

肺部手术后康复锻炼的四大核心

□慕 腾

手术切除是治疗早期肺癌及肺部良性疾病的重要方法。随着微创技术的发展和日渐普及,微创肺叶切除、肺段切除、肺楔形切除已经成为常规术式。微创手术的特点是疼痛轻,恢复快,切口美观。一般情况下,肺叶切除术后住院天数通常为3天~5天,肺段切除及肺楔形切除术后住院天数通常为2天~3天。很多患者及家属都认为这样的恢复速度不可思议,但大量的事实已经证明,通过主动的康复锻炼,完全可以达到这样的恢复速度。那么,肺部手术后到底要配合什么样的康复锻炼呢?经过长期实践,总结出肺切除术后康复锻炼的四大核心内容,即主动咳嗽、主动活动、控制饮食、克服疼痛。

核心一:主动咳嗽。主动咳嗽是指患者在没有想要咳嗽的感觉时进行刻意地咳嗽。主动咳嗽是术后康复锻炼首要核心,恢复得快慢,胸腔引流管拔除得早晚在很大程度上取决于咳嗽锻炼的好坏。主动咳嗽可以给患者带来以下好处:

1.排痰,预防肺部感染。手术时要求肺部塌陷,这样才能为手术的操作创造空间。肺部塌陷以后,小气道分泌的痰液无法排出。此外,肺部切除手术本身就会导致患者产生红色血性痰液。这些痰液如果集聚在肺内,会导致患者发热以及肺部感染。如果集聚在大气道内,会导致患者胸闷、呼吸困难。这些情况一旦出

现,会增加抗生素用量,甚至需要应用全身麻醉气管镜进行吸痰,或气管插管呼吸机辅助呼吸等创伤较大的治疗手段。患者花钱多,还受罪,甚至部分患者会因为肺部严重感染或呼吸衰竭而导致死亡。坚持主动咳嗽,可以逐渐咳出痰液,保持气道内及肺内干净、通畅,促进患者快速康复。

2.膨肺,排出胸腔液气。肺切除术后,手术创面肯定会渗出少量血性液体,切割后的肺组织也往往会有一段漏气时间。因此,手术以后患者胸腔内肯定会出现液体及气体积存。为了引流,出多余的液体和气体,医生会在手术时放置胸腔引流管。但是,这些多余的液体和气体并不会自动从胸腔引流管中排出,需要借助咳嗽的力量把肺膨胀起来,把多余的液体及气体通过胸腔管挤压出来。胸腔管是一个单向通道,气体和液体只能从胸腔内出来而不能反过来进入胸腔。因此,咳嗽可以让胸腔内的液体及气体越来越少。当咳嗽时不再有气体排出,24小时胸腔液体引流量小于300毫升时就可以考虑拔掉胸腔引流管,患者也就接近了出院的标准。

那么,术后具体该如何进行咳嗽呢?一般来讲,除了吃饭、睡觉的时间以外,要求患者每30分钟咳嗽20次~30次,咳嗽的力度要达到胸腔管水柱明显波动程度。但是,要尽量避免连续剧烈急促地咳嗽,以避免发生气道痉

挛而导致呼吸困难。

核心二:主动活动。主动活动是指术后主动地在病床上活动或下地活动。术后主动活动可以恢复人体直立状态,促进肺内血流和氧气正常分布,同时可依靠重力作用排出胸腔内液体。除此以外,主动活动的另外一项重要作用是降低急性肺动脉栓塞的发生风险。人体血液系统存在凝血和抗凝这两套系统,两套系统的功能平衡是维持人体血液在血管内流动状态的重要前提。平衡一旦被打破,人体就会表现为疾病状态。若抗凝系统强于凝血系统,人体就会表现为出血。若凝血系统强于抗凝系统,人体就会表现为血栓。手术、麻醉、高龄、肥胖、恶性肿瘤、疼痛、制动(肌肉不活动)等因素均会导致凝血系统过强而增加血栓风险。血栓最容易形成部位为下肢深静脉。下肢深静脉血栓形成后,患者会表现为单侧下肢肿胀、酸痛等。下肢深静脉血栓脱落后会随着血液循环进入肺动脉而造成肺动脉栓塞。患者会表现为严重胸闷、吸氧难以纠正的低氧血症,严重者可导致患者突然死亡,根本来不及抢救。主动活动可以通过肌肉收缩及舒张功能促进下肢及全身血液循环,而血液流动起来以后,血栓的风险就自然下降了。这个道理类似于古语所说的“流水不腐,户枢不蠹”。

那么,术后该如何进行活动呢?术后当日,一般不能下床,这

时要在病床上伸腿、蜷腿、伸脚、勾脚等。术后第一天,患者就要下地活动,这时一定要克服疼痛,克服胸管、胸腔、输液等带来的不便,坚持每天活动。具体活动强度要以每个患者的体力恢复状况而定,体力恢复较好,无头晕、恶心、胸闷等症状者可以多活动,反之可以适当减少活动。

核心三:控制饮食。控制饮食是指肺切除手术前后的饮食调整及控制。通常来讲,肺部手术不涉及胃肠道,相较于胃肠道而言对饮食的影响较小。但肺部手术属于全身麻醉手术,麻醉药物可导致胃肠道功能麻痹。另外,部分患者会出现胸导管或小淋巴管损伤。因此,肺部手术后仍有一些需要特别注意的问题。术前一日可以正常进食三餐。术前晚上12时至术后凌晨6小时内,患者要严格禁食、禁水。当日手术结束6小时后,可适当饮用温开水。术后第一日可进食清淡流质饮食或半流质饮食。此时,患者尚未排气排便,胃肠道功能尚未完全恢复,一定要以易消化饮食为主,可选择流质或半流质碳水化合物类食物,比如果汁、小米粥、大米粥、面汤、面条、豆腐脑等。术后第一日还应注意清淡饮食,避免摄入高脂肪含量食物,比如油条、肥肉、羊肉汤、鸡汤、排骨汤等。控制脂肪摄入的目的主要是减少乳糜胸的风险。手术第二天以后,可逐渐增加蛋白类、脂肪类食物,无须等待排气排便,但要

注意勿暴饮暴食。

核心四:克服疼痛。肺部手术的疼痛主要来自切口和胸腔管,相较于其他手术,肺部手术后的疼痛较重。疼痛除了可以直接导致生理损害外,还可以引起继发性情绪反应,影响咳嗽、活动、饮食、睡眠等。这些继发反应将会严重影响术后康复进程。为了促进患者康复,通常情况下会通过多种方法减轻患者疼痛。麻醉医师会为患者配制镇痛泵,外科医师也会通过口服、外用、肌注、静脉输液等多种途径进行镇痛。患者及家属往往会因为担心影响切口愈合而拒绝镇痛药物。需要指出的是,在常规剂量下,镇痛药物并不会引起严重的副作用,也没有证据证明会影响切口愈合。当疼痛影响到了咳嗽、活动、饮食或睡眠时,建议为患者增加镇痛药物。需要注意的是,以目前医疗水平,无论增加多少镇痛药物都很难达到无痛程度。因此,要教患者学会克服轻度疼痛,坚持咳嗽、活动,争取早期拔掉胸管。胸管拔掉了,疼痛自然明显减轻。此为良性循环。反之,将陷入疼痛—不锻炼—不能拔除胸腔管—持续疼痛的恶性循环。

综上所述,主动咳嗽、主动活动、控制饮食、克服疼痛是肺切除术后康复锻炼的四大核心内容。实践此四大核心,加强康复锻炼,可促进肺手术患者的快速康复。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

利巴韦林又称三氮唑核苷,为合成的核苷类抗病毒药物,国内常称为“病毒唑”,体外试验对呼吸道合胞病毒具有选择性抑制作用。国内除早期开发的片剂和注射剂以外,现已增加到十几种剂型,并列入国家医保甲类药品。或许是“病毒唑”这个名字让很多人把它当成了治疗病毒感染的万能药,很多人在药店随便能买到利巴韦林,拿它来治普通感冒、流行性感冒。

这到底对不对呢?利巴韦林还有哪些认识误区呢?

误区一:利巴韦林用于治疗普通感冒

很多人认为,利巴韦林是广谱抗病毒药,感冒大多由病毒引起,因此把利巴韦林作为抗感冒常用药。

想要纠正这个误区,得先用一句话,说说病毒小知识:普通感冒的病原学以鼻病毒最常见(30%~50%),其次为冠状病毒(10%~15%)、呼吸道合胞病毒(5%)、副流感病毒(5%)、腺病毒(<5%)和肠道病毒(<5%)等。

利巴韦林注射液说明书在适应证方面明确指出是“用于呼吸道合胞病毒引起的肺炎和支气管炎”,利巴韦林片剂和颗粒剂型的说明书在适应证方面比注射液多写一句,可用于“皮肤疱疹病毒感染”,均没有讲可以用于普通感冒。注意事项方面均特别强调“不宜用于未经实验室确诊为呼吸道合胞病毒感染的患者”。《中国药典临床用药须知(2015年版)》也是如此强调。换句话说,利巴韦林主要是用于治疗呼吸道合胞病毒引起的支气管炎和肺炎,不是普通感冒;利巴韦林并不是真的所谓的广谱抗病毒药物(体外试验可算是广谱,但用到人体内时目前无证据是广谱),病毒种类繁多,而它只是主要用于治疗呼吸道合胞病毒感染,且该病毒并不是普通感冒的最常见病毒。如果未经实验室确诊为呼吸道合胞病毒感染以及不是呼吸道合胞病毒感染者,而应用利巴韦林治疗一般属于超说明书用药。

《普通感冒规范诊治的专家共识》和《特殊人群普通感冒规范用药的专家共识(2015年版)》均认为,“普通感冒为自限性疾病,以对症治疗为主,无须使用抗病毒药物治疗,过度使用抗病毒药物有明显增加相关不良反应的风险”。没有推荐使用利巴韦林。

在国外,利巴韦林只有雾化吸入和口服两种剂型。其中雾化剂型国外食品药品监督管理局只批准它用于治疗呼吸道合胞病毒引起的重度下呼吸道感染,尤其是早产儿、有肺部基础疾病的住院病人的感染。而口服剂型国外食品药品监督管理局只批准它与干扰素联合使用治疗慢性丙型肝炎,单独使用都不管用。

总之,普通感冒不建议应用抗病毒药物,如果要用的,既不首选也不推荐使用利巴韦林。

误区二:利巴韦林用于治疗流行性感冒

流行性感冒是由流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病。《合理应用抗流行性感冒病毒药物治疗流行性感冒专家共识(2016年版)》中写到“体外实验显示利巴韦林具有抗流感病毒作用,但由于利巴韦林的严重不良反应,临床关于利巴韦林治疗流感的研究资料较少,且现有的多数研究显示利巴韦林治疗流感疗效不确切”。

《合理应用抗流行性感冒病毒药物治疗流行性感冒专家共识(2016年版)》《儿童流感诊断与治疗专家共识(2015年版)》《流行性感冒诊疗方案(2018年版)》均推荐的抗流感病毒药物有神经氨酸酶抑制剂(奥司他韦、扎那米韦、帕拉米韦)和M2离子通道阻滞剂(金刚烷胺和金刚乙烷),并无利巴韦林。因此,不推荐利巴韦林用于流行性感冒。

误区三:儿童感冒可以应用利巴韦林治疗

因为利巴韦林对正常细胞也有损害,世界卫生组织和国外食品药品监督管理局均严格限制了利巴韦林在儿童患者身上的使用。而在我国,儿童过度使用的现象较多见。但因其产生的不良反应复杂多样,故不应推荐用于儿童。对于很多像感冒等只要不出现并发症就能自己好的自限性疾病,通常没必要使用利巴韦林。

因局部和口服用药所致药品不良反应发生率明显低于注射剂型,故应尽量避免使用注射剂,且选择药品说明书中有儿童用法用量的制剂。避免长期使用,因其可能导致生长迟缓,国外要求需监测儿童生长,每3个月需要检查甲状腺功能。

误区四:采用利巴韦林注射剂雾化吸入

《雾化吸入疗法在呼吸疾病中的应用专家共识(2016年版)》列举的儿童呼吸道感染疾病的雾化治疗方案无利巴韦林。该共识和《雾化吸入疗法合理用药专家共识(2019年版)》指出,静脉制剂中含常有防腐剂如酚、亚硝酸盐等,吸入后可诱发哮喘发作;非雾化制剂的药物无法达到雾化颗粒要求,无法通过呼吸道清除,可能在肺部沉积,从而增加肺部感染的发生率,不推荐雾化使用。

非雾化制剂雾化吸入属于超说明书用药,利巴韦林注射剂雾化风险较大,不推荐雾化吸入。

误区五:利巴韦林副作用不大

实际上,利巴韦林的副作用比较大。世界卫生组织药品不良反应数据库中,有关利巴韦林的不良反应报告共8600余例(截至2006年),涉及不良反应26000余例次(1例出现多种不良反应);不良反应表现有胎儿异常、畸形、肿瘤、溶血性贫血等。

1988年至2006年5月,我国药品不良反应监测中心病例报告数据库中,有关利巴韦林的病例报告共1315例,主要表现为皮疹等皮肤损害,恶心、呕吐等胃肠道反应,过敏反应等,其中不良反应表现为溶血性贫血的有11例;未收到致畸、致癌的相关病例报告。

2006年,国家药品不良反应信息通报(第11期)就曾警示利巴韦林的安全性问题,其最主要的毒性是溶血性贫血,在口服治疗后最初1周~2周内可能出现血血红蛋白下降、红细胞下降、白细胞下降,其中约10%的病人可伴随心、肺方面的副作用。

国家药监局认为,鉴于利巴韦林临床应用广泛,使用量较大,提醒相关专业人员对其生殖毒性和溶血性贫血等安全性问题予以关注。

生殖毒性也是其最严重的不良反应之一。有大量研究表明,在暴露于利巴韦林的所有种属的动物中均已证实,利巴韦林有明显的致畸和(或)杀胚胎的毒性作用。已经发现的畸形有颅、腭、眼、四肢、颌、骨骼及胃肠道畸形,其发生率和严重程度随剂量的增加而增加,胎儿和子代的存活率降低。利巴韦林还可导致睾丸毒性。国外食品药品监督管理局对利巴韦林有严重警告,要求药厂用粗体黑字标明利巴韦林对胎儿有致畸性。

利巴韦林在国外食品药品监督管理局妊娠用药分级中属于孕妇禁用,在所有动物实验中,有充分的资料显示它有明显的致畸作用和(或)胚胎影响。

在应用利巴韦林治疗开始前、治疗期间和停药后至少6个月,男性和女性均应避孕。不推荐哺乳期妇女使用利巴韦林,必须用药时需暂停哺乳,乳汁也应丢弃。

总 结

由于利巴韦林存在用药安全风险,根据现有的临床证据以及临床治疗专家共识,不推荐利巴韦林用于普通感冒和流行性感冒。应严格按药品说明书和权威指南合理应用利巴韦林,选对适应证和用法,杜绝有禁忌证用药。

利巴韦林注射剂不推荐雾化吸入,如需雾化应使用雾化剂型。如果使用利巴韦林出现任何不适症状,应立即停药并给予相应治疗。

利巴韦林注射液适用于呼吸道合胞病毒引起的病毒性肺炎与支气管炎,皮肤疱疹病毒感染。

(河南中医药大学葛金华供稿)

利巴韦林应用的五大误区

□葛金华

王俊:诊断精神疾病需要丰富的临床经验

□王 婷 席 娜

从一度对自己的职业“没底气、有点说不出口”,到感慨“这是个与心灵打交道神圣职业,面对的患者群体善良、单纯”,郑州市第八人民医院(以下简称郑州市八院)副主任医师王俊的从医感受发生了巨大转变。

工龄近30年,王俊有过郑州市八院所有病区的轮转经历,相比“雷厉风行”的处事风格,王俊更倾向于“和风细雨”,丰富的阅历和实战经验让他深刻体会到:只要以“细心、用心、贴心”去对待患者,一切问题都能迎刃而解。

内心情感体验是诊疗关键

精神科不像综合医院的科室,借助各种仪器设备就能快速诊断病灶,得出结论,而精神疾病是看不见摸不着的,要想明确诊断,必须依靠大夫丰富的临床经验。“半个小时的问诊,虽然内容涉及方方面面,但表面上谈的还是一般信息,大夫要做的是透过表象洞悉患者内心深处思维及情感体验。”王俊说。

曾经在二病区的时候,王俊

接诊过一个恐惧症患者,临床治愈多年后仍与王俊保持着联系,每次来复查都要和王俊唠唠家常、聊聊天事。

当时,患者徐先生来到王俊的诊室,戴着口罩,特别紧张的样子,家属也刻意地与他保持着一定距离。

经询问得知,几年前,徐先生在一次工作中同一名艾滋病患者握了手,当时的他并不知情,后来听人提起才知道。结果从那以后,徐先生总觉得哪里都有细菌,生怕染上疾病,处处小心翼翼。他每天都戴着口罩,不管是哪里的门,在开关门时必须在门把手上垫上纸巾。签字时只用自己的笔,除了笔尖以外,肢体的任何部位都不与桌子接触。在家里也是一样,他不让任何人动自己的东西,一旦谁不小心动了便立即扔掉。

经诊断,徐先生患了恐惧症。经药物治疗半个月后,徐先生的症状有所减轻;通过心理治疗配合艾滋病知识科普,徐先生逐渐扭转了错误观念,并在治疗1个月出院,重新回到了工作

岗位上。

王俊说,恐惧症的发病率还是比较高的,是一种以过分和不合理地惧怕外界某种客观事物或处境为主要表现的神经症,此病发作时常伴有明显的焦虑、自主神经紊乱和回避反应。此病分为广场恐惧症、社交恐惧症和特定恐惧症三种类型。徐先生所患的属于特定恐惧症中的一种,发病原因常与患者的性格、成长经历及生活习惯有关。对于特定恐惧症的治疗,应采取持续的、有层次的暴露训练;另外还应结合认知疗法、社交技能训练等。

“火眼金睛”洞察隐藏躯体疾病

在了解患者基本信息的前提下明确诊断,已算不易,而相比开放病区,八病区则充满了更大的挑战。王俊说,这里的患者大多没有姓名、住址、工作单位,生活轨迹、病史资料也不得而知,更不清楚是否有躯体疾病及传染性疾病。这就给医生诊断和管理带来极大难度。

有一次,警察送来了一名

40多岁的男子,刚来的时候胡言乱语,神情紧张,嘴里念念有词,说有人要害他。经诊断,王俊发现该患者的精神症状多变,没有定数。就拿他的幻觉症状来说,一会儿说墙上有人,一会儿又说墙上有狮子、蜘蛛、魔鬼。问他是什么人要害他,他却说不出固定的人。

出于职业的敏感,王俊感觉这个病例没那么简单,他决定先给予患者对症治疗,同时进一步观察。3天后,反常的一幕发生了,患者出现大小便失禁。按理说,这样的情况不应该在精神疾病里出现。因此,王俊推断男子有躯体疾病的可能。于是科室立即上报院方,联系其他综合医院协助诊断,同时想办法寻找患

者家属。

在综合医院检查发现,男子肺部有一个肿瘤,且已经发生脑转移,这正是引发其幻觉、妄想“元凶”。事不宜迟,转院后,男子及时接受治疗,避免了更为严重的后果。

王俊说,因躯体疾病引发的精神症状,临床上并不少见,尤其以癫痫、肾病、恶性肿瘤居多。其中,肺部肿瘤出现脑转移,会造成患者头痛、呕吐、视觉障碍、精神异常等症状,严重的会危及生命。在王俊看来,每一名肿瘤患者都有不同程度的焦虑、抑郁情绪,因此对于肿瘤患者来说,不光要进行对症治疗,心理干预同样重要。



协办: 郑州市精神卫生中心 郑州市第八人民医院
疫情防控心理援助热线 (0371) 55622625

胆囊炎的介入治疗

□任克伟 韩新巍

叩击痛,但无反跳痛。胆囊炎急性发作时,白细胞计数轻度增高,中性粒细胞增多。此外,引流胆汁中黏液增多,白细胞堆积,细菌培养或者寄生虫检查阳性,对诊断帮助很大。

腹部胀痛不适,查找原因进行影像检查,首选为超声检查,如发现胆囊结石,胆囊壁增厚、缩小或变形,对诊断慢性胆囊炎有意义。若发现胆囊肿大、壁厚、腔内胆汁黏稠等可诊断为急性胆囊炎。除此之外,腹部平片发现胆囊区钙化,胆囊阴影增大,胆囊壁钙化斑,胆囊腔内气液平面等具有诊断意义。

胆囊炎的治疗

包括一般日常生活的节制和规律。临床上常见药物治疗包括阿托品肌肉注射,硝酸甘油舌下含化、哌替啶(度冷丁)可联合氨苄西林、克林霉素和氨基甾类使用。除此之外还可服用50%硫酸镁、去氢胆酸片等利胆药物。

外科教材指出“急性结石性

胆囊炎最终要手术治疗,原则上应争取择期手术”,非结石性胆囊炎“易坏疽穿孔”,一旦诊断,应及时手术治疗”。在临床上,部分患者因高龄、合并症多、存在手术或麻醉禁忌以及高风险因素,患者及家属拒绝急诊进行外科手术治疗。此时,部分患者生命体征不稳定,暂时不能耐受手术,可先进行胆囊造瘘、减压,待感染控制、生命体征平稳后,择期再行外科手术治疗。DSA(数字减影血管造影)引导下经皮经肝胆囊穿刺置管引流术在局部麻醉下进行,手术过程相对简单,成功置管后可迅速降低胆系压力,充分引流

出感染胆汁,缓解症状、改善生命体征。手术时需注意:

1.为尽可能降低胆汁外漏的风险,穿刺途径尽量采用经皮经肝穿刺。
2.避免在深呼吸或深呼吸状态下穿刺和置管,最好在平静呼吸状态下屏气进行。
3.警惕胆心反射。充分减压后再进行胆囊造影,可避免胆囊

内压力骤升,降低胆心反射风险。

4.重视全身治疗。经皮经肝胆囊穿刺置管引流仅是急性胆囊炎治疗的一个环节,抗感染、对症、营养支持等治疗均需及时跟进,尤其是结石性胆囊炎,须在病情稳定后择期行外科手术,否则极易复发。

DSA引导下经皮经肝胆囊穿刺置管引流术常见并发症有:胆囊漏、胆汁性腹膜炎、出血等。少量胆汁漏,临床症状不明显时,可密切观察,对于大量胆汁漏入腹腔,腹膜炎症状较为明显者,应积极寻找并处理病因

