解剖变异引发外科手术事故临床分析

Clinical analysis of anatomic variations causing surgery accidents

赵森林,孟 镔,张 智,卫梦婷,雷文波,叶长青,段奇峰 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖学教研室,安徽 淮南 232001)

[关键词] 外科手术;解剖变异;医疗事故
[中图分类号] R61;R323; [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)06-0402-02

随着医疗事业的不断发展,外科手术几乎能在人体任何部位进行,解决了患者病痛。由于各种原因,外科手术医疗事故和差错时有发生。本文回顾性分析100余家医院25年来(1984年至2009年)与人体组织或器官的解剖变异有关的外科手术医疗事故和差错269例,探讨因解剖变异而引发外科手术医疗事故或差错的原因及预防。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者因组织或器官的解剖变异或误认为变异,而在手术中误切了正常组织或器官等手术医疗事故或差错共269例。其中男195例,女74例,年龄8~67岁,平均41岁。手术病种包括:普外科疾病135例,骨外科疾病111例,泌尿外科疾病10例,胸外科疾病7例,脑外科疾病6例。其中两例典型病例分析如下。

病例1,女,30岁。因咽部异物感伴声音嘶哑语言不清,呼吸和吞咽困难而入院治疗,经检查为舌根部约2 cm×2 cm×2 cm大小肿物。未进一步检查就确诊为血管瘤并行血管瘤摘除术,术后血管瘤经病理检查证实为异位甲状腺和甲状旁腺组织。术后不久李某出现严重甲状腺功能低下和手足抽搐症状。

病例2,男,50岁,因左面部间歇性疼痛23年入院治疗,未做B超、CT、MRI等辅助检查即确诊为变异血管瘤压迫三叉神经。在全麻下行经变异血管瘤切除三叉神经减压术。术中并未见变异血管瘤,在三叉神经前侧见一较硬肿块挤压三叉神经,在准备不足的情况下,术中决定更改手术方案,改开颅肿瘤切除术,导致颅内感染并留下严重后遗症。

1.2 方法

将269例手术事故和差错进行回顾性分析,并将这些事故或差错按组织或器官的解剖结构、系统和解剖部位分类,并附2例外科医生在手术中因辨认不清组织或器官的解剖变异而引起的事故实例。

2 结果

2.1 按组织或器官解剖结构和系统分类

血管变异146例,其中动脉变异118例,静脉变异28例。组织和器官异位或变异81例,其中消化系统器官异位或变异52例,内分泌系统10例,泌尿生生殖系统10例,呼吸系统6例,神经系统21例。组织或器官没有发生变异而外科医生误认为是解剖结构变异24例。

2.2 按人体解剖部位分类

位于腹部的变异135例,四肢和脊柱的变异111例,会阴部变异10例,胸部的变异7例,头部的解剖结构变异6例。

3 讨论

本组事故或差错的原因主要是因外科医生对组织或器官解剖结构变异辨认不清,而误切了正常器官或组织,这种解剖变异以血管变异较多,组织器官异位或变异次之。作者认为,外科医生不仅要掌握组织或器官的正常解剖结构,还必须掌握变异的解剖结构。同时,外科医生还必须善于辨认病理的解剖结构和非典型的解剖结构。例如:通常来说心脏左房室口是二尖瓣,右房室口是三尖瓣,但这只是60%~70%的人是这样的,还有一些人是四尖瓣或五尖瓣,还有副瓣。我们往往把不同于主流的结构叫变异或不同类型[1]。因此,外科医生必须要对解剖结构变异有预测能力。

外科医生必须要努力学习好"三基":基本理论,基本知识,基本技能。外科医生在手术中,如果不能辨认解剖结构变异,又没有过硬的基本功就容易在手术中出事故或差错。手术的过程是外科医生知识和技能的结合,外科医生必须刻苦努力练好基本功,要有"锐意进取精神;脚踏实地,充分利用时间多听、多看、多读,进而达到会做、会讲、会写的本领"[2]。手术是对外科医生技术和心理素质等的综合考查,因此外科医生良好的心理素质也是手术成功的重要因素[3]。在术中可能发现组织变异,甚至使手术难以按既定方案进行,此时,外科医生特别是"主刀"必须要处"变"不惊,要保持冷静头脑,理清思路,仔细准确辨认变异,以争取最短时间制定新的最适合的手术方案。优秀的外科医生要相信他所看到的可能是变异,而不是只看到他所相信的书上已经写出的变异,而且,外科医生要根据病情适时调整方案,全面把握,充分考虑手术的前、中、后。同时,外科医生更要做到胆大和心细,胆子大敢做手术,心细就不会出事故。主刀作为统领全局的角色更要善于调动每个人的积极性,充分尊重每个人的劳动,在手术中,手术人员配合默契,手术才能顺利进行,也必然会减少手术的事故或差错。

对外科医生而言,风险与压力同在,机遇与挑战并存。外科医生必需尽毕生精力,不断学习,不断实践和不断总结经验

[收稿日期] 2009-08-17 [修回日期] 2009-09-16

,才能做好每一个手术,才能为病人安全地解决病痛。改革开放以来,私人诊所和民营医院逐渐增多,不具备手术条件的也开展外科手术,使得医疗事故不断发生。当今医生只有具备较高的技术,全心全意为患者服务的态度,把患者当成自己的亲人一样去诊治疾病,才能避免或减少医疗事故的发生。

[参考文献]

[1] 张经建,潘伯荣,吴培俊. 中华误诊学博览会[M]. 北京:中国中医药出版社,1998.224.

[2] 赵玉沛. 从"三基"、"三严"谈青年外科医生的培养[J]. 中华肝胆外科杂志, 2003,9(9):556-557.

[3] 乔海泉,姜洪池. 浅谈外科医生素质的培养[J]. 中国实用外科杂志,2004,24(1):9-10.

(编辑:张天飞)

耳脑胶不填塞止血法在鼻腔手术中的应用

Application of ear-brain glue hemostasis with no pack in the nasal cavity operation

李俊科,顾文平 (河北医科大学第三医院耳鼻咽喉科,河北 石家庄 050051)

[关键词] 耳脑胶;不填塞止血;鼻腔手术

[中图分类号] R765.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)06-0403-01

鼻腔手术后临床最常用凡士林纱条填塞止血。虽然此方法止血效果可靠,但是,患者在填塞后常出现头痛、流泪、口干、失眠、情绪烦躁。为了减轻患者的痛苦,我科自2006年6月至2007年6月进行鼻腔手术240例,其中166例是应用耳脑胶代替填塞止血,收到良好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组鼻腔手术240例,其中166例未予填塞而是应用耳脑胶于鼻腔手术创面均匀薄层涂敷(占手术例数69.17%)。166例中男139例,女101例;年龄13~65岁,平均38岁。

1.2 方法

166例患者手术均在局麻下进行,以2%利多卡因加适量肾上腺素棉纱条行鼻腔粘膜表面麻醉,再于手术区域浸润麻醉。在鼻窦开放术、下鼻甲部分切除术、鼻中隔矫正术等完成后,以棉纱条充分收敛鼻腔粘膜,在鼻内镜下将耳脑胶均匀薄层涂敷于鼻腔手术创面。鼻窦开放手术中涂敷耳脑胶时须注意勿将额窦、上颌窦、蝶窦口堵塞,观察5~10 min。如有渗血灶再补涂1次,直至不出血为止。涂敷原则非全部手术创面,仅有渗血区域且薄层涂敷,此操作需一定手术技巧。如有下甲部分切除者出血较多,中隔鼻脊凿除中出血较剧者需重新考虑行填塞。

2 结果

患者术后疼痛者给予止痛药物;口腔咽喉干燥者,给喉片含服或于唇部涂抹油膏;抽取鼻腔纱条时虚脱现象减轻,甚至不出现或仅有少许出血;术后4~5 d即出院,比凡士林纱条填塞止血患者术后填塞者少住院2~3 d。

3 讨论

鼻腔填塞患者因鼻腔呼吸功能丧失或部分丧失,改用张口呼吸,加之填塞物压迫筛神经,均出现头痛、头昏、流泪、眼球胀痛、失眠、恶心等症状[1]。有的甚至并发卡它性中耳炎,而且在24~48 h抽取鼻内填塞物时,不可避免地又有约10~50 mL的出血,在下鼻甲术后尤为如此;有的患者在抽取鼻腔纱条时还出现虚脱现象,而应用耳脑胶未行填塞者上述症状大大减轻,甚至不出现或仅有少许出血;不填塞者在术后6 h即出现纤维蛋白膜生长,对创面起到很好保护作用,加快愈合速度,一般术后4~5 d即可出院。虽然目前鼻腔填塞物种类繁多,但仍免不了术后反复换药之苦。而在鼻腔术后填塞者需在填塞物去除后(常规48~72 h抽取填塞物)6 h出现保护膜或痂皮,所以术后住院天数较耳脑胶应用者要延长2~3 d[2]。因此,耳脑胶不填塞止血方法无疑给患者减轻了痛苦和经济负担。病例的选择是一个很重要的因素,我们的体会是鼻中隔手术、鼻窦开放手术后应用耳脑胶止血较易成功,在下甲手术时有时不易成功,所以术后应用耳脑胶时要观察一段时间,至少5 min,若不成功及时改用填塞法。耳脑胶作为生物胶其对人体组织刺激性小,其良好的粘附性及外源性能使创面微血管末端闭合及血栓形成,有效的起到止血作用,免除术后换药之苦[3]。

[参考文献]

[1] 柳 钢,赵绰然,王淑惠,等. 鼻内镜下EC耳脑胶修补脑脊液鼻漏[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1996,31(1):16-17.

[2] 赵玉兰. 鼻腔冲洗在鼻内镜术后的应用观察[J]. 局解手术学杂志,2007,16(4):294-295.

[3] 何丽霞,李树华. 鼻内窥镜下耳脑胶治疗鼻出血的疗效观察[J]. 辽宁医学杂志,2007,2(12):82-83.

[收稿日期] 2009-09-20 [修回日期] 2009-10-31

(编辑:何泓睿)