

文章编号:1009-6612(2020)02-0081-03
DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2020.02.081

· 专家论坛 ·

新型冠状病毒肺炎疫情期间外科医生的职责与坚守

张光永,朱健康,高 梅,胡三元

(山东第一医科大学第一附属医院,山东 济南,250014)

自 2019 年 12 月首例不明来源肺炎在我国武汉市被确认以来^[1],疫情迅速蔓延,新型冠状病毒也逐渐被发现与确认^[2]。这场由新型冠状病毒引发的“疫情大会战”拉开了大幕。2020 年 1 月 12 日,世界卫生组织(WHO)正式将这一病毒命名为 2019 新型冠状病毒(2019-nCoV)^[3]。国家卫生健康委员会已将新型冠状病毒肺炎纳入乙类传染病并按甲类传染病进行防治。已证实,新冠肺炎可在人际间传播,且具有传染性强、人群易感性高、潜伏期长、临床表现多样化等特点,给人民群众生命财产造成巨大损失,给人民群众健康造成巨大威胁,同时也对全国人民的正常工作与生活产生了严重影响。截至 2020 年 2 月 11 日 24 时,我国累计报告确诊病例 44 653 例,疑似病例 16 067 例,尚有密切医学观察密切接触者 185 037 人,疫情防控形势依然严峻。

因新冠肺炎的病例特点及专业的特殊性,呼吸科、传染病学科、重症医学科、影像科与检验科医生,以及相关护理团队是这次疫情防治的主力军。广大外科医生并不是此次抗击疫情的一线战士,“苟利国家生死以,岂因祸福避趋之”,对于在国家危急关口想要发光发热贡献自己力量、想要冲到最前线救患者于危难的广大外科医生而言多少有些“有劲使不上”的感觉。但与疫情斗争的形式是多样的,也并非只有湖北才是战场。广大外科医生要参加防疫战斗,不只奔赴武汉一线这一条途径;只要心中有国家利益、人民健康,处处都是防疫战场。

目前,在这特殊时期,作为外科医生如何在做好加强新冠肺炎疫情防护工作的同时,为患者提供更好的医疗服务、为患者与家属提供更安全的就医环境,成为外科医生面临的最大问题。因此,在此疫情严重的历史时期,每一名外科医生都应熟悉新冠肺炎的流行病学特点与防治知识,避免误诊、漏诊,在以正确心态对待疫情的同时认真思考如何更安全有效地甄别患者、实施手术、创造安全的外科治疗环境。在积极排查与防控新冠肺炎的前提下,合理有

序地开展急症手术与择期手术。本文现详细讨论在新冠肺炎疫情下外科医生应怎样做好新冠肺炎的甄别、筛查,在此基础上如何做好防护工作并开展手术。同时,将我们针对围手术期发热患者的处理流程进行详细探讨。

1 新冠肺炎的流行病学与临床特点

1.1 流行病学特点 被新型冠状病毒(2019-nCoV)感染的患者都可成为传染源,无症状的感染者也可成为传染源。其传播途径主要为经呼吸道飞沫传播与接触传播,但同时应警惕气溶胶、粪口传播的可能^[4];新冠肺炎具有人群普遍易感性。钟南山院士团队,在总结了全国 31 个省级行政区、552 家医院收治的近 1 100 例新冠肺炎患者的流行病学与临床特点后发现,患者中位年龄 47 岁,只有不到 0.9% 的患者年龄小于 15 周岁,其中 41.9% 为女性^[5]。充分说明新冠肺炎具有普遍易感性,对于免疫力较强的中青年人群,其感染力并不会减弱。

1.2 新冠肺炎的临床特点 新型冠状病毒肺炎具有潜伏期长、症状不典型、传染性强等特点。新冠肺炎的潜伏期一般为 1~14 d,大多 3~7 d;目前发现最长潜伏期为 24 d^[5]。新冠肺炎临床表现不具有特异性,发热、干咳是最常见的临床症状,部分患者可表现有气短、头痛、咽痛及腹泻等症状,亦有少数患者为无症状新冠肺炎感染者^[6]。在目前总结的最大一组病例资料中发现,仅 43.8% 的患者开始有发热症状,但住院期间有发热症状者可上升至 87.9%,并不是所有患者都会出现发热症状,而同属冠状病毒致病的 SARS、中东呼吸综合征(MERS),患者确诊时几乎均存在发热症状^[7]。约 67.7% 的患者有咳嗽症状,此外咳痰、乏力、气促、头痛、咽痛等肺炎的常见症状也比较多见;5.0% 的患者首发症状为呕吐,3.7% 的患者首发症状为腹泻^[5]。

2 新冠肺炎疫情期间外科患者的处理与收治原则

2.1 门诊 开通互联网医院,提供在线问诊咨询服务,实现与医生的在线问诊咨询,这样既可减少因恐

慌情绪就医的患者来院被交叉感染的风险,又可及时建议疑似患者到医院接受规范诊疗,避免延误病情。

2.2 门诊患者的甄别与排查 (1)对于接诊的每例患者,外科医生都应耐心询问流行病学史、疫情接触史、周围密切接触人群等情况,重点询问 2 周内是否有疫区旅行或居住史,以及与本地疑似或确诊病例的接触史。(2)拟收入院接受手术治疗的早期肿瘤患者。前面提到,约 43.8% 的患者开始有发热症状^[5],因此如果在对疑似病例排查中只检测体温,可能会“遗漏大量不发热的患者”。由于新冠肺炎患者接受 CT 检查时,76.4% 呈现肺炎表现,主要为毛玻璃样阴影(50%)、双肺斑片状阴影(46.4%)。实验室检测方面,82.1% 的患者出现淋巴细胞计数偏低,此外还有 36.2%、33.7% 的患者出现血小板、白细胞计数偏低。在生化各项检测上,D-二聚体、乳酸脱氢酶、C-反应蛋白、肝酶两项这些指标,是主要的异常结果^[5]。因此建议患者入院前应完善胸部 CT 及实验室各项指标的检测。通过综合手段对疑似病例进行筛查。

2.3 收治原则 (1)择期手术患者,建议延缓手术治疗。(2)限期手术患者,对于早期肿瘤患者,排除疑似或确诊新冠肺炎的情况下可采取手术治疗;对于进展期肿瘤患者,在不违背治疗原则的前提下,与患者及家属沟通协商后,可先行新辅助治疗,待疫情稳定且再次评估患者整体情况后,再考虑手术治疗。对预期新辅助治疗效果不佳或患者及家属手术意愿强烈的患者,在充分沟通与排查后,可按照新冠肺炎期间手术流程进行外科治疗。(3)原则上只以行危、重症患者的急诊手术治疗为主。

2.4 急症患者的排查与处理 就普通外科而言,急腹症与腹部外伤是普通外科医生经常遇到的急症问题,诊断与鉴别诊断本就比较困难,加之有少数新冠肺炎患者又以呕吐、腹泻等消化道症状为首发症状^[5],这就进一步增加了急腹症的诊断难度与新冠肺炎漏诊的风险。在急诊情况下,常规依靠病毒核酸检测来确诊或排除新冠肺炎往往不太现实。由于新冠肺炎患者进行 CT 检查时,76.4% 呈现肺炎表现^[5];因此,有专家推荐,在急诊情况下,尤其急诊手术前,可常规进行肺部 CT 扫描来筛查新冠肺炎^[6]。对于病情较急的危重症患者,应在详细询问病史、基本排除新冠肺炎后行常规急诊手术,以挽救患者生命。对于疑似或高度怀疑新冠肺炎的病例,在积极准备手术的同时,应按确诊病例进行防护,并做好相关医护人员及周围群众的防护工作。

3 外科患者住院期间的防护事项

3.1 加强住院患者的防护 住院患者应尽量按照“单人单间”的原则安排病房;住院治疗期间佩戴口罩、注意个人手部卫生;患者住院期间不得离开医院,除接受检验、检查等特殊情况下原则上不应离开病房。

3.2 加强患者住院期间的陪护管理 (1)原则上患者不留人陪护,确需陪护时由医师下达“留陪人”医嘱;(2)签署《住院者及陪护特别疫情告知书》,对患者陪护人员进行详细询问,坚决杜绝有:发热及咳嗽、乏力、鼻塞、流涕等呼吸道感染症状;14 d 内有武汉地区或有本地病例持续传播地区的居住史或旅行史;14 d 内接触过新型冠状病毒感染肺炎疑似或确诊患者;其他可疑不适症状的家属在院陪护。(3)对符合条件的陪护家属,护士凭医嘱发放相关证明,原则上每名患者留 1 名陪护(排除疑似可能),相对固定不随意调换;患者在院期间禁止其他人员来院探视。(4)佩戴口罩、注意个人手部卫生,并主动配合医务人员进行体温筛查及信息登记。医院每日监测患者及陪护人员体温(测量频率视具体情况而定),如陪护人员出现发热症状,应立即到医院指定地点就诊。

4 术中防护

(1)新冠肺炎疫情期间应严格控制手术量,依照手术指征合理安排手术时间、手术房间;(2)非新冠肺炎患者的手术,患者与医护人员均按常规方案与流程进行;(3)对于必须手术治疗的疑似或确诊病例,应安排在特定的独立负压手术间进行手术,尽量减少参与人员,医护、保洁及其他相关人员应进行岗前培训,并按三级防护(穿防护服,戴医用防护口罩、护目镜或防护面屏、工作帽、手套、鞋套)进行患者的转运;术后患者入住隔离病房;(4)所有参与手术的人员术后应单独隔离 14 d;如出现发热或明显的呼吸道症状应立即上报大外科及医院相关部门。

5 住院期间发热患者的处置预案

对于住院期间出现发热的外科患者,应予以高度重视。做好相应防护,鉴别外科相关感染与新冠病毒感染。进行相应检查前应提前通知检查科室,做好相应防护。如能排除新冠病毒感染,则按外科发热患者的处理流程进行鉴别诊断、检查与处理。

对于高度疑似新冠病毒感染的住院患者,应按二级或三级防护原则,将患者安排至隔离病房,并严格按照隔离病房外出检查流程实施各项检查,同时提前通知相关检查科室做好充分防护。如确诊为新冠肺炎且外科情况平稳,应转至国家定点医院继续治疗。山东第一医科大学第一附属医院隔离病房患者外出检查流程图见图 1。

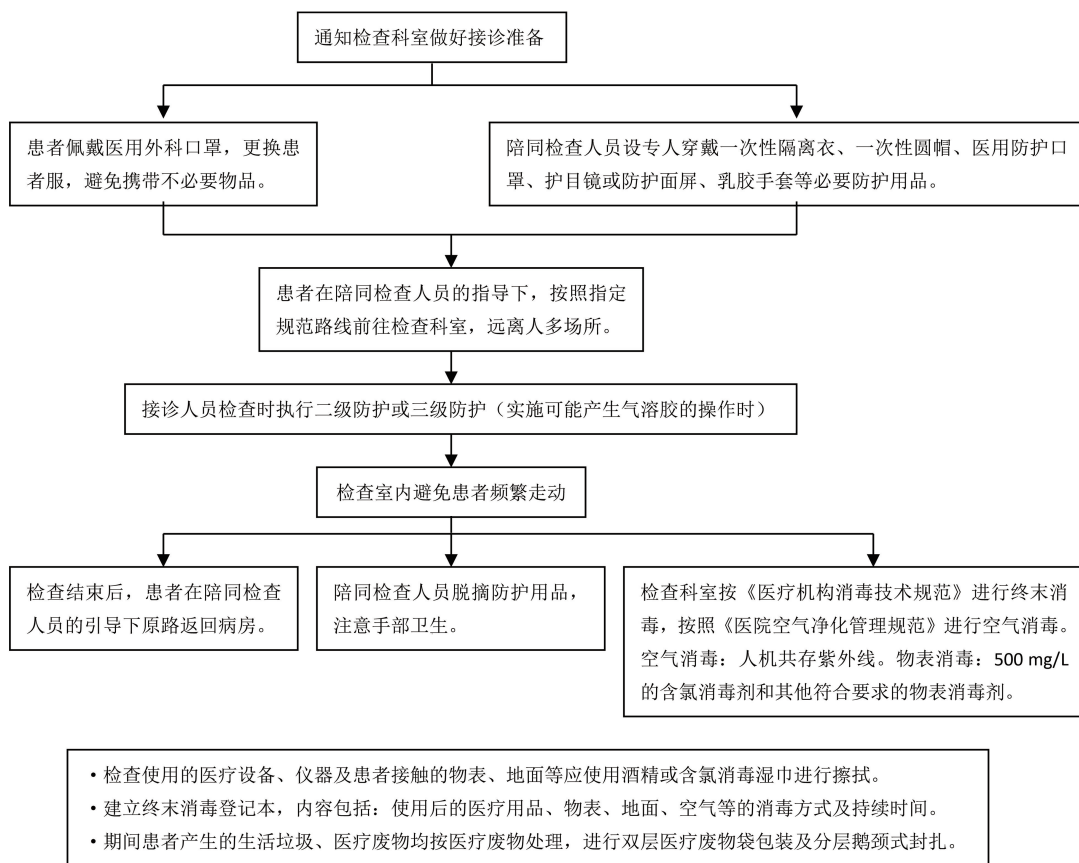


图1 山东第一医科大学第一附属医院隔离病房患者外出检查流程

在全国抗击新型冠状病毒肺炎的这场没有硝烟的全民战争中,人人都是战士。广大外科医生应该明白自己的职责,坚守自己的岗位。在做好日常诊疗的同时,做好自身防护。把好外科诊疗关,为患者

与人民群众提供优质安全的外科诊治服务及安全的就医环境。相信在党和政府的正确领导下,在以医护为主体的全民积极参与下,定能早日取得这场新型冠状病毒肺炎防疫战的完全胜利。

参考文献:

[1] Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [J]. Lancet, 2020, 395(10223): 497-506.
[2] Zhou P, Yang XL, Wang XG, et al. Discovery of a novel coronavirus associated with the recent pneumonia outbreak in humans and its potential bat origin [J]. bioRxiv, 2020 Jan 23. [preprint first posted online]
[3] World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: Interim Guidance [S]. Jan 11, 2020. [https://www.who.int/internal-publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/internal-publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected) (accessed Jan 20, 2020)
[4] Zhang H, Kang ZJ, Gong HY, et al. The digestive system is a potential route of 2019 nCoV infection; a bioinformatics analysis based on single-cell transcriptomes [J]. bioRxiv, 2020 Jan 31. [preprint first posted online]
[5] Wei-jie Guan, Zheng-yi Ni, Yu Hu, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China [J]. Medrxiv, 2020 Feb 9. [posted online]
[6] Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China [J]. JAMA, 2020 Feb 7. [Epub ahead of print]
[7] Zumla A, Hui DS, Perlman S. Middle East respiratory syndrome [J]. Lancet, 2015, 386(9997): 995-1007.

(收稿日期: 2020-02-18)