

麻醉医生告诉你 术前为什么要戒烟

麻醉术前访视与术前评估是麻醉医生为了提高患者围术期安全性而进行的重要过程。麻醉术前访视的时候常提问患者:您之前有吸烟吗?一天吸烟的量多少根?戒烟了吗?戒了多久?当您回答的时候内心一定觉得疑惑,吸烟和麻醉有什么联系?术前还需要戒烟嘛?麻醉医生告诉你:答案是肯定的,本文从戒烟的“地利”“天时”与“人和”为您答疑解惑。

“地利”:为啥要戒烟 吸烟的危害

香烟烟雾中的成分,例如尼古丁、一氧化碳、一氧化氮和焦油是吸烟对人体的害处主要来源。

影响药物代谢作用:尼古丁会损伤人体体内肝酶,使其对药物的代谢变快或者变慢,从而影响药物的吸收,影响治疗的效果。

影响术后肺部并发症:烟草会刺激呼吸道,使气管及支气管分泌物增加、抑制支气管黏膜上皮细胞纤毛运动,使分泌物不易排出,会导致术后肺部感染。

影响心血管系统功能:吸烟后血液中的一氧化碳和尼古丁

含量增加,从而升高血压并增加心脏的负担。

影响伤口愈合:烟草会刺激皮肤血管的收缩,出现末梢血液循环差,从而导致伤口愈合延迟。

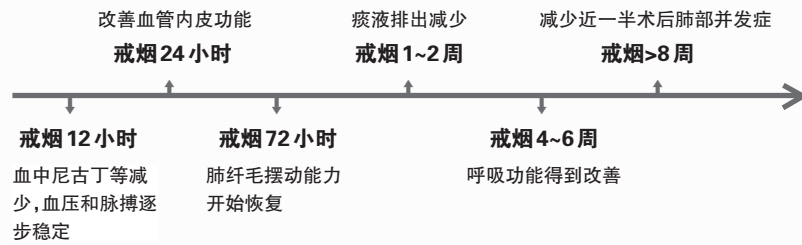
吸烟患者手术后肺部并发症的发生率为不吸烟患者的3~4倍,尤其痰多、手术时间长的插管全身麻醉吸烟患者,术后带气管导管回病房,防止痰栓堵住气管影响呼吸功能的发生率大幅度提高。

被动吸烟和主动吸烟同样有害,是围术期心脑血管意外、肺部并发症、伤口感染等不良事件的独立危险因素,导致病人住院时间延长、医疗费用提高、围术期死亡率增加等不良影响。

“天时”:什么时候戒烟

吸烟患者围术期应该戒烟

围术期是围手术期的简称,指围绕手术的一个全过程,从患者决定接受手术治疗开始,到手术治疗直至基本康复,包含手术前、手术中及手术后的一段时间。具体是指从确定手术治疗时起,直到与这次手术有关的治疗基本结束为止。具体戒烟时间线如下:



所以说,在手术前任何时候戒烟都是有意义的,而且越早越好!

“人和”:患者术前怎么戒烟 吸烟患者围术期要求

1. 术前应尽早戒烟,建议择期手术前至少戒烟4周!

2. 术后可根据患者情况使用支气管扩张剂及祛痰药;

3. 术后在病情允许的情况下早日下床活动;

4. 术前术后鼓励和协助患者进行呼吸功能锻炼。

戒烟小技巧

1. 远离根源:丢弃吸烟的工具,可极大地降低吸烟的欲望;

2. 无烟环境:周围家人、朋友共同督促戒烟;

3. 分散注意力:嚼口香糖、吃糖果等,让嘴巴闲不下来;

4. 保持心情愉悦:大多数人

吸烟是通过吸烟抒发缓解不良情绪,可通过看书、看电影、听音乐、运动等健康方式调整情绪。

可使用的替代工具

电子烟以及“辅助”手段,如针灸、催眠和营养补剂都是不提倡的,因为这些方法的效果尚缺乏充足证据证明。

药物治疗(适用于烟瘾患者,应根据医学专业人士和说明书选用)。

因此,麻醉医生告诉你:

院规千万条,戒烟第一条

术前不戒烟,术后带根“烟”

为了您和他人的健康,麻醉和手术前一定要戒烟哦!

(作者:郑小红 福建医科大学附属第一医院 麻醉科 主治医师)

林献忠 福建医科大学附属第一医院 麻醉科 主任医师)

脑卒中救治 不只有用药

脑卒中,也是中国人常说的“中风”,是一种急性脑血管疾病,是由于脑部血管突然阻塞或破裂而引起脑组织损伤的一组疾病,通常分为缺血性卒中(即脑梗死)和出血性卒中(即脑出血、蛛网膜下腔出血等)两大类。据2017年统计数据显示,脑卒中已位列中国居民十大死因之首,也是主要致残原因之一。

一旦发生脑卒中,及时诊断、正确治疗是关键。在缺血性卒中早期,刚刚发生的缺血区还未完全形成梗死核心,但每推迟一分钟救治就有约190万个脑神经元坏死,因此,及时开通血管是最重要的救治手段。

早期识别很重要

脑卒中常见典型症状为突发起病的面瘫、肢体瘫痪、语言功能障碍,也可合并头痛、头晕、记忆、情感甚至意识障碍等非典型症状。记住典型症状有助于脑卒中的早期识别,为急诊救治赢得宝贵的时间。

FAST原则快速识别脑卒中 急诊救治争分秒

急性脑卒中及时救治是关键,如未及时得到规范救治,每延迟1分钟治疗,将会有190万



脑卒中早期识别

F (Face):您(他)是否能够微笑? 是否感觉一侧面部无力或者麻木?

A (Arm):您(他)能顺利举起双手吗? 是否感觉一只手没有力气或根本无法抬起?

S (Speech):您(他)能流利对答吗? 是否说话困难或言语含糊不清?

T (Time):如果上述三项有一项存在,请您立即拨打电话。

个脑细胞死亡,轻则导致偏瘫、失语等,重则导致死亡。

规范治疗效果好

随着现代医学技术的发展,脑卒中的诊疗技术也在不断地更新和完善,这为众多卒中患者及相关危险人群带来希望。对于缺血性卒中患者,在时间窗内进行静脉溶栓治疗及血管内治疗(取栓)等方案是目前最有效的救治措施,并且越早治疗效果越好。因此,一旦发生脑卒中,需要尽快到最近的具备卒中救治能力的医疗机构接受规范救治。

出血性卒中的治疗,应该根据出血类型、出血量及出血部位选择药物保守治疗、外科手术及血管内介入治疗等不同方式治疗。而颅内动脉瘤破裂致蛛网膜下腔出血是出血性卒中

的一种主要类型之一。资料显示,颅内动脉瘤的发病率在3%~5%之间,第一次破裂后的死亡率在30%左右。从以上数据可见,颅内动脉瘤有其恶性表现,一旦破裂后果严重。然而,颅内动脉瘤并非肿瘤,属于良性疾病,可以很好地治愈。一般认为,如果是偶然发现的未破裂动脉瘤,并具备以下几个特点的要考虑治疗:大小大于5毫米的,形态不规则的,后循环的,引起占位效应但没有出血的,病人比较年轻的,心理负担比较重的。

危险因素要知道

脑卒中的危险因素分为不可干预性和可干预性两类,不可干预性危险因素包括年龄、种族、遗传因素等。可干预性危险因素包括高血压、吸烟、糖尿病、

心房纤维性颤动(房颤)及其他心脏病、高脂血症、无症状颈动脉狭窄、肥胖、体力活动少、过度饮酒、高同型半胱氨酸血症、高凝状态、激素替代治疗等。日常生活中积极控制危险因素,是降低脑卒中发病率的根本措施。

分级预防乐逍遥

据统计,80%的脑卒中是可以预防的。脑卒中中的一级预防和二级预防是减少脑卒中发病以及复发的关键。脑卒中中的一级预防是指脑卒中发生前对脑卒中的危险因素积极控制,包括生活习惯调整和药物调整等。

生活习惯调整包括:加强体育锻炼、合理饮食、戒烟、限酒。药物控制包括通过药物对基础疾病进行干预,如对高血压、糖尿病、血脂异常以及房颤等的药物干预(抗栓、降压、降脂、血糖控制)。

脑卒中的二级预防是对已发生脑卒中的患者进行预防,避免中风复发。包括抗血小板药物治疗降低血栓风险,以及对血管狭窄、动脉瘤、烟雾病等进行手术干预,预防脑卒中的再发。

(作者:林生 福建中医药大学附属第二人民医院 脑病科 住院医师)