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

维普资讯 http://www.cqvip.com

筋膜，清楚地暴露出膀胱肌纤维与光滑的腹膜愈着界线。术者以包绕湿纱布的食指于膀胱顶部正中轻轻向足侧剥离推下膀胱肌层，并使其与腹膜分离开，助手配合用纱布卷压迫腹膜表面并向头侧上提腹膜，以利于暴露腹膜反折。于腹膜反折缘下 1.5cm 处横行剪开宫颈前筋膜，如切口暴露不充分，术者可将膀胱后壁翻转过来后清晰地看见腹膜贴附在膀胱后壁的界线，然后以单或双拇指由外向里推，两食指同时向两边分离，使切口达 9～10cm，这时膀胱后壁完全分开，子宫下段已充分暴露，再切开子宫下段常规破膜娩出胎儿。关闭腹腔后，用 1 号可吸收合成线连续缝合筋膜，再用 3/0 号可吸收合成线一根先连续缝合脂肪层，再反转行皮内连续缝合。

二、结果

1. 手术时间：指压法腹膜外剖宫产术从手术开始至胎儿娩出，时间明显缩短，最短 4 分钟，最长 20 分钟，而腹膜内剖宫产术从开始至胎儿娩出最短 6 分钟、最长 30 分钟。

2. 新生儿 1 分钟 Apgar 评分：指压法腹膜外剖宫产术新生儿 1 分钟 Apgar 评分均≥8 分，无一例新生儿死亡及产伤。

3. 手术并发症：指压法术中腹膜损伤和术后血尿的发生率明显低于侧入式和腹膜内组。

三、讨论：

顶入式膀胱腹膜指压分离法腹膜外剖宫产术的操作要点，是利用膀胱顶部组织疏松易于剥离的特点和宫颈前筋膜及膀胱腹膜之间疏松组织间隙血管少的特点，使膀胱易于游离，因而可缩短手术时间。指压法克服了侧入式术野狭窄使胎头娩出困难的不同，因而更适用于胎儿窘迫的急诊手术。另外，撕拉法进腹可以完整保留皮下脂肪中走行的腹壁浅层血管，不需结扎止血。我们采用南通华利康可吸收医用合成线连续缝合脂肪层及皮内缝合，与以往间断缝合相比，减少了线结异物刺激和操作时间，减少了术后瘢痕的形成。患者由于手术时间短，损伤小，术后疼痛轻，镇痛药物使用明显减少，术后 4～5 天出院，缩短了住院时间。因此，此种方法非常适于临床推广应用。

阑尾切除术中发现肝癌破裂一例的护理体会

梁日红* 张立伟*

我院于 1998 年 3 月 25 日收治 1 例以“急性阑尾炎”诊断入院，在行阑尾切除术中，发现病人腹腔内有陈旧性血性液体，经诊断为“肝癌破裂”所致。术中经全体医务人员的共同抢救，病人安全渡过手术难关，现将抢救经过总结如下。

一、临床资料：患者男 59 岁，因右下腹疼痛一周以“急性阑尾炎”入院，一般状态佳，神清语明，步入病室，无恶心呕吐、发热等症状。查体 T36℃，P84 次/分，R 平稳，BP18.7/10.7kpa，WBC16×109/L，SGO.7。病人在硬膜外麻醉下行“阑尾切除术”。常规消毒腹部，进腹后，见腹腔内陈旧性血液，吸出约 1200cc，查回盲部充血，阑尾内有粪石，考虑“肝癌破裂出血”？随即缝合切口，改全麻。经上腹部屋檐式切口，见右半肝后叶 1.5cm 癌肿出血，胃、结肠、脾未见异常，行右肝不规则切除，肝面以 7 号丝线“V”字缝合，大网填塞，肝动脉结扎及胆囊切除，冲洗腹腔，清点器械、纱布，放置 2 根引流管，关腹。术后病理报告为肝细胞癌。

抢救经过：诊断明确后，立即重新与巡回护士共同清点器械、纱布、缝合针、线，准备剖腹探查器械及各种引流管。迅速建立静脉通道，确保液体快速输入。立即用 16 号静脉留置针开 2 组静点，协助麻醉医生做好全麻准备。因肝脏手术病人本身凝血机制障碍，术中出血多，为了保证有效循环血量，加压输血输液，以维持生命体征在正常范围。

二、讨论：1. 强化急救意识，提高急救技能。手术室护士不仅有较强的急救意识，而且还要有良好的心理素质及熟练的急救技能，掌握先进仪器设备的使用，才能提高术中抢救成功率，同时必须具有严谨的科学态度、熟练操作技术及敏锐的观察能力。2. 加强基本技能训练。手术室护士在提高专业技术理论知识同时，还应具备基本护理技术操作，如插胃管、麻醉剂试敏等，以便在特殊情况下，有条不紊地完成抢救任务。3. 加强手术室管理，使急救仪器用物处于应急状态。手术室即是病人手术的场所，又是急诊、外伤抢救的场所，病人流动性大，人员多，各种抢救仪器、用物使用率高，为了缩短准备时间，挽救病人生命，各种仪器物品应定人、定量、定位管理，定期检查维修，发现问题及时处理，使之处于应急状态。

（收稿：98－11－19）

* 作者单位：154000 黑龙江省佳木斯铁路医院