

择期胸腔术中并发症处理与预防

孙东江

我院于 1998~2002 年共实施择期胸腔手术 342 例,其中在术中发生并发症 62 例,为保证择期胸腔手术病人围术期的安全,现将此类病人术中并发症的处理及预防进行分析讨论如下。

1 临床资料

本组 62 例,男 34 例,女 28 例,年龄 16~70 岁。行食道手术 24 例,肺手术 26 例,纵膈手术 12 例,除 4 例为良性病外,其余为中晚期肿瘤。手术入路:后外侧切口 35 例,前外侧切口 4 例,胸骨正中剖开 23 例。其中 2 次开胸手术 3 例。

2 讨论

2.1 术中意外或并发症的处理 对侧胸膜损伤 17 例。其中大部分为纵膈肿瘤侵犯对侧胸膜在剥离瘤体过程中误伤,此情况一般不需缝合,可暂时用纱布填塞,防止血液和气体进入对侧胸腔,麻醉医师应适当加强呼吸管理及监测,如气体血液流向对侧过多,形成液气胸时,应将裂口开大,以利引流。气管隆突部或支气管损伤 11 例。多为食管或纵膈肿瘤侵及气管,在清扫气管支气管旁淋巴结时易损伤气管、支气管。一旦发现气管或支气管损伤应及时修补,缝合线以无创线为好,可避免肉芽形成。如为前外侧入路,因为主动脉弓阻挡,修补气管下段或隆突时常有困难,此时常须切断结扎 3~4 对肋间动脉,以纱条将主动脉弓向前下方牵开,显露气管下段或隆突部,必要时取部分心包组织片修补缺损。

心包或大血管损伤 8 例,系分离巨大纵膈肿瘤时损伤,其中行 2 次开胸的 1 例,病人在第 2 次剖胸行复发肿瘤切除时,损伤了心包后行心包开窗术。心律失常 18 例,由于手

术操作的刺激,挤压、牵拉等引起反射性心动过缓或低血压。偶发的早搏可不予处理,如出现频发早搏等,则应立即停止手术,酌情使用利多卡因、美西律等,等心律恢复正常后再继续手术,如发现心率 < 55 次/min,窦性停搏时间超过 2 s,窦房传导或房室传导阻滞,都应及时应用麻黄碱、阿托品等,手术手法轻柔、快捷,随时准备作心脏挤压起搏,早期应用利尿剂、血管扩张剂预防心功能不全。急性肺水肿 6 例。一旦发生,应积极进行综合治疗,利尿、强心、吸氧,大剂量地使用肾上腺皮质激素,适量应用 β -受体兴奋剂,山莨菪碱有利于缓解肺血管平滑肌痉挛,降低毛细血管通透性。术中少尿 2 例。此 2 例术前均留置导尿管,术中尿量少于 50 ml,经检查导尿管通畅,如无肾功能障碍,应考虑容量不足,及时补充血容量。

2.2 术前准备和术中并发症的预防 术前麻醉医师应亲自检查病人,了解各种术前检查情况,评估心肺和各器官功能,且指导术中用药。麻醉前应检查病人口腔,取下义齿和松动的牙齿;术中要特别注意适宜的麻醉深度,尽可能减少对循环、呼吸系统的干扰,加强血压、呼吸、心功能的监护,保持血压、呼吸、脉率的平稳。手术过程中,在不妨碍手术操作的情况下,尽量保持肺的适当膨胀,调整麻醉的深浅,纠正通气障碍因素,充分供氧,以保持呼吸循环系统功能稳定,是防止术中并发症的重要因素。熟练掌握基本功。防止剖胸术中的并发症,关键在手术者必须是经正规培训的胸外专科医师,有较扎实的专业理论知识和熟练的手术操作技巧,对术中出现的意外有一定的应变能力。另外,麻醉医师和外科医师的协调也是预防术中并发症的关键。

作者单位:671000 云南大理州医院麻醉科

(2003-07-04 收稿)

门诊药师如何做好药学服务

付宗宏

自 1999 年以来,我国实行了医疗保险制度改革,将公费医疗的形式改变为国家、单位、个人按比例分摊,将对口定点医疗单位形式改变为允许病人挑选医院就诊,加之社会经济水平的提高,使病人的卫生服务需求在内容和质量上都发生了重大改变。医院药学正在向着以病人为中心,运用药学专业知识开展药学服务的方向发展。为了适应这一转变,门诊药师在日常工作实践中,应从以下几方面考虑。

1 药品发放交待工作

1.1 交待药品名称和用法用量 同一成分药品不同的生产

厂家会有不同的商品名,会有多种剂型和剂量,这常会导致医生处方上的药名与发给病人的药品名称不一致的现象,使病人感觉疑惑,这时应主动交待清楚。五官、皮肤科制剂应交待清楚用药部位及涂药的先后步骤。

1.2 交待最佳的服药时间 为使药物发挥最佳疗效,应告知病人应何时服药,如空腹、饭前、饭后、睡前,特别是糖皮质激素药、降压药、利尿药、强心苷药、抗心绞痛药、抗癌药、抗生素、抗溃疡药、抗组胺药、解热镇痛药的择时服用,相当重要。

1.3 交待病人服药后的反应 告诉病人服药后可能出现的副作用,如嗜睡、胃肠道反应、面部潮红、唾液、尿液、大便颜

作者单位:232038 安徽淮南铁路医院

色的改变,服药后的饮食禁忌等。

2 面向门诊病人开展药物咨询

近年国内某医院出台了“病人自选用药制度”,在处方药里选出品种,医生开出的处方,如果自选用药,就只写出药品的通用名,而要选择什么品牌和价位的药,病人在取药时可以自己拿主意。显然,这一举措增加了门诊医师的咨询内容,门诊药师应抓住这个施展自己专业优势的机会,开展合理选药宣传,提高病人对药品的了解。

针对病人提出的问题开展药物知识讲座,设立用药咨询电话,门诊开辟宣传栏,提供新药介绍、用药常识、药品价格信息等。在门诊导医台旁设立药物咨询台,同时以《药讯》的形式,将各种新药说明书粘贴其中,或利用院内的局域网,为临床医生用药当好参谋。对特殊疾病分发用药指导手册,对出院转入门诊治疗的病人进行用药跟踪指导。

3 门诊药师更新和补充专业知识

医学的日新月异,新药的层出不穷,用药复杂性越来越

高,药源性疾病逐渐增加。随着病人自我保护意识不断增强,自我药疗的形式兴起,病人用药急需门诊药师“零距离”指导。如何搞好药学服务,已迫在眉睫。由于我国药学教育体制方面的原因,药师普遍缺乏临床医学和药物治疗学方面的知识。目前,门诊药师整日忙于领药、发药、调配等日常事务性工作,没有足够的时间钻研和更新专业知识,这两者之间的矛盾日益突出。

随着“药师就在病人身边”服务理念提出,药师应抓住契机,找准自己的位置,克服畏难情绪,通过继续教育的办法弥补自身知识结构老化的问题。医院也应组织主管药师以上及业务骨干参加院校培训;或请专家来院授课,补充有关临床方面的知识;或到临床药学开展好的医院进修,并充分利用计算机网络获取信息。通过以上种种办法,来促进药师专业素质的迅速提高。为实现以病人为中心,药品为手段,提供全方位、高质量的药学服务而不懈努力。

(2003-09-10 收稿)

· 病例报告 ·

急性心肌梗死并发急性结肠假性梗阻 1 例

李 冀

1 临床资料

病人,男,52岁。因心前区持续性压榨性疼痛6h,于2002年11月5日入院。体格检查:T 35.7℃,P 72次/min,R 20次/min,BP 76/46 mmHg。颈静脉无怒张,双肺呼吸音清,第一心音低钝,未闻及杂音,腹部正常。心电图:Ⅰ、Ⅱ、aVF、Ⅴ₁、Ⅴ₆ ST明显抬高,T波高耸。肌钙蛋白定量0.16 ng/ml,心肌酶:AST 46 U/L,LDH 163 U/L,CK 426 U/L。诊断急性下壁后壁心肌梗死,心源性休克。经治疗后心衰肺水肿控制,病情缓解。11月14日出现腹胀,腹痛,肛门停止排气排便。查体:双下肺湿罗音,心音低钝,腹隆起,张力高,全腹轻压痛,未触及包块,叩诊鼓音,肠鸣音弱。停用吗啡,予多潘立酮(吗叮啉)、大黄、开塞露、胃肠减压等治疗后效果差。腹平片:回盲部升、横、降结肠及乙状结肠积气明显,结肠直径8~10cm,未见液平。电解质正常。血常规 WBC 10.4 × 10⁹/L,N 85.6%,Hb 130 g/L,PLT 514 × 10⁹/L。诊断:急性结肠假性梗阻,低位机械性肠梗阻待排除。于11月17日在全麻下行剖腹探查术,术中见整段结肠及直肠上段明显扩张,肠管变薄,结肠扩张直径达8cm,横结肠及乙状结肠可见四处浆膜层破裂,粘膜及肌层完整。结肠及直肠以积气为主,小肠轻度积气积液,未见肠管坏死及肿物。行乙状结肠造瘘术+横结肠浆膜破裂修补术,并将结肠内大量气体挤出。术后确诊急性结肠假性梗阻。

2 讨论

急性结肠假性梗阻是一种急性可逆性疾病,病因不明

确,文献报道^[1-3]可能与交感、副交感神经功能不平衡有关。大都在住院治疗其他疾病的过程中发生。主要病因为脑血管意外、帕金森病、充血性心力衰竭、产后及术后。典型病例常有中至重度腹胀,下腹部痉挛性疼痛,恶心、呕吐不常见。有便秘或肛门停止排气或腹泻,可闻及肠鸣音,腹部有轻压痛,白细胞高,电解质紊乱,体温基本正常,腹部平片可见盲肠,升结肠和横结肠积气扩张,降结肠积气扩张较少,偶见小肠扩张。本例病人于急性心肌梗死治疗过程中发生,有典型腹部症状及X线表现,剖腹探查排除机械性梗阻,故急性结肠假性梗阻诊断明确。急性结肠假性梗阻可因肠管过度扩张而导致盲肠或结肠穿孔,出现急性弥漫性腹膜炎。治疗关键是早期诊断和早期正确有效治疗,避免结肠穿孔的发生。文献报道^[2]当盲肠直径达9cm时就有盲肠穿孔的危险;当盲肠直径超过12cm则禁忌保守治疗而应积极行盲肠造瘘术;只要无穿孔且直径小于12cm都可保守治疗。本病例结肠扩张直径仅为8cm,但术中发现浆膜层破裂,已有造瘘指征。本病例发生于急性心肌梗死并急性左心衰,心源性休克后,且治疗过程使用过吗啡、咪唑安定等镇静剂,推测其发病可能与此有关。

参考文献

- 1 Marvin LC,吕厚山. 结肠与直肠外科学. 第4版,北京:人民卫生出版社,2002:352~354
- 2 陈大伟,王强. 急性结肠假性梗阻. 中国实用外科杂志,1998,18(8):502~503
- 3 Trevisani GT. Dis Colon Rectum,2000,43(5):599

(2003-09-10 收稿)

作者单位:570311 海口,海南省人民医院加强治疗科

