维普资讯 http://www.cqvip.com

未用胶布粘贴固定，造成轻易拔出。(3)医源性失误。本组第1例病例即为实习医师无经验而误将T管当做烟卷引流管拔出。(4)患者自身因素。本组第5例患者病情重、机体极度衰竭，术中见胆总管水肿明显，管壁较脆，T管勉强缝合固定。术后又伴低蛋白血症，加之持续咳嗽，致T管自行脱出。

2.经验与教训：在早期(2周以前)，以T管为中心组织窦道尚未完全形成，若胆汁溢出进入腹腔，势必造成严重后果。所以笔者认为要减少此现象发生，首先要抓好预防这一重要环节，加强医护人员的责任心，从医、护、患三方面共同努力，综合防范。其次要提高医务人员自身素质，避免纯医源性失误发生。再次，术中及术后均应采取牢固而妥善的固定措施，防止轻易滑脱。最后，术后对患者的营养与支持也是必不可少的。

如果已经生了拔除或脱出情况，笔者认为首先应采取简单而又有效的措施，即从原引流管口插入粗细适当的尿管或胃管，尽可能深入至胆总管附近。如插入后效果不理想，可在切口处拆1～2针缝线，用手指引导，将管插入腹腔，并严密观察病情变化，且不可抱侥幸心理置之不理。在插管前、后一旦出现剧烈腹痛及腹膜刺激症状并进行性加重时，应马上考虑二次手术(虽然较一次手术时难度为大)。当然对替代的插管和二次手术后T管的拔管时机应慎重掌握。

(收稿：1998－06－12)

204例甲状腺手术体会

王 实*

笔者在1986～1996年间共施甲状腺手术204例，术中在舌骨下肌群的处理、甲状腺下动脉的结扎、切口的缝合及引流上有自己的一些特点，将体会总结如下。

一、临床资料：1.一般资料：204例病人中男50例，女154例，平均年龄37岁。甲亢4例，甲状腺癌6例，结节性甲状腺肿24例，甲状腺腺瘤170例。2.手术方式：甲状腺癌切除并颈淋巴结清扫6例，双侧甲状腺次全切除32例，甲状腺侧叶切除94例，甲状腺腺瘤切除72例。3.麻醉：硬膜外麻醉16例，颈丛麻醉180例，针刺麻醉8例。4.手术情况：切断舌骨下肌群54例，不切断舌骨下肌群的150例。术中先找到喉返神经再远离甲状腺下极结扎甲状腺下动脉者30例，不显露喉返神经靠近甲状腺下极边游离腺体边结扎甲状腺下血管者174例。切口用三角针缝合74例，用小圆针缝合80例、皮内连续缝合50例。切口皮片引流84例，皮管接负压球引流26例，半皮管引流94例，引流物旁缝线暂不打结(接负压球者除外)，引流拔除后打结使皮肤合拢。甲状腺上动脉、中静脉的结扎及腺体切除按常规操作。

二、结果：204例均治愈出院，无呛咳、声嘶等神经损伤症状，牙出血、感染等并发症。除二例皮片引流去除后自引流口少量渗液1～2周外，其它切口均Ⅰ/甲愈合。

三、讨论：1.切断舌骨下肌群是为了暴露好腺体，以利于操作，但舌骨下肌群重新缝合联接以后在皮下形成疤痕硬结影响颈部外形。通过实践我们认为对甲状腺侧叶切除、腺瘤摘除术可以不中断舌骨下肌群，颈深丛麻醉不够满意的可在术中加用局麻使肌肉松驰，用拉钩向两边牵开肌肉同样可以达到良好暴露腺体的目的。在150例不切断舌骨下肌群的病例中处理上下极血管及切除腺体并未感到困难和不便，也节约了手术时间，术后皮肤切口平整，颈部外形自然无隆起，触摸平滑无硬结。2.术中是否显露喉返神经各家看法不一，过去一般理论认为应远离甲状腺下级结扎切断甲状腺下动脉，以免损伤喉返神经。我们没有按此方法结扎切断甲状腺下动脉主干，采取了紧贴甲状腺下极边游离腺体边结扎血管的方法，也不有意识去寻找暴露出喉返神经，174例中无一例神经损伤，我们体会这样做的理由有①喉返神经虽然在甲状腺下极背面走行，但总是在甲状腺包膜外，只要在明视下小心分离，一般不会伤及。②有意去寻找喉返神经反而增加了损伤的机会，误钳误夹及术后粘连挤压都可引起声嘶症状。③远离腺体切断下动脉主干后，切除腺体时仍要游离下极并结扎血管及注意喉返神经，如此徒然增加手术时间，不如一次性边游离下极边处理血管省时省事。3.由于甲状腺手术切口在颈前部位，年青的女性

* 作者单位：221000 江苏省徐州医学院校医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

患者对切口有更多的美观要求。个别疤痕体质患者除切口红肿外，每一缝针处也形成一圆形瘢痕疙瘩，非疤痕体质者也常可见到切口两旁两排白色点状缝针瘢痕，这与三角皮肤缝针损伤较大有关。我们用小圆针缝合年青女病人皮肤并不费力，术后疤痕不明显、有的采用皮内连续缝合更减少了皮肤的损伤。另外，引流物拔除后，皮肤常不能自然对合，以致留下一个小疤痕，我们采取引流物处皮肤缝合暂不打结，去除引流后再打结使得皮肤切口愈合更加完善，这几种方法都值得提倡。

（收稿：1998－09－10）

谈医学领域中的伦理道德

张美玲*

随着医学模式的转变和人们对健康需求的变化，以医患关系为轴心的传统医德在实践中日益被突破、深入研究预防医学领域中的伦理道德，已成为历史发展的必然趋势。身为医务人员中的预防保健工作者，除了具备一般医务人员救死扶伤人道主义精神外，还必须有“对健康人负责”的高度责任感和事业心。预保工作者要有很好地完成时代赋予我们的任务。除了具备有扎实的专业知识和技能外，还必须具备高尚的医学伦理道德，深入了解工作对象的心理特点，树立对人民负责的道德责任感、主动热情地为保障人民健康尽职尽责。

预防保健人员所从事的是计划免疫、传染病、地方病管理、卫生监督监测、妇幼保健等工作，肩负着初级卫生保健的重任。他们的伦理道德水准与“2000年人人享有卫生保健”目标的实现有着直接的关系。

一、医德的体现及义务：人们对社会履行义务的道德责任感和自我评价能力，是个人意识中各种道德心理因素的有机结合。道德责任感在人们的深切地体验和认识到自己对社会的义务时才能产生和形成，而道德义德靠人们对道德要求发自内心的体验和认识，形成一种强烈的内心信念和道德责任感来维系，是一种自觉自愿的行为。预防保健工作面向的是基层，远离单位，领导难以考察，而预保工作的质量往往只能定性不能定量，工作的成效不能即时体现，甚至要在若干年后才能体出来，如计划免疫，就需要预保人员深入到地段居委会了解人口变动情况和预防接种情况，而计划免疫的效果却要在几年后通过有关传染病发病率的消长变化才能反映出来。这就需要计免人员应具有高度的责任感，在没有领导在场和任何约束的情况下，把工作视为自己对社会应承担的使命、职责和任务，自觉认真地做好。预保工作俗称“良心工作”，如愿意去干，一年忙到头干不完，反之整日无所事事也不会出什么危险，不象临床上，病人如未得到及时抢救治疗便会贻误病机，危及生命。我们在计划免疫工作中，经常遇到个别接种对象，反复通知好几次仍不来院进行预防接种的情况。由于对整个地段保健的接种率，“四苗”覆盖率达标要求95%以上，故要求预保人员深入家访，了解情况及时给予补种，尽可能不留下免疫空白。

二、正确对待荣誉与利益：临床医生治好一个病人会得到病人及家属的感谢，尽管他们也很清苦，但在心灵上却能得到一种安慰和满足。然而预保工作的对象是群体，是从预防的角度出发的。一般来说工作的成效往往不被服务对象所感受，由于目前一些群众还不能意识到疾病的减少，健康水平的提高是预防保健的功劳而去感谢预防保健医生，并且由于对预防保健的认识不足，社会上对预防保健工作的理解支持还不够。预防保健工作的社会效益是与预防保健人员的辛苦程度成正比的。预保工作面向基层，比较辛苦，而预保人员的工资、奖金也许较同级的工作人员少些，如果计较这些问题，势必会影响工作的积极性。同时预保人员必须做到胸怀坦荡、豁达，保持欣慰感和遵严感，不必企望事后的享受和报偿，正确处理好个人利益与社会利益的关系。任劳任怨，甘当无名英雄，而不计较个人得失，应保持旺盛的精力，积极投入到预防保健工作之中。

（收稿：1998－10－14）

* 作者单位：550002 贵阳市贵州省人民医院预保科