

术前禁食：您可以 进食和饮用的内容 及其原因

麻醉前禁食：按照建议的时间，禁止进食或饮水。

Kieran Hirpara © ① ② ③ 4.0



本页面由机器翻译，尚未经临床医生审核。**英文版本**为权威版本。

手术当天，有两件事对您的安全最为重要：您接受的麻醉类型，以及您严格遵循所给予您的禁食指示的程度。

为什么要求您禁食

全身麻醉会使通常阻止胃内容物反流至咽喉的肌肉松弛。如果您的胃是满的，这些物质可能会在您失去意识时溢出到肺部，这是非常严重的。禁食可以排空胃部，使这种情况极不可能发生。标准规则如下：

- **从您手术详情邮件中规定的禁食时间起，禁止进食或饮水。** 禁止食物、牛奶、水、茶或咖啡、糖果或口香糖。该时间是根据您的入院时间计算的：通常是入院前七小时，或者如果您在清晨入院，则为午夜。
- **如果您正在使用注射型糖尿病或减肥药物**（Ozempic、Wegovy、Mounjaro、Trulicity、Byetta），请继续服用，但您的禁食时间为手术时间前 **24 小时**。这些药物会减缓胃排空，因此常规的禁食时间是不够的。
- **如果您的手术仅在局部麻醉下进行**，您的邮件将说明您无需禁食。

如果您早晨服用常规的降压药或抗癫痫药，除非麻醉师另有指示，否则请用一小口水送服。手术当天早晨不服用糖尿病药片；阿司匹林和氯吡格雷继续服用，而华法林等抗凝药需在术前 48 小时停止；[blood thinners](#) 和 [preparing for surgery](#) 页面有详细资料。

我们使用的麻醉类型

大多数上肢手术采用以下三种麻醉方式之一，有时也会联合使用：

- **全身麻醉：** 您处于完全睡眠状态。麻醉医生通过您手背上的小型静脉输液通道让您入睡，并在整个过程中全程监护。

- **区域阻滞：** 将局部麻醉药注射到颈部或腋窝的神经周围，使整条手臂在数小时内失去知觉。您也可能接受镇静治疗，以便在手术期间入睡，但您不会使用呼吸机。
- **局部麻醉：** 小型手术（如扳机指松解术）通常可以在局部麻醉且您完全清醒的情况下进行，有时辅以轻度镇静。

您的麻醉医生将在手术当天与您讨论这些选项。具体选择取决于手术类型、您的整体健康状况以及您的个人偏好。

手术当日须知

您需在预定手术时间前 1–2 小时到达。护士将核查您的禁食情况，建立静脉输液通路，并签署最终知情同意书。麻醉医生将在您进入手术室前亲自与您见面。

手术后，您将在复苏区苏醒。如果您接受了区域阻滞麻醉，手臂会感觉沉重且麻木；这是正常现象，持续时间为 8–24 小时。**保护麻木的手臂：** 将其保持在悬吊带中，不要倚靠该手臂，并注意保暖。感觉会逐渐恢复，常伴有针刺感。

术后最初几小时内，恶心、嗜睡以及咽喉疼痛（由呼吸管引起）较为常见。请缓慢饮水，清淡饮食，并充分休息。

深入探讨

本节内容超出了您做出自身治疗决策所需的深度。麻醉部分值得额外阅读，因为患者最希望获得保证的两件事——神经阻滞导致的神经损伤，以及“清醒”状态是否比“睡眠”状态更安全——都有可靠的数据支持，且两者的答案均与直觉相悖。

神经阻滞导致持续性神经问题的风险

几乎所有接受上肢手术的患者都会被提供神经阻滞，而几乎所有人都会询问针头是否会损伤神经。这是一个合理的问题，而诚实的回答需要做出区分：暂时性的感觉异常并不罕见，但永久性损伤则较为少见。

一项纳入 **12,532** 名患者的系统综述考察了上肢手术区域麻醉术后的神经系统症状，其核心观点虽属方法论层面，但对您而言至关重要：总体风险因测量方式不同而呈现显著差异 [1]。在前瞻性评估的随机对照试验中，由于有人主动询问每一位患者，报告的发病率远高于回顾性系列研究，后者仅统计那些抱怨得足够大声的患者 [1]。

实际解读：如果某项研究向您引用了一个非常低的数值，请问是否有人主动进行了排查。那些能够自行缓解的症状足够常见，因此应被描述为预期情况，而非并发症；而那些持续存在的症状则确实较为罕见。

清醒并非自动更安全

患者乃至非患者群体中普遍存在一种观念，认为避免全身麻醉必然更安全，尤其是在老年人中，且尤其关乎术后的意识混乱问题。

对此最直接的检验来自髌部骨折手术，由于患者高龄且体弱，该问题已在此领域进行了大规模研究。汇总 **3,736** 名患者的数据显示，与全身麻醉相比，区域麻醉 **并未** 显著降低术后谵妄或死亡率 [2]。

这是一个真正令人惊讶的结果，其解读需谨慎。这并不意味着麻醉方式的选择无关紧要，而是意味着该选择应基于患者的心脏、肺部、气道具体情况以及计划实施的手术，而非基于某一类别更安全的一般性信念。对于健康患者而言，现代全身麻醉非常安全，而神经阻滞并非免死金牌。

神经阻滞真正发挥价值的场景

区域麻醉最有力的论据并非安全性，而是疼痛控制。一项针对 **1,872** 例接受肱骨近端骨折手术修复患者的系统综述得出结论：区域麻醉是术后镇痛的良好选择 [3]，肩部手术后的最初几个小时疼痛最为剧烈，而神经阻滞恰好能覆盖这一时段。

此外，实施方法也并非只有一种。针对肩关节镜手术，一项纳入 **1,382** 例患者的综述发现，肩胛上神经阻滞在疼痛控制方面 **并不** 优于臂丛肌间沟阻滞，但其副作用谱更为有利 [4]。臂丛肌间沟阻滞会可靠地导致上肢暂时性肌力减弱，并可能影响膈神经，若患者呼吸功能本已处于临界状态，这一点尤为关键。在此类情况下，选择另一种阻滞方式并非妥协，而是更符合该特定手术需求的优选方案。

为何禁食规定如此

禁食只有一个原因：麻醉后的气道无法自我保护，因此反流的胃内容物可能误吸入肺部。这一事件虽罕见但后果严重，而禁食规则正是针对它的低成本保险。

常见的错误是将“禁食”视为一种竞赛。延长禁食时间并不会增加安全性，而带着脱水状态到达医院只会让你感觉更糟，使静脉置管更困难，且对胃部毫无益处。清流质确实比食物更快离开胃部，部分医院允许在术前更近的时间摄入。我们要求术前七小时不进食也不饮水，仅此一次、仅此一条规则，出于实际原因：手术排程有时会提前，而严格保持完全禁食的患者可被提前安排至更早的手术时段，而非被动等待。请勿早于规定时间开始禁食：额外的禁食时间除了增加口渴感外毫无益处。若手术当日出现延迟，请主动询问，而非基于“禁食越久越好”的假设，在极度口渴中静坐等待。

参考文献

- [1] Albaum JM, Abdallah FW, Ahmed MM, Siddiqui U, Brull R. 上肢手术后区域麻醉后神经症状的风险是多少？随机试验的系统评价和荟萃分析。Clin Orthop Relat Res. 2022;480(12):2374-89. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000002367>
- [2] Zhou S, Zhang S, Si H, Shen B. 老年患者髌部骨折手术中区域麻醉与全身麻醉：系统评价和荟萃分析。J Orthop Surg Res. 2023;18(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-023-03903-5>
- [3] Iliaens J, Metsemakers W, Coppens S, Hoekstra H, Sermon A, Van de Velde M, et al. 肱骨近端骨折手术修复的区域麻醉：系统评价。Arch Orthop Trauma Surg. 2019;139(12):1731-41. <https://doi.org/10.1007/s00402-019-03253-0>
- [4] Kay J, Memon M, Hu T, Simunovic N, Duong A, Paul J, et al. 肩胛上神经阻滞用于关节镜肩关节术后疼痛控制：系统评价和荟萃分析。Orthop J Sports Med. 2018;6(12). <https://doi.org/10.1177/2325967118815859>