维普资讯 http://www.cqvip.com

剂代替治疗。但事实上,由于桥本病临床表现不典型,或与其它甲状腺疾病同时存在,临床上以其它甲状腺疾病的症状、体征为主要表现,而采用了手术治疗。Pollock把桥本病视为癌前病变,主张积极手术,许多文献和资料表明本病与甲状腺癌均为女性发病率高,说明这两种病有一定内在关系,故手术指征应放宽[2]。本组9例行手术治疗的原因是甲状腺肿大明显,有气管压迫感或吞咽梗阻感,合并甲状腺腺瘤,结节性甲状腺肿,甲亢存在,而这些疾病本身就属于外科手术治疗范围。通过本组病人随访,发生甲状腺功能低下者4例,本文认为本病自然转归常呈永久性甲低,不适当的手术,再切除大部分腺体组织势必促进和加重甲低的发生。因此,对于本病合并有其它良性甲状腺疾病者,应是仅以切除病灶或是解除症状为原则,尽量避免切除过多的甲状腺组织。当然术中发现有恶性病变者要按根治术方式切除。

参 考 文 献

1.张传高,郭风云.桥本病误行手术12例分析.中国实用外科杂志,1996,16(11):692.
2.潘云龙,罗伯成.桥本病治疗39例分析.中国实用外科杂志,1998,18(1):34.

(收稿日期:2002-02-26)

·个案与短篇·

呼吸机辅助呼吸救治肺心病合并呼吸衰竭

唐文华*

自1997年1月至2001年1月我们采用经鼻(口)气管插管呼吸机支持呼吸救治肺心病合并呼吸衰竭17例,取得良好效果,成功率达88.2%。现总结如下。

一、资料与方法

1.临床资料:17例患者均为住急诊科患者,均符合1977年全国肺心病制定的标准,其中男13例,女4例,平均年龄(75.5±6)岁,平均病程(36±8.7)年。

2.方法:本组肺心病均在抗感染、平喘吸氧及对症处理等内科保守治疗基础上呼吸衰竭进行性加重,故采用经口或鼻气管插管后连续呼吸机辅助呼吸,选择容量控制,潮气量为380~640ml,呼吸频率12~20次/min,6~10L/min,根据血气分析调节呼吸机参数,插管时间2-45d,平均18.6d,其中1例于插管后2d行气管切开术。

3.结果

17例患者机械通气后,呼吸功能迅速改善,17例患者1例出现气压伤,经闭式引流后能继续呼吸机通气,5例通气过度,1例消化道出血,6例低血压,2例脱机困难,15例生存,2例死亡。

三、讨论

1.气管插管是抢救呼吸衰竭的重要手段,早插管能明显提高抢救成功率。当二氧化碳分压大于12kPa(90mmHg)经多种方法治疗无效时,即使神志清楚,亦可经鼻气管插管呼吸机支持,使病情好转。我们掌握的主要插管指征:(1)患者呼吸表浅不能保持足够有效的通气,二氧化碳分压明显升高,超过10.7kPa(80mmHg);或痰多不能排出阻塞气道造成严重缺氧及二氧化碳潴留,产生呼吸衰竭。(2)呼吸衰竭患者出现神志改变如神志恍惚、浅昏迷或昏迷者。

2.建立监护室,固定医护人员,进行24h监护,是抢救呼吸衰竭的关键。医护人员应对临床病情全面观察,尤其注意神志、紫绀、呼吸、血压、心律、尿量的变化;同时进行严密的呼吸监测,血气监测,心电监护及肝肾功能,消化功能等的全面监测,随时发现问题及时纠正,提高抢救的成功率。另外,插管当日或次日即下胃管,每日定时定量注入混合奶、流汁、菜汁、水果汁等,以维持足够的营养、电解质,让患者在相当长的时间内能维持较好的营养状态,为抢救提供宝贵的时机。

3.加强气管插管的护理,观察插管的深度。经鼻插管的深度,在鼻孔处大约26~27cm处固定好插管,防止滑动损伤气管粘膜,选用合适的牙垫;定时气囊放气,减少粘膜坏死。每日进行气道湿化,湿化液量为300~500ml/d,湿化标准以气管内吸出的痰为白色清亮,且痰液稀薄易吸出为湿化充分的标准。充分吸痰,保持气道通畅。每天按时进行口腔护理,保持口腔卫生、延长插管时间,为抢救呼吸衰竭提供最佳保证。

总之,机械通气是治疗各种原因所致呼吸衰竭的重要手段,能迅速纠正低氧血症及高碳酸血症,但应在血气改善,感染控制,痰量减少,咯痰有力,全身情况好转后即尽早撤机,以免产生呼吸机依赖。同时加强临床护理,防治并发症,以提高肺心病合并呼吸衰竭患者的抢救成功率。

(收稿日期:2002-04-01)

* 作者单位:252800 山东省高唐县人民医院急诊科