维普资讯 http://www.cqvip.com

术后留置止痛泵,由于要行半坐卧位以减少伤口牵拉疼痛和利于创口的引流,因此这位病人严格按此治疗体位72 h后仍处于嗜睡状态,待到腹部引流拔除后更换体位时发现骶尾部有一块8 cm ×8 cm的Ⅲ度褥疮,转入我科进行治疗时,创面深达骶尾骨的骨膜层。为病人清除液化的脂肪和腐肉时,由于她有正常的神经传导功能,所以非常痛苦,经过近半年的精心换药和全身支持疗法才痊愈。

6. 排尿功能减退:应用止痛泵后,由于对中枢神经系统的抑制作用也影响到排尿中枢对排尿行为的控制,病人往往有憋尿感,但却不能自行排尿,导致尿潴留需借助尿管排尿,反复插管还易造成泌尿系感染。

小结:经过上述临床观察,本文认为止痛泵为病人带来的益处值得肯定,它满足了现代人们追求舒适和高标准生活的需要,但其带来的副影响也绝不可忽视,而且止痛泵的价格比较贵480元~800元不等,药物内容也较多约100 ml,需72 h才能用尽。因此,建议是否可以将药物的容量缩小一半,使药物的止痛时间也相应缩短,所导致的副作用随之减少,价格更合理些,应用的范围就会更广,让止痛泵为病人带来更多的社会效益。

参 考 文 献

1. 江明性,杨藻震. 药理学,北京:人民卫生出版社,2000,6.

(收稿日期:2002-11-15)

气管食管异物取出术的麻醉处理

许 平* 张 军* 韩晓东* 张春红* 陈云峰*

气管、食管异物是常见急症之一,好发于儿童,对麻醉的要求有其特殊性。本文总结10年来7例典型病例手术的麻醉处理过程,并予以讨论,旨在为临床提供参考。

一、资料与方法

1.临床资料:本组7例,男6例,女1例。年龄3~9岁。时间跨度1991年至2001年。其中气管异物2例,食管异物5例。

2.术前情况:术前患儿呼吸困难并紫绀1例,禁食水均超过4 h。术前用阿托品0.3~0.5 mg肌注。

二、麻醉方法

1.乙醚开放吸入:1例,男,3岁。以渐进性呼吸困难3 d收住院。胸透示右肺不张。有吞食花生米病史。拟行右支气管异物取出术,入室前水化氯醛15 ml直肠给予,入室后开放静脉,HR、SpO_2监测。以5 ml安氟醚先行开放吸入,患儿充分镇静后,以乙醚开放吸入,待患儿四肢肌张力完全消失后,实施异物取出术。

2.R-OH复合麻醉:4例,均为食管异物:其中1例为1角硬币,1例为自行车垫圈,2例为游戏机币。麻醉诱导以氯胺酮6 mg/kg肌注,开放静脉,HR、SpO_2监测,吸氧。以R-OH 100 mg/kg,氟芬合剂(芬太尼4μg/kg)静脉缓注加深麻醉。待咬肌松弛后,置入喉镜,以2%利多卡因行口腔表面麻醉(及时吸残留药液),再行食管异物取出术。

3.异丙酚复合麻醉:1例,气管异物(曲别针),麻醉诱导以氯胺酮6 mg/kg肌注,开放静脉,HR、SpO_2监测,吸氧。以氟芬合剂(芬太尼4μg/kg),异丙酚3 mg/kg,静脉给予。待咬肌松弛后,置入喉镜行口腔粘膜麻醉后,行气管异物取出术。

三、监护

1.本组患儿在术中动态监测HR、SpO_2,均要求维持在正常范围内,如有变化,必要时暂停手术,充分给氧,术中予地塞米松0.2 mg/kg静脉滴注,保留自由呼吸及实施高频通气。术后24 h随诊。

四、讨论

1.气管、食管异物取出术对麻醉的要求较为特殊,即要求咬肌和咽部肌群充分松弛,咽反射消失,术中完全镇静,还要保证足够而确定的气体交换,同时,在术毕要迅速恢复气道保护性反射和吞咽反射。我院10年间对这类手术有三种代表性的麻醉方法,其特点在于:(1)乙醚麻醉:该方法在当时的条件下,是唯一的能提供咬肌松施,保留自主呼吸的方法,为了避免乙醚异味性刺激,先行用安氟醚诱导麻醉是可取的。缺点是麻醉维持存在许多的问题,分泌物也多,目前这一方法早已被淘汰。(2)R-OH复合麻醉:R-OH具有能提供生理性睡眠,降低咽喉部应激反应,咬肌松弛满意的特点。配合表面麻醉,是目前较为理想的麻醉方法[7]、缺点是术后的苏醒较慢,需加强护理。(3)异丙酚复合麻醉:该方法睡眠深入,苏醒迅速,咬肌松弛也很好,对呼吸的干扰轻微,术后很少有躁动情况[2]。

2.这类手术对咽部及气管刺激性很大,要求麻醉药在操作前给入,达到较深麻醉程度。对循环、呼吸功能管理要求较高。在RH变化大于20%基础值,SpO_2小于80%时,就要给予必要的处理,暂停手术,辅助呼吸等,以切实改善缺氧状态。HR、SpO_2常规监护,便于及时发现问题,是保证安全的必要措施。同时,机械性的刺激可造成局部性水肿,地塞米松可有效预防

* 作者单位:024076 内蒙古赤峰市平庄煤业集团总医院麻醉科

维普资讯 http://www.cqvip.com

术后水肿的发生，应常规给予[3]。及时吸出、吸尽气管、口腔的分泌物，也是保证手术安全的重要措施。

3.目前认为异丙酚是较为理想的静脉麻醉药物，具有起效迅速，睡眠深入，作用确实，术毕迅速恢复吞咽反射等特点，且生理扰乱少，恶心、呕吐发生率低，复合应用显示出很多优越性[2]。

参 考 文 献

1.张春红，张 军.神经外科手术应用R-OH复合麻醉的初步体会.见《综合临床医学》.北京：中国环境科学出版社，1999.829.

2. 黄宇光，罗爱伦，主编. 21世纪医师丛书麻醉分册.第一版.北京：中国协和医科大学出版社，2000. 68－75.

3. 赵淑华，王素锦. 支持喉镜下声带息肉切除术的麻醉体会.华北煤碳医学院学报，2000，2:46－47.

（收稿日期:2002－11－18）

做好术前准备减少骨科急诊术后医疗纠纷的体会

林 立* 裴国献* 顾立强* 林昂如* 陈国奋* 王 钢* 金明新* 陈 滨*

手术时，做好术前准备，搞好术前谈话及签字，早已成为我们日常诊疗工作常规。但近年来随着社会主义市场经济体制的逐步建立和完善、患者法律意识的普遍增强、部分新闻媒体不客观的报道、极少数医务人员服务观念淡薄、措施不到位等，衍生了一些医患相互间的矛盾，部分进而演变成医疗纠纷和官司。据统计，近几年来我国医疗纠纷每年以10％的速度递增，而外科领域发生的医疗纠纷，约占整个医疗纠纷的56.2％～67.1％[1]，其中骨科领域急诊手术发生的医疗纠纷占了相当大的比例。正确认识骨科急诊手术的特点，仔细分析产生医疗纠纷的原因，提出并采取相应的解决措施，为降低医疗纠纷的发生，同时为拓宽本单位医疗市场，扩大病人收容量，都有着十分重要的意义。

我院地处交通要道，创伤骨科是全军创伤骨科中心，曾成功完成亚洲首2例异体手移植手术并在社会上引起广泛影响[2]。科室有70张床位，每年收治病人约1000名左右，收治范围包括四肢骨关节及骨盆的严重创伤，特别是肢体的多发性骨折或还伴有的软组织损伤等，急诊病人来自临近的周边地区。科室医生工作的特点是三多，即突发病人多、重症多、非正常工作时间入院就诊多。近五年来，全年平均有急诊病人800名左右，其中需急诊手术的病人约450名，特别是部分病人需急诊住院手术治疗。而病人的急诊收治和手术本身又有一定的特点：手术本身风险大、危重和濒临死亡者相对较多；应急状态下、术前准备时间短、部分病人病情复杂、诊断需在手术过程中逐步得到确诊；病人各种隐匿性、不确定性及不可预测因素多；部分灾害性因素，如大型车祸而导致的成批伤员救治，短时间内可能超过科室的急救能力等等。这些均给科室正常工作增加了一定的难度，同时也给如何开展术前谈话，避免医患之间产生矛盾，增加了一定的难度。特别是部分急诊病人为求更好的治疗，由偏远的基层医院慕名转送而来，其强烈的就医心理、对医院技术的过高期盼与目前实际医疗技术水平之间存在的部分差异，极易使患者产生失落心理，此时如果部分医护人员出现工作缺陷，如说话态度方式不注意，护理治疗措施不及时，则易导致医疗纠纷的发生，甚至可严重干扰医院和科室正常的工作秩序。通过近年来的实践和总结，我们认为，应把做好充分的术前准备工作，特别是术前疾病的诊断和术前谈话，作为科室工作、特别是年轻医生提高医术水平和继续医学教育的一项重要内容，以减少医疗纠纷的发生，使医生们能腾出更多的时间和精力，从事其本职工作，更好地为患者服务。

一、术前应尽可能明确诊断，避免漏诊，特别是避免误诊

术前医生应详细询问病史，仔细检查，特别注意避免只注意患者局部情况的检查，而忽视全身生命体征的观察；只注重表面的检查，而忽视深层组织损伤的检查，如只注重对骨折损伤的检查和诊断，而忽视了对血管、神经及肌腱的检查；只重视四肢损伤的检查，而忽视其它脏器损伤的检查。对受伤机制复杂的多发伤、复合伤，如高处坠落伤及交通伤的初步诊断，凡是和临床体征不符合的，或怀疑有合并其它脏器损伤的，应注意找出可能的隐匿性损伤。本文建议在处理急诊病人时，凡是致伤因子复杂或损伤性质严重者，均可采用CRASHPLAN计划进行检查诊断[3]，即C代表心脏 cardiac；R代表呼吸 respiratory；A代表腹部 abdomen；S代表脊柱 spine；H代表头颅 head；P代表骨盆 pelvic；L代表四肢 limb；A代表血管 artery；N代表神经 nerve。避免因漏诊和误诊，而给患者造成的危害，这种伤害轻者影响患者的康复时间，增加患者住院费用，重者则可能造成残疾，甚至危及患者的生命。实践发现，通过采用CRASHPLAN（撞击计划）词汇，对骨科急诊住院患者行相关的序列理学检查，可缩短入院后初步诊断的时间，减少对患者无谓的重复检查，避免疾

* 作者单位：510515 广州市第一军医大学南方医院全军创伤骨科中心