维普资讯 http://www.cqvip.com

抢救成活。

由于帆状胎盘血管前置破裂出血极罕见，临床表现又与前置胎盘、胎盘早剥、阴道见红等较相似，在未充分检查下，极易误诊。本文例1因胎儿危急，术前未能给予充分的检查明确诊断、术后又未能仔细检查胎盘，及时诊断出胎儿宫迫的原因，致使新生儿未能及时补充血容量，失血性休克时间过长，延误抢救致死亡，教训深刻，值得深思。

（收稿：1998－08－10）

喉癌术后留置鼻饲管的失败原因与防治对策

潘 莺*

喉癌病人术后的鼻饲管通畅与否，对病人伤口愈合，机体康复有重要作用。我科开展喉癌手术32例，术后第二、三天发生鼻饲管滑出、堵塞5例。本文对鼻饲管在术后滑出堵塞的原因进行分析总结如下。

一、失败原因 1. 鼻饲管选择不当：有橡胶管和硅胶管之分。硅胶管轻而软，易打折，另外鼻饲管太细，也易打折或被食物堵塞。2. 插入长度掌握不当：插入太短，只到贲门口。鼻饲时操作稍不慎，鼻饲管极易滑出。插入太深，食物可直接进入十二指肠，可导致医源性倾倒综合症。鼻饲管亦可盘在胃中打折。3. 食物颗粒太粗：注入的食物颗粒太粗，易堵塞前端的小孔。或方法不当，注入食物后未及时用温开水冲洗而致管腔堵塞。4. 固定不牢：胶布粘性不好，或固定方法不当，病人在更换体位或鼻饲时，也易滑出。5. 剧烈咳嗽：喉癌病人术后都行气管切开，吸痰时，插管过深，刺激气管或气管内分泌物过多引起剧烈咳嗽，导致膈肌收缩。同时出现呕吐反射动作，使胃内压力上升而导致鼻饲管脱出。

二、防治对策 1. 选择合适的鼻饲管：应选择较粗的橡胶管，可在胃管的前段，再剪几个小孔或将原有的小孔剪大，使食物易通过不被堵塞。2. 掌握插入深度：成人一般插入长度50～55厘米。3. 鼻饲管的固定：固定一定要牢固，用胶布交叉固定在鼻梁部。胶布最好选用粘性好的布胶布。冬天可加热，增加胶布粘度。经常检查，发现松动，及时固定。4. 注意食物的性状：注入的食物必须呈流水状，不带有粗颗粒。饲毕：用温开水30～50毫升冲洗胃管，外口用无菌纱布包裹，并用止血钳夹固定于患者衣服上。5. 避免剧烈咳嗽：保持呼吸道通畅，及时吸痰。掌握正确有效的吸痰方法。吸痰管不宜插入过深，深度以不能顺利下插为止。动作应轻柔，采用边退边旋转的方法。配用雾化吸入，每日二次，以化痰止咳，避免剧烈咳嗽。

（收稿：1998－06－02）

* 作者单位：310004 杭州市解放军475医院

甲亢病人的围手术期处理

楚振民* 金锡尊**

甲状腺机能亢进症（甲亢）的外科治疗虽属常见手术，但引起医疗纠纷或疗效不好的仍不少见。今就有关问题谈些看法。

一、术前准备：甲亢的诊断比较容易，如果一经确诊，一定要做好门诊的术前准备工作，卢戈氏碘液是一项基本的术前准备治疗，切不可放任病人自服，必须说明服碘的必要性和危险性。入院后观察病人的基础代谢是否下降，一般可以三项指征综合观察。①病人的精神情绪安定，临床症状改善，体重增加。②观察病人的三测表，每日体温、脉搏、呼吸（每日至少测定两次）

* 作者单位：155700 黑龙江省铁河果红旗岭农场职工医院
** 佳木斯医学院附属第一医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

曲线波动的幅度缩小，逐渐向红线集中，说明症状已得到控制。③凌晨测量病人血压、脉率，计算基础代谢率，简便易行，常用计算公式：基础代谢率＝（脉率＋脉压）－111。根据以上观察分析，可以得到正确结果。

二、甲亢的术前用药：①卢戈氏（Lugola）碘液的应用：开始用药前必须测定基础代谢率。服碘液后甲状腺新拿的胶体增多，症状得以控制，但碘的作用是暂时的。如果服碘液后6～12周，失去手术时机，约有半数病人重新出现甲亢症状。用药物或心得安作术前准备之前不宜先服碘液，但术前2周必须常规服碘液。甲亢病人服碘液作术前准备应视为常规的基本用药。碘液的常规服法，每日3次，每次自3滴开始，每日每次递增1滴，每日每次16滴为维持剂量。②心得安的应用：应严格掌握用药指征，对重症、心脏功能不全、老年的甲亢病人，不宜单独用心得安作术前准备。心得安能抑制心肌、减慢心率、减少左心排出量和降低心肌耗氧量，改善代谢过高的症状，但不涉及甲状腺吸碘功能，血中甲状腺素浓度并未降低，所以心得安不能代替卢戈氏碘液。大量服用心得安前要严格检查心脏功能，特别要注意有无潜在心功不全，以防发生心脏传导阻滞和心衰。

三、特殊类型甲亢的外科治疗：慢性非特异性甲状腺炎如淋巴细胞性甲状腺炎，桥本氏甲状腺炎都可合并甲亢症状。近年来随着免疫学的进展，诊断本病的发病率日渐增高，临床已不少见，细针抽吸细胞学检查阳性率可高达90%以上。非特异性甲状腺炎患者中约1/4的病人有程度不等的甲亢症状（有称功能亢进性甲状腺炎），症状明显的可以手术治疗，但切除腺体量与术后甲状腺功能低下有一定关系。没有癌变仅为纠正甲亢症状，无需行甲状腺全切除术，甲状腺大部切除可以纠正甲亢症状。远期甲状腺功能低下的发生率，亦可相应减少。

四、如何防止几种常见的手术并发症：①喉返神经损伤。喉返神经在气管与食管两侧沟内走行，因其常在甲状腺下动脉分支间穿过，当解剖甲状腺下动脉时，因牵拉或钳夹误伤喉返神经。分离甲状腺下动脉，先触摸颈总动脉的搏动，在其后侧可找到甲状腺下动脉，结扎甲状腺下动脉应紧靠颈总动脉，以防误伤血管。有主张术中将喉返神经解剖出来可以避免其误伤，但解剖喉返神经的过程就可能损伤它，故应慎重。②预防甲状旁腺损伤：甲状旁腺一般有两对，紧贴在甲状腺背面，上一对甲状旁腺多在甲状腺背面偏外侧，下一对甲状旁腺的位置不恒定，一般在甲状腺下极背面。腺体呈圆形或椭圆形，也可形状不规则，呈浅黄褐色，质软，用肉眼很难与脂肪组织或小结节区别，也是容易损伤的一种原因。因此，术中在腺体位置见到的小结节，宁可保留也不去掉。防止甲状旁腺的损伤，在切除甲状腺腺体时，要保持甲状腺后被膜的完整和血液供应。应在主干处结扎甲状腺下动脉，这样可保留与食管及气管的血管分支，提供甲状旁腺的血供。因甲状腺手术后的甲状旁腺功能低下约占0.5%左右，后果极为严重。③术后出血：术后立即发生的出血，都能自引流条排出，一般不致压迫呼吸道，拔除引流条后的出血，创腔内积血可压迫呼吸道，抢救不及时可窒息死亡。甲状腺上动脉的结扎线头滑脱是常见的出血原因，术后病人的躁动不安、剧烈呛咳也可引起创腔出血。在处理甲状腺上动脉时，应分别双重结扎甲状腺上动脉的前后分支，手术结束时要再检查一次线结及手术野。局麻病人可作咳嗽反射，可发现手术区有无出血。最后放置两条安全引流条，从甲状腺两侧沟内引出体外，勿扭曲，缝合切口时要给引流留有充分的引流通道，使创腔内不积血。床边置拆线的无菌器械，以便在紧急情况下拆除缝线，清除积血。

（收稿：1998－05－06）

63-64 空气栓塞 中心静脉置管 并发症 31

空气栓塞—罕见的中心静脉置管并发症

王兴贤* 黄信琪*

目前全胃肠外营养（TPN）已广泛应用于临床，并已成为治疗医学中的一个重要组成部分。但中心静脉

* 作者单位：650101 昆明医学院附属第二医院普外科