维普资讯 http://www.cqvip.com

传统，实现多年梦想的教、考分离的目的。

2.缩短了组卷时间，提高工作效率，增强保密性

命题完成后交由专家组审校，授权给管理人员输入计算机，可以随时修改、分析、增加或淘汰。考前教师不知道考题内容。

3.评分标准、信息反馈快捷

评卷排除人为因素干扰，减少因教师水平和工作粗枝大叶而造成的误差，根据所备的标准答案，评分更为正确、公证、合理。题库能提供一套科学较完整的指标及评测系统，也能对试卷各项目的真实统计、分析、评价。信息反馈为上级对教学工作的决策提供参考。从而促进教改的进展，促进教学工作的管理科学化、规范化和现代化。

（收稿日期：2001-06-12）

·个案与短篇·

子宫颈癌术后骨盆死腔经阴道负压引流的护理

杜 彬* 李艳萍* 杜容娇*

子宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤之一。如早期诊断、及时合理治疗，其治疗效果较好，常用的治疗方法有手术、放疗及手术合并放疗三种。自1990年1月至2001年7月，我院妇科根据临床分期、年龄、全身情况，对30例子宫颈癌病人进行了扩大全子宫切除术、子宫根治术及盆腔淋巴结清除术。通过术后骨盆死腔阴道负压引流（以下简称盆腔引流）的临床应用，观察及精心护理，有效地控制了骨盆死腔炎性浸润、脓肿及术后盆腔淋巴囊肿的发生，现总结护理体会报告如下。

一、资料和方法

1.临床资料：本组病人30例，年龄26～69岁，平均47岁，其中患有子宫颈鳞癌23例，子宫颈腺癌5例，子宫颈鳞腺癌1例，子宫重复癌（子宫颈腺癌、子宫内膜癌）1例，相应的进行了扩大全子宫切除及盆腔淋巴结清除术20例，子宫根治术及盆腔淋巴结清除术8例，扩大全子宫切除术、右卵巢移位术及盆腔淋巴结清除术2例。

2.方法：（1）盆腔引流管留置时间：盆腔引流管留置时间最短为45h 1例，最长为96h 1例，平均为54h，留置为48h者17例，50至52h者6例，70至72h者5例。

（2）盆腔引流量：盆腔引流量最少100ml 1例，最多400ml 1例，平均为208ml。术后第1d早晨自术后17h盆腔引流量平均为112ml（最少40ml，最多325ml）。

二、护理要点

1.了解盆腔引流管的位置：手术时，子宫、附件、宫旁组织及盆腔淋巴组织全部清除后，检查创面，用2号肠线把阴道断端锁边式缝合，且中央留一小孔，将两根长50cm的橡胶管由此置入。两管内端放置盆腔腹膜后闭孔窝处，左右各一根。两管经阴道牵出，外端分别用胶皮指套包扎，回病室后与负压吸引器相连接。将两管标明左、右，便于观察识别。

2.妥善固定盆腔引流管：病人术后安返病室，将盆腔引流管妥善固定于大腿上内侧，防止滑脱。首先用止血钳夹住引流管末端的1/3处，无菌条件下剪掉套在末端的胶皮指套，再分别与两负压吸引器相连接后打开止血钳，引流液将顺利引出，护理操作及翻身时避免牵拉引流管，以防脱落，有松动、滑脱时及时加固。

3.预防逆行感染：子宫颈癌广泛切除术，剥离面大，机体消耗严重，抗病能力低，易发生感染。需备好高压消毒的治疗巾，铺于床中部，每日更换，且保持床铺清洁，严格执行无菌操作，每日用0.5%洗涉汰棉球清拭会阴部及盆腔引流管的外周两次，无菌纱布敷盖在外阴部，保持外阴部清洁。敷料潮湿时应及时更换。引流液按时处理，引流管应始终处于切口部位以下，以防引流液逆流，引起逆行感染。遵医嘱准确，及时应用广谱抗生素，预防感染。

4.观察盆腔引流液量、色、性状的变化：每日用量杯准确测量引流量并记录。术后17h引流量平均为112ml。如未达到此量，可能引流管被血块，纤维蛋白凝块等堵塞或负吸引器装置出现故障，及时查原因予以解除，保持引流管通畅，勿折曲与受压。引流液开始为血性液体，是创面渗出的血液与淋巴液组成。术后24h后逐渐形成略带血性液体，48h转为血清样透明液体。如果48h后尚未转为血清样液体，应及时通知医生，检查是否盆腔仍有出血。

5.体位与指导：术后生命体征平稳后，取半卧位，利于渗出液流入盆腔顺利引出，同时利于降低腹肌张力，减轻切口疼痛。向患者及家属说明留置盆腔引流管的重要性，典型病例介绍，调动病人主观能动性，诱导病人自动配合治疗与护理。

6.拔除：盆腔引流管放至引流量每日5～10ml时再拔出。

三、讨论

盆腔腹膜后淋巴囊肿，主要是盆腔淋巴结清扫后，腹膜后留有死腔，回流的淋巴液潴留形成囊肿，如淋巴结较多囊肿逐渐增大，可出现压迫症状；如继发感染可出现纤维化硬块。

根据30例盆腔负压引流的观察、护理，未发生引流管脱落、粘连、破损等意外，简便易行，有效地控制了骨盆死腔炎性浸润、脓肿及术后留有盆腔淋巴囊肿的发生，效果良好，是值得推荐的子宫颈癌术后的引流方法。

（收稿日期：2001-10-30）

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院妇科病房