



护理学专业融媒体教材系列

第七章 不同麻醉方式的护理

第二节 硬膜外阻滞的并发症

授课老师:胡巧

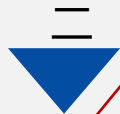


目录

Content



术中并发症



术后并发症

学习目标



1. 了解硬膜外阻滞并发症的分类及原因
2. 熟悉硬膜外阻滞并发症的临床表现
3. 掌握全脊髓麻醉的预防及处理



术中并发症



术中并发症



术中并发症



01. 局麻药的毒性反应

OPTION 01

原因：局麻药误入血管

OPTION 02

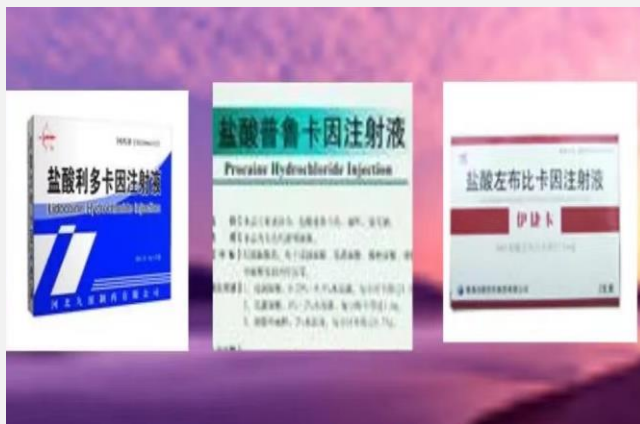
临床表现：轻度：舌头麻木、头晕、眼前发黑及耳鸣
中度：肌颤抖、癫痫样抽搐
重度：缺氧、发绀、深昏迷、呼吸停止

OPTION 03

预防：导管置入位置正确、避免前端过于尖锐；
给药前先回抽，避免药物误入血管；
严格限量，先给试验量

OPTION 04

处理：立即停止给药，严密观察病情变化；
持续吸氧，保持呼吸道通畅；
惊厥抽搐者给予抗惊厥药；
补充循环血量，给予血管活性药物



→ 术中并发症



02. 严重低血压

原因



- 麻药相对逾量、阻滞范围广
- 局麻药浓度高、用量大

临床表现



- 血压下降、心率下降、严重者可导致心搏骤停

处理



- 调整体位，给予高浓度面罩给氧
- 加快输血输液
- 输注血管收缩药



术中并发症



03.呼吸抑制

原 因：高位硬膜外阻
滞

临床表现：呼吸加快、呼吸困难

预 防：小剂量低浓
度给药

处 理：严密观察 SpO_2 、询
问病人主观感觉、持续面罩
给氧、备好急救物品

→ 术中并发症

04.脊神经异常广泛阻滞

原因

- 硬膜外广泛阻滞和硬膜下间隙阻滞是最常见的两种原因
- 常见于肥胖、身体虚弱、腹内压高的患者、糖尿病及动脉硬化的老年人等

临床表现

- 胸闷、呼吸困难、说话无力及烦躁不安
- 通气不足、呼吸停止

预防

- 置管后先注入试验量，并测试阻滞平面
- 谨慎给药，减少局麻药用量

术中并发症



05.全脊髓麻醉（最严重）

1

原因：穿刺针或者导管误入硬膜外间隙

1

2

2

3

3

预防及处理：

- ①完善术前准备
- ②观察患者意识状态及生命体征变化
- ③加快输液，滴注血管收缩药
- ④积极配合抢救，准确记录时间、给药途径、剂量、出入量等
- ⑤送ICU继续治疗

临床表现：

全部脊神经支配的区域均无痛觉、低血压、全身发绀、意识丧失及呼吸心跳停止，严重时会导致病人死亡

术中并发症



06.导管折断

原因

- 置管前未检查导管是否有老化或裂痕
- 置管困难导致退针前拔导管受切割
- 术毕拔管方向及力度不当

预防及处理

- 置管前认真检查导管前端是否完整
- 严格执行无菌操作
- 如导管断裂需密观察患者有无感染及神经刺激症状



术后并发症



术后并发症



术中并发症



A. 脊神经根或脊髓损伤

OPTION 01

原因：①穿刺时损伤脊神经②导管过硬

OPTION 02

临床表现：电击样异感、疼痛、感觉障碍、松弛性截瘫

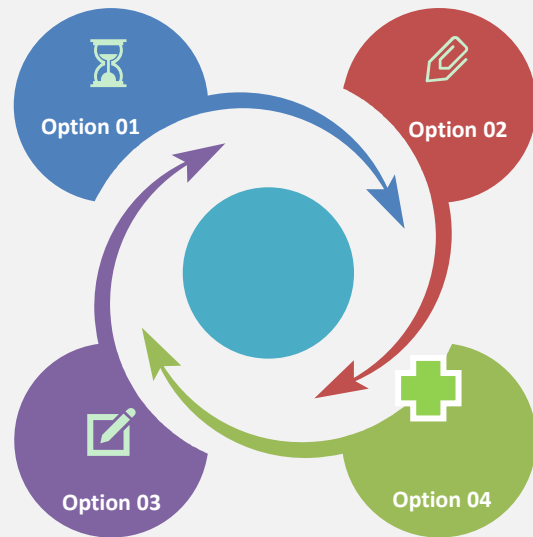
OPTION 03

预防：严格掌握适应证，动作轻柔；

穿刺时协助病人固定体位并询问病人是否有异感

OPTION 04

治疗：脱水疗法、激素冲击疗法



术后并发症



B. 头痛（最常见）

- **原因：**硬膜被穿破，脑脊液渗出过多，常见于穿刺后6~72小时
- **治疗：**去枕平卧避免抬高床头、加大输液量、封堵硬膜外上的穿刺孔



C. 硬膜外血肿

- **原因：**穿刺或置管时损伤出血形成血肿
- **临床表现：**麻醉后腰背部剧痛、肌无力、括约肌障碍
- **处理：**8h内行锥板切开减压术

术中并发症



D.硬膜外脓肿

原因：穿刺部位存在感染、消毒或无菌操作不规范

临床表现：1~3天出现头痛、畏寒、局部背痛; 4~7天放射状疼痛、肌无力、截瘫

预防：严格执行无菌操作

治疗：大剂量抗生素疗法、椎板切开引流



E.脊髓前动脉综合征

原因：严重的低血压、钳夹主动脉、血管病变、局麻药中肾上腺素浓过高

临床表现：运动神经功能障碍，如翻身困难、躯体沉重感



F.腰背痛

原因：穿刺损伤韧带组织、长时间强迫体位

处理：局部物理治疗、休息、适当应用止痛药

小结



1. 硬膜外阻滞的并发症以局麻药的毒性反应、严重的低血压、呼吸抑制、头痛比较常见，而其他并发症较少见。应注意观察，加强护理。
2. 全脊髓麻醉是硬膜外阻滞最严重的并发症，处理不及时，容易造成病人死亡。因此抢救时必须迅速及时，其抢救原则是维持病人的循环及呼吸的功能。

THANKS

