

危重患者围手术期应注意的问题

李红峰 施菁

750021 宁夏回族自治区银川, 宁夏回族自治区人民医院手术室

通讯作者: 李红峰, Email: 1298498380@qq.com

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2017.01.029

Problems should be paid attention to in perioperative period of critically ill patients Li Hongfeng, Shijing

Operating Room, Ningxia People's Hospital, Yinchuan 750021, Ningxia, China

Corresponding author: Li Hongfeng, Email: 1298498380@qq.com

危重患者围手术期的管理风险较普通患者明显增加,因此需要注意以下方面问题。

1 围手术期液体管理

危重症患者由于氧耗增加以及手术创伤、感染等因素的打击,毛细血管通透性增加,因此需要补充液体增加氧输送以及保证组织器官的灌注。进行合理的容量治疗需做好基本生命体征监测,满足液体管理和治疗所需要的创伤性血流动力学监测,针对原发疾病如血糖、凝血功能、血气分析等所需的特殊监测^[1]。容量治疗是以患者为导向的,容量治疗前必须依据客观监测数据进行评价,正确判断患者术前状态^[2-3],绝大多数围手术期患者需要通过意识状态、颅内压、呼吸道情况、心肺肝肾功能、凝血功能、尿量、有效循环血量、水和电解质情况的判定解决容量问题^[4]。对容量需求较大者,应结合中心静脉压(CVP)、中心静脉血氧饱和度($ScvO_2$)及血乳酸等^[5]作出判断。容量治疗的目标是尽快恢复正常血容量,以达到改善和优化循环功能,防止器官功能衰竭的目的。

2 脓毒症和深静脉血栓的抗凝治疗

抗凝治疗在脓毒症以及围手术期患者下肢深静脉血栓形成(DVT)预防中已被普遍接受,但二者所用药物的剂量、目的和监测指标均不同。脓毒症发生发展过程包括炎症及凝血功能障碍如弥散性血管内凝血(DIC)的共同作用^[6]。DIC与全身炎症反应综合征(SIRS)是同时发生、同时存在的,通过对炎症反应及凝血系统功能障碍的共同调控才能有效阻断脓毒症对机体造成的损伤。目前小剂量普通肝素用于脓毒症的治疗,而肝素用于治疗DVT需根据活化部分凝血活酶时间(APTT)调整。

3 消化道功能评价

危重症患者胃肠道功能损伤与不良预后密切相关,但胃肠道功能障碍没有客观的检测指标。目前欧洲危重病学会腹部疾病工作组建议将急性胃肠功能损伤(AGI)分为4级:I级(存在腹部手术后恶心、呕吐及肠鸣音消失,休克早期肠动力减弱等胃肠道功能障碍或衰竭的危险因素);有明确病因、部分胃肠道功能受损。II级(胃肠功能障碍):胃肠道完整的消化和吸收功能被破坏,机体对营养物质和水的需求得不到满足,但并不影响患者一般状况^[7]。III级(胃肠功能衰竭):经处理后,患者胃肠功能仍无法恢复,一般状况无改善,如持续食物不耐受,即大量胃潴留、持续胃肠道麻痹、肠

管扩张、腹腔内高压(IAH)进展至II级〔腹腔内压力(IAP)1.995~2.660 kPa〕、腹腔灌注压(APP)下降(<7.980 kPa)。IV级(胃肠功能衰竭伴远隔器官功能障碍):AGI进一步加重,多器官功能障碍综合征(MODS)和休克进行性恶化,病情危急。对于围手术期腹部疾病患者,需要认真观察,积极思考,在吸收先进的理念和技术的同时结合患者的情况,独立思考并评价患者病情。

4 围手术期的营养支持

危重症患者基础代谢率升高,再加上手术给患者带来的打击,极易出现营养不良,从而延长住院时间,增加病死率和并发症发生率。手术前评估患者的营养状态,并进行相应的营养支持可以减少并发症,降低围手术期病死率,缩短住院时间。对于腹部手术后患者而言,术后一段时期胃肠功能紊乱,营养物质吸收差,术后早期常采用肠外营养,然后视患者胃肠功能恢复情况,采用联合营养支持方式,即肠外、肠内营养和正常饮食相结合。对胃肠功能无较大影响的胸部和四肢手术患者,在麻醉效果过后,即可直接采用肠内营养和正常饮食的方式给予营养支持。营养支持能给细胞代谢提供能量与营养底物,这对维持组织器官正常的结构与功能,调节代谢紊乱,增强免疫功能和机体的抗病能力及手术耐受能力,促进术后康复有重要意义^[8]。

参考文献

- [1] 金清尘, 罗爱伦. 努力提高我国危重病人麻醉及围手术期处理的水平[J]. 中华医学杂志, 1996, 76(10): 723-724.
- [2] 支琳琳, 冯伟, 郭铁男, 等. 感染性休克患者不同时期液体负荷对机体影响的前瞻性临床研究[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27(1): 13-16.
- [3] 武宇辉, 刘晓红, 李成荣, 等. 微创心排量监测技术联合被动抬腿试验预测脓毒性休克患儿容量反应性的临床研究[J]. 中华危重病急救医学, 2014, 26(1): 46-50.
- [4] 汪飞翔. 创伤性失血性休克围手术期不同容量的复苏观察[J]. 浙江创伤外科, 2004, 9(2): 116-117.
- [5] 杨霁霖. ICU重症患者建立有创血压监测100例护理体会[J]. 淮海医药, 2010, 28(4): 368.
- [6] 陈忠, 杨耀国. 血管外科疾病的药物治疗: 围手术期抗凝药物的应用及注意事项[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(12): 1075-1077.
- [7] 许媛. 围手术期营养支持规范管理[J]. 中国实用外科杂志, 2014, 34(2): 143-145.
- [8] 晏宜, 陈娜, 张尔东. 外科危重患者围手术期营养支持效果观察[J]. 实用医院临床杂志, 2014, 11(5): 168-170.

(收稿日期: 2016-12-05)