

急性乙醇中毒严重并发症 23 例临床分析

周 莉, 王晓燕[△], 张流忠, 张 莉 (贵州省贵阳市第一人民医院急诊科 550001)

【关键词】 急性乙醇中毒; 并发症; 临床分析

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 14. 081 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)14-1814-02

急性乙醇中毒是急诊科常见急诊之一, 尤其是中重度急性乙醇中毒引起的严重并发症较多, 因为其表现不易于单纯急性乙醇中毒区分, 易造成漏诊和误诊。本院急诊科于 2008 年 6 月至 2010 年 6 月共收治急性中重度乙醇中毒伴严重合并症患者 23 例, 现对相关资料进行分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2008 年 6 月至 2010 年 6 月共收治急性乙醇中毒伴有严重合并症患者 23 例, 病例入选标准: (1) 符合急性乙醇中毒诊断标准^[1]; (2) 表现有不同程度的意识障碍; (3) 客观证据确诊者。排除标准: (1) 合并重度者, 如镇静安眠药中毒、一氧化碳中毒、有机磷农药中毒; (2) 有可能引起昏迷疾病的基础疾病病史者, 如高血压、糖尿病、心脑血管病史者; (3) 酒后明确的颅脑外伤史。

1.2 发病年龄、性别、时间分布: 本组 23 例, 男 20 例 (86.96%), 女 3 例 (13.04%), 年龄 18~55 岁, 平均年龄 30.3 岁, 其中 20~40 岁 15 例 (65.2%); 发病时间节假日及周末 16

例 (69.6%), 其他时间 7 例 (30.4%), 按照每天 24 h 计算晚上 21 点至凌晨 6 点为就诊集中时间。

1.3 治疗方法 一般处理: 吸氧、保暖, 侧头平卧防止呕吐误吸窒息, 应用口咽通气管、气管插管、机械通气。药物治疗: 纳络酮 0.8 mg/次 (静脉滴注或静脉注射), 根据病史每 30~60 min 重复使用, 同时严密观察病情变化, 包括神志、瞳孔、生命体征等。支持治疗: 静脉补液, 5% GS 500 mL 静脉滴注, 加入维生素 C 2 g, 维生素 B₆ 0.2, 速尿 20 mg 静脉注射, 促进乙醇代谢; 剧吐或呕吐咖啡色样物者, 甲氧氯普胺 10 mg 肌肉注射, 并给予保护胃黏膜、抑酸、止血等处理。根据并发症分别应用 50% 葡萄糖注射液、20% 甘露醇注射液、硝酸甘油、地塞米松、质子泵抑制剂等药物。常规查血常规、血糖、血电解质, 必要时行心电图、心肌酶学、血尿淀粉酶、B 超或 CT 检查。

2 结 果

23 例诊治结果分析见表 1。其中初诊正确 15 例, 漏诊 8 例, 死亡 5 例。

表 1 急性乙醇中毒严重并发症 23 例临床分析

并发症	性别年龄	临床表现	中毒至就诊时间	确认距初诊时间	初诊正确	预后
脑出血 4 例	男性 39~55 岁	昏睡至昏迷, 呼出有酒气, 其中呕吐、偏瘫、血压升高 2 例, 头颅 CT 证实, 基底节区出血 3 例, 脑干出血 1 例	1~4 h	<1 h	3 例	好转 3 例死亡 1 例
蛛网膜下腔出血 2 例	男性 40, 47 岁	烦躁、昏迷	2~6 h	<1 h	1 例	好转 1 例死亡 1 例
颅脑外伤 6 例	男性 18~35 岁	有可能外伤史 1 例, 呕吐、昏迷, 其中瞳孔不等大 2 例, 头颅 CT 证实; 硬膜下血肿 3 例, 脑挫裂伤 2 例, 头皮血肿 1 例	2~8 h	—	2 例	好转 4 例死亡 2 例
低血糖 5 例	男性 3 例女性 2 例	浅昏迷-中毒昏迷 4 例, 重度昏迷 1 例	4~10 h	<30 min	5 例	好转 5 例
急性胰腺炎 3 例	男性 20~38 岁	烦躁、呕吐 2 例昏迷 1 例	6~12 h	—	2 例	好转 2 例死亡 1 例
急性心肌梗死 2 例	男性 39, 42 岁	烦躁、呕吐、低血压、就诊前曾诉胸痛 1 例	2~3 h	<4 h	2 例	好转 2 例
窒息 1 例	女性 37 岁	昏迷、小便失禁、呕吐, 就诊后 1 h 发生窒息	6 h	—	—	好转 1 例

注: — 表示无数据。

3 讨 论

急性乙醇中毒是急诊科常见急症, 根据本组对 23 例的临床观察, 在处理此类病例中体会如下。

3.1 病例特点 (1) 急性乙醇中毒大部分集中在 20~40 岁青中年群体中, 以男性居多, 由于这个年龄段的人群各种应酬较多, 加上年轻、好胜心强导致过量饮酒而引发严重并发症。(2) 病史资料缺乏: 除大量饮酒, 多以长时间昏睡不醒 (昏迷) 来诊。(3) 就诊晚: 除脑血管意外, 大多就诊较晚; (4) 临床表现: 部分出血性脑卒中, 脑损伤具备特异性, 其他不典型, 与乙醇中毒无区别; 呕吐、昏迷、呼吸、循环改变。(5) 本组死亡率高 (5/23),

其原因可能与下列因素有关: ① 样本量不大; ② 患者没有及时到医院就诊; ③ 患者家属先入为主, 认为仅是单纯的乙醇中毒, 就诊时不愿行辅助检查, 以致延误诊治; ④ 急诊医师临床经验不足。

3.2 并发症分析 一次性大量饮酒可以增加出血性卒中的危险, 其原因可能为饮酒后乙醇作用于脑中突触后膜苯二氮卓-γ-氨基丁酸受体, 从而抑制 γ-氨基丁酸对脑的抑制作用, 引起中枢兴奋, 这种兴奋可引起情绪激动、血压升高, 诱发出血性脑卒中。急性乙醇中毒患者因共济失调, 自控力差等原因, 易导致摔伤、斗殴而引起颅脑损伤, 而就诊时多无人目击外伤经过

[△] 通讯作者, E-mail: wangl23456789wxy163.com。

而延误诊治。急性乙醇中毒时可引起胃和十二指肠炎、壶腹部水肿或 Oddis 括约肌痉挛造成胰管梗阻,乙醇还能刺激胃分泌盐酸,后者进入十二指肠后刺激胰腺分泌胰液,胰管内压力增加,胀破胰腺管或腺泡而发生胰腺炎^[2]。急性乙醇中毒者大量饮酒未吃食物,会刺激胰岛素分泌增加,过多胰岛素造成血糖下降,同时乙醇抑制糖原异生,肝糖原耗竭出现低血糖^[3]。急性重度乙醇中毒时中枢神经系统严重抑制,咳嗽反射减弱,呕吐物误吸易引起吸入性肺炎、窒息,甚至气道梗阻而死亡。

3.3 意义 对于急诊科医生来说急性乙醇中毒的诊断及一般处理相对容易,且预后较好。但对于昏迷的急性中重度乙醇中毒患者,尤其是平素健康的中青年人,必须足够重视,警惕严重并发症的存在。作者认为,要减少误诊、漏诊,及时正确诊断,应做到以下几点:(1)常规检测生命体征;(2)及时足量应用纳络酮,对有无合并颅脑损伤诊断时,用纳络酮可进行鉴别诊断,此方法方便准确^[4];(3)急性乙醇中毒可合并低血糖症,常规血糖检测,可明确并及时处理;(4)常规心电图检查,及时发现急性心肌梗死;(5)全面神经系统的检查,可发现有鉴别诊断意义的线索,及时行头颅 CT 检查。本组病例以节假日、夜间为多,

医院应加强节假日、夜班值班力量,以提高急性乙醇中毒的抢救能力。

急性乙醇中毒是一个社会性的问题,必须采取综合防治措施。提高全民对许久危害性认识以及普及乙醇中毒的预防急救认识,是降低急性中重度乙醇中毒合并严重并发症的关键。

参考文献

- [1] 陈灏珠,实用内科学[M]. 12 版,北京:人民卫生出版社,2005:836.
- [2] 张文武,急诊内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:1075.
- [3] 武天明,王兰香,李建静,酒精中毒性低血糖昏迷 26 例临床分析[J]. 内科急危重症杂志,2005,11(1):40.
- [4] 赵龙现,陈萍. 纳络酮鉴别诊断急性乙醇中毒合并颅脑损伤的价值探讨[J]. 中国急救医学,2002,22(4):201.

(收稿日期:2012-01-08)

院前急救护理质量管理与持续改进

雷 静(湖北省汉川市人民医院急诊科 431600)

【关键词】 院前急救; 质量管理; 持续改进

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.14.082 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)14-1815-02

本院是一所二级甲等综合性医院,急诊科承担着汉川市的院前急救工作。院前急救也称现场急救,是急诊医疗体系的重要组成部分,与院内急救、重症监护密切相关,其目的是更有效的抢救急、危、重伤员和应对各种灾难性事件^[1]。其工作的好坏直接影响整个急救的全过程。持续质量改进是质量管理的灵魂,是组织的一个永恒的目标^[2]。2008 年以来,本科经过护理质量管理和持续改进,体会到必须建立一套科学、完整的院前急救护理质量管理体系,规范护士行为,控制院前急救的服务关键护理过程,使院前急救向着确保质量、重视安全和服务的方向发展,提高了危重患者转院途中的抢救成功率,得到了社会的肯定和高度评价。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院急诊科承担院内急救、院前急救及观察室的工作,共有工作人员 31 人,其中副主任医师 2 人,主治医师 5 人,住院医师 8 人,副主任护师 1 人,主管护师 6 人,护士 6 人。急救车 4 辆,车内急救药品、仪器设备齐全。

1.2 方法 完善院前急救管理体系,明确管理原则。质量管理体系是一个不断自我完善的过程,“预防为主、持续改进”是体系的管理精髓^[3]。成立专科质量管理组,人人参与护理质量管理。质量管理组共分为 6 组:(1)院前急救技术培训考核组。(2)突发事件,危重患者抢救组。(3)急救物品设备保管维护组。(4)安全生产组。(5)院感及职业暴露防护组。(6)护理文书管理组。

1.2.1 技术培训考核组 强化护士的急救意识,加强技术练习和严格的组织管理是院前急救成功的关键^[3]。加强专科理论和技能培训,强化质量管理意识,保证服务流程通畅,体现

“时间就是生命”。人人必须掌握心肺复苏、心电监护、气管插管、人工呼吸、电除颤等急救技术。

1.2.2 突发事件,危重患者抢救组 制定出适合本院院前急救护理质量管理标准,制定常见疾病的急救护理流程和院前急救专科流程及紧急风险预案,做到人人熟悉和灵活运用到实际工作中。

1.2.3 急救物品、仪器管理 保证急救物品齐全,院前急救药品,物品做到准确率达 100%。护士每日检查急救物品是否完好,出诊后应及时补充物品,给仪器充电。救护车上药品器材应做到五定,定数量品种,定点安置,定人保管,定期检查和定期消毒灭菌。

1.2.4 安全检查 院前急救安全重于泰山,组织护理人员学习护理安全生产的相关知识,认识危机的发生、发展过程并积极加以防范,提高院前急救对危机的整体把握能力,把护理安全隐患扼杀在萌芽状态。

1.2.5 院内感染及职业暴露 加强院内感染知识培训及职业暴露的处理及自我防护意识,严格执行手卫生规范,杜绝交叉感染发生。

1.2.6 院前急救护理文书管理 准确及时记录呼救者及患者的一般情况,对患者进行检查、抢救,在转运途中进行监护,随时将病情、治疗、护理措施进行记录。

1.2.7 注重检查环节质量,促进终末质量提高。

护士每日自我评价工作质量,自查,自控,认真记录;质控组根据各自的岗位职责、考核标准,开展督查,每周至少一次,发现问题及时与护士长联系,分析原因,找出薄弱环节,提出整改意见;护士长定期或不定期对出诊前、中、后的急救护理工作