

## · 从医者说 ·



**【作者简介】** 费建平,男,1969年2月出生,镇江医学院毕业。主任医师,麻醉科副主任,江苏省中西医结合学会疼痛专业委员会委员、苏州市中西医结合学会疼痛专业副主任委员、昆山市麻醉专业委员会委员,昆山市麻醉学科带头人。研究方向:围术期缺血再灌注损伤、围术期炎性控制理论与实践、临床麻醉决策探索、早期心肺复苏培训/教学方案改进等。

费建平医师长期从事临床麻醉与疼痛管理工作,致力于麻醉新技术的临床应用与改进,主持完成的“喉罩通气道的临床综合应用”获苏州市(地市)医学新技术二等奖和昆山市(省单列市)科技进步奖三等奖;“细针微创腰麻技术在剖宫产术中应用”获昆山市技术攻关奖;曾获多项昆山市医学新技术引进一、二等奖。

## 医患共同管理:一名麻醉医师的胸腔镜下左下肺楔形切除手术经历与感受

费建平

**【摘要】** 笔者结合长期围术期手术、麻醉经验、感受,从麻醉医师的角度正面回答了胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者术前普遍关注的问题,旨在消除患者术前不必要的焦虑和担忧;同时指出了胸腔镜下左下肺楔形切除手术围术期有待提高、完善的地方,剖析了医患良好沟通、医患共同管理在临床实践中的意义。

**【关键词】** 病人医护管理;麻醉,全身;术中知晓;遗忘,顺行性;医患共同管理

**【中图分类号】** R 197.323 **【文献标识码】** A **DOI:** 10.3969/j.issn.1008-5971.2017.11.034

费建平. 医患共同管理:一名麻醉医师的胸腔镜下左下肺楔形切除手术经历与感受 [J]. 实用心脑肺血管病杂志, 2017, 25 (11): 118-120. [www.sxnf.net]

FEI J P. Doctor - patient co - management: experiences and feelings of an anesthesiologist on thoracoscopic lower left lung wedge resection [J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal and Vascular Disease, 2017, 25 (11): 118-120.

**Doctor - patient Co - management: Experiences and Feelings of an Anesthesiologist on Thoracoscopic Lower Left Lung Wedge Resection FEI Jian - ping**

*Kunshan Hospital Affiliated to Nanjing University of Traditional Chinese Medicine/Traditional Chinese Medicine Hospital of Kunshan, Kunshan 215300, China*

**【Abstract】** From an anesthesiologist's perspective and based on long - term experiences and feelings of perioperative operation and anesthesia, the author gave a positive answer to the preoperative general concerned problems in patients prepare for thoracoscopic lower left lung wedge resection, in order to relieve the preoperative unnecessary anxiety and worry; meanwhile pointed out some details which need to be improved in the perioperation of thoracoscopic lower left lung wedge resection and analyzed the clinical significance of good doctor - patient communication and doctor - patient co - management.

**【Key words】** Patient care management; Anesthesia, general; Intraoperative awareness; Amnesia, anterograde; Doctor - patient co - management

术前恐惧、焦虑等负性情绪会影响左下肺楔形切除手术患者的治疗方案选择、围术期治疗依从性、内脏及自主神经功能,导致围术期不良事件发生风险升高。笔者结合长期围术期手术、麻醉经验、感受,从麻醉医师的角度正面回答了胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者术前普遍关注的问题,如术中知

晓、顺行性遗忘、围术期镇痛及围术期不良反应等,旨在消除患者术前不必要的焦虑和担忧,提高患者遵医嘱治疗依从性;同时指出了胸腔镜下左下肺楔形切除手术围术期有待提高、完善的地方,剖析了医患良好沟通、医患共同管理在临床实践中的意义,现报道如下。

### 1 患者围术期主要经历

胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者进入手术室后会常规监测血压、心率、心电图、脉搏血氧饱和度( $SpO_2$ ),并行右侧颈内静脉穿刺置管,建立静脉通道后即开始扣面罩辅助呼吸和

全身麻醉诱导,一般全身麻醉持续时间约为 120 min,术后需在苏醒室留观 30 min,待患者能够通过声音辨识相关医师、呼唤相关人员姓名、有握手等动作并能配合咳痰、吸痰、抬手、抬颈等动作后即安全送返病房。

## 2 患者的主观感受

2.1 术中知晓及顺行性遗忘 胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者术后能回忆起的片段包括:麻醉开始前静脉注射及静脉滴注麻醉药物,离开苏醒室、送返病房前与相关医师握手道别,送返病房途中进入电梯,被抬起转移到病床等,且最初 2 h 内只是碎片化的记忆,但随后具体细节便模糊不清,一般很少遗留不良体验,也不会出现术后噩梦、惊厥等;不能回忆起的片段包括:麻醉诱导期扣面罩、术毕拔出气管导管、呛咳等,在苏醒室期间与相关医师交流及配合护士咳痰、吸痰等。胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者术后常需使用静脉镇痛泵,一般术后 6 h 内静息状态下无明显疼痛不适〔疼痛视觉模拟评分 (VAS 评分  $\leq 3$  分)〕,术后 12 h 静息状态下 VAS 评分  $\geq 5$  分或体位变动、活动后 VAS 评分  $\geq 7$  分(难以忍受的疼痛)者需追加非甾体类消炎止痛药以缓解疼痛,一般用药 30 min 后静息状态下 VAS 评分即可控制在  $\leq 4$  分(可以耐受),至次日清晨患者疼痛逐渐消退。此外,非甾体类消炎止痛药还有利于缓解围术期患者焦虑、抑郁等负性情绪<sup>[1]</sup>。

2.2 术后早期情绪波动 胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者术后完全清醒一般需 3 h,期间有间断睁眼,所见多为病房墙壁和天花板,主观感觉心情沉重、情绪低落、压抑,愿意找寻一些明亮的色彩,偶然转动颈脖发现阳光透过窗户照射到墙面或颜面则感觉温暖将自己包裹,会无比放松、舒适。色彩有温度、知冷暖,色彩刺激有一定的生理和心理调节作用<sup>[2]</sup>,暖色有助于改善患者情绪,而积极的情绪状态可促进机体合成分泌型免疫球蛋白 A (sIgA),提高机体免疫力,消极的情绪则作用相反<sup>[3]</sup>。因此,病房墙壁尤其是天花板可在米色基础上涂抹不同颜色的不规则色块,如粉红色、黄色、绿色、蓝色等,以充分发挥积极心理学的临床应用价值。

## 3 术后早期进食和下床活动

胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者术后 3 h 左右完全清醒后可将病床头端抬起 15°,适量饮水(30~50 ml);术后约 3.5 h 可将病床头端仰起 30°~45°,待排气后进食少量苹果等易消化食物;一般术前排尿、术中未导尿者术后 5 h 小便可自解;术后 7 h 可端坐并进食汤汁、肉渣;术后第 2 天可适当下床活动,配合雾化吸入治疗(30 min/次)、深呼吸、间断屏气等,可在床边进行抬腿、弯腰、扩胸运动等,运动时间控制在 20~30 min;术后第 3 天可尝试在病区行走;一般术后第 4 天可拔除胸腔引流管、出院。

## 4 围术期并发症/不良反应

(1) 胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者需行双腔支气管导管插管,而导管管径较粗、操作难度大,患者术中变动体位后需重新调整插管深度,术后拔管、吸痰等操作易导致咽喉黏膜损伤、水肿等;术后探视期间部分患者言语较多而易诱发急性咽喉水肿,腭垂充血、水肿等。(2) 部分行导尿术患者由于导尿管水囊压迫而诱发膀胱痉挛,进而出现尿频、尿急等导尿管源性膀胱不适症状,甚至出现苏醒期躁动等<sup>[4]</sup>。(3) 胸腔闭式引流管刺激肋间神经和胸膜可导致胸部疼痛,影响患者有效咳嗽、排痰,导致术后下床时间延长;同时胸腔闭式引流

管摩擦胸膜可导致胸膜渗出液增加,继而形成胸腔积液等<sup>[5]</sup>。临床可采用材质柔软的胸腔引流管替代传统硬质引流管<sup>[6]</sup>或使用超细胸腔引流管<sup>[7]</sup>,以减少置管损伤,减轻患者术后不适。一般情况下,行胸腔闭式引流者观察 24 h 后若无活动性出血或明显肺不张则应早期拔除引流管。自主呼吸麻醉单孔非置管胸腔镜技术,麻醉不需气管插管、术中不留置尿管、术后不放置胸腔引流管,在肺小结节诊治方面应用效果良好<sup>[8]</sup>,但其在胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者中的应用效果仍有待证实。(4) 直立性低血压主要临床表现为站立后突发眩晕、双眼无力、恶心、大汗等,一般平卧后可缓解。

## 5 讨论

就医患关系而言,患者始终是医疗实践活动的主体,而围术期患者对医疗行为的错误认识和不良体验造成的消极态度是医嘱执行、临床治疗方案实施的最大障碍,因此医师在制定医疗方案过程中须学会换位思考,以医患共同管理为出发点,设身处地为患者考虑,给予有针对性的指导意见并将医嘱执行作为围术期工作重点。

5.1 围术期焦虑的主要原因 患者对医疗行为的错误认识和疑虑是导致围术期焦虑的主要原因,而围术期焦虑等不良情绪可导致患者治疗依从性降低。抢救性手术及危重症手术均需采用全身麻醉,因此很多人会认为全身麻醉的风险较高。“医生,我睡过去还能醒过来吗?”是胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者最普遍的担忧,部分患者会担心术中麻醉失效而导致疼痛、惊醒;部分患者存在对全身麻醉技术的误解,认为全身麻醉是“打一针”就能解决的事情,出于对将要面临的手术的恐惧而急切地希望“打一针”就睡过去。事实上,随着现代麻醉技术与麻醉药物的发展,与局部麻醉及椎管内麻醉相比,气管插管全身麻醉患者的呼吸、循环管理已经变得更为安全有效,且无论是椎管内麻醉还是全身麻醉,麻醉后及术中均需进行严格、规范的麻醉效果监测并进行客观的判断,以确保麻醉完全有效条件下保证手术顺利进行。麻醉药物血液浓度监测,呼气末吸入麻醉药浓度(ETAC)监测,呼吸、心率及自主神经功能监测,脑电双频指数(BIS)监测等麻醉监测技术可有效避免麻醉过深和低 BIS,有利于加快患者术后苏醒,防止麻醉过浅及术中知晓的出现<sup>[9~10]</sup>,而“打一针就能解决问题”正是目前麻醉学领域所倡导的舒适麻醉所期望达到的最佳效果。

快速康复外科(ERAS)理念提倡通过麻醉门诊进行术前麻醉宣教<sup>[11]</sup>,即麻醉医师通过倾听和解答患者的疑惑而帮助患者了解麻醉、手术过程,通过展示现代麻醉技术水平、讲解舒适麻醉的特点及可能获得的体验而缓解患者焦虑及心理压力,通过强调围术期的生命安全保障、有效镇痛的可靠性、术后不会遗留不良体验等而增强患者完成麻醉和手术的信心。

5.2 围术期的预知和不可预知 医疗行为过程中可预知或不可预知的步骤、环节及事件是焦虑的重大应激源,对于胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者而言,围术期的预知和不可预知直接影响患者治疗依从性和配合度。(1) 静脉滴注或静脉采血是大多数人都有过的经历,从护士捆扎止血带开始到穿刺部位消毒、针尖瞄准穿刺部位、静脉穿刺,人们对疼痛的预想和恐惧持续增长,此时体内儿茶酚胺释放增多并导致心率加快、血压升高,但直至穿刺针刺破皮肤与血管,精神压力瞬间释放,原来并没有想象中的那么疼痛。胸腔镜下左下肺楔形切除手术

患者唯一经历并可以预知的创伤、疼痛就是颈内静脉穿刺，因此麻醉医师在麻醉访视时可明确地告诉患者只有“打点滴”是疼痛的（注意不要强调颈部操作），多数患者由于之前有静脉滴注的经历而不会产生恐惧；或可在病房建立静脉通路并保留，进入手术室后使用小剂量镇静、镇痛药物，有一定麻醉效果后再进行颈内静脉穿刺置管，使患者更加舒适。（2）麻醉医师有义务在术前1 d 将手术流程告知患者，如术前禁食6 h、禁饮4 h、术前4 h 可饮用部分能量饮品、进入手术室的时间、麻醉时间（术前准备时间）、手术时间、返回病房时间，注意强化“明天中午就返回病房”这一可预见的事实，通过心理暗示增强患者完成手术的信心；告知患者术后清醒后饮食、下床活动、呼吸训练时间及注意事项等，且进行相关活动时一定要有医护人员现场指导，让患者感受到围术期的每一环节均与预期相同，从而相信术后康复也是可以预期的。

5.3 术后医患共同管理 胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者术后疼痛主要由胸腔闭式引流管刺激胸膜导致，咳嗽、深呼吸及体位变动时尤其明显，且多数患者会把术后的手术部位疼痛归结为创口疼痛，难以区分内脏牵张痛和创口皮肤疼痛，部分患者术后手术创面由敷贴覆盖，不清楚手术创口大小、部位及引流管放置部位，易将胸腔闭式引流管刺激所致心前区疼痛误认为是手术对心脏产生的不良影响而产生恐惧心理，不利于术后早期下床活动和胸部体疗（雾化吸入、叩背及使用振动排痰仪协助患者咳嗽、咳痰）等<sup>[12]</sup>。此外，胸腔镜下左下肺楔形切除手术切口应尽量选择在腋前线与腋后线区间第5肋或第7肋处，并与皮纹平行，以降低创口皮肤张力，避免呛咳、喷嚏、深呼吸、拍击胸背等引起创口裂开<sup>[7]</sup>；在换药时可通过镜面反射等让患者看到手术创口位置及大小，以减少患者猜疑和忧虑，同时鼓励患者进行有效的胸部体疗训练，以促进心肺功能恢复。

5.4 “好消息”与“坏消息” 医疗过程中充斥着“好消息”与“坏消息”。在暗夜里，星光显得格外璀璨，临床工作中要充分发挥“星光”的引导作用，激发患者与疾病抗争的信心。笔者曾接触过一位行胸腔镜下肺叶切除手术的老年肺癌患者，其术后情绪低落，反复嘀咕“每年都体检的，去年还好好的，今年就不好了。”此时要深刻体会他的含义：并不是在质疑医院没有在去年就发现他的病情，而是在安慰自己：去年还是好好的，今年才发现，应该算是早期吧？而医师有义务递给他一根“拐”去帮扶一下，告诉他癌细胞是由正常细胞转变而来的，而您今年66岁了，正如人会衰老一样，癌细胞活力也会衰退，癌症进展要缓慢许多，且现代的手术技术和化疗药物治疗效果都是十分有效的；之后老先生一下子精神了，好像重新活过来一样。此外，还可以邀请预后良好的胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者到科室里“现身说法”，分享“好消息”，病友的语言安慰有时比医护人员及家人的劝导更有效。

## 6 小结

医疗行为绝不是单纯的医嘱下达执行。对于胸腔镜下左下肺楔形切除手术患者而言，必须通过医患双方有效沟通、共同管理而强化患者情绪管理，使患者从思想层面及心理层面乐于接受治疗；通过换位思考，对可能导致患者焦虑、引起患者错误认知的环节进行有效解惑；通过悉心听取患者的陈诉，寻找并去除围术期不良应激源，防范围术期并发症/不良反应、不良事件的发生，最终达到早期康复的目的。

## 【编后语】

当前医学模式已由“生物医学模式”转变为“生物-心理-社会医学模式”，躯体健康之外更加重视患者的心理健康和社会功能，因此医疗行为绝不是单纯的医嘱下达执行：以医患共同管理为出发点，医师通过有效沟通而强化患者情绪管理，通过设身处地为患者考虑而增强患者治疗依从性，通过换位思考而帮助患者解惑并有技巧地转达“好消息”与“坏消息”，这不仅是“生物-心理-社会医学模式”的题中之义，更是当代医学人文关怀的深刻内涵，同时对于构建和谐的医患关系、有效处理患者身心疾患具有深远影响。

## 参考文献

- [1] 郭娜, 郭丽华, 张莉莉, 等. 骨折疼痛与围手术期负性情感体验的相关性分析 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25 (1): 99 - 101. DOI: 10. 3969/j. issn. 1008 - 8849. 2016. 01. 038.
- [2] 张帆, 陈玥. 色彩构成与灯光搭配在病房环境设计中的应用 [J]. 中国医院建筑与装备, 2015, 16 (1): 80 - 82. DOI: 10. 3969/j. issn. 1671 - 9174. 2015. 01. 16.
- [3] 白延丽, 顾立学, 张锦英. 心灵的力量: 积极心理学在临床医学中的作用 [J]. 医学与哲学, 2016, 37 (14): 66 - 68, 78. DOI: 10. 12014/j. issn. 1002 - 0772. 2016. 07b. 19.
- [4] 鲁汉杰, 张穗, 黄蓉, 等. 麻醉后恢复室术后患者应激反应真实体验的性质研究 [J]. 解放军护理杂志, 2016, 33 (3): 34 - 36. DOI: 10. 3969/j. issn. 1008 - 9993. 2016. 03. 009.
- [5] 李春, 刘召, 王立. 快速康复外科理念在胸腔镜肺大疱切除术中的应用 [J]. 中国医师进修杂志, 2017, 40 (1): 40 - 43. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 1673 - 4904. 2017. 01. 011.
- [6] 艾燕, 张春芳, 程远大. 胸腔镜肺叶切除术后两种单根胸腔闭式引流方法的效果比较 [J]. 临床外科杂志, 2015, 23 (12): 923 - 926. DOI: 10. 3969/cma. j. issn. 1005 - 6483. 2015. 12. 015.
- [7] 张树亮, 陈椿, 邓炜, 等. 超细胸腔引流管在单孔全胸腔镜下肺叶及亚肺叶切除术的临床应用 [J]. 中华胸心血管外科杂志, 2016, 32 (4): 212 - 215. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 1001 - 4997. 2016. 04. 006.
- [8] 李树本, 刘君, 陈汉章, 等. 自主呼吸麻醉单孔非置管胸腔镜技术诊治肺小结节的24小时解决方案 [J]. 中华外科杂志, 2015, 53 (10): 778 - 780. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0529 - 5815. 2015. 10. 015.
- [9] 张江超, 续飞, 郭向阳, 等. 脑电双频指数在麻醉中的应用 [J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16 (7): 661 - 664. DOI: 10. 3969/j. issn. 1009 - 6604. 2016. 07. 022.
- [10] 吴新民, 于布为, 叶铁虎, 等. 术中知晓预防和脑功能监测指南 (2014) [M]. 北京: 人民出版社, 2014: 68 - 72.
- [11] 刘子嘉, 黄宇光, 罗爱伦. 麻醉与加速术后康复 [J]. 中华麻醉学杂志, 2016, 36 (8): 909 - 911. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0254 - 1416. 2016. 08. 001.
- [12] 王安素, 李玉, 张莉, 等. 胸腔镜肺叶切除患者快速康复的影响因素探讨 [J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32 (13): 965 - 968. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 1672 - 7088. 2016. 13. 002.

（收稿日期：2017-06-12；修回日期：2017-10-16）

（本文编辑：李伟）