菌性肝脓肿第十九章 肾、输尿管损伤第二十章 肾结石第二十一章 膀胱炎肾盂肾炎第二十二章 肾癌第二十三章 膀胱癌第二十四章 骨科操作诊疗常规第一节 骨科临床检查原则第二节 肩关节检查第三节 肘关节检查第四节 腕部关节检查第五节 手部关节检查第六节 髋关节检查第七节 膝关节检查第八节 踝关节与足部检查第九节 脊柱检查第十节 骨盆检查法第十一节 骨科感觉神经相关检查第十二节 运动系统检查第十三节 四肢神经损伤检查第十四节 牵引技术第十五节 石膏绷带固定技术

章节摘录

第一篇 外科学临床实习指南第一节 麻醉前准备和麻醉用药病例1-1-1 患者，女性，67岁，术前诊断：乳腺癌。
拟行乳腺癌根治术。
5年前曾脑出血，现右侧肢体活动略差，冠心病2年，基本生活能自理。
体格检查：BP160/85mmHg，HR92次/分，实验室检查示Hb74g/L，ECG示ST—T改变，余未见异常。
问题：1.麻醉前的准备事项是什么？
2.麻醉前用药的种类是什么？
3.麻醉前用药的目的是什么？
4.阐明该患者的ASA分级和依据。
参考答案和提示：1.准备事项 纠正贫血，控制血压稳定，成人择期手术前应禁食8~12小时，禁饮4小时。
病人精神方面的准备着重于消除病人对麻醉的顾虑，以充分取得病人的信任和合作。
麻醉前还应检查和准备麻醉时必须的器械和药品。
2.用药种类 镇静催眠药和抗胆碱药：麻醉前半小时肌内注射镇静催眠药或安定药，常用苯巴比妥钠、地西泮、咪达唑仑、异丙嗪等。
全麻或椎管内麻醉病人加用抗胆碱药，常用阿托品或东莨菪碱等。
3.使用麻醉前用药的目的 ①消除患者紧张，焦虑及恐惧的心情。
②提高患者的痛阈。
③抑制呼吸道腺体的分泌功能。
④消除因手术或麻醉引起的不良反射。
4.ASA分级 该患者的ASA分级是Ⅳ级。
美国麻醉师协会（ASA）根据病人体质状况和对手术危险性进行分类，于麻醉前将病人分为5级：Ⅰ级：正常健康。
除局部病变外，无系统性疾病。
Ⅱ级：有轻度或中度系统性疾病。
Ⅲ级：有严重系统性疾病，日常活动受限，但未丧失工作能力。
Ⅳ级：有严重系统性疾病，已丧失工作能力，威胁生命安全。
Ⅴ级：病情危重，生命难以维持的濒死病人。
如系急诊手术，在评定上述某级前标注“急”或“E”。
Ⅰ、Ⅱ级病人，麻醉和手术耐受力良好，麻醉经过平稳。
Ⅲ级病人麻醉中有一定危险，麻醉前准备要充分，对麻醉期间可能发生的并发症要采取有效措施，积极预防。
Ⅳ级病人麻醉危险性极大。
Ⅴ级病人病情极危重，麻醉耐受力极差，随时有死亡的威胁，麻醉和手术异常危险，麻醉前准备更加重要，应做到充分、细致和周到。
临床思维：麻醉前准备（1）术前应纠正或改善营养不良状态，严重贫血者，应输血纠正贫血，使血红蛋白≥80g/L，白蛋白≥30g/L，并纠正脱水、电解质紊乱和酸碱平衡失调，提高病人的耐受能力。
手术病人合并内科疾病者，治疗潜在内科疾病，使病人各实质器官功能处于良好状态。
合并心脏病者，应重视改善心脏功能，必要时请内科专家协助诊治。
合并高血压者，应经过内科系统降压治疗，血压稳定，收缩压低于180mmHg、舒张压低于100mmHg较为安全；降压药可持续用到手术当天。
合并呼吸系统疾病者，术前应进行呼吸功能的相关检查；应用有效抗生素3~5天以控制急、慢性肺部感染。
合并糖尿病者，择期手术应控制空腹血糖不高于8.3mmol/L，尿糖低于（++），尿酮体阴性。
急诊伴酮症酸中毒者，应尽可能静滴胰岛素消除酮体，纠正酸中毒后手术。

（2）为预防麻醉下的呕吐和误吸，成人择期手术前应禁食8~12小时，禁饮4小时，以保证胃排空。
小儿术前应禁食（奶）4~8小时，禁饮2~3小时。
术前晚应灌肠或给轻泻剂。
急症手术亦应适当准备，饱胃病人又不得不在全麻下施行手术时，可考虑行清醒气管内插管，以能主动地先控制呼吸道为佳，有利于避免或减少呕吐和误吸的发生。
（3）病人精神方面的准备着重于消除病人对麻醉的顾虑，以充分取得病人的信任和合作。
（4）麻醉前还应检查和准备麻醉机、急救设备和药品。
麻醉期间应根据病情和条件选择监测病人的生命体征，如血压、呼吸、ECG、脉搏氧饱和度（SpO2）和体温，以及呼气末CO2分压（ETCO2）、直接动脉压、中心静脉压（CVP）等。
麻醉实施前对已准备好的设备、用具和药品等，应再一次检查和核对。
术中所用药品，必须核对后方可使用。
第二节 全身麻醉病例1-1-2 患者，女性，80岁，体重69kg，术前诊断为胃穿孔。
患者入院时BP155/95mmHg，HR96次/分，冠心病多年，拟急诊行剖腹探查术。
问题：1.拟订麻醉方案是什么？
2.该患者存在的主要麻醉风险是什么？
参考答案和提示：1.拟订麻醉方案 选用气管内插管全身麻醉。
2.主要麻醉风险 诱导时需注意心血管反应，维持期避免麻醉过深所致血流动力学变化，维持良好的血压、HR水平，加强呼吸管理，避免缺氧和二氧化碳蓄积。
术后应尽快恢复病人的意识，维持呼吸道通畅和循环稳定。
并存冠心病的老年人行非心脏手术时最主要的危险是由于冠状动脉管腔变窄，可出现心肌缺血而发生心肌梗死，严重时发展成为心源性休克和急性左心衰，甚至可使病人猝死。
临床思维：麻醉选择的原则麻醉选择包括麻醉方法的选择和麻醉药物（包括辅助用药）的选择。
原则要在能满足手术要求的前提下尽量选择对患者最为有利的麻醉方法和药物，但在有些危重患者却只能在麻醉允许的前提下进行最简单的手术。
要根据患者的情况包括年龄、拟手术治疗的疾病与并存症及其严重程度、重要脏器功能、情绪与合作程度、肥胖程度、患者意愿等选择。
还要根据手术情况选择，手术方面的考虑包括手术部位、手术方式、术者的特殊要求与技术水平等。
腹部手术需要良好的肌肉松弛，可考虑全身麻醉。
下腹部的手术可选择椎管内麻醉，上肢或下肢手术亦可考虑神经阻滞麻醉。
对估计技术难度较大、术时较长的手术，选择全麻可能比较合适。
麻醉方面的考虑包括麻醉者的业务水平、经验或习惯，麻醉设备和药品方面的条件等选择。
不能将麻醉选择绝对化，同一种手术可在不同的麻醉方法下进行，同一种麻醉方法也可用于多种手术。
麻醉医师应注意各种麻醉方法的适应证及禁忌证，根据多方面的因素来选择最合适的麻醉方法和药物，保证患者安全是首要问题。
急诊患者重要的问题就是饱胃，易发生呕吐、反流、误吸。
因此控制呼吸道是首要问题，实施气管内插管全身麻醉较为安全。
第三节 局部麻醉病例1-1-3 患者，女性，23岁，体重43kg。
拟在局部浸润麻醉下行右肩部脂肪瘤摘除术，采用2%利多卡因溶液15ml后手术开始，患者自诉疼痛，遂又分次注入，于30分钟内共注入30ml时，病人出现颜面苍白、心慌气促，意识恍惚、脉搏细弱，随即抽搐，呼吸心跳停止，经吸氧、气管插管、人工呼吸及药物治疗等抢救措施处理3小时后病人转危为安。
问题：1.病情诊断是什么？
依据是什么？
2.局麻药毒性反应的常见原因是什么？
3.早期局麻药毒性反应的临床表现是什么？
4.处理原则是什么？

参考答案和提示：1.诊断 局麻药过量产生毒性反应。
依据：于30分钟内注入2%利多卡因溶液30ml，超过利多卡因的最大剂量为400mg。
患者出现心慌、气促等，很快出现抽搐，呼吸心跳停止，符合局麻药毒性反应的表现。
2.常见原因 ①一次用量超过患者的耐量；②误注入血管内；③注药部位血供丰富，吸收增快；④患者因体质衰弱等原因导致耐受力降低；⑤药物间的相互作用，如同时使用两种局麻药而不减量（按规定两同类药物相加剂量应相当于其中一种药的最大量）。
3.早期局麻药毒性反应的临床表现 中枢神经系统兴奋或抑制。
初始症状包括口周发麻、局部肌肉抽搐，患者表现烦躁、紧张不安、头晕、目眩、耳鸣等；血药浓度过高可引起四肢震颤和惊厥。
也可能表现嗜睡、言语不清、寒战、定向和意识障碍等；严重时引起整个中枢神经系统的抑制，出现惊厥、呼吸抑制。
全身反应表现在对中枢神经系统和心血管系统的影响，且中枢神经系统对局麻药更为敏感。
4.治疗 应立即停止给药，同时吸氧、静脉注射硫喷妥钠或咪达唑仑有预防和控制抽搐的作用；建立人工呼吸纠正缺氧和呼吸抑制；静脉注射血管活性药物，如麻黄碱、多巴胺、间羟胺、阿托品等，一旦呼吸心跳停止，应立即进行心肺复苏。
临床思维：局麻药的不良反应【临床表现】1.局麻药不良反应的主要表现（1）全身不良反应：局麻药的全身不良反应主要因用药量过大，或使用方法不当引起血药浓度升高所致。
1）中枢神经系统毒性反应：临床表现有烦躁、紧张不安、头晕、目眩、耳鸣、口周发麻等。
可发展为肌肉抽搐、意识丧失、惊厥和昏迷。
严重时能引起整个中枢神经抑制，出现呼吸抑制等。
2）心血管系统毒性：心血管系统对局麻药的耐受性比中枢神经系统强，但往往严重且治疗困难。
早期临床表现循环兴奋，晚期表现为循环抑制。
心血管毒性反应表现为心肌收缩力减弱，抑制心脏传导系统、外周血管张力降低，致使心排血量、心指数下降，血压下降，直至循环虚脱。
心电图表现P—R间期延长，QRS波增宽，出现窦性心动过缓、高度房室传导阻滞和室性心动过速、室颤。
（2）神经毒性临床上局麻药本身引起的局部神经组织损害并不常见，而大量高浓度局麻药或化学污染的局麻药误入蛛网膜下腔能引起神经毒性反应。
（3）局麻药过敏极少发生。
酯类局麻药的降解产物———对氨基苯甲酸可形成半抗原，这些致敏物质可能引发过敏反应。
酰胺类局麻药引起的过敏反应更为罕见。
2.局麻药引起的不良反应大多可通过采取以下措施预防（1）掌握所选局麻药的浓度和最大剂量。
根据具体情况和用药部位酌减剂量。
（2）局麻药中加血管收缩药，常用的肾上腺素浓度为1/（20~40）万，但血管末梢部位（如指端）忌用，以防组织坏死。
（3）注射局麻药时应先用注射器回抽，确认无回血或其他组织液，才可注射药液。
（4）持续注入局麻药的同时注意有无中毒表现。
（5）一旦出现毒性反应，应立即停止给药，同时采取以下治疗措施：静脉注射硫喷妥钠或咪达唑仑解痉；吸氧、建立人工呼吸纠正缺氧和呼吸抑制；静脉注射血管活性药（如升压药）、治疗心搏骤停等。
（6）手术室或诊疗室内必须配备一切抢救用品和药物。
第四节 椎管内麻醉病例1-1-4 患者，女性，45岁，诊断为阑尾炎，拟行阑尾切除术。
采用硬膜外麻醉，在L1、L2椎间隙穿刺，顺利头向置管3cm，平卧后注入2%利多卡因溶液6ml，5分钟后，患者出现自诉胸闷，接着意识消失，呼之不应，监测显示血氧饱和度迅速下降，血压下降，查四肢无自主活动。
回抽见有脑脊液外溢。
问题：1.此患者发生的麻醉并发症是什么，依据是什么？

2.此患者发生麻醉并发症后，应如何处理？
3.如何预防此麻醉并发症？
参考答案和提示：1.并发症 全脊椎麻醉，依据：患者用药后出现面色苍白，意识消失、血氧饱和度迅速下降、血压下降、四肢无自主活动。
回抽可见有脑脊液外溢，表明已经进入蛛网膜下隙。
2.并发症处理 发生全脊椎麻醉应及时供氧和通过面罩做辅助呼吸，保证有效和足够的通气量。
呼吸停止应及时行气管内插管维持气道畅通，做人工或机械通气。
补充液体量或用血管活性药，使相对血容量不足得到纠正。
以保证呼吸和循环系统的稳定为原则。
3.预防 防治此问题的发生重在预防，给药前应仔细回抽，排除误入蛛网膜下隙的可能。
一旦发生迅速处理。
控制呼吸道保证畅通，维持循环稳定。
临床思维：椎管内麻醉硬膜外阻滞范围相对较易控制，血流动力学改变相应较轻，且起效较慢，有利于机体代偿，因此硬膜外阻滞的适应证较广。
但应明确掌握硬膜外阻滞的禁忌证。
【禁忌证】（1）患者不能合作。
（2）全身严重感染或穿刺部位感染。
（3）出凝血功能障碍性疾病或应用抗凝治疗。
（4）中枢神经系统疾病或有外周神经感觉和运动异常。
（5）脊柱严重畸形。
脊柱外伤和慢性腰背痛。
（6）严重心血管病或呼吸功能不全。
（7）未得到纠正的休克。
行硬膜外阻滞时，如穿刺针或硬膜外导管误入蛛网膜下隙而未能及时发现或判断失误，超过脊麻数倍量的局麻药物注入蛛网膜下隙，可产生异常广泛的阻滞，称为全脊麻。
临床表现为全部脊神经支配的区域均无痛觉，低血压，意识丧失及呼吸停止。
全脊麻的症状及体征多在药物注射后几分钟内出现，若处理不及时可能发生心搏骤停。
麻醉医师对此必须保持高度警惕，具有足够的思想认识和物质准备，掌握呼吸管理及心肺复苏技术。
一般阻滞平面超过T4时，由于肋间肌或膈肌受到不同程度的麻痹而影响通气功能，可出现呼吸抑制、呼吸困难甚至呼吸停止。
如果阻滞平面过高，超过T4，胸段交感神经受到阻滞引起血管扩张，外周阻力降低，回心血量和心排出血量减少，血容量相对不足导致血压下降，同时副交感神经相对亢进引起HR减慢。
低血压和心动过缓的发生率和严重程度与阻滞平面有关，如果患者病理生理变化损伤了其代偿能力，则血流动力学改变更严重。
【预防措施】预防全脊麻的措施包括：（1）严格操作规程，提高穿刺技术，防止穿破硬脊膜。
（2）置管后反复回吸证实无脑脊液，强调注入全量局麻药前先注入试验剂量，注药后严密观察阻滞平面及呼吸循环和神经系统的改变，观察5~10分钟有无脊麻表现。
首次试验剂量不应大于3~5ml。
（3）妥善管理导管，防止术中导管刺破硬脊膜，养成每次注药前均回吸的良好习惯。
复习题一、名词解释1.全身麻醉 2.MAC 3.肌松药 4.气管插管术 5.高敏反应 6.全麻诱导 7.术中知晓二、简答题1.麻醉前的禁食、禁饮的目的及要求是什么？
2.判断穿刺针进入硬膜外间隙的方法有哪些？
3.确认气管导管进入气管内的方法有哪些？
4.简述临床麻醉方法的分类。
5.简述全身麻醉的并发症。
三、问答题1.试述腰麻后头痛的原因、临床表现及治疗方法。
2.椎管内阻滞期间恶心、呕吐的发生机制及其处理原则是什么？

3.复合麻醉的应用原则有哪些？
4.麻醉中呼吸道阻塞的临床表现有哪些？
参考答案一、名词解释1.全身麻醉：麻醉药经呼吸道吸入或静脉、肌内注射人体内，产生中枢神经系统的抑制，临床表现为神志消失，全身痛觉丧失，遗忘，反射抑制和一定程度的肌肉松弛，这种方法称为全身麻醉。
2.MAC即最低肺泡有效浓度，是指吸入麻醉药在一个大气压下与纯氧同时吸入时，能使50%患者在切皮时不发生摇头、四肢运动等反应时的最低肺泡浓度，是反映吸入麻醉药强度的指标。
3.肌松药是骨骼肌松弛药的简称，这类药选择性地作用于神经肌肉接头，暂时干扰了正常神经肌肉兴奋传递，从而使肌肉松弛。
4.气管插管术：通过口腔或鼻腔经喉把特制的气管导管插入气管内，这一操作过程称为气管插管术。
5.高敏反应：指用通常的药物剂量或较小的药物剂量即可引起药物逾量反应。
6.全麻诱导：是指使病人从清醒状态转为可以进行手术操作的麻醉状态的过程。
7.术中知晓：指病人术后能回忆起术中所发生的一切事情，并能告知有无疼痛情况。
二、简答题1.目的是为了避免围手术期间发生胃内容物的反流、呕吐或误吸，以及由此而导致的窒息和吸入性肺炎。
成人择期性手术的患者应在麻醉前禁食8~12小时，禁饮4小时。
如末餐进食为脂肪含量很低的食物，亦至少应禁食8小时，禁饮2小时。
对严重创伤患者、急腹症和产妇，虽距末餐进食已超过8小时，由于其胃排空延迟，亦应视作“饱胃”患者对待。
小儿不耐饥饿，其禁食、禁饮时间可以较短。
小儿一般应禁食（奶）4~8小时，禁水2~3小时。
1~5岁的小儿可在临麻醉前6小时进少量清淡液体。
新生儿~1岁的婴儿可在临麻醉前4小时进少量清淡液体。
2.判断穿刺针进入硬膜外腔的方法：①穿过黄韧带时阻力突然消失，回抽无脑脊液。
②负压试验，用一带水柱的细玻璃管，接上穿刺针，穿过黄韧带进入硬膜外腔，玻璃管内的液体被硬膜外腔负压吸入。
亦可用悬滴法试验。
③阻力试验，用一5ml注射器，内装少量生理盐水或局麻药，并保留一小气泡，接上穿刺针。
轻轻推动注射器芯，如有阻力，则气泡压缩变小，说明针尖未在硬膜外腔，如无任何阻力，气泡不被压缩，说明在硬膜外腔。
同样于注射器内装数毫升空气，如针尖不在硬膜外腔时，则注气有明显阻力，在硬外腔则注气无阻力。
注气后，立即取下注射器，有时能看到气泡由穿刺针尾涌出现象。
3.确认气管导管进入气管内再固定。
确认方法：①压胸部时，导管口有气流。
②人工通气时可见双侧胸廓对称起伏，听诊双肺可听到清晰的肺泡呼吸音。
③透明导管吸气时管壁清亮，呼气时可见明显的“白雾”样变化。
④病人如有自主呼吸，接麻醉机后可见呼吸囊随呼吸而张缩。
⑤呼气末CO_2分压有显示可确认无误。
4.分类：①全身麻醉；②局部麻醉；③椎管内麻醉；④复合麻醉；⑤基础麻醉。

编辑推荐

临床实习是医学生从教室走向病房，进一步巩固医学基础与临床理论知识、掌握临床操作能力、培养良好临床思维模式，进入临床工作前的一个重要学习阶段，是医学生转化成一名合格医师的桥梁。
　白玉江等编著的《外科学临床实习指南》采用案例引导的方式，将学习者引入临床实践的情景中进行问题分析，并列出相应的实验室和影像学检查，通过问答的形式直接触及问题的核心，然后给出诊断和鉴别诊断、治疗原则的关键点，把临床表现、诊断、治疗及预后与实际患者有机的联系起来，巩固和充实理论知识。
通过学习案例使学生经历一个实践、感悟、内化的过程，锻炼和培养医学生临床思维的能力，有助于提高临床能力和临床具体问题的解决，实现从理论知识到临床诊疗实践的转变，同时更希望能有助于起到启迪临床思维及拓宽视野的能力。

第一图书网, tushu007.com

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