

# 氯胺酮麻醉致呼吸抑制讨论

吴月英 孙漂红 汪金良 (浙江医院, 杭州 310013)

氯胺酮为苯环已哌啶的衍生物, 系非麻醉性镇痛药类的静脉全麻药。该药诱导迅速、苏醒期短、作用时间短, 临床常用于各种短小手术的麻醉。我院自1990年迄今, 遇到氯胺酮麻醉下呼吸抑制四例, 现报告如下。

## 临床病例介绍

例1: 女性, 47 a, 右侧腋窝副乳切除术。术前用药安定10 mg、阿托品0.5 mg肌注; 经静脉注射芬太尼0.1 mg、氯胺酮60 mg至患者入睡, 即出现呼吸抑制、面部发绀, 并出现躯体僵硬现象, 无创脉搏—血氧饱和度仪示 $SpO_2$ 降至70%。给予面罩纯氧加压吸入、人工呼吸后恢复正常呼吸,  $SpO_2$ 升至99%。

例2: 女性, 38 a, 右手上臂脂肪瘤切除术。术前用药杜冷丁50 mg、阿托品0.5 mg肌注; 经静脉注射硫喷妥钠100 mg、氯胺酮50 mg至患者入睡, 即出现呼吸抑制。给予面罩纯氧加压吸入、人工呼吸抢救后恢复正常。

例3: 女性, 10 a, 左眼睑外伤缝合术。术前用药安定5 mg、阿托品0.3 mg肌注; 经静脉首次注射氯胺酮2 mg/kg, 手术20 min时患儿躁动, 再次注射首次剂量的1/2, 即出现呼吸抑制, 面罩纯氧加压吸入, 呼吸恢复后完成缝合术。

例4: 男性, 4 a, 眼底疾患行眼底镜检查。肌肉注射氯胺酮5 mg/kg。眼底镜检查结束时呼吸突然抑制、发绀, 伴呼吸道分泌物阻塞, 即行气管插管, 当即吸出分泌物, 20 min后拔除气管导管, 恢

复正常呼吸。

## 讨 论

1 氯胺酮麻醉时相对剂量过大,注射速度过快易致严重呼吸抑制。静脉注射由于吸收快而比肌注更为明显。本组3例均在静脉注射结束同时出现呼吸抑制,而例4则在眼底检查后发生,此与肌注吸收较缓慢有关。同样,肌注持续时间较长,例4恢复正常呼吸功能亦延至气管插管后20 min。氯胺酮的剂量需根据患者年龄、病情及手术实际情况决定,由于药物作用的个体差异,一般认为分次追加给药较为安全。但例3在二次给药时发生呼吸抑制,我们赞同单次静脉注射2mg/kg 诱导后,继

之以稀释成0.1%氯胺酮静脉滴注,较易控制较长手术的用量。

2 麻醉性镇痛药可协同增加氯胺酮的呼吸抑制作用。例1和例2分别加用了芬太尼和硫喷妥钠而产生呼吸抑制。芬太尼虽可增加镇痛作用,但也增加了呼吸抑制作用,并引起胸、腹壁肌肉的僵硬而影响通气。

3 氯胺酮麻醉的术前用药必须严格遵守。氯胺酮麻醉前应常规应用阿托品等抗胆碱药,以期预防和减少氯胺酮麻醉产生的唾液腺、支气管粘液腺分泌液体过多。

收稿日期:1994-04-21