维普资讯 http://www.cqvip.com



## 2 术后并发症观察

皮下气肿是气管切开比较常见的并发症。多发生于颈部，触及有捻发感，严重的延及头、胸、背部。对有皮下气肿的患者要密切观察气肿的变化，发现有进展情况时，应及时报告医生。气管切开术后24 h内发生的出血，为原发性出血，多因术中处理不完善所致，如发现大出血及时报告医生，应立即进行气管插管压迫止血。套管位置不正或固定不牢可导致脱管，脱管是非常紧急而严重的情况，如不及时处理，将迅速发生窒息造成死亡。消毒不严或全身抵抗力差、吸痰操作污染等均容易导致创口感染；术后应每天更换气管纱布1次，对渗血或痰液较多者要及时换药，以保持创口干燥、清洁，局部有红肿压痛时，应报告医生，给予相应处置。

## 3 保持呼吸道通畅

如果听到空气进出套管发出尖锐的啸声伴有呼吸气时间长，则是套管不通畅的表现。一般要求每6～12 h清洗消毒内管一次。取内管时要注意固定好外管底板以免一道带出，不可用力蛮拔。取出时间不应太长，以免分泌物结于外管引起堵塞。洗管时动作要轻巧，管子要小心轻放，防止碰撞变形造成放入困难。吸痰时动作要轻、迅速，减少对气管壁的损伤。一般选用硬度适中、表面光滑、内径相对大的橡胶或硅胶导管或用专制的吸痰管。

## 4 拔管的护理

拔管应在病情稳定，呼吸肌功能恢复，咳嗽有力，能自行排痰，解除对气管切开的依赖心理时，才能进行堵塞试验。堵管时，一般第一天塞住1/3，第二天塞住1/2，第三天全堵塞，如堵24～48 h后，无呼吸困难，能入睡、进食、咳嗽即可拔管。拔管后的瘘口用75%酒精消毒后，用碟形胶布拉拢2～3 d即可痊愈，愈合不良时可以缝合。早期拔管可降低气管感染、溃疡等并发症的发生。患者经气管切开术后不能发音，难以表达自己的痛苦和要求，脾气容易变得急躁，这就要求我们在护理方面充分体谅病人的痛苦，格外耐心地照料他们，可采用书面交谈或动作表示，以解除顾虑。要有责任心做到细致周到护理，及早发现病情变化，减少病人痛苦，促进早日痊愈。

（编辑：朱志立）

# 1例男性尿道上裂伴完全性尿失禁手术治疗体会

刘维如，王 伟，石理华 （武警医学院附属医院泌尿外科，天津 300162）

[关键词] 尿道上裂；尿失禁；尿道手术
[中图分类号] R695；R699.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0287-02

膀胱外翻合并尿道上裂是泌尿生殖系统一种少见的先天性畸形，据文献报导，大约每3.5万个存活的新生儿中有1例，男性为女性的3～4倍。我科收治1例膀胱内翻修补术后，遗留完全性尿道上裂，经手术治疗，临床效果满意，现报告如下。

## 1 资料与方法

患者男性，16岁。因1岁时在外院行膀胱内翻修补术，膀胱修复成功，尿道上裂遗留，伴完全性尿失禁，于2004年6月14日入院。体检：两侧海绵体分离，完全性尿道上裂。拉直阴茎可见一被覆粘膜的浅沟，尿道开口于耻骨联合下缘呈漏斗状，仍可见少许膀胱粘膜外翻，耻骨分离7 cm。阴囊中隔分离，双侧睾丸附睾大小基本正常。IVU显示双肾形态、功能正常。膀胱造影显示有明显双侧输尿管返流，膀胱容量约80 ml。术前准备，自尿道开口放置Foley气囊导尿管，牵引固定以阻止尿液外溢，持续引流2周，会阴部尿性皮炎消失。连续硬膜外麻醉，先行耻骨上膀胱切开，可见膀胱粘膜呈暗红色、结节样水肿，血管纹理不清。游离膀胱颈部及双侧输尿管下段，采用Young-Dees-Leadbetter法，即裁剪膀胱颈及三角区缝成管形。取阴茎背侧的尿道粘膜宽约1.5 cm，沿两侧切开，保留基底部有充分血运，围绕F8号多孔硅胶管同时缝成管形。术中要彻底切除阴茎背侧纤维索带，使阴茎充分伸直，使得新形成尿道变的更短，难以修复长段的尿道缺损，术中利用阴茎腹侧带蒂皮瓣缝合成管状，穿过阴茎头隧道至背侧，三段成形尿道分别用0/5可吸收线间断缝合对接，构成一个完整的尿道。根据术中条件采取输尿管跨三角区前移抗返流手术。予以膀胱造瘘。将两条阴茎海绵体向外侧稍做游离后，向上翻转至新形成的尿道上方，应用0/5可吸收线间断缝合。使新形成的尿道位于双侧海绵体下方，尿道口位于阴茎头正中，术中注意要减张缝合，以防止尿道受压。纵行剪开阴茎腹侧包皮，旋转到背侧缝合。固定硅胶支架管，包扎伤口。术后严格管理病人，保持引流管道的固定通畅，定时从尿道支架管应用庆大霉素溶液低压冲洗管腔，每日1～2次，直至拔管，防止尿道分泌物滞留、引起尿道感染。术后3周拔除尿道支架管，排尿通畅，无尿失禁，仅在用力时有少量尿液溢出。

## 2 讨论

该病例虽为膀胱外翻，但因1岁时外翻膀胱修复成功，只遗留下完全性尿道上裂、尿失禁，因此处理与完全性尿道上裂

[收稿日期] 2007-03-20 [修回日期] 2007-05-01

维普资讯 http://www.cqvip.com



相同。外科治疗需达到:①阴茎伸直和延长;②重建尿道;③控制尿失禁。文献报导:伴有尿失禁的尿道上裂在膀胱颈重建后,初期成功率仅为50%左右,而且与膀胱容量有关,大膀胱者,术后79%可获得满意尿控制。小膀胱者仅42%获得尿控制。本例尿道缺损长,而且是成形尿道三段相连。初期排尿获得满意控制,这可能与尿道组织的力量和它的长度有关。另外新形成的颈部,包括部分膀胱颈部平滑肌起到括约肌作用,尿道内口缩窄至正常范围(进出F8号导尿管有箍管的感觉)也是控制尿失禁的关键。应用血运丰富的腹侧包皮和阴茎皮肤转至背侧,将游离皮(粘膜)管严密复盖也是手术成功的关键因素。本例术前膀胱造影显示双侧膀胱输尿管返流,术中给予双侧输尿管抗返流手术。对于男性尿道上裂患者,由于阴茎背侧纤维索带和阴茎悬韧带的牵拉,阴茎向背侧弯曲。因此,在尿道上裂修复中,为了使阴茎伸直,要求做到充分切除阴茎背侧的纤维索带,松解尿道沟的粘膜,然后可用橡皮筋压扎阴茎根部,快速向阴茎海绵体注入生理盐水,直到阴茎完全勃起。如果阴茎伸直不满意,则可切除阴茎耻骨韧带并游离部分阴茎脚,使其达到充分伸直,术中切忌损伤阴茎血管神经。本例患者术后跟踪随访1年多,B超检查双肾无积水,未出现腰痛,发烧及尿路感染症状,大大地改善了患者生活质量。

(编辑:朱志立)

# 加强实习生医疗安全教育的探讨

**徐昕昀** (第二军医大学附属长征医院普通外科,上海 200003)

[关键词] 实习生;医疗安全;教育
[中图分类号] R197 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0288-02

随着患者法律观念、经济意识和自我保护意识的不断增强,医疗服务引发的纠纷呈上升趋势,实习生在医院进行临床专业知识和技能学习的同时也要直接面对这些问题,因此,如何保护医患双方的利益成为临床实习生教育不可缺少的一环,近年来,我们在这方面进行了有益的探索,获得了一些经验,现报告如下。

## 1 提高法律素质

临床实习生在临床医疗工作的实践过程中,存在懂法不多、职业法律意识淡薄等现象,实习过程中往往急于提高实践水平而忽视客观环境条件,忽视法律法规,从而引起一些不必要的医疗纠纷。在进入临床实习前,我们组织实习生学习《医疗事故处理条例》、《中华人民共和国执业医师法》及相关法律法规,结合我院实际情况对重点内容开展案例讨论,搞清执业医师法、医患关系的法律问题以及病人的权利、医师的义务、医疗过失的法律责任等,让实习生明白在医患矛盾加剧的情况下,医务人员必须严格按照法律和医院的规章制度办事,这样既能保护好医患双方的合法权益,又能克服实习生畏惧医疗纠纷的心理。

## 2 规范医疗行为

医学生在临床实习中,自觉地培养良好的医德医风是合格医学实习生应有的素质和必备条件,也是毕业实习的内容之一。在临床实习中,实习生扮演着二个角色,一方面他是一位正在接受指导和教育的医学生;另一方面,作为医务人员的一分子,每天都要接触患者,其一言一行是医院服务的一个窗口。这段时期是实习生职业道德、服务意识、医德医风养成的关键时期。实习生医德医风培养应包括以下两方面:一方面是基本的人格目标,即实习生必须具备一个公民应有的人格和道德;另一方面是医务人员的职业标准目标,其职责是"救死扶伤、治病救人"。

## 3 加强医患沟通能力的培养

进入临床实习,首先面临的是与患者沟通的问题。目前许多实习生缺乏医患沟通的能力。临床教学实践表明,教师的一言一行会对医学生起到潜移默化的作用。因此,教师应将培养医学生的医患沟通能力渗透到每一天的临床教学中,做到言传身教,引导实习生积极研究患者的心理特征、心理需求,并进行及时而有效的沟通。保护实习生的积极性,尊重学生,了解和体谅实习生的心理状况和实际能力,学生有好的表现和进步即给予表扬和鼓励,学生出现差错则及时给予耐心分析,消除思想顾虑,积极帮助学生解决问题。我们还通过选取有关医患关系的案例与实习生进行分析讨论,分析案例中医者的医疗心理、医疗语言、医疗行为、医疗结果、义务与权利,以及患者的心理、就医行为、义务与权利,鼓励学生各抒己见,展开争论,最后由教师总结归纳各种观点,就案例再进行分析,有理有据地得出结论,从而增强学生的沟通能力。

## 4 严格医疗文书写作规范

病历是非常重要的医疗文件,它不仅是医疗、教学、科研的原始资料,而且还是处理医疗纠纷的重要法律依据。为此,我们在岗前培训中,专门安排时间讲解《病历书写规范》,重点内容放在引起医疗纠纷较多的问题上,进行案例分析。要求带教老师及时修改学生书写的病历,肯定好的一面,指出不足,对不

[收稿日期] 2007-03-12 [修回日期] 2007-05-07