

胆汁并发腹膜炎,经再次手术行肝总管空肠 Roux-en-y 吻合术。肝总管误缝扎伤 1 例,术后第 3 天黄疸逐渐加深,行再次手术剪除缝线并肝下置管引流。

2 结果

本组术中发现的胆道损伤 6 例,经在术中及时处理均治愈,未发生任何并发症,平均住院时间 16.5 d。术后 3 d 内发现胆道损伤的 2 例,经再次手术处理损伤治愈,未发生其他并发症,平均住院时间 28.2 d。

3 讨论

3.1 医源性胆管损伤的原因<sup>[1-3]</sup>

3.1.1 解剖因素 胆道的解剖关系复杂,而且变异较多,在胆囊切除术中任何疏忽和失误均可能造成胆管损伤。易造成胆道损伤的类型有胆囊管过短或缺如。当胆囊管与肝总管并行与右侧一段后汇入胆囊管、胆囊管绕经肝总管后方汇入胆总管左壁、胆囊管潜在并汇入肝总管后方、胆囊管汇入右肝或右肝管汇入胆囊管等时,手术容易损伤。本组有 1 例胆囊管潜行于胆总管后方汇入胆总管下段在分离胆囊管时损伤胆总管。

3.1.2 病理因素 导致医源性胆管损伤危险因素最多的是某些特殊病理变化而造成损伤,如胆囊三角处慢性炎症粘连水肿、胆囊纤维化、胆囊萎缩、胆囊与其他脏器形成内瘘等,这些因素使术中损伤胆管机会增大,本组有 2 例由于粘连、组织瘢痕化、水肿和畸形等因素造成胆囊三角解剖不清导致胆管损伤。

3.1.3 技术因素 有些手术者认为胆囊切除手术简单而过分自信,对有潜在危险的胆囊切除术重视不够,手术操作方法不规范,处理胆囊管时过度牵拉胆囊致使胆囊管与肝总管及胆总管并行等。

3.2 医源性胆管损伤的预防 (1)手术者应该严格遵守规范的手术操作规程,正确仔细地钝性解剖 Calot 三角,一定要明确“三管一壶腹”的关系,不要任意钳夹、结扎或切断术中

不明确组织。(2)在处理特殊病理变化时应采取逆行进行结合合法切除胆囊,此法可避免损伤胆管及副肝管<sup>[4]</sup>。当胆囊颈部结石嵌顿时,应先把结石挤入胆囊腔内;对不易推挤者,可切开胆囊取出碎结石,胆囊化脓、坏疽致 Calot 三角水肿,粘连而解剖关系不清楚时,可先剖开胆囊,从胆囊腔内找到胆囊管开口再进行处理,或通过胆囊管行术中胆道造影明确肝外胆道关系再进行手术操作。

3.3 胆道误伤的处理 术中一旦发现胆管损伤,可立即行胆总管探查切开放置“T”型管引流。如于术后 24~72 h 出现腹膜炎或进行性黄疸加深时,则应及时再次手术,根据具体情况做出相应处理。一般采用:(1)对于胆总管、胆总管部分损伤,可放“T”型管引流。(2)胆总管横断性损伤者,如组织破坏少,两端尚可游离,对口无张力,可行端端吻合。(3)受损广泛,无法吻合修补者,可行内引流。(4)因胆瘘致组织水肿炎症反应明显者,可选用简化胆道引流和腹腔引流,待炎症消退后再作处理。通过吻合口或修补部位的支撑管,置管时间不应少于 3 个月,以免术后发生吻合口狭窄,导致术后反复胆道感染<sup>[5]</sup>。术后应常规置腹腔引流管,一可及早发现有胆瘘或出血,二可防止腹膜炎发生。

参考文献

- 1 崔健,余云.胆囊切除术并发症一个不容忽视的外科问题[J].肝胆胰外科杂志,2000,12(1):5.
- 2 张泽平,陈越,蒋桂兰,等.医源性胆管损伤的原因分析及其预防[J].腹部外科,2003,16(6):368.
- 3 赵敏,武文亮,周扬.胆囊切除术致胆管损伤的原因及预防[J].临床误诊误治,2004,17(2):96-97.
- 4 康丕贵.胆囊切除术中预防肝外胆管损伤的体会[J].临床误诊误治,2006,19(1):98.
- 5 顾红光,杨俊涛,张永刚.医源性胆管损伤的诊断和治疗[J].创伤外科杂志,2003,5(1):112-113.

[收稿日期 2009-05-28][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

护理研讨

社区医生的社区获得性肺炎知识教育干预效果

黄桂香, 秦志强, 龙胜泽, 黄国兰, 韦彩周

基金项目:广西壮族自治区卫生厅卫生适宜技术项目(S200817)

作者单位:530021 南宁,广西壮族自治区人民医院呼吸内科

作者简介:黄桂香(1969-),女,主管护师

通讯作者:秦志强(1962-),男,医学博士,主任医师,研究方向:呼吸与危重症医学诊断和治疗。E-mail:qinzhiquiang148@sohu.com

【摘要】目的 了解教育干预前后社区医生对社区获得性肺炎(CAP)的认知状况。方法 以 CAP 专题讲座对社区医生进行教育干预,教育干预前后对社区医生进行 CAP 知识问卷调查。问卷调查表根据国内外

CAP 防治指南设计,共 10 道选择题,主要包括 CAP 病原学、诊断和治疗知识。社区医生当场独立完成问卷调查表。结果 教育干预前后分别有 60 名和 56 名社区医生完成 CAP 知识问卷调查。教育干预后问卷回答正确率(72.1%)显著高于教育干预前(43.0%)( $P < 0.01$ )。10 道问卷调查内容回答正确率,教育干预前后分别为 16.7%~65%和 46.4%~98.2%。除了 2 道问卷调查题外,其余 8 道问卷调查题回答正确率均比教育干预前显著增加。结论 社区医生的社区获得性肺炎认知水平较低,教育干预可以提高其认识水平。

【关键词】 肺炎; 教育; 社区医生

【中图分类号】 R 563.1 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2009)08-0866-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.08.36

**Educational intervention of community acquired pneumonia on general practitioners** HUANG Gui-xiang, QIN Zhi-qiang, LONG Sheng-ze, et al. Department of Respiratory Disease, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

【Abstract】 **Objective** China has seen the updated guidelines for community acquired pneumonia (CAP). It is the objective to evaluate the effect of educational intervention on CAP perception level of general practitioners. **Methods** General practitioners were given a lecture on CAP as the educational intervention. Prior to and post-lecture, general practitioners were required to answer 10 questions included in a questionnaire about clinical findings, diagnosis and therapy of CAP based on the guidelines. Questionnaires were finished at present, independently. **Results** Sixty and 56 general practitioners finished the questionnaires prior to and post-lecture, respectively. The percentage of correct answers to the questionnaires increased significantly post-lectures (72.1% vs 43.0%,  $P < 0.01$ ). The correct answers to 10 questions about CAP ranged from 16.7% to 65% and from 46.4% to 98.2%, prior to and post-lecture, respectively. Except for 2 questions, correct answers to the remaining 8 questions increased significantly post-lecture. **Conclusion** The CAP perception level among general practitioners is not satisfactory and can be improved through the educational intervention.

【Key words】 Pneumonia; Education; General practitioner

社区卫生服务站是我国城镇基层医疗保健机构,社区医生承担着我国城区居民的基本医疗保健工作。随着我国医疗制度的改革,社区医生必将成为我国城区居民普通疾病诊治的主要实施者。社区获得性肺炎(community acquired pneumonia, CAP)是呼吸系统常见疾病,普通的 CAP 在门诊或社区卫生服务机构诊断和治疗即可获得痊愈。随着新修订的 CAP 防治指南<sup>[1,2]</sup>的颁布,培养和提高社区医生的 CAP 新知识和诊疗水平也将是我们临床教学医院的一项重要工作任务。2008-05~2008-11 我们在科技活动进社区活动中通过举办了社区医生 CAP 学习班,实现对社区医生 CAP 知识的培训和干预。

## 1 对象与方法

**1.1 培训对象** 为广西壮族自治区南宁市西乡塘区和柳州市柳南区社区卫生服务机构的各级医生。

**1.2 方法** 举办 CAP 讲座前后分别发放 CAP 问卷调查表,进行不记名调查,社区医生当场独立完成答卷后交给调查人员;2 次问卷调查表的内容和调查方式完全相同。调查内容主要根据美国感染病协会(IDSA)和美国胸科协会(ATS)“成人社区获得性肺炎诊断治疗指南”<sup>[1]</sup>、“医院获得性肺炎诊断治疗指南”<sup>[3]</sup>以及我国“社区获得性肺炎诊断和治疗指南”<sup>[2]</sup>,进行设计,共 10 道问答题。包括是非题:(1)长期居住老年公寓者罹患的肺炎是社区获得性肺炎。(2)社区获得性肺炎患者都有咳嗽或和咳痰。(3)胸部 X 线片或者 CT 检查是诊断社区获得性肺炎必须项目。(4)某患者咳嗽咳痰,

胸 X 线片发现肺部片状阴影,应诊断为肺炎。单项选择题:(5)社区获得性肺炎最常见病原体是:A 肺炎链球菌,B 肺炎克雷伯菌,C 肺炎支原体,D 病毒。(6)社区获得性肺炎病原体构成与患者的下列因素有关:A 年龄,B 基础疾病,C 两者都是,D 两者都不是。(7)支气管扩张症患者发生肺炎,其常见致病菌是:A 大肠埃希菌,B 金黄色葡萄球菌,C 铜绿假单胞菌,D 肺炎克雷伯菌,E 真菌。(8)轻症细菌性社区获得性肺炎患者,门诊抗菌治疗疗程为:A 3~5 d,B 5~7 d,C 7~10 d,D 10~14 d。(9)红霉素等大环内酯类抗生素治疗社区获得性肺炎的主要目的是:A 针对革兰阳性球菌,B 针对非典型病原体,C 两者都是,D 两者都不是。多选题:(10)妊娠期肺炎可以选用以下抗菌药物:A 青霉素,B 头孢菌素,C 大环内酯类,D 庆大霉素,E 左氧氟沙星或其它喹诺酮类。

**1.3 统计学方法** 调查数据采用 SPSS13.0 统计软件处理。两组之间计数资料差异性比较的假设检验采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  时有统计学意义。

## 2 结果

参加 CAP 知识讲座的社区医生中,讲座前 60 名医生完成了 CAP 知识问卷调查,60 人共答对 258 道题,平均每人答对 4.3 道题,正确率为 43.0%。讲座结束后 56 名社区医生完成问卷调查。共答对 404 道题,平均每人答对 7.2 道题,正确率 72.1%。培训前后比较  $\chi^2 = 100.409, P < 0.01$ 。调查结果见表 1。

表1 社区医生CAP知识问卷调查结果[n(%)]

答题序号	干预前(%) n=60	干预后(%) n=56	干预后 回答正确 提高率	$\chi^2$	P
1	14(23.3)	32(57.1)	33.8	13.836	<0.01
2	32(53.3)	48(85.7)	32.4	14.190	<0.01
3	39(65.0)	55(98.2)	33.2	20.792	<0.01
4	26(43.3)	26(46.4)	3.1	0.112	>0.05
5	31(51.7)	49(87.5)	35.8	17.377	<0.01
6	35(58.3)	39(69.6)	11.3	1.604	>0.05
7	14(23.3)	40(71.4)	48.1	26.929	<0.01
8	33(55.0)	50(89.3)	34.3	16.728	<0.01
9	24(40.0)	37(66.1)	26.1	7.896	<0.01
10	10(16.7)	28(50.0)	33.3	14.611	<0.01

3 讨论

3.1 从本次调查结果来看,社区医生CAP知识认知程度不甚满意,尤其是教育干预之前,社区医生CAP知识问卷调查的回答正确率仅43.0%,不足半数。特别是有关妊娠期肺炎可选抗菌药物问题,教育干预前回答正确率低至16.7%。社区医生接受教育干预后,CAP知识调查回答正确率提高到72.1%,较教育干预前显著提高。尽管如此,社区医生在CAP知识教育干预后仍有部分题目的回答正确率不足50%。因此,对社区医生的业务知识培训是一项长期的任务,值得各级卫生行政机构和上级医疗单位引起重视。

3.2 长期居住公寓的老年人罹患肺炎称健康保健相关性肺炎(healthcare-associated pneumonia,HCAP),属于医院获得性肺炎<sup>[3]</sup>,其病原体构成和治疗均与经典的医院获得性肺炎相似。CAP知识教育干预后该问题的回答正确率虽然提高到了33.8%,但由于教育干预前回答正确率低,教育干预后回答正确率也仍然稍为偏低,说明社区医生大多不太了解近年提出的健康保健相关性肺炎这一概念,即使是进行教育干预后,也仍有相当部分社区医生未能完全认识健康保健相关性肺炎。因此,仍有加强培训和提高的必要。

3.3 咳嗽咳痰虽然是CAP常见症状,但并不是诊断CAP必备条件<sup>[2]</sup>,提示并非所有的CAP患者都有咳嗽咳痰症状。教育干预前只有略大过半数社区医生回答正确,教育干预后提高到了85.7%。大多数社区医疗服务机构由于缺乏影像学检查设备,当发现患者具有CAP的其它诊断线索时应建议及时进行胸部影像学检查,以避免漏诊。胸部影像学检查是诊断CAP必备条件<sup>[2,3]</sup>,经过教育干预后本题回答正确率由65.0%增高至98.2%。只有1人回答错误。相反,超过半数的社区医生认为患者同时具有咳嗽咳痰症状和胸片发现

肺部片状阴影时就应诊断为肺炎,这也不正确,其它疾病也可以表现咳嗽、咳痰和胸部片状影。所以社区医生仍然缺乏常见疾病诊断和鉴别诊断的思维方法,有待进一步提高。

3.4 绝大部分CAP初始治疗都是经验性选用抗菌药物,因此,治疗前明确CAP的病原体具有重要临床意义,在医疗设施简陋、缺乏病原学检查手段的社区卫生服务机构尤其如此。经过教育干预后,大部分社区医生都能认识到肺炎链球菌是CAP的首位病原体,结构性肺病及支气管扩张症合并CAP时的主要病原体是铜绿假单胞菌。年龄和基础疾病是影响CAP病原体分布的因素<sup>[4]</sup>,教育干预后社区医生回答正确率没有显著提高。表明社区医生对于病原体的影响因素仍然认识不足。

3.5 合理应用抗菌药物是CAP治疗效果的决定因素。一般轻症CAP抗菌治疗疗程为7~10d<sup>[1]</sup>。过去认为,大环内酯类抗生素是治疗CAP重要药物<sup>[1,2]</sup>。近年来监测资料<sup>[5]</sup>表明,肺炎链球菌和A群β溶血链球菌对大环内酯类抗生素耐药率高,提示大环内酯类抗生素治疗革兰阳性球菌感染性疾病的意义已经非常有限<sup>[6,7]</sup>。社区医生经过教育干预后对大环内酯类抗菌药物治疗CAP的意义以及妊娠期肺炎抗菌药物选择的认识仍然存在不足。

参考文献

- Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults [J]. Clin Infect Dis, 2007, 44 (Suppl 2):S27-S72.
- 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10):651-655.
- American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2005, 171(4):388-416.
- 刘又宁,陈民钧,赵铁梅,等. 中国城市成人社区获得性肺炎665例病原学多中心调查 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(1):3-8.
- 王辉,俞云松,刘勇,等. 2002-2003年中国社区呼吸道感染常见病原菌的耐药性监测 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2004, 27(3):155-160.
- Bónhidy F, Lowry RB, Czeizel AE. Risk and benefit of drug use during pregnancy [J]. Int J Med Sci, 2005, 2(3):100-106.
- Schwarz EB, Postlethwaite DA, Hung YY, et al. Documentation of contraception and pregnancy when prescribing potentially teratogenic medications for reproductive-age women [J]. Ann Intern Med, 2007, 147(6):370-376.

[收稿日期 2009-04-07][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]