维普资讯 http://www.cqvip.com

PCR产物和重组子鉴定操作方便有效，同时还要考虑今后在应用荧光素酶报告基因检测系统时能够提供尽量多的有用信息。

本研究将肾组织中克隆出的hNaDC1基因5'侧翼转录调控区不同长度DNA片段hNaDC1A～E，分别插入pGL3-Basic载体中，成功构建了一系列萤火虫荧光素酶报告基因表达载体pGL3-hNaDC1A～E。为借助于双荧光素酶报告基因检测系统研究hNaDC1基因5'侧翼区转录调控元件的分布特点，以及转录调控元件与转录调控蛋白之间相互作用的性质提供基本实验条件。

[参考文献]

[1] Pajor AM. Molecular properties of sodium/dicarboxylate cotransporters [J]. J Membr Biol, 2000, 175(1): 1-8.

[2] Pajor AM. Citrate transport by the kidney and intestine[J]. Semin Nephrol, 1999, 19(2): 195-200.

[3] Aruga S, Wehrli S, Kaissling B, et al. Chronic metabolic acidosis increases NaDC-1 mRNA and protein abundance in rat kidney[J]. Kidney Int, 2000, 58(1): 206-215.

[4] Yagisawa T, Chandhoke PS, Fan J. Metabolic risk factors in patients with first-time and recurrent stone formations as determined by comprehensive metabolic evaluation[J]. Urology, 1998, 52(5): 750-755.

[5] Rogina B, Reenan RA; Nilsen SP, et al. Extended life-span conferred by cotransporter gene mutations in Drosophila[J]. Science, 2000, 290(5499): 2137-2140.

[6] 何娅妮，陈香美，于志恒，等. 人钠/二羧酸协同转运蛋白1基因的融合表达及其抗体的制备[J]. 中国生物化学与分子生物学报，2002, 18(3): 356-360.

[7] Pajor AM. Molecular cloning and functional expression of a sodium-dicarboxylate cotransporter from human kidney[J]. Am J Physiol, 1996, 270(4 Pt 2): F642-F648.

[8] Sekine T, Cha SH, Hosoyamada M, et al. Cloning, functional characterization, and localization of a rat renal Na+/dicarboxylate transporter[J]. Am J Physiol, 1998, 275(2 Pt 2): F298-F305.

[9] Pajor AM. Sequence and functional characterization of a renal sodium/dicarboxylate cotransporter[J]. J Biol Chem, 1995, 270(11): 5779-5785.

（编辑：余汇洋）

手术室差错事故的发生原因及防范措施

马丽娟[1]，杨明利[2]，马丽嘉[2]　（1. 桦川县妇幼保健院手术室，黑龙江 桦川 154300；2. 佳木斯市结核病防治院，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 手术室；差错；防范措施

[中图分类号] R472.3　[文献标识码] B　[文章编号] 1672-5042(2007)04-0228-01

手术室是临床外科科室的中枢，相关的护理工作在很大程度上影响着手术的成败，手术室的任何差错事故都可能给患者造成严重的影响。本文将手术室常见差错事故的发生原因进行总结，提出了相应的防范措施，现报告如下。

1 手术室差错事故的发生原因

手术室常见的差错事故及其发生原因主要有：①用药及输血、输液时查对有误。多由于手术室护士疏忽大意，忙中出错，药物摆放有误或标识不清等造成。②器械准备不全，与手术所需不符，器械性能不佳、陈旧老化，术中仪器使用不当等。③接病人时出错，导致错治病人。手术室护士没有对病人进行认真核查，特别是病人术前紧张及应用镇静剂后易发生接错或入错手术间的情况。④物品清点有误。主要发生在术前、关闭体腔前后，器械、敷料、缝针等清点有误。⑤手术体位安置有误。体位安置不当导致压疮发生，约束带过紧或肢体过度外展造成神经受压，衬垫放置不当影响病人循环呼吸。⑥弄错、丢失标本。手术中取下的组织未询问医师而自行处理或丢弃，影响术后确诊，造成不可挽回的损失。

[收稿日期] 2006-12-10　[修回日期] 2007-02-18

2 手术室差错事故的防范措施

2.1 常见护理差错的防范措施

针对常见的护理差错，具体防范措施：①防止用错药物。②避免手术器械造成的影响。③防止接错患者。④防止器械和纱布遗留创口或体腔内。⑤防止弄错手术部位。⑥防止弄错、丢失标本。⑦严格遵守无菌原则，防止院内感染。

2.2 完善相关的管理制度

完善、系统的规章制度是建立质量管理体系的前提，是防止差错事故、提高工作质量的保证。首先应完善手术室的一般制度，抓好落实手术人员规则、洗手规则、清洁卫生制度、消毒隔离管理制度、接送病人制度、各类人员岗位责任制及考勤制度、奖惩措施。其次要建立健全安全管理制度，术前做到"六查"、"十二对"、"四到位"。"六查"即接病人时查（病区、床号、姓名、性别、住院号、诊断、术前准备、术前用药及过敏情况），入手术间时查，麻醉前查，消毒皮肤前查，执刀时查，关闭体腔前后查。"十二对"即对科室、床号、姓名、性别、年龄、手术间号、手术名称、手术部位、所需药品、物品药物过敏情况、灭菌器械敷料是否合格、用物是否齐全适用。"四到位"即急救药品、吸

（下转第250页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

并有发热,腹膜刺激征,急性发作病程超过48 h,尤其是超过72 h者,超声提示胆囊管结石,胆囊壁增厚(>5 mm)者胆总管显示不清,十二指肠胀气,胰腺显示不清者,多提示胆囊三角炎症、水肿严重,术中解剖不清晰,中转开腹手术的可能性大,本组病例中转开腹的均属于此类[2]。

由于胆囊急性炎症,在加上部分病员既往有多次急性发作的病史,使胆囊同大网膜及周围形成广泛致密的粘连,将胆囊包裹,探察时无法找到胆囊,这种情况下采用"由外向内,由上向下,循肝找胆"的原则,紧贴肝脏,先找到胆囊底,采用钝性和锐性相结合的方法使胆囊游离出来。对于胆囊肿大,影响术野显露,张力过大,难以抓持者,于胆囊体部电切一小孔减压,但不要排出所有胆汁,使胆囊稍有张力,以助于辨认。对于胆囊三角的处理,首先要有足够的耐心和细心,在使用电凝分离时,我们依据:"少量,薄层,透明,短时"的原则,也就是每次钩取组织量不要过多,一束一束的,对于可能靠近胆总管时要一丝一丝的,基本上可以透过组织看到电钩,每一次电凝或者电切时采用脉冲低电压离断,不要长时间的电凝,这样既不容易对周围组织出现热辐射损伤,也利于细致、轻柔操作。分离组织时由浅入深,由简单到复杂,尽可能的显露清楚胆囊三角,对于确实不能明确胆总管解剖位置的,我们采用"以结石为中心"的原则,也就是先通过胆囊或胆管结石局部膨大部位,分离钳触探明确后,分离时一直紧贴结石部的胆囊或胆囊管,严格遵循"宁伤胆,勿伤管"的原则分离,最终确认胆囊管和胆总管的解剖关系后,再行胆囊管的切断。对于胆囊壶腹嵌顿结石,尤其是结石巨大(>2 cm)时使抓持胆囊十分困难,可以先切开胆囊使结石从胆囊内排出,再解剖三角,由于胆囊管无明显的炎症,更有利于辨认胆囊三角的解剖关系,也有利于发现是否有Mirrize综合征[3-5]。对于胆囊管嵌顿结石处理相对要困难,此类结石多小于0.6 cm,嵌顿后可以使胆囊侧的胆囊管膨大,使"胆囊管"缩短,对于炎症较轻,结石能够通过分离钳明确探及的,采取"以结石为中心"的原则处理。而局部炎症重解剖不清,尤其是因局部的炎症严重难以判断结石的部位的,可以试行胆囊管切开,以试图找到结石,如成功找到结石,可以继续操作,由于这种情况局部解剖分离时,出血均较多,术野显示不清,要做细致的分离十分困难,中转开腹是最明智的选择。在处理胆囊管时,应紧贴结石侧胆囊管夹闭1~2枚钛夹,胆囊侧不上钛夹,而靠近结石切断胆囊管或胆囊,这样确保胆总管不会受到损伤。对于结石嵌顿于胆囊管而又靠近胆总管者,结石在挤压时,有可能挤入胆总管,应沿胆囊管切开直视下看清楚结石,将结石取出,或者夹碎后取出,这样,即使有少量碎石落入胆总管,一般都可以自行排除。本组病例中仅有1例术后1月发现有残余结石,后经内镜下括约肌切开术取出[6-7]。由于这类LC,胆囊炎症水肿重,肝床及周围网膜有一定渗液(平均第一个24 h有约40 ml,最大的高达150 ml),引流出后有助于病员恢复。尤其是对于术中胆总管显露不清者,有助于术后观察,发现有无胆漏,便于及时处理。

[参考文献]

[1] 黄志强.当今胆道外科的发展与方向[J].中华外科杂志,2006,44(23):1585-1586.
[2] 周 鸿,尹光芬,杨继武.急性胆囊炎106例外科治疗体会[J].局解手术学杂志,2006,15(4):246.
[3] 谢敖文,曹文声,吴新军,等.胆囊颈管部结石嵌顿腹腔镜胆囊切除手术治疗的研究[J].中国内镜杂志,2005,11(1):90-93.
[4] 胡 晶,付肥郭,孟凡东.腹腔镜胆囊切除术治疗急性结石性胆囊炎体会[J].安徽预防医学杂志,2002,8(3):190-192.
[5] 韩学义.腹腔镜胆囊切除500例体会[J].河南外科学杂志,2006,12(5):16-17.
[6] 董满库,崔 彦,孙卫国,等.胆囊结石并急性胆囊炎的腹腔镜手术治疗[J].总装备部医学学报,2006,8(3):141-143.
[7] 周重巍.腹腔镜胆囊切除术难易度的相关因素分析[J].腹腔镜外科杂志,2002,7(2):74-75.

(编辑:郭光金)

(上接第228页)

引器、氧气、电凝止血器到位。

2.3 加强风险意识教育

随着国家法制建设的不断完善,医务工作者也应该加强法律学习,依法办事、按职上岗是预防技术性差错的重要措施。护理人员必须专人专职,工作安排要量力而行。新毕业的护士必须通过国家进行的护士注册考试,并且经过专门的手术室业务培训,严格考核,各项要求达标后才能单独值班。实习护士的工作责任应归代教老师,难度较大或新开展的手术应由高年资护士承担。

(编辑:雷 艳)