

基层适宜技术

急性胆囊炎的诊断与治疗

急性胆囊炎是胆囊发生的急性细菌性炎症,根据是否合并胆囊结石分为结石性胆囊炎和非结石性胆囊炎,前者占95%。主要的致病原因包括:胆囊管梗阻,如胆囊结石堵塞或嵌顿,胆汁排出受阻,浓缩的胆汁使胆囊黏膜发生炎症、水肿甚至坏死;细菌感染,主要是革兰氏阴性杆菌,以大肠埃希菌较为常见,多从胆道逆行进入胆囊。

临床表现

症状:主要表现为右上腹疼痛,疼痛性质多为绞痛或持续性疼痛,可放射至右肩部。同时,患者可能伴有恶心、呕吐、畏冷及发热等症状。少数患者可出现黄疸。

体征:局部体征表现为右上腹压痛、肌紧张及反跳痛,约25%的患者可触及肿大的胆囊。全身检查可出现巩膜黄染、体温升高、脉搏加快、呼吸加快、血压下降等。

消化道症状:除了恶心、呕吐外,患者还可能出現食欲不振、腹胀等消化道症状。

发热:由于细菌感染,患者可能出现发热,体温通常在38摄氏度以上。

黄疸:当炎症累及胆总管或结石阻塞胆总管时,患者可能出现黄疸,表现为皮肤、巩膜黄染,尿色加深等。

急性胆囊炎显著的临床特点是右上腹疼痛,这种疼痛通常表现为阵发性绞痛,且疼痛程度较为剧烈。疼痛可放射至右肩胛区或背部,形成所谓的“胆绞痛”。疼痛发作时常伴有恶心、呕吐等消化道症状,这些症状在进食油腻食物后尤为明显。

诊断依据

病史:女性多见,多数患者既往有胆囊结石病史,并且在发作前有油腻饮食史。

症状:典型的右上腹胆绞痛表现,如果病情进展,疼痛可转为持续性、阵发性加重。疼痛可向肩背部放射。

查体:右上腹可有压痛、反跳痛

治疗原则

并非全部的急性胆囊炎患者一经诊断就必须接受急诊手术,有相当一部分患者经过有效的非手术治疗也能够控制病情的急性进展,从而使急诊手术转化为择期胆囊切除术。急诊手术后并发症发生风险相对于择期手术更高,因此需要严格把握急诊手术的适应证。

急诊手术适应证

急性结石性胆囊炎:1.发病在72小时以内者。

2.经非手术治疗无效或病情恶化者。

转诊

当出现以下情况时,须及时转诊至上级医院:

1.查体出現腹膜炎体征,不能排除胆囊坏疽、穿孔等并发症者。

及肌紧张,程度与炎症严重程度有关,墨菲征阳性。胆囊发生穿孔后可有全腹弥漫性腹膜炎表现。

实验室检查:白细胞有不同程度升高,约半数患者的血清胆红素升高。部分患者的血清淀粉酶可有不同程度升高。

影像学检查:腹部B超为首选检

3.有胆囊穿孔、弥漫性腹膜炎、急性胆管炎、急性胰腺炎等并发症者。

急性非结石性胆囊炎:因本病易坏疽穿孔,一经诊断,应及时手术治疗。

手术方式 对于全身情况和胆囊局部病变情况允许的患者,应采用腹腔镜或开腹手术切除胆囊。对于高危患者,或胆囊局部炎症水肿、粘连严重,局部解剖关系不清的患者,急诊手术中宜选用胆囊造口术减压引流,3个月后再择期行胆囊切除术。超声引导下经皮经肝胆囊穿刺引流术适用于病情危重又不宜手术的化脓性胆囊炎患者。

查方法,可显示胆囊增大、胆囊壁增厚,可呈双边征,胆囊内可见结石强回声光团后伴声影,可随体位变动,并可观察肝内外胆管是否有扩张,以及是否有结石梗阻。可以进行腹部CT(计算机层析成像)检查或磁共振胰胆管成像检查,了解胆囊病变情况及肝内外胆管情况。

非手术治疗 对于诊断明确的急性胆囊炎患者,疾病早期可在密切监测病情变化的情况下给予患者非手术治疗,争取控制急症症状,使患者避免风险相对较高的急诊胆囊切除术,择期进行手术治疗。同时,非手术治疗也可以作为急诊手术前的准备。非手术治疗的措施包括禁食(必要时胃肠减压)、补液、营养支持、维持水和电解质平衡、有效的抗感染治疗,抗菌药物通常联合应用对革兰氏阴性细菌及厌氧菌有效的药物。在治疗期间,需要密切注意患者病情变化,如腹痛的范围、程度有无变化,是否出现黄疸并不断加重,生命体征是否平稳等,一旦患者病情加重,应及时进行手术治疗。

石性胆囊炎者。

5.临床诊断的结石性急性胆囊炎,经抗炎、对症治疗后症状得不到缓解者。

(河南省卫生健康委基层卫生处供稿)

无偿献血的常见误区

□宛凯玲

误区一:为什么献血无偿,用血却有偿?

事实上,血液本身没有具体的价值。从血液采集到用于患者,涉及多个环节,包括采集、检验、加工、储存、运输等,每一个环节都需要相应的人力、物力和技术支持。医疗单位收取的费用,主要是确保血液供应的可持续性。这些费用是根据国家卫生、物价等行政部门共同制定的标准来收取的,确保了血液使用的公平性和合理性。河南省实施了无偿献血者及其家庭成员用血费用减免政策。用血费用在办理出院结算时直接减免或登录“河南无偿献血血”微信公众号,完成用血费用网上减免。

误区二:无偿献血会得传染病?

“一人一针”,无偿献血很安全。目前,我国中心血站采用的针头、血袋等耗材,均经过国家权威机构严格检测,确保为一次性合格医疗用品,并且在采集血液过程要严格按照操作和高标准要求,从源头上保障无偿献血者的健康安全。无偿献血是一个输出的过程,血液自人体血管自然流出,在严格“一人一针”的规范管理和操作下,参加无偿献血的人不会感染疾病。

误区三:无偿献血会引起贫血?

在正常情况下,健康人的骨髓造血功能非常旺盛。无偿献血后,人体的骨髓会产生代偿性增生,使血液中的血红蛋白迅速恢复正常水平。因此,按规定定期献血,每次献血200毫升~400毫升是不会影响人体血液正常循环,献出的少量血液很快就会恢复,不会引起贫血,反而适量献血还能促进血液再生。

误区四:无偿献血后,免疫力会下降?

无偿献血是不会影响人体免疫力的。从生理角度来讲,构成人体免疫力的主要物质是白细胞。人体血液中红细胞占据了较大的比例,白细胞只是其中的一部分。以一个健康成年人为例,一次献血200毫升~400毫升,所捐献的白细胞仅是人体白细胞总数的1%~2%,失去的白细胞在1小时~2小时就能从骨髓中得到补充。无偿献血后人体的代谢会加快,从而有效改善人体血液环境,促进身体健康。从一定角度上讲,无偿献血能相对提高自身免疫力。

误区五:直系亲属之间输血更能体现血脉亲情?

直系亲属之间输血也有可能出现生命危险。直系亲属之间输血容易引发“输血相关性移植植物抗宿主病”,这是输血非常严重的并发症之一,多发生在小儿、晚期肿瘤患者、年老体弱患者的身上。他们的免疫力较低,因此输

入亲属血液发生该病的可能性增加,且死亡率超过90%。

误区六:无偿献血后要好好进补,才能减少损害?

健康的成年人一般不缺营养。目前,人们的生活水平、饮食结构和营养状况等,健康成年人在无偿献血后完全不必进补各类营养品,正常饮食、正常作息即可。澄清无偿献血误区,探寻事实真相,共筑无偿献血新风尚。让我们携手传递生命的温暖,以实际行动共享生命的可贵,让爱如血液般流淌不息,温暖每一个需要的角落。

(作者供职于河南省驻马店市中心血站)

人亲属血液发生该病的可能性增加,且死亡率超过90%。

误区六:无偿献血后要好好进补,才能减少损害?

健康的成年人一般不缺营养。目前,人们的生活水平、饮食结构和营养状况等,健康成年人在无偿献血后完全不必进补各类营养品,正常饮食、正常作息即可。澄清无偿献血误区,探寻事实真相,共筑无偿献血新风尚。让我们携手传递生命的温暖,以实际行动共享生命的可贵,让爱如血液般流淌不息,温暖每一个需要的角落。

(作者供职于河南省驻马店市中心血站)

药物治疗癌痛的一些常见问题

□刘小红

中国癌症的发病人数和死亡人数持续增加,恶性肿瘤已成为危害中国居民健康的主要原因。癌症患者存在各种癌症相关症状,其中有70%的癌症患者有过癌痛的经历。虽然镇痛疗法发展迅速,但是有很大一部分癌症患者未得到癌痛的有效管理,这主要是因为患者对镇痛药和癌痛认知的不足。

什么是癌痛,癌痛的病因有哪些?

癌痛指的是癌性疼痛,是伴随癌症患者的主要症状,是恶性肿瘤发生发展过程中造成患者身体疼痛的疾病。癌痛的发生原因可以简单地分为3类:

第一类是肿瘤直接引起的疼痛,也就是肿瘤的发展对周围组织造成了影响,导致神经压迫和组织损伤或肿瘤转移累及骨、软组织等导致的疼痛。

第二类是抗肿瘤治疗相关的疼痛,比如在治疗肿瘤时采用的手术、创伤性操作、放射治疗、其他物理治疗,以及药物治疗等导致的疼痛。

第三类是非肿瘤性疼痛,是由于患者的其他并发症及社会心理因素等导致的疼痛。

癌痛分为哪些类型?

癌痛的类型可以分为很多种,如果从病理生理学来讲,可以分为伤害感受性疼痛和神经病理性疼痛。这两种疼痛表现不一样,伤害感受性疼痛包括躯体疼痛和内脏疼痛,躯体疼痛常表现为钝痛、锐痛或压迫性疼

痛,且定位准确;内脏疼痛则表现为弥漫性疼痛或绞痛,定位不够准确。神经病理性疼痛常表现为刺痛、烧灼样疼痛、放电样疼痛、麻木痛等。

如果按疼痛的持续时间,可以分为急性疼痛和慢性疼痛。

一般情况下,患者发生癌痛后需要到正规医院,经医生诊断评估后才可以进行治疗。癌痛的治疗有一套严格的规范,患者不要自行吃药。

在癌痛治疗前,医务人员会先对癌症患者疼痛的程度进行量化评估。癌痛量化的评估是采用疼痛程度评估量表等量化标准,评估患者疼痛主观感受程度。癌痛量化评估一般使用数字分级法、面部表情评估法及主诉疼痛程度分级法。

数字分级法是一种常用的评估患者疼痛程度的方法,使用《疼痛程度数字评估量表》对患者疼痛程度进行评估。这种方法通过0到10这11个数字来表示疼痛强度,其中0表示无痛,10表示最痛。患者家属或医务人员协助患者理解后,让患者选择一个最能代表自身疼痛程度的数字。根据所选数字,疼痛程度可以分为轻度疼痛(1~3)、中度疼痛(4~6)和重度疼痛(7~10)。

主诉疼痛程度分级法是根据患者对疼痛的主观描述,将疼痛程度分为以下3个级别。

轻度疼痛:疼痛轻微,可以忍受,不会对日常生活造成太大

影响,睡眠质量基本不受干扰。

中度疼痛:疼痛程度较为明显,难以忍受,需要使用止痛药物来缓解疼痛,睡眠质量受到一定程度的干扰。

重度疼痛:疼痛程度剧烈,难以忍受,需要使用强效的止痛药物,睡眠质量受到严重干扰,甚至可能出现自主神经功能紊乱或被动体位。

疼痛忍一忍就过去了,止痛药物可以先不用吗?

规范使用止痛药物不仅可以减轻患者的疼痛感,还可以降低患者的心理焦虑、恐惧等,明显提高生存质量。同时,疼痛影响食欲和睡眠,也会进一步导致身体抵抗力下降,进而加重病情。因此,癌痛患者应及早、按需使用止痛药物。

长期服用阿片类药物会成瘾吗?

成瘾即精神依赖,是指患者对某些药物持续渴求,以达到精神上的满足感。大量国内外临床实践表明,癌痛患者使用阿片类药物发生成瘾的可能性极低,这是因为癌痛患者使用的阿片类药物主要用于对抗剧烈疼痛,并且在医生的指导下按照疼痛程度规范服用药物,不会发生超剂量使用情况,降低了成瘾性的发生率。口服阿片类药物的过程中无法停药是因为疼痛未得到缓解,是一种身体依赖而非成瘾;随着病情逐渐被控制、疼痛减轻,医生会根据病情减量或停药。

非阿片类药物,如非甾体抗炎药(NSAIDs)类药物适用于短期止痛(<5天),长期或大剂量使用会引起消化道溃疡、血小板功能障碍、肝脏毒性和肾脏毒性等不良反应,适合治疗短期轻度疼痛。相比之下,中度、重度癌痛更加适合使用阿片类药物,且长期使用副作用较小,也可以根据疼痛严重程度增减药物剂量,更加适合长期疼痛的患者。

刚开始服用阿片类药物时出现不良反应,应该马上停药吗?

阿片类药物的不良反应除便秘外,大多是暂时、可耐受的。相关研究表明,80%的患者在服药期间会出现便秘,因此在服药期间可以通过大量喝水,多吃新鲜的蔬菜、水果,以及配合使用治疗便秘的药物来缓解症状;恶心、呕吐、眩晕等不良反应会在服药后的3天~5天出现,一般会随着服药时间的延长自行消失。

增加阿片类药物的剂量,是不是病情加重了?

疼痛是一种主观感受,具有个体差异性。不同患者对止痛药物的敏感度存在个体差异,同

一患者在疾病的不同阶段疼痛程度也会发生变化。因此,阿片类药物的剂量需要根据患者病情变化、疼痛部位、疼痛性质、治疗手段进行个体化调整,以达到控制疼痛的目的,并非代表病情的轻重。

服用阿片类止痛药物很久了,也感觉不到疼痛了,可以停药吗?

患者不可以自行停药。在疾病得到有效控制之前,自行停药会导致疼痛加重、痛觉神经敏感等情况。疼痛一般会随着病情好转而逐渐减轻,此时需要医生评估后,指导患者缓慢减少药物剂量。

阿片类药物采用静脉注射比口服药物的止痛效果更好吗?

在剂量相同的情况下,口服给药与静脉注射同样有效。与口服给药相比,静脉注射药物一般起效更快,但也更容易发生恶心等不良反应。同时,肿瘤引起的相关疼痛一般持续时间较长,长期静脉注射药物会带来创伤。因此,一般推荐口服药物的方式,以便患者长期应用。

(作者供职于新乡医学院第一附属医院)

经

验交流

围手术期预防性应用抗菌药物

□王双慧

近年来,在围手术期给患者应用敏感、适量的抗菌药物,对术后切口感染的预防起到了不可小觑的作用,但如何把握用药的合理性呢?既要保证有效控制感染,又要兼顾避免因抗菌药物滥用而导致的临床耐药菌株。

适合围手术期预防性应用的抗菌药物品种有:头孢菌素类、青霉素类、糖肽类(万古霉素、去甲万古霉素)、林可胺类。

对于一类清洁切口术前用药的原则:必须选择杀菌剂;首选静脉途径给药;以小容量溶剂稀释,在短时间(30分钟)内滴注,以保证短时间达到血浆峰浓度,保证手术部位

位在切开、细菌植入前有足够的水浆药物浓度;给药时间应在术前或麻醉诱导期;手术时间超过抗菌药物的血浆半衰期,术中需要重复给药一次;鉴于单剂给药与多剂给药相比,预防手术感染的效果并无明显差异,故不应该无原则持续给药;术后预防性抗菌药物的应用时间不宜太长,能覆盖感染期即可;头孢菌素、青霉素类过敏者及革兰氏阳性菌易感者选用万古霉素,革兰氏阴性菌易感者选用氨基糖苷;预防性用药的比例不得超过手术病例总数的30%。

(作者供职于河南省确山县中医院)

征 稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术,来稿应注重实践操作,介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等;栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。欢迎您踊跃投稿,并提供宝贵的意见和建议。

邮箱:5615865@qq.com 联系人:朱忱飞

电话:13783596707