维普资讯 http://www.cqvip.com

并发症的预防措施及出院后的注意事项等解释工作，同时还向病人说明手术后可能带来暂时的不适及缓解方法，使其有充分的思想准备，或让其他手术后病人介绍成功的体会，从而消除顾虑，树立起信心，愉快地接受手术，并做好术中的配合。②练习床上排便、排尿：术前一周嘱病人在床上练习排便排尿，以免术后因平卧的体位不习惯而影响自解大小便，并且能减轻术后的腹胀。③术前一日准备：术区备皮，清洗及消毒手术区，并用无菌巾包好，在处理过程中勿使病人着凉、感冒，为患者做麻药试敏和青链霉素试敏及抽血做血交叉试验，准备术中输血，嘱其术前 12h 禁食，4h 禁水，术前晚有神经衰弱或精神紧张者可适当给予镇静药。④术晨准备：测生命指征，并记录在体温单上。⑤术日准备：病人进手术室前嘱其排尽二便，进室后，我们应准备好术后病床和所需物品（包括可能使用的急救药品及设备，如氧气等）。

三、术后观察及护理：①病人术后抬回病室，测生命体征，观察其变化，术后 2～3 天出现体温较高，可考虑为术后吸收热，以后日趋正常。如病人 3～5 天仍高热不退，应考虑感染的可能，应及时通知医生给予处理。②术后平卧硬板床，6～8h 内不得翻身，但护理人员要定时用手按摩受压部位，并保持床铺整洁干燥，6～8h 后，每 2h 翻身一次，防止褥疮。翻身时，动作既要轻柔，又要协调，保持肩、胸、腰、髋在一平面上，防止脊椎扭转，维持脊柱的稳定性，避免脊柱不稳定，出现马尾神经损伤。翻身呈侧卧位后，用相当躯干宽度的垫枕挤压术区，起到维持体位，压迫止血作用。③注意观察术区敷料，如渗血较多时，通知医生，及时更换敷料，并且探讨出血的原因以便及时给予止血药等处理，避免失血过多。④术后创口疼痛，可口服止痛药，止痛无效，可肌注度冷丁一次。⑤术后因卧床排尿不习惯或因神经根受压致膀胱收缩无力而不能自行排尿，易引起尿潴留，一般可先用变动体位和诱导法，如，听水声、看水流，热敷腹部，清洁会阴部，其次，可按摩下腹部。术后 6～8h 不能排尿，膀胱明显充盈，必要时给予留置导尿，避免多次插导尿管而引起逆行感染，同时应常用 0.85%生理盐水 500 毫升，庆大霉素 8 万* 每日膀胱冲洗，也应加强训练患者的自主排尿能力，争取早日拔出尿管。⑥给予病人三高及富有纤维素的饮食，增加机体抵抗力，促进伤口愈合和减轻炎症的反应及防止便秘。⑦术后一周开始帮助病人在床上适当地锻炼腰背肌做背伸活动，可增强肌力，防止复发和肌肉萎缩，以及术后下地行走时腰肌无力，一个半月后可离床活动，但应避免过度弯腰，防止腰椎不稳定，由于手术创伤病人不能料理生活的，护理人员应协助生活所需措施，三日以后，开始做轻工作及一般正常家务，避免重体力劳动。

（收稿：1997－06－10）

危险因素

258-259 糖尿病 急腹症 围手术期 处理 32

糖尿病人急腹症的危险因素及围手术期处理

王亚洲* 黄士杰* 赵志东**

R 473.6

我科自 1992 年 2 月～1998 年 2 月共收治糖尿病人急腹症 96 例。本文就其危险因素和围手术期处理中的几个问题报告如下。

一、临床资料：本组 97 例中男 56 例，女 41 例。年龄 21～80 岁，平均 50 岁，97 例均为急诊手术。入院前病人已知患糖尿病者 68 例。其中胰岛素依赖型的 6 例，长期口服降糖药物者 17 例，间断口服降糖药物者 31 例，单纯饮食控制者 14 例。入院前病人无糖尿病史者 28 例，占 29%。术前测定血糖＞16.7mmol/L 或尿糖卅以上 25 例。疾病种类为急性阑尾炎 24 例，胆系感染、胆石症 18 例，肠梗阻 17 例，溃疡病穿孔 13 例，各种病因所致上消化道大出血 14 例，腹部创伤 5 例，急性胰腺炎 3 例，其它急腹症 2 例。对术前确诊糖尿病的病人大中手术、血糖大于 16.7mmol/L，尿糖卅以上的病人静脉滴入普通胰岛素 12～20u。用药后复查血糖和尿糖分别降低 3.2～5.6mmol/L 和＋～卄。血糖小于 16.7mmol/L，尿糖＋～卄者皮下注射普通胰岛素 8～12u。小手术和平日只需单纯控制饮食或间断口服降糖

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学医学院第一附属医院普外科
** 梧通河农场职工医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

药者可维持原治疗。对施行大中手术的病人术中每2小时测一次尿糖和酮体，视病情程度给予胰岛素。急腹症术后大多数为禁食病人，故每日糖类输入量约150～250g，胰岛素用量为1u与葡萄糖4g之比给药。如血糖＞16.7mmol/L尿糖卅以上者还应补充皮下注射胰岛素8～12u，保持血糖6.7～12.7mmol/L，尿糖＋～卅。改进流食后，根据血糖和尿糖情况，恢复平时控制糖尿病的治疗。对于术前患酮症酸中毒的病人，血糖均＞30mmol/L尿酮体阳性，即给予胰岛素30～50u，一小时内静滴完毕，然后以每小时4～8u胰岛素维持。同时纠正酸中毒和补充液体电解质，在病情允许情况下手术可推迟几小时。治疗结果是死亡9例，包括感染性休克5例，多器官衰竭1例。糖尿病性昏迷1例，死亡率为9.3%。术后切口感染32例，腹腔感染1例，切口裂开2例，多发性疖肿1例。

二、讨论：糖尿病病人急腹症手术的危险因素

1.了解病史不详。文献报告大约有20～30%的病人是在外科手术时初次发现有糖尿病，因此易漏诊。本组漏诊率为13.5%，这对急腹症手术，尤其是全麻和大手术时常带来很大危险，给术后恢复造成很大麻烦。这些病人血糖甚至高达12.7～16.7mmol/L，虽然平时能较好地代偿而无明显症状，但在手术应激情况下则可出现严重的并发症。

2.对于病情估计不足。正确估计病情很重要。糖尿病可加重和易合并外科疾病，外科疾病又可使糖尿病加重，麻醉和手术可以引起应激反应，使血糖升高。病人的情绪紧张、手术疼痛出血、缺氧或二氧化碳蓄积等均可加重应激反应，干扰对糖尿病的病情判断和治疗。有时隐匿型和轻型糖尿病人在患急腹症和麻醉、手术情况下可导致血糖骤然升高，甚至发生酮症酸中毒和糖尿病性昏迷。因此，必须掌握急腹症并存糖尿病的类型，有无并发症及其严重程度，才能减少术后并发症和降低死亡率。

3.糖尿病病人的急腹症手术的特殊性。由于糖尿病导致的小血管病变，外周血供减少，其全身和局部抵抗力降低，伤口内细菌易繁殖而引起感染。一旦发生感染，由于其白细胞吞噬活性减退及组织渗透压增加，感染较难控制。本组术后发生感染性并发症39例，死亡5例。由此来看，术后感染是糖尿病手术病人的常见危险因素。此外，糖尿病人的心血管和肾脏等并发症的发生率也明显高于一般病人，使病情进一步复杂化。

4.治疗方法和预后有着密切关系。对于急诊大手术，术前必须了解糖尿病史和治疗情况，做好必要检查后，再根据轻重缓急进行处理。控制不好的糖尿病病人或手术使糖尿病加重者可发生酮症酸中毒等严重并发症。术前应纠正使血糖不高于16.7mmol/L。一旦酸中毒基本纠正，血压上升，手术即可进行，术中可继续处理酮症酸中毒。否则，麻醉和手术对术前未予正确处理的糖尿病人可诱发难以治疗的糖尿病性昏迷。

25f-260 腹膜外剖宫产术 式选择 33

腹膜外剖宫产术的术式探讨

杜佳秋* 金海燕** 刘富荣* R719.8

腹膜外剖宫产术的手术方法，文献已有多种报道，所不同的是游离膀胱进入子宫下段的方法不同。为寻求更理想的游离膀胱和充分暴露子宫下段的方法，我们采用顶人式膀胱腹膜指压分离法进行腹膜外剖宫产术600例，并行下腹横切口、皮下脂肪撕拉分离、可吸收线皮内缝合法。同时将不同术式的手术时间、新生儿1分钟Apgar评分及术后并发症等进行了对比分析，现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：1997年1月至1998年10月我院共行剖宫产术687例，其中经腹子宫下段剖宫产37例，腹膜外剖宫产术中顶人式600例，侧人式50例。

2.指压法手术方法：常规于下腹部取横切口，切口位于双髂嵴连线皱襞上，长约10cm左右，切开皮下脂肪3～4cm，然后用皮拉钩以撕拉法分离脂肪层，且稍向下拉，以免伤及脂肪层内的腹壁浅层血管。"V"字型剪开筋膜层，用弯钳于中线将两侧腹直肌粘着部稍作分离，推开腹膜前脂肪，于膀胱顶下剪开并分离膀胱前

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学医学院第一附属医院
** 佳木斯工农玻璃厂职工医院