




关于醉酒病人急诊手术的麻醉



醉酒病人急诊手术的麻醉

- ❄ 酒精的药理学特性
- ❄ 醉酒病人的病理生理改变
- ❄ 醉酒病人的麻醉选择和管理
- ❄ 麻醉中的危险和处理措施



酒精的药理学特性

酒精在消化道以小肠吸收最多，吸收率随饮料的种类、酒精浓度、PH、佐食而不同。

酒精少量由呼吸道、尿液及汗液原形排出，大部分通过肝脏氧化代谢，主要靠乙醇脱氢酶清除。平均清除率100mg/kg.h(大约38°白酒，60kg体重，代谢20ml/H)。

酒精急性耐受现象：持续饮酒约2-3周可产生耐受性，此时病人需依赖酒精维持正常生理功能。

戒断综合征：如果突然停饮，会出现各种病理生理紊乱，表现幻觉性精神病、震颤、抽搐、出汗、共济失调及中枢神经过度兴奋等征象。

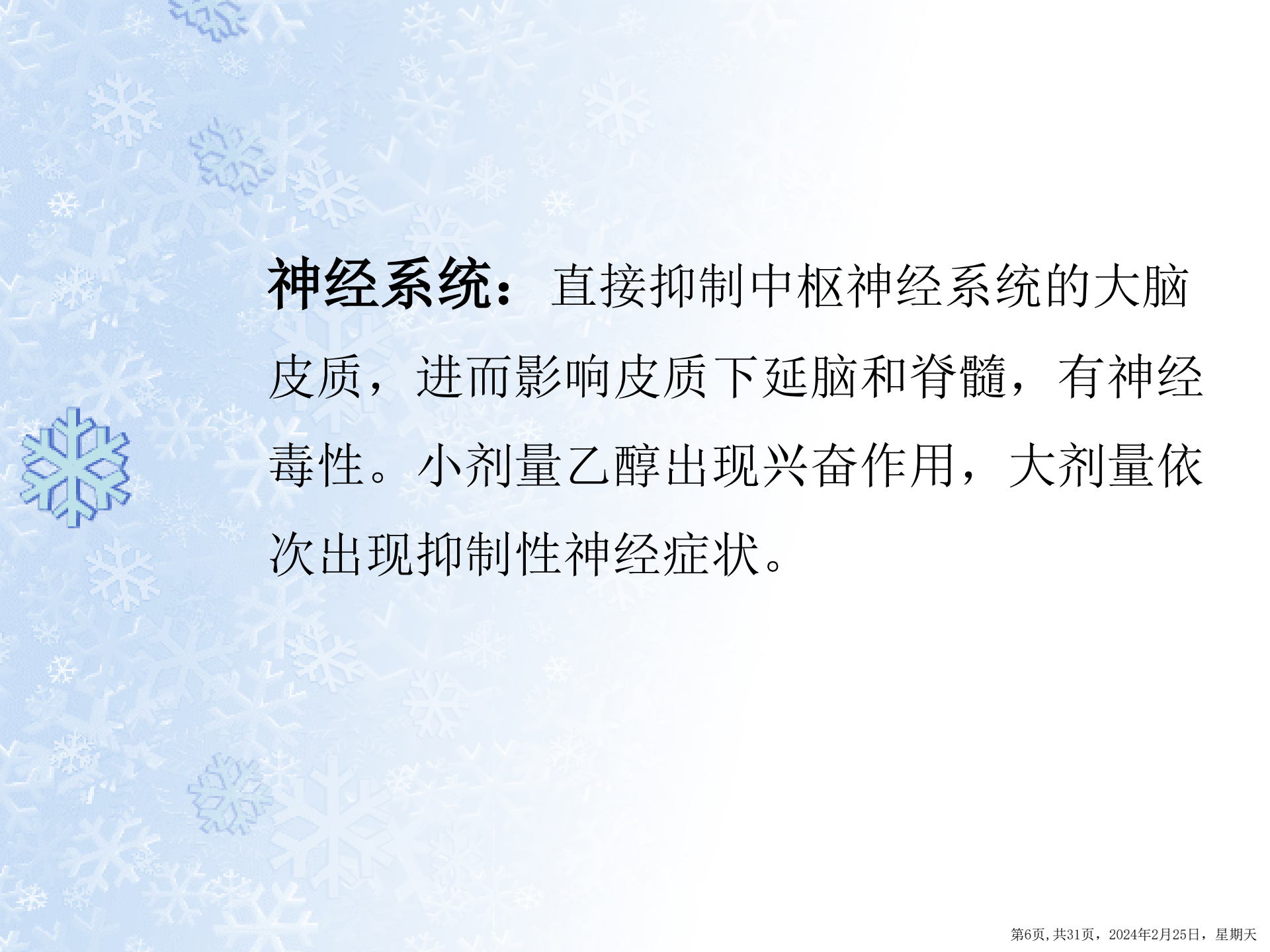
治疗：重新继续摄入少量酒精或苯二氮卓类镇静药可以缓解戒断症状。

药物间相互作用：酒精和麻醉药、巴比妥类、镇静类及阿片类药物有协同作用，纳洛酮非特异性拮抗。

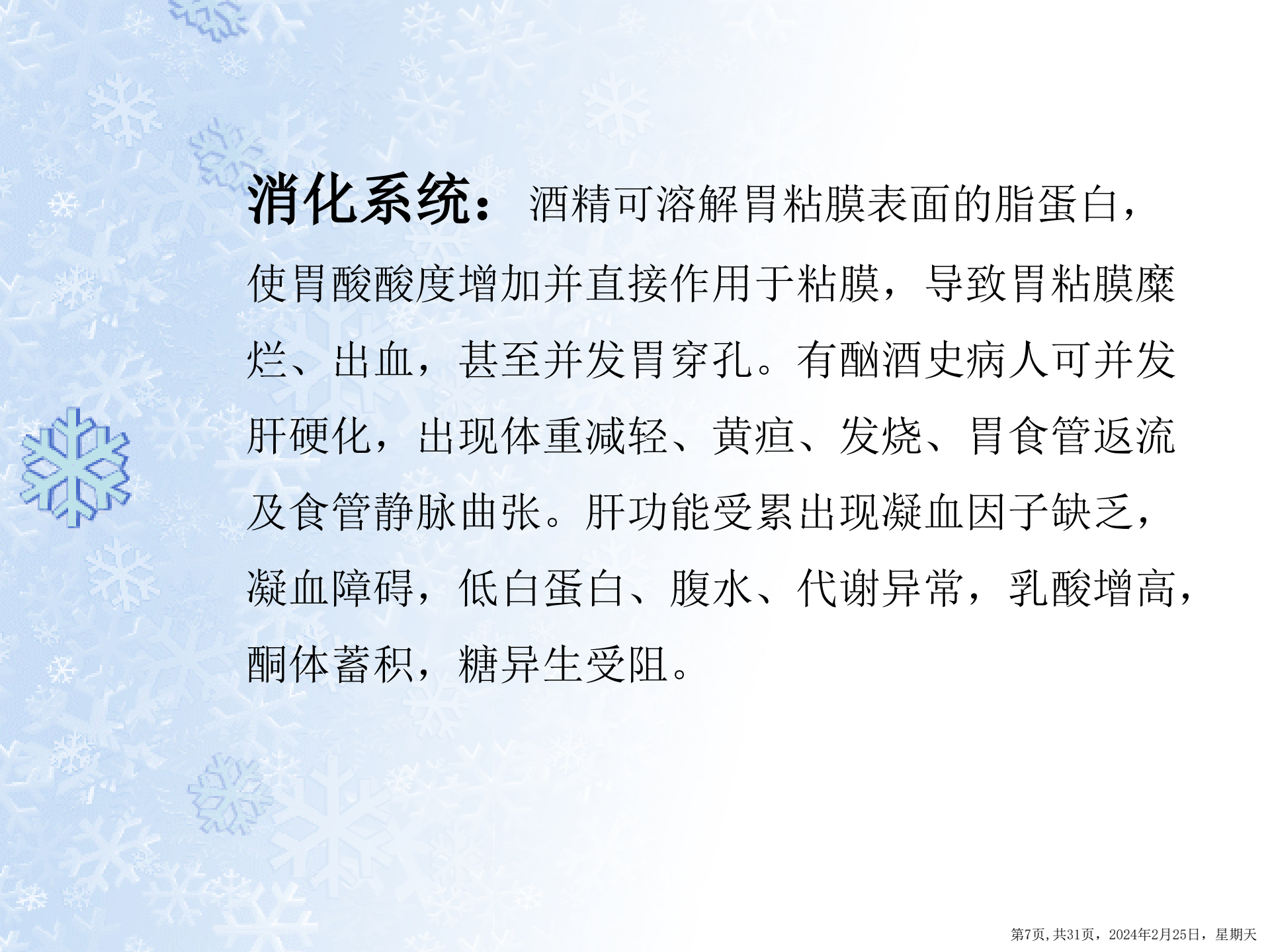


醉酒病人的病理生理改变

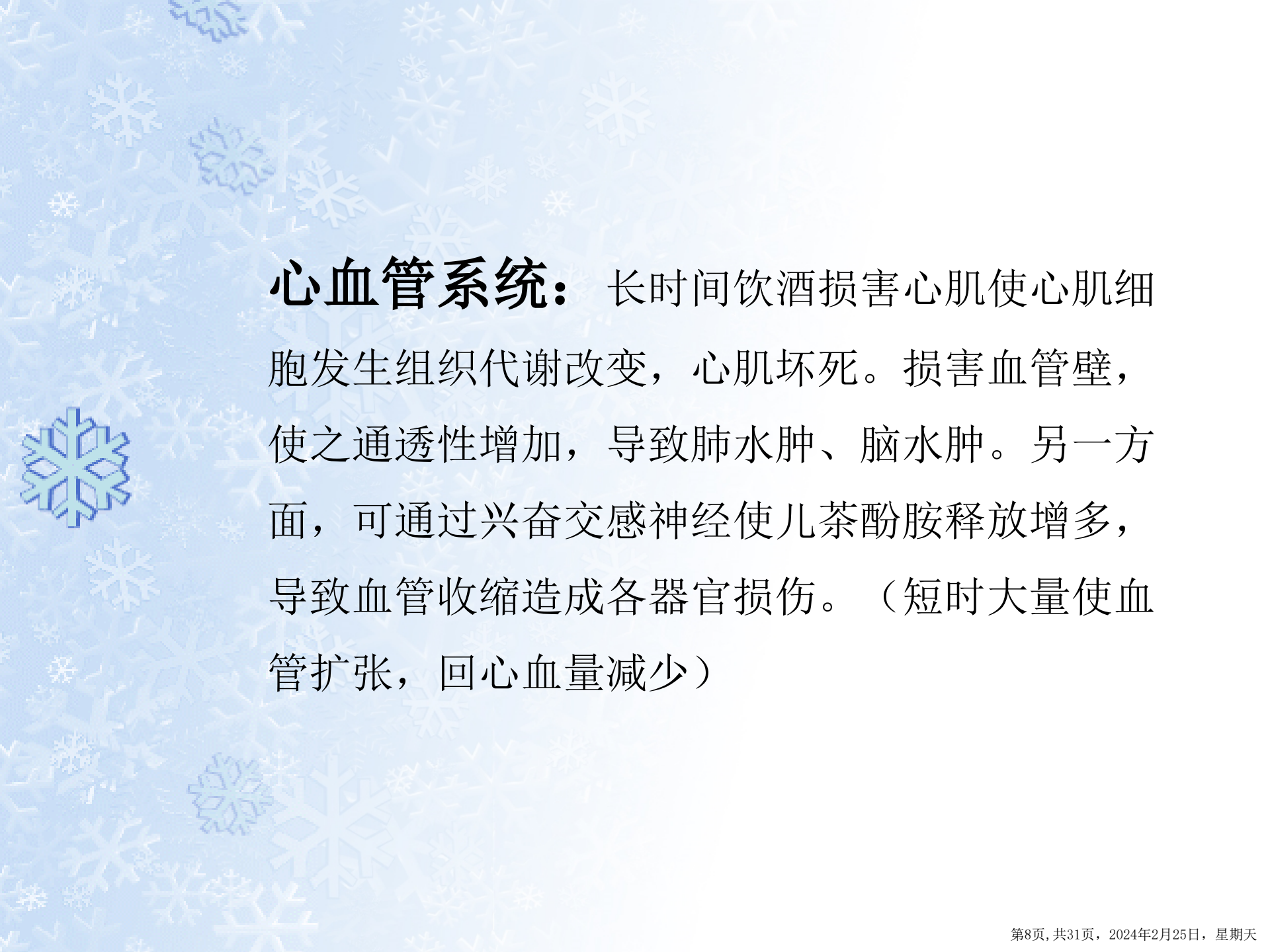
- ❄ 神经系统
- ❄ 消化系统
- ❄ 心血管系统



神经系统： 直接抑制中枢神经系统的大脑皮质，进而影响皮质下延脑和脊髓，有神经毒性。小剂量乙醇出现兴奋作用，大剂量依次出现抑制性神经症状。



消化系统： 酒精可溶解胃粘膜表面的脂蛋白，使胃酸酸度增加并直接作用于粘膜，导致胃粘膜糜烂、出血，甚至并发胃穿孔。有酗酒史病人可并发肝硬化，出现体重减轻、黄疸、发烧、胃食管返流及食管静脉曲张。肝功能受累出现凝血因子缺乏，凝血障碍，低白蛋白、腹水、代谢异常，乳酸增高，酮体蓄积，糖异生受阻。



心血管系统： 长时间饮酒损害心肌使心肌细胞发生组织代谢改变，心肌坏死。损害血管壁，使之通透性增加，导致肺水肿、脑水肿。另一方面，可通过兴奋交感神经使儿茶酚胺释放增多，导致血管收缩造成各器官损伤。（短时大量使血管扩张，回心血量减少）



醉酒病人的麻醉选择和管理


醉酒病人的麻醉选择是建立在充分的术前评估上的，术前评估的失误会造成麻醉选择的错误进而产生严重的后果。

重点询问和评估：

1. 饮酒史：酒龄、种类、酒量、频繁度及各个脏器受累情况。
2. 目前状态：本次饮酒量、饮酒时间、佐食、是否呕吐、保护反射是否存在、意识是否清楚、能否完全配合、处在急性酒精中毒的哪个时期、外伤严重情况和失血多少。

急性酒精中毒分为三个时期：

1、**兴奋期**。饮酒者多数表现为面色发红，也有的人因为面部血管收缩而表现为脸色苍白。精神状态为兴奋、毫无顾虑，甚至出现粗野无理、感情冲动的反常行为。



2、失调期。 行动笨拙，身体平衡难于保持，出现行动蹒跚，举步不稳。精神状态表现为反应迟钝、语无伦次、含糊不清等。

3、昏睡期。 意识、记忆力丧失、昏睡。表现为：颜面苍白、皮肤湿冷、瞳孔扩大、脉搏增快，呼吸缓慢而粗重。

对于能够**完全配合**的病人，可以根据手术部位采取外周神经阻滞和椎管内麻醉。

优点：病人清醒，保留自主的咳嗽和呕吐反射，可以避免全麻诱导的误吸和苏醒躁动等情况。

缺点： 1.术中可能出现剧烈的胃肠反应，喷射性呕吐难以控制； 2.躁动，因为疼痛刺激或体位原因不能配合手术。

注意点:

- 1.预防胃肠反应，抗胆碱药、抗酸药、中枢性止吐药。多采用阿托品0.5mg 甲氧咪胍300mg im；君凯3mg，地塞米松10mg iv。
- 2.保证完善的镇痛，但要尽量避免辅助使用阿片类、镇静类药加强麻醉。

对昏睡期、兴奋期和怀疑围术期不能配合的病人麻醉选择以全身麻醉为佳。

即便下肢创伤，若患者不能有效配合情况下实施椎管内麻醉，增加麻醉操作的风险，进而增加麻醉并发症的发生率。

呕吐误吸是醉酒者最大的麻醉风险，也是醉酒后颅脑外伤患者死亡的常见原因。备好吸引器和粗吸引管情况下，气管插管仍是安全有效地方法。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/498104134045006052>