

# 麻醉性镇痛药物滥用的主要危害 和应对策略初探

陈金权

(中国人民解放军第一医院,甘肃 兰州 730000)

**摘要:**麻醉性镇痛药物在临床治疗工作中具有至关重要的作用,常用于癌症晚期及严重外伤手术患者的麻醉镇痛,但连续使用、滥用或者不合理使用,易产生身体依赖和精神依赖,甚至引发严重的社会问题。故对临床麻醉性镇痛药物进行规范化管理,对防止药物滥用具有重要意义。结合自身临床工作经验,对麻醉性镇痛药物滥用的主要危害及应对策略做如下综述,以期对临床麻醉性镇痛药物的规范管理与使用提供借鉴。

**关键词:**麻醉性镇痛药物;药物滥用;应对策略

**中图分类号:**R193

**文献标识码:**B

**文章编号:**1671-1246(2017)10-0149-03

合理使用麻醉性镇痛药物具有一定的临床治疗价值,能缓解患者疼痛,增强其耐受力,常被用于癌症晚期和外伤手术患者的麻醉镇痛。但如果机体长期反复与该类药物接触,易对中枢神经系统造成麻痹,使机体产生依赖。长期非医疗目的大量反复使用此类具有依赖性的药物,可对患者及社会造成严重危害。近年来,传统毒品滥用趋势逐渐减弱,而新型毒品滥用日趋流行。研究显示,药物成瘾呈现低龄化趋势,已引起社会各界的广泛关注和高度警觉<sup>[1-2]</sup>。医疗卫生机构作为日常能够接触此类麻醉药物的单位,更应严格管理及使用,对从根本上避免药物滥用、防止药物成瘾的发生具有不可推卸的责任<sup>[3]</sup>。

## 1 麻醉药物分类及临床常用药物

### 1.1 麻醉药物的分类

临床所使用的麻醉药物有很多,根据其不同作用分为局部麻醉药物和全身麻醉药物。全身麻醉药物又可分为镇痛药、镇静药和肌松药。本文主要探讨麻醉性镇痛药物。全身性麻醉药物可抑制人体中枢神经系统,使大脑皮层活动减弱从而丧失意识。局部麻醉药物可降低细胞膜对Na<sup>+</sup>的通透性,稳定神经膜电位,对神经冲动的传导起阻断作用,故而形成局部麻醉,达到镇痛的作用。

### 1.2 医院常用麻醉性镇痛药物

**1.2.1 盐酸吗啡注射液和盐酸吗啡缓释片** 盐酸吗啡注射液和盐酸吗啡缓释片的有效药物成分为吗啡,具有镇痛、镇静作用,能够很大程度上缓解患者多方面的疼痛,使用时对人体意识和其他感觉没有任何影响,但可能出现严重不良反应,如恶心、呕吐、眩晕、头痛、尿潴留、便秘等。若持续滥用易造成药物成瘾,停药后患者易出现精神不振、呕吐、出汗、流泪、腹泻、失眠、腹痛等临床表现。

**1.2.2 磷酸可待因片** 可待因也被称为甲基吗啡,能对中枢神经系统产生抑制,镇痛持续时间与吗啡相似,但其镇痛效果仅是吗啡的1/12~1/7<sup>[4]</sup>,镇痛作用不明显,因此较少应用于临床镇痛。此外,可待因具有强烈的镇咳功效,临床上常被用于治疗

干咳和过度咳嗽引起的胸痛。通常情况下不适合较长时间使用,且患者在有较多痰液时禁用。可待因的成瘾性比吗啡低,但滥用依旧会使人体产生依赖,长期过度使用易导致患者出现惊厥、烦躁、心悸、头痛等症状。

**1.2.3 盐酸哌替啶注射液** 临床常用盐酸哌替啶注射液属于人工合成类镇痛药物,对各类疼痛均有显著效果且药物成瘾性相较吗啡更为缓慢,与阿托品联合可增强镇痛效果,被大多数医院在临床治疗中广泛采用,常被用以缓解心绞痛患者的心脏剧痛。此外,其对心源性哮喘呼吸窘迫症状的缓解效果也相当显著。滥用哌替啶易使患者产生依赖性及发生不同程度的不良反应,具体表现为恶心、呕吐、眩晕等,大剂量使用会造成中毒,表现为亢进反射、肌肉震颤、瞳孔散大、惊厥甚至呼吸系统衰竭等。

**1.2.4 氯胺酮** 氯胺酮用药成本低,在临床主要用于复合麻醉、全麻以及小儿基础麻醉。使用氯胺酮麻醉后,患者易产生幻觉<sup>[5]</sup>,所以在临床中应用具有局限性。在手术过程中,患者注射氯胺酮之后意识清醒,但是无痛觉,在手术过程中方便医师了解患者状态。近年来,利用氯胺酮进行毒品犯罪的社会问题受到国家高度重视,国家食药监局在2001年通过的《关于氯胺酮管理问题的通知》规定,该药应严格管控,处方药以外的任何形式药店均不得销售。滥用氯胺酮会致幻觉、惊厥狂躁、精神状态异常、呕吐流涎、失明、颅压和血压升高,甚至气管痉挛,无法呼吸等。

## 2 麻醉性镇痛药物的常见危害

### 2.1 毒性反应

麻醉药物若使用剂量过大或误将局部麻醉药物注入血管均可导致机体产生中毒反应,包括中枢神经系统中毒和心血管系统中毒。

**2.1.1 中枢神经系统中毒反应** 局部麻醉药物造成的中枢神经系统中毒反应表现为先抑制后兴奋,局部麻醉药物使中枢神经系统的兴奋和抑制处于失衡状态,患者表现出异常亢奋的症状,因而过量使用局部麻醉药物可导致惊厥。

**2.1.2 心血管系统中毒反应** 局部麻醉药物具有稳定神经膜电位作用,能降低细胞膜对Na<sup>+</sup>的通透性,从而使心肌兴奋性减弱<sup>[6]</sup>。同时,麻醉性镇痛药物可使机体小动脉扩张,引起血压下降,故而易引起昏迷、休克等严重不良反应,若不规范使用将造成严重后果,甚至导致心脏骤停,危及生命。

## 2.2 麻醉性镇痛药物的不良反应

**2.2.1 一般临床表现** 麻醉性镇痛药物具有一定的成瘾性,连续使用、滥用或者不合理使用易产生身体依赖和精神依赖,主要表现为神经衰弱、面色苍白、出汗、腹痛、头痛、呕吐、眩晕等。临床规范合理使用一般不会使患者产生依赖,因此对手术等麻醉药物使用剂量应精确并严格控制。

**2.2.2 抑郁症表现** 麻醉性镇痛药物导致患者产生抑郁症与多方面因素关系密切,然而研究发现,多次麻醉可对患者麻醉药物的椎管内扩散产生影响<sup>[7]</sup>,若患者患有抑郁症则椎管内麻醉效果将不理想。

## 3 注意事项

### 3.1 麻醉性镇痛药物使用注意事项

在使用麻醉性镇痛药物时应注意:(1)皮下联合注射阿托品与吗啡对呼吸道分泌可起到抑制作用,并能使用量减少;(2)麻醉性镇痛药物使用之前空腹时间至少大于6小时可防止使用时发生呕吐;(3)很多麻醉药物具有易燃易爆特性,故使用时应禁火;(4)慢性肝功能不全、糖尿病和梗阻性疾病患者不宜使用麻醉性镇痛药物。

### 3.2 口服麻醉药物的注意事项

患者需要口服麻醉药物时需注意:(1)对麻醉药物过敏者禁用;(2)小儿及患有心脏病、慢性肝肾功能不全、呼吸系统疾病患者在口服麻醉药物时需谨慎;(3)口服麻醉药制剂中含脂肪,故脂肪代谢紊乱患者应参照说明书慎用;(4)孕期及哺乳期患者不宜使用;(5)口服麻醉药物后不能进行技术性操作,如驾车、使用精密仪器等。

## 4 防止麻醉性镇痛药物滥用的具体措施

### 4.1 建立并完善管理制度

(1)加强医疗机构药物管理相关规章制度的建立健全是麻醉性镇痛药物得到有效规范管理的基础,其制度应涉及药物采购、验收、存储、出库、调剂、使用、销毁及报损等方面。(2)加大麻醉性镇痛药物规范化管理制度的落实力度,在医疗卫生机构内部成立落实管理小组,对麻醉性镇痛药物展开系统的规范化管理,对工作环节中存在的问题及时予以解决,从而避免麻醉性镇痛药物滥用。

### 4.2 加强药物各环节管理

当前我国麻醉药物复方制剂都是通过处方药管理,但因为处方药管理力度不强,导致药物滥用现象时有发生,例如含可待因的止咳药、含咖啡因的复方制剂、含麻黄碱类的复方制剂、含阿片类的复方制剂等。这些药物很可能通过非法途径成为毒品,给社会带来安全隐患,因此一定要加强药物各环节的管理。

**4.2.1 药物采购管理** 医疗卫生机构对麻醉性镇痛药物的采购具有严格要求,所有采购计划应根据本医疗卫生机构实际使用情况制订。若在计划外需额外增加麻醉性镇痛药物,则必须通过单位书面申请并加盖公章后提交药物监督管理部门审核,待

批准后方可实行额外采购计划。药物采购由专人负责,专车接送,以确保药物采购环节的安全。

**4.2.2 药物入库验收管理** 专人将药物采购回医疗卫生单位后,由采购员和入库保管员两人共同对所购药物核查验收,检查药物数量、包装、有效期、规格等,当所有验收核实结果一致时双方共同签字,完成药物从采购到入库环节交接。

**4.2.3 药物储存管理** 麻醉性镇痛药物的储存按照特殊药物储存的相关规定,将其放置于专门的麻醉用品储存箱内,在储存过程中应根据各医疗卫生单位的使用需求制订详细药物名称、数量清单<sup>[8]</sup>。储存药箱内所有药物摆放整齐,以方便使用和数量核对。

**4.2.4 药物处方权和处方管理** 医生开具的麻醉性镇痛药物应具有相应的诊疗文书依据,严格遵守《麻醉及精神药物处方管理规定》和《处方管理办法》中的相应条例。只有具备中级以上职称且获得专业资格证书的职业医生才有开具此类特殊药物的处方权,相应的处方和麻醉性镇痛药物登记使用记录单至少保存3年<sup>[4]</sup>。

**4.2.5 药物使用登记管理** 根据各医疗卫生单位实际情况制订相应登记表格,包括特殊药物入库记录、麻醉性镇痛药物使用登记表、过期药物登记表、销毁记录本等。各环节应具备完整的交接登记记录,以便于核查。对于过期和破损的麻醉性镇痛药物在登记后上报给药物监督管理部门,并在其监督下现场销毁,防止此类特殊药物流入社会。

## 4.3 强化宣传教育

很多人都知道海洛因、摇头丸、冰毒、大麻等毒品,但对麻醉药物知之甚少,正是因为缺乏有关的药物知识,才导致滥用麻醉药物现象的发生。因此,加强麻醉药物有关知识的宣传、提高人们对麻醉药物的科学认识尤为重要。只有人们充分认识到麻醉药物的危害,才能有效避免药物滥用现象的发生。

## 5 结语

综上所述,合理使用麻醉性镇痛药物对临床治疗起到至关重要的作用,但药物滥用将对患者及社会造成严重危害,医疗卫生机构在使用过程中应注意规范化管理,增强药物使用安全性,杜绝药物滥用现象的发生。建立健全相关规章制度,将责任落实到人,只有在药物使用的各个环节做到规范化有效管理,才能保证麻醉性镇痛药物在患者治疗方面发挥最大价值,对临床治疗起到积极作用。

### 参考文献:

- [1]贺美波.医院麻醉药物管理使用现状及干预对策研究[J].中国社区医师,2013,13(3):367.
- [2]田薇薇,马明华,余自成.2010—2012年上海市杨浦区中心医院麻醉性镇痛药物应用评价[J].药学服务与研究,2014,14(2):138-141.
- [3]秦宏勇.麻醉药物管理的注意事项及防范措施[J].当代医学,2013,19(23):15.
- [4]张力.医院门诊麻醉药物使用情况分析[J].中国现代医药杂志,2016,18(3):96-98.
- [5]刘红,王飞龙,赵光凤.麻醉性镇痛药的临床应用分析[J].西部医学,2010,18(4):172-173.
- [6]魏忠明,穆咏梅.我院麻醉性镇痛药物使用处方分析[J].哈尔滨医药,

# 围麻醉期患者误吸的预防和处理

王学清<sup>1\*</sup>, 许 幸<sup>2</sup>, 张小玲<sup>2</sup>

(1.甘肃省第三人民医院,甘肃 兰州 730000;2.北京大学第一医院,北京 100034)

**摘要:**误吸是围麻醉期的高危并发症之一,主要阐述围麻醉期引起患者误吸的主要原因、如何预防、误吸时的应对策略和方法及误吸后的相关处理措施。

**关键词:**围麻醉期;反流;误吸

**中图分类号:**R193

**文献标识码:**B

**文章编号:**1671-1246(2017)10-0151-03

误吸是指来自胃、食管、口腔或鼻腔的物质从咽部进入气管的过程。这些物质可以是固体,如食物或异物,也可以是液体,如血液、唾液或胃肠道的内容物。误吸是围麻醉期最严重的并发症之一,死亡率很高。据有关资料报告,麻醉反流的发生率约为4%~26%,其中62%~76%出现误吸症状,误吸大量胃内容物的死亡率达70%,特别是急诊饱胃患者。本文根据笔者平时在麻醉工作中的具体实践经验及实际对误吸患者的处理体会,参考相关文献,总结了围麻醉期引起患者误吸的主要原因、如何预防以及误吸时的应对策略和方法及误吸后的相关处理措施。现介绍如下。

## 1 围麻醉期患者误吸的原因

在诸多的与麻醉相关的不安全因素中误吸属于高危因素之一。不同阶段其发生原因主要有以下几点。

### 1.1 实施麻醉前患者的病情和术前准备

无论是急诊手术还是择期手术,无论是要选择何种麻醉方式,此时误吸主要取决于患者的病情与术前准备是否到位。颅内压增高、腹内压增高、意识不清、低血压等均是造成误吸的高危因素。

### 1.2 麻醉操作阶段造成患者误吸的主要原因

此时误吸主要与麻醉前的准备、麻醉方式的选择、麻醉者操作的规范性、对麻醉操作过程中潜在风险的预见性及应急处理能力、麻醉药物的应用有关。

### 1.3 麻醉维持阶段造成患者误吸的主要原因

麻醉维持阶段反流、误吸多见于气道未控制的静脉麻醉、椎管内麻醉及行神经区域阻滞麻醉的患者。当患者镇静过深、老龄或病情致精神状况差,反应迟钝、意识淡漠,由于自身防御及应急能力减弱,从而导致误吸。若是行气管插管的全身麻醉患者此时导致误吸,多是由气管导管的型号选择过小、气囊充气不足或气囊漏气甚至破裂引起。

### 1.4 麻醉结束时造成患者误吸的主要原因

麻醉结束时患者误吸多是由全身麻醉患者拔管所引起,主

要原因有:(1)肌松作用虽已消除但意识不清或清醒不彻底,无法完成指令动作而勉强拔管。(2)拔管前口腔吸引不彻底。(3)带有胃管的患者拔出气管插管前胃管内吸引不彻底或胃肠减压管的限制阀未打开。(4)老龄患者体位变动时引起的低血压,尤其是椎管内麻醉后的患者发生呕吐时。

## 2 误吸的主要危害

资料显示,误吸危险性标准为胃液残留量 $>0.4\text{ ml/kg}$ ,胃液 $\text{pH}\leq 2.5$ ,除可引起下呼吸道梗阻外,还继发吸入性肺炎及严重肺损伤<sup>[1]</sup>。重症误吸患者病情进展迅速,患者很快出现脉速、紫绀、血压下降、呼吸困难且呈哮喘样发作,甚至肺水肿和ARDS,死亡率很高。

## 3 围麻醉期患者误吸的预防

围麻醉期发生误吸固然可怕,但只要麻醉医生充分了解患者病情,并做好了充分的麻醉前准备和高危误吸患者的一系列处理预案,则可避免误吸或将误吸的危害降到最低。

### 3.1 实施麻醉前的预防

在麻醉前访视时,针对误吸的预防应着重从以下方面考虑。

(1)对择期手术患者,术前应严格按照规定时间禁食水。麻醉前:至少2小时开始禁水,4小时禁母乳,6小时禁配方乳、牛奶、固体食物(粥)。依据新的观点,胃肠道手术,特别是一般情况尚可者,允许术前2小时内饮用200 ml左右的水或糖水,以稀释胃液,降低胃液pH值,这样即使发生误吸,对气道或肺的损伤也较小<sup>[2]</sup>。

(2)对急诊饱胃患者或有误吸高危因素的患者,应于术前放置硬质粗胃管(直径为7 mm)或预防误吸型胃管,并行吸引以排空胃内容物。还可预防性使用选择性5-HT<sub>3</sub>受体阻断剂、胃复安等止吐药,以期降低患者呕吐发生率。使用H<sub>2</sub>受体阻滞剂或口服枸橼酸钠溶液30 ml,以降低胃液酸度,减少胃液分泌,减轻酸性液误吸综合征的严重程度。

(3)对循环不稳定尤其是血压低的患者,应针对病因积极

2013,33(3):176-177.

[7]王秀峰,冯文超,张海芸,等.临床高危药物管理中存在的问题及措施[J].西北国防医学杂志,2011,32(4):310-311.

[8]任建海,亢忠杰,魏小琴.基层医院门诊手术麻醉镇痛用药的体会[J].兵团医学,2013,36(2):23-24.▲