维普资讯 http://www.cqvip.com

情况等，一切无误方可接病人。

二、手术中护理

1.手术室的温度和湿度

在麻醉状态下，病人部分或全身失去对外界温度变化而进行自我调节的能力。室温过高、影响病人散热，可致高烧。室温过低，机体散热快，特别是麻醉时间长，手术创面大、大量输入库血等，可使病人体温降至36℃以下，可出现寒战等。对全身麻醉的病人，尤其是小儿、老年人，可造成麻醉苏醒延迟或呼吸抑制，术后肺炎等。因此，适宜的温度和湿度是维持患者正常体温的基本保证。巡回护士应使手术间温度保持在22℃左右，相对湿度48%左右。

2.体位的配合

麻醉开始，巡回护士应协助麻醉医生摆好体位，以利于各种麻醉操作的顺利进行。

麻醉完成后，巡回护士协助麻醉医生给病人摆一个既安全、舒适，又要使术野暴露清楚，便于手术操作，同时要注意不能影响正常呼吸循环及神经功能的体位。因此，巡回护士必须熟练掌握各种正确的手术体位及其注意事项，防止因体位不适而造成术后并发症、如周围神经损伤、血管受压、挤压伤、颈椎损伤等。

3.输液、输血的配合

由于术前禁食、禁水、加之麻醉后被阻滞部位或器官血管扩张，相对性血容量不足，可使血压下降。因此要求静脉输液速度快、通畅，在麻醉医生指导下输液，以维持水电解质平衡及血容量稳定。对小儿或老年人及心功能不全者，一定要在麻醉医生指导下严格控制入量。术中要密切观察手术病人的血压、肤色和尿量，正确估计术中失血情况。输血前与麻醉医生一道严格执行查对工作、需大量输入库存血时，要经过加温后输入，以保证体内温度的恒定。在输血过程中应保证静脉通畅，严密观察有否输血反应、遇有荨麻疹或寒战、高热、血红蛋白尿等，应立即停止输血，在麻醉医生指导下给以抗组织胺类药等，并保留余血，以备检查分析原因。

4.增强无菌观念，认真做好术中无菌隔离。

控制进入手术间的人数，凡进入手术间的人一律更换口罩、帽子、衣裤、鞋子，凡患有上呼吸道感染者不宜上台施术，手术进行中，室内工作人员尽量减少走动、观看手术者应与手术区域保持一定距离、巡回护士要负责监督手术间各类人员的无菌操作执行情况，保持手术间内安静、整齐、清洁、随时制止不必要的交谈，同时协助器械护士建立好无菌区、巡回护士在传递物品时，持物钳不得触及台上物品、手术开始后不得将台上物品借给其它手术用、以免发生交叉感染。

5.巡回护士必须保持高度清醒的头脑、严格执行查对制度。

术中输血、补液及用药均应严格执行三查七对制度。特别是巡回护士和器械护士要认真做好"三数"，即手术开始前，由器械护士与巡回护士共同清点台上的纱布、针线、器械等物品、并认真登记在记录单上；关闭体腔前，按记录单逐一核对台上物品，与之相符后方可关闭；关闭体腔后、作第三次清点，确保无一遗漏。

6.巡回工作中必须勤问、勤看、勤检查。

术中注意调节灯光，使术野光线充足；注意观察病人肢体末稍循环情况、温度、有无束缚肌体过紧等；注意身体各部是否受损；用药后有否不良反应。对于术程较长的手术，术中还应注意防止病人受到术者或一些手术器械的压迫，以免影响其呼吸功能。

巡回护士在使用高频电刀时，要安放好电极铅板，并用湿盐水纱布包好、术中变更体位或病人躁动时随时检查、以防烧伤、

三、手术后护理

1.包扎　手术结束后要对切口进行妥善包扎，把各种引流管用无菌纱布扎牢、开胸手术要接好水封瓶，脑科手术接好引流囊。

2.送病人回病室，与病房护士交接好，交接无误才能离开病员。

3.标本　核对标本，做好登记工作，妥善保管标本并送检。

实践证明，巡回护士的配合是手术过程中最中心和最关键的工作、它直接关系着手术能否顺利进行、手术的质量、手术的预后。它看似简单，却是手术室工作中最容易出现护理问题的环节，必须引起广大护理同行们的注意和重视。

（收稿：1999-08-30）

妇产科手术致输尿管损伤原因的探讨

孙盛梅* 李春艳** 王 菲***

本文探讨妇产科盆腔手术致输尿管损伤的原因、诊断及补救措施。现将结果报道如下。

一、临床资料：我院自1970年～1999年8月间泌尿科及妇产科共收治因妇产科盆腔手术致输尿管损伤16例，其中外院术后转入泌尿科13例，我院妇产科3例。剖宫产术（腹膜内、腹膜外及反复剖宫产）4例；卵巢切除术（单侧、双侧，修补及再造）3例；单纯子宫切除术（次全，全切）4例；广泛子宫切除术（生殖器各种癌症）3例；输卵管结扎术2例。年龄22～70岁，平均40.5岁。6例在术中判断为损伤，术中看到漏尿，即发现漏口3例，被切断创面近心侧发现增粗管状物2例（切断结扎），依靠注射美兰和速尿找到漏口1例（小破口）。13例术后2～20天内根据症状、体征和有关化验检查判断为输尿管损伤。损伤部

* 作者单位：154002　佳木斯大学临床医学院妇产科
** 黑龙江省萝北县医院妇产科
*** 内蒙古根河市得耳布尔林业局职工医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

位于左侧6例，右侧10例。被切断6例，部分切断5例，切除一段(5cm长)2例，撕裂伤3例，其中1例2侧完全切断。应用超声显像、肾扫描和静脉尿路造影、肾盂造影，膀胱镜下插输尿管导管显示损伤部位和性质，术中行输尿管膀胱吻合3例，输尿管端端吻合2例，修补1例。术后行输尿膀胱吻合6例，膀胱镜下输尿管支撑管自愈4例。

二、讨论：1.输尿管损伤的诊断：妇产科盆腔手术时，一旦输尿管被损伤，术中及时作出诊断至关重要。损伤多延误至出现症状时才被发现，本文16例中只有3例在术中作出诊断，余13例术后才作出诊断。术中见切口创面中输尿管走行区有渗液均提示输尿管被切断；输尿管增粗、蠕动增强为误扎；输尿管扩张，张力近端蠕动无力为误伤营养血管神经。如难于判断，一方面可在髂血管分叉处找到输尿管，观察其蠕动和行经方向，结合标本一般均可作出判断；另一方面则可静脉注射靛胭脂5ml后注甘露醇12.5g，观察手术区有兰色染料溢出，或增粗管状物出现，即可诊断。患者无尿、少尿、腹痛、腹膜炎症状，阴道或腹部切口漏尿，术后膀胱镜检查输尿管插管至损伤部位受阻，B超提示肾积水及尿外渗，应考虑到输尿管损伤。同时注意输尿管损伤的鉴别诊断，曾有报道，输尿管损伤致腹腔积液，误诊为肝硬化腹水长达56天。2.输尿管损伤的补救措施：应采取早期治疗，防止并发症发生，保存受累侧肾功能、受损的输尿管应恢复解剖学连续性，并治疗尿失禁。文献报道术中或术后视其损伤部位及类型，处理方法可采用单纯解结或修补；切断部位距膀胱近可行输尿管与膀胱吻合，切断部位距膀胱远可行输尿管端端吻合膀胱辫做管与输尿管吻合；回肠或阑尾代输尿管；伤侧输尿管与对侧输尿管吻合；肾切除。如果病程长，出现尿瘘，应控制感染后选好时机处理，重建尿路，除每次手术外，可经膀胱输尿管插管；肾脏超声引导下经皮肾造口引流；有的小瘘孔可以自行愈合。3.输尿管损伤的预防：为避免妇产科盆腔手术致输尿管损伤。首先应熟练掌握女性盆腔和输尿管解剖。仔细观察输尿管有蠕动，触之似一条韧性圆长索条，用拇指、食指捻时，有波动感，但应注意输尿管变异和畸形。其次应了解损伤输尿管的原因，多为处理骨盆漏斗韧带、子宫骶主韧带、子宫血管、分离输尿管隧道、止血下当，解剖变异时。术中遇到复杂的情况，如肿物较大伴盆腔慢性炎症时，易引起盆腔广泛粘连且移位，致解剖关系变异，此时应按解剖层次正确进行分离，认真松解粘连带，当钳夹或剪除骨盆漏斗韧带、子宫骶主韧带，子宫血管时应认清输尿管的位置，观察其蠕动情况，推开或游离一段输尿管后再钳夹；有出血时，先压迫出血点，辩认输尿管不在钳夹组织中，方可进行钳夹、切忌匆忙止血，以免损伤输尿管。切忌在解剖关系不清下盲目操作；缝合下宜过深，否则可能缝合部分输尿管壁，导致输尿管纽曲，梗阻甚至被结扎；关闭盆腔膜前，处理创面(止血，冲洗)同时不可忽视对输尿管的完整性的检查。本资料12例妇科手术致输尿管损伤中2例为输尿管异位，4例为肿瘤压迫使输尿管移位，4例为盲目止血而误伤输尿管造成尿瘘，2例为输尿管营养和神经受损引起的小瘘孔。当产科剖宫产时遇出血迅猛，止血不当也可造成输尿管损伤；当横切口当侧有撕裂且延及子宫动脉及阔韧带基底形成血肿时，切忌大块缝扎而误伤输尿管。本资料中剖宫产致输尿管损伤4例中，3例为此原因(其中1例为双侧性损伤)，另1例子宫右旋过度，缝合子宫时，误将输尿管缝入切口而致。防止损伤输尿管，应先将血肿打开，暴露出血后再缝扎止血，或迅速增大则做同侧子宫动脉结扎(必须注意"桥下有水"解剖)或同侧髂内动脉，避免血肿部位多次或大块缝扎；子宫有明显旋转时，缝合切口前应纠正子宫位置，将子宫提出腹壁切口外再缝合。对输尿管的损伤，只要思想重视，术中时刻提防，钳、剪时辩认局部组织解剖是可以避免的；另外要熟悉输尿管正常解剖，如术中解剖不清、匆忙止血，大块钳扎致误伤输尿管，尤其是肿瘤将输尿管挤压移位或炎症引起粘连时，较易误伤。对有特殊困难者，术前作输尿管尿路造影，了解肾脏有无先天性异常，双输尿管畸形及肾输尿管行经，也可做预防性输尿管插管，术中可凭导管感觉、鉴别输尿管与其它管道。损伤输尿管后应及早发现及采取必要的补救措施。

(收稿：1999-11-22)

《中国局解手术学杂志》编辑委员会名单

顾　　问： 吴阶平　裘法祖　吴孟超　朱　预　徐恩多
何三光　黄　瀛　钟世镇　金绍岐　杨家齐

总 编 辑： 魏肇安

副总编辑： 陈维佩　韩子玉　李贵晨

常务委员： 王克强　叶光华　孙大成　孙秋茹　肖乾虎　汪亚晴　杨士豪
高秀来　顾明辉　贺业春　姜宗来　钟震亚　徐达传　郭光金
郭光麟　曾志成

委　　员： 王连刚　王连璞　丑虚白　马兆龙　马跃美　刘文彪　刘淑声
关华忠　吕来清　吕衡发　乔宝成　朱治远　余发昌　李官禄
李启强　凌光烈　陈克功　姜　军　张大春　张传森　张树才
张绍祥　张　霞　张民英　胡滨成　黄世祥　蔡志民　魏安民