

# 实用手术学

妇产科分册

沈阳医学院编

辽宁人民出版社

# 实用手术学

妇产科分册

沈阳医学院编

辽宁人民出版社

一九七四年·沈阳

**实用手术学**

(妇产科分册)

沈阳医学院

•

辽宁人民出版社出版

(沈阳市南京街6段1里2号)

辽宁省新华书店发行

丹东印刷厂印刷

•

开本：787×1092 $\frac{1}{4}$  印张：25

字数：463,000 印数：1—40,000

1974年7月第1版 1974年7月第1次印刷

统一书号：14090·17 定价：2.80元

## 执笔者

沈魁	李正	何三光	林增源		
冯平安	孙世维	吕连庭	刘宗唐	陈郡	杨耀臣
宋志成	李春如	范先阁	金济霖	金耀清	钟宝民
徐恩多	盛卓人	翟允昌			

## 绘图者

王序	刘元健	李洪珍	余健民	姚承璋	赵国志
冯建辛					

# 前 言

在无产阶级革命路线的指引下，遵照毛主席关于“备战、备荒、为人民”的伟大战略方针和“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示，为了适应我国医药卫生事业蓬勃发展，特别是广大农村基层医务人员的需要，我们在几年教育革命实践的基础上，广泛听取基层医务人员的意见和要求，积极吸取国内外医学的先进经验，总结和整理我院临床工作的一些体会，编写了这本《实用手术学》。

全书二百万字，四千余幅插图，分为麻醉、普通外科和泌尿外科、神经外科和胸外科、矫形外科、妇产科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔颌面外科等八个分册。各章节除介绍了手术适应症、术前准备、麻醉、体位、常用术式、手术步骤、术后处理和术后并发症的防治外，着重叙述了手术中的注意事项及异常情况的处理原则和方法，可供临床医生在实践中参考应用。

本书是在学院党委的领导下采取“三结合”的方法，由专业人员负责执笔，经院内有关科室的医护人员认真讨论修改编成的。在编写工作中，力求做到以毛主席的哲学思想为指导，以常见病、多发病为重点，贯彻中西医结合、平战结合、理论与实践相结合的原则，努力反映手术疗法的新成就，以便更好地为增进人民的健康、加速社会主义革命和社会主义建设服务。但是，由于我们对马列主义、毛泽东思想学习得不够，临床经验不足，书中可能存在不少缺点和错误，诚恳地希望同志们给予批评指正。

在编写过程中，有关兄弟院校的一些同志和我省广大医务工作者，曾对本书提供了许多宝贵经验和修改意见，在此表示衷心感谢！

编 者

一九七三年八月

救死扶傷實事

革命的人道主義

白大東

# 目 录

第一章 基本知识 .....	1	腹式输卵管结扎术 .....	60
第一节 手术前准备 .....	1	阴式输卵管结扎术 .....	68
一般准备 .....	1	一、经阴道前穹窿输卵管结扎术 .....	69
手术前一天及当天的准备 .....	2	二、经阴道后穹窿输卵管结扎术 .....	71
第二节 手术后处理 .....	4	第六节 输卵管吻合术 .....	73
一般处理 .....	4	第三章 妇科外阴的手术 .....	77
术后并发症及其处理 .....	5	第一节 前庭大腺的手术 .....	77
第三节 妇产科手术的有关局部解剖 .....	8	一、前庭大腺囊(腺)肿造口术 .....	78
一、前庭大腺囊(腺)肿造口术 .....	78	二、前庭大腺囊肿切除术 .....	79
二、前庭大腺囊肿切除术 .....	79	第二节 外阴血肿清除术 .....	81
第二章 计划生育的手术 .....	31	第三节 单纯性外阴切除术 .....	82
第一节 避孕的手术 .....	31	第四节 外阴癌的手术 .....	84
宫内避孕器放置术 .....	31	一、双侧腹股沟区浅淋巴结摘除术及广泛性外阴切除术 .....	85
宫内避孕器取出术 .....	37	二、双侧腹股沟区浅、深淋巴结摘除术及广泛性外阴切除术 .....	89
第二节 人工流产术 .....	40	三、双侧腹股沟区、腹膜外盆腔淋巴结摘除术及广泛性外阴切除术 .....	91
吸宫术 .....	40	第四章 妇科阴道的手术 .....	97
钳刮术 .....	46	第一节 处女膜的手术 .....	97
第三节 中期妊娠引产术 .....	50	处女膜闭锁切开术 .....	97
水囊引产术 .....	51	处女膜肥厚切开术 .....	98
水囊并用颈管扩张物引产术 .....	54	第二节 阴道膈的手术 .....	98
中期妊娠引产术并用药物引产法 .....	55	阴道纵膈切开术 .....	98
一、催产素静脉滴流法 .....	55	阴道横膈切开术 .....	99
二、奎宁小剂量口服法 .....	56	第三节 阴道不全闭锁的手术 .....	100
第四节 小剖腹产术 .....	56	阴道口狭窄切开术 .....	100
腹式小剖腹产术 .....	56		
阴式小剖腹产术 .....	58		
第五节 输卵管结扎术 .....	60		

阴道瘢痕狭窄切开术·····	101	二、宫颈电凝术·····	141
第四节 阴道完全闭锁的手术·····	102	三、宫颈锥形切除术·····	142
先天性无阴道的阴道成形术·····	102	第四节 宫颈陈旧裂伤修补术·····	144
一、羊膜移植覆盖法·····	103	<b>第七章 妇科子宫腔的手术·····</b>	<b>146</b>
二、皮片移植覆盖法·····	105	第一节 刮宫术·····	146
瘢痕性阴道闭锁的阴道成形术·····	109	第二节 水泡胎吸宫术·····	148
第五节 阴道囊肿切除术·····	109	第三节 子宫体部粘膜下肌瘤 切除术·····	150
第六节 子宫绒毛膜上皮癌阴道 转移结节切除术·····	111	<b>第八章 子宫切除术·····</b>	<b>151</b>
第七节 阴道后穹窿穿刺术·····	111	第一节 腹式子宫次全切除术·····	151
第八节 阴道后穹窿切开 引流术·····	112	第二节 腹式子宫全切除术·····	157
第九节 陈旧性三度会阴裂伤 修补术·····	113	一、单纯性子宫全切除术·····	158
<b>第五章 生殖道瘘的手术·····</b>	<b>116</b>	二、筋膜内子宫全切除术·····	162
第一节 泌尿生殖道瘘(尿瘘) 的手术·····	116	三、子宫颈部肌瘤子宫全切除术·····	165
一、尿瘘的阴式修补术·····	119	四、阔韧带内肌瘤子宫全切除术·····	169
二、尿瘘的腹式修补术·····	127	附: 子宫肌瘤剥出术·····	174
三、尿瘘的阴腹式联合修补术·····	132	第三节 腹式次广泛性子宫 全切除术·····	175
第二节 直肠阴道瘘(粪瘘) 的手术·····	134	第四节 腹式广泛性子宫全 切除术·····	178
一、小瘘孔修补法·····	134	第五节 阴式单纯性子宫 全切除术·····	193
二、大瘘孔修补法·····	135	一、阴式单纯性子宫全切除术上行法·····	194
<b>第六章 妇科宫颈的手术·····</b>	<b>137</b>	二、阴式单纯性子宫全切除术 半上行法·····	201
第一节 宫颈息肉摘除术·····	137	<b>第九章 子宫脱垂的手术·····</b>	<b>206</b>
第二节 宫颈粘膜下肌瘤 切除术·····	137	第一节 子宫脱垂的阴式手术·····	206
第三节 宫颈糜烂的手术·····	139	一、阴道前壁修补术·····	207
一、宫颈烧灼术·····	140	二、阴道后壁修补术·····	211



三、子宫颈部分切除术及阴道前后壁 修补术·····	217	<b>第十二章 肠管、泌尿器损伤的手术</b> ···	264
四、阴式子宫切除术及阴道前后壁 修补术·····	220	第一节 肠管损伤缝合术·····	264
五、阴道中央闭锁术(阴道纵膈 成形术)·····	220	第二节 膀胱损伤缝合术·····	265
六、阴式子宫切除及阴道中央闭锁术···	223	第三节 输尿管新鲜损伤 的手术·····	266
<b>第二节 子宫脱垂的腹式手术</b> ···	226	一、输尿管损伤缝合术·····	267
一、子宫脱垂全腹式固定术·····	226	二、输尿管吻合术·····	267
二、子宫脱垂前腹壁固定术·····	230	三、输尿管膀胱吻合术·····	269
<b>第十章 子宫附件的手术</b> ·····	233	<b>第十三章 产科外阴的手术</b> ·····	272
<b>第一节 子宫附件炎症的手术</b> ···	233	第一节 会阴裂伤修补术·····	272
一、输卵管切除术·····	233	一、一度会阴裂伤修补术·····	272
二、输卵管卵巢切除术·····	235	二、二度会阴裂伤修补术·····	272
三、双侧附件及子宫切除术·····	237	三、三度会阴裂伤修补术·····	273
<b>第二节 卵巢肿瘤的手术</b> ·····	239	<b>第二节 会阴切开术</b> ·····	276
一、有蒂可动性卵巢囊肿切除术·····	240	一、会阴侧切开术·····	277
二、卵巢肿瘤蒂扭转切除术·····	242	二、会阴正中切开术·····	278
三、粘连性卵巢囊肿切除术·····	243	<b>第十四章 产科阴道(产道)的手术</b> ···	279
四、阔韧带内卵巢囊肿切除术·····	244	第一节 人工破膜术·····	279
五、恶性卵巢肿瘤的手术·····	246	第二节 头皮钳牵引术·····	281
六、卵巢肿瘤保留卵巢功能的手术·····	247	第三节 胎头吸引术·····	282
附: 术中对肿瘤大体标本的鉴别法···	250	第四节 产钳术·····	290
<b>第十一章 异位妊娠的手术</b> ·····	252	一、低位产钳术·····	293
<b>第一节 急性宫外孕的手术</b> ·····	252	二、中位产钳术·····	297
一、输卵管妊娠的手术·····	253	三、枕后位产钳术·····	299
附: 自身还血法·····	255	四、颞前位产钳术·····	300
二、输卵管间质部妊娠的手术·····	255	五、臀位后出胎头产钳术·····	301
三、输卵管妊娠保留生育功能的手术···	257	<b>第五节 臀位牵引术</b> ·····	304
四、卵巢妊娠的手术·····	259	一、臀位完全牵引术·····	305
<b>第二节 陈旧性宫外孕的手术</b> ···	260	二、臀位部分牵引术·····	311
附: 经腹阴道后穹窿引流术·····	261		
<b>第三节 腹腔妊娠的手术</b> ·····	262		

第六节 穿颅术 .....	316	五、再次剖腹产术 .....	366
第七节 断头、除脏术 .....	321	六、剖腹产子宫切除术 .....	368
一、断头术 .....	322	第二节 子宫破裂的手术 .....	370
二、除脏术 .....	324	一、子宫切除术 .....	371
三、断头、除脏术 .....	325	二、子宫破裂修补术 .....	372
第十五章 转胎术 .....	327	附：髂内动脉结扎术 .....	373
第一节 外倒转术 .....	327	一、腹膜内髂内动脉结扎术 .....	374
第二节 内倒转术 .....	329	二、腹膜外髂内动脉结扎术 .....	374
一、横位、斜位内倒转术 .....	330	第三节 子宫翻出复位术 .....	376
二、异常头先露内倒转术 .....	332	一、子宫翻出用手复位术 .....	377
第三节 双极倒术 .....	334	二、阴式子宫后壁切开复位术 .....	378
第十六章 产科子宫颈的手术 .....	336	三、腹式子宫后壁切开复位术 .....	379
第一节 子宫颈管裂伤缝合术 .....	336	第十九章 孕产期并发肿瘤的处理 ...	381
第二节 子宫颈管松弛缝缩术 .....	337	第一节 孕产期并发卵巢肿瘤的处理 .....	381
一、子宫颈管缝缩术 .....	338	第二节 孕产期并发子宫肌瘤的处理 .....	382
二、子宫内口缝缩术 .....	340	第三节 孕产期并发子宫颈癌的处理 .....	383
三、子宫内口菱形切除缝缩术 .....	342	第二十章 新生儿窒息急救术 .....	385
第十七章 产科子宫腔的手术 .....	344	第一节 呼吸道内积液的清除法 .....	385
第一节 胎盘用手剥离术 .....	344	一、抽吸法 .....	385
第二节 脐带脱垂还纳术 .....	346	二、口对口抽吸法 .....	386
第三节 宫腔填纱术 .....	348	三、喉镜直视下抽吸法 .....	386
第十八章 产科子宫的手术 .....	350	第二节 人工呼吸法 .....	387
第一节 剖腹产术 .....	350	一、利用几手压胸法 .....	387
一、子宫下段剖腹产术 .....	353	二、单手压胸法 .....	387
二、子宫体部剖腹产术 .....	358	三、口对口吹气法 .....	388
三、腹膜外剖腹产术 .....	360	四、气管插管加压给氧人工呼吸法 .....	388
四、经腹膜腹膜外剖腹产术 .....	365	第三节 脐带血管注药法 .....	389
		第四节 胸外心脏按摩法 .....	390

# 第一章 基本知识

妇产科手术是治疗某些妇科疾病过程中的一个重要环节。医务人员必须遵照毛主席关于“全心全意地为人民服务”的教导，学习白求恩同志“对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱”的共产主义精神，积极认真地把手术做好。特别是在广大农村，更应把敢想敢干的革命精神与科学态度相结合，根据需要，积极创造条件开展手术，为贫下中农解除疾病痛苦。

决定手术时要周密考虑，正确诊断。严格选择手术适应症，能用非手术疗法治愈的就不做手术。术前医务人员必须掌握妇女的解剖及生理（特别是内分泌、生育能力等）的特点，并熟悉妇产科疾病的病理发展规律，及它们相互间的关系；认真做好各项准备工作；术中要细致、轻柔、迅速地操作，爱护正常组织，严格防止出现异常情况；术后要细心护理、严密观察、妥善治疗，使手术疗法取得良好效果。除此之外，还应向病人介绍手术前、后的注意事项，积极调动病人的主观能动性，树立与疾病作斗争的信心，以便与医务人员一起共同战胜疾病，迅速恢复健康，早日返回“抓革命，促生产”的战斗岗位，为社会主义革命和社会主义建设做出贡献。

## 第一节 手术前准备

### 一般准备

1. 术前检查：病人虽已经过检查，但术前还应进一步详细询问病史和做周密的局部及全身检查，结合必要的辅助检查，尽可能得出正确的诊断和对病情的估计，以便确定是否需要手术和手术可能发生的问题。

局部检查及处理：通过双合诊、窥器检查或肛诊，详细检查病灶的部位、大小、粘连的程度，与周围脏器的关系，有无急性或化脓性变化，有无恶性变以及对生育能力的影响等，对此加以周密的考虑，以便选择最适合的手术方法。有时还需要配合各种辅助检

查,如阴道涂片细胞学或细菌学检查、活体组织检查、子宫探针检查或后穹窿穿刺检查等。

如宫颈或阴道有溃疡或腐臭带下多量时,术前数日应用1/5,000高锰酸钾溶液或1/1,000新洁尔灭溶液冲洗阴道,或用1/5,000高锰酸钾溶液坐浴,投予抗炎药物,控制感染。对生殖器结核,术前应按疗程投予抗结核药物。

如病人适值月经期,为减少术中出血量,最好另行安排手术日期,但急症手术例外。

全身检查:必须检查全身重要脏器的功能情况,特别是循环、呼吸及泌尿系统。较大的手术需先做肝、肾功能检查,必要时还需做心电图、膀胱镜及X线等检查。

对影响手术的疾病,如贫血、出血性疾病、高血压、糖尿病、慢性上呼吸道感染等,术前应及时予以治疗。

了解病人有无药物过敏史,以便选择用药,预防药物过敏性休克的发生。如病人长期接受过肾上腺皮质类激素治疗,于术前、术中及术后应适当地补充用药,防止术中、术后发生急性肾上腺皮质功能衰竭等严重情况。如发生此种情况,有时可能危及生命。

2. 选择术式:对必须手术者,可根据疾病的种类、病人的年龄、局部及全身状态、肥胖程度、生育情况和术者的经验及技术水平,选择腹式手术或阴式手术。术式的选择应以有利于病人为原则。

3. 对手术耐受性的估计:手术前必须从病人的整体出发,详细检查全身及局部状态,正确估计病人对手术的耐受性。对耐受性较差者,术前应予以妥善处理,以免术中或术后发生危险。病灶与周围脏器粘连越重,手术越复杂,对病人的侵袭也越大,尤应注意。此外,对小手术也决不应等闲视之。如果对此有所忽视,必然会给病人带来不应有的损失,甚至招致严重的后果。

4. 术前讨论:对某些疑难病或复杂的手术,在做好上述各项准备的基础上,应由领导干部、医护人员及麻醉人员参加进行集体讨论,明确诊断或印象诊断,选择术式、麻醉方法、特殊器械,对手术过程中可能发生的一些困难和危险情况作出足够的估计,并落实相应的措施,最后根据病情及手术需要,安排好参加手术的人员和手术日期。

## 手术前一天及当天的准备

1. 清洁皮肤:手术前一天,需剃去腹部、外阴部的汗毛及阴毛,用棉签蘸肥皂液清除脐垢,然后沐浴。如无沐浴条件,也需将手术野清洗干净。

2. 清洁阴道:阴式手术或腹式子宫全切除术的病人,手术前一天及当天应冲洗阴

道。如阴道分泌物较多，已在数日前开始冲洗者，可继续冲洗至手术当天。冲洗阴道时，应特别注意将阴道后穹窿冲洗干净。

3. 饮食：手术前一天晚上，应进容易消化的食物。手术当日晨禁饮食。如术前进食，可增加手术时和手术后恶心、呕吐和胀气，并在全麻时有引起吸入性肺炎的危险。但术前也不应使病人长时间处于饥饿状态，以防发生低血糖休克，必要时可经静脉注射高渗葡萄糖溶液。

4. 灌肠：手术前日晚用1%肥皂液500~1,000毫升灌肠一次，手术当日晨再灌肠一次，排空粪便，以免术中粪便溢出，污染手术野。

5. 睡眠：手术前日晚给适当的安眠药，如安眠酮0.1~0.2克等，使病人充分睡眠，以免消耗精力和体力。

6. 药物过敏试验：如青、链霉素或普鲁卡因等。

7. 备血：对贫血或手术较复杂的病人应适量备血。

8. 排空膀胱：病人临去手术室前，需自行排尿一次。简单的阴式手术（如刮宫术）不需另做导尿处理。复杂的妇科或产科阴式手术，必须在术前导尿，必要时于术中还需随时导尿，以保持膀胱空虚。腹式手术在术前均应安放留置导尿管，使膀胱经常保持空虚，以便充分暴露手术野，并防止损伤膀胱。

9. 手术野的消毒：腹式手术野的消毒，一般常用的方法是以3%碘酒、2%次亚硫酸钠酒精、75%酒精的顺序，涂擦手术野各一次，其中次亚硫酸钠酒精脱碘的效果较好。对碘过敏的病人，可用1/1,000新洁尔灭溶液或1/1,000硫柳汞酞消毒。消毒应由手术野的中心部开始，逐渐扩展至周围，并注意脐窝的消毒。消毒范围上界应达剑突水平，下界至耻骨联合及大腿上1/3，两侧至腋中线。如系绝育术等切口较小的手术，消毒范围可酌情缩小。

妇科阴式手术野的消毒，一般在使用消毒液之前，先用无菌肥皂溶液及温无菌水，由手术野周围向中心依次清洗阴阜、大腿内侧上1/3、外阴及肛门，再冲洗阴道，特别应彻底冲洗阴道后穹窿。然后，用1/1,000新洁尔灭溶液或硫柳汞酞涂擦外阴。由阴道口向外涂擦，消毒肛门后，另换消毒棉球涂擦阴道，并注意仔细消毒阴道穹窿部。除用上述消毒液外，也可用2.5%碘酒及酒精消毒外阴及阴道，但多在麻醉下应用。

产科阴式手术野的冲洗及消毒方法同上。但有时为了防止上行性感染，可省去阴道冲洗及消毒，而只做外阴部消毒。

腹式子宫全切除术时，应在腹壁消毒前，先做外阴及阴道冲洗，然后，用1%龙胆紫涂擦阴道穹窿部，作为手术中识别进入阴道的标志。必要时还可向阴道内放入长纱布条，以便吸收子宫分泌物。

## 第二节 手术后处理

### 一般处理

1. 体位：术后体位应按麻醉的种类来决定。如全麻尚未清醒时应取平卧位，头偏向一侧，使唾液及吐物易于流出，以免吸入气管内引起吸入性肺炎或窒息。腰麻后应平卧6小时，以后的卧位则视情况而定，如一般情况良好者可改半坐位，使腹壁肌肉松弛，减轻疼痛，也有利于呼吸。腹腔内有化脓病灶时取半坐位，可使炎性渗出液容易向子宫直肠窝集中，以利引流，并可避免膈下脓肿的发生。无论采取何种卧位，当病人清醒时，都应鼓励和帮助病人勤翻身，以改善血液循环。取半坐位者尤应多做下肢活动，防止血栓形成。

2. 测量血压、脉搏及呼吸：手术后应每隔一定的时间，测量血压及脉搏，同时观察呼吸情况。具体时间应根据病情的变化、手术的大小及经过顺利与否而定，以便及时发现休克及其他异常情况。

3. 饮食：腹式手术对胃肠功能有不同程度的暂时性抑制，术后当日应禁食，术后第一天开始进少量流食，待胃肠功能逐渐恢复后，再由流食逐步过渡到正常饮食。如过早进大量饮食，不仅不能消化，反而会加剧胃肠功能的紊乱，引起腹胀、腹痛、恶心、呕吐等麻痹性肠梗阻症状。相反，如术后迟迟不进饮食，则病人过度消耗，不利于早期恢复，甚而发生水及电解质代谢紊乱乃至低血糖休克。阴式手术对胃肠功能抑制较轻，可在术后6小时开始饮水，进全流食，次日进半流食。凡病人不能进饮食或经口进入液体量不足的期间，应经静脉补给液体及电解质。

4. 输液：由于手术时及术后经口进入液体量的减少，同时丧失体液及电解质较多，因此应适当地补给液体及电解质。输液的质量、数量、速度和时间，可按病情的需要而定，必要时可根据每日出入水量的记录及血液电解质等化验结果来调节。

5. 术后疼痛：一般在麻醉作用消失后开始疼痛，以伤口痛、腰痛为主，手术次日开始转轻。因此在手术当日下午及当日晚应用耳针、体针或穴位注射止痛，或应用止痛药及镇静剂。如术后长时间腹痛不消失甚至加重时，应及时做检查，注意并发症的发生。

6. 恶心、呕吐：多因手术刺激胃肠或麻醉药物所引起，常为一过性的，可针刺足三里、内关等穴位即可停止。如恶心、呕吐频繁则为病理性体征，必须及时处理。

7. 腹胀：多发生于腹式手术后，由于胃肠功能受抑制所引起。开始时为上腹部

胀,逐渐窜向下腹部,待肠蠕动恢复由肛门排气后即可缓解。在腹胀窜气的过程中可产生腹痛,一般由腹胀到排气需经24~48小时。如48小时后腹胀加重、腹痛增剧而得不到缓解时,应注意肠梗阻的发生。

一般加速肠蠕动功能恢复的方法是:术后鼓励病人勤做翻身活动,腹部热敷、针刺,服用扶中理气汤加减,或注射新斯的明等肠管蠕动药物,均有效果。如肠蠕动已逐渐恢复,病人窜气至肛门仍不能排气时,可鼓励病人适当加腹压促其自然排气,或用肛管排气。

8. 大小便的处理:术后3天不能自然排便时,可投予缓泻药,必要时用1%肥皂液、盐水或1:2甘油水灌肠。但对尿瘘、粪瘘及肠管手术后的病人,则不宜过早给缓泻药或灌肠。

一般腹式手术后,以安放留置导尿管12~24小时为宜,以便保持膀胱空虚,有利于盆腔创口愈合,减轻病人自行排尿时切口的疼痛。持续留置导尿时间较久者,应注意导尿管的无菌护理,预防上行性感染。如术后较长时间不能自行排尿者,应尽量采用各种引流的方法,如针刺、坐起排尿、用温水冲洗外阴部、造成流水声等。如仍不能自行排尿再行导尿。

9. 离床活动:需视具体情况而定。如手术经过良好,病人体质较强,应鼓励早期离床活动,以促进恢复健康。一般可在排气后开始逐步锻炼离床活动。如手术刺激较大、病人体质衰弱、贫血、放置引流或有其他并发症时,则应适当延迟离床活动的时间,以免发生意外。

10. 切口的处理:阴式手术无须拆线者,在术后应着用丁字带保持外阴清洁,不宜做阴道冲洗或检查,以防损伤切口。如有出血、感染时则应慎重处理。但外阴有缝线者,每次便后,应予消毒。阴道内有纱布者,可于次日晨取出,有引流者于术后1~2天拔除。

腹式手术切口,如无渗血、血肿或感染者,不需特殊处理,可在手术后6~7天拆线。切口有引流者,一般在术后1~2天拔除,个别情况可适当延长时间,拔出引流后,如仍有渗出液或脓汁时,需继续换药。

## 术后并发症及其处理

### 呼吸系统并发症

手术后肺部并发症,以肺炎较为多见,有时也可发生肺不张及肺水肿。

1. 肺炎:手术后病人因感冒、气管炎、肺不张或吸入麻醉等诱因,均可发生术后肺

炎。预防的方法是：手术前治疗气管炎，手术时和手术后注意保温，防止病人感冒。对吸入麻醉的病人，术中随时清除呼吸道内的分泌物。术后病人未清醒前应有专人护理，随时擦去口腔分泌物或吐物。术后鼓励病人勤翻身、深呼吸，协助排痰。如已发生肺炎，则给病人吸氧，继续协助病人咳嗽排痰；若痰粘稠不易咯出时，可给祛痰药或做蒸气吸入，必要时用吸痰管或经气管镜吸出；对年老体弱无力咯痰，或意识不清、痰多的病人，应做气管切开，并给予抗炎药物治疗，以防发生中毒性休克或继发肺脓肿、脓胸等。

2. 肺不张：常因手术后腹部切口疼痛，病人不敢咳嗽或年老体弱无力咳嗽，肺叶支气管被稠痰堵塞发生完全性梗阻所致。多发生在术后48小时以内。病人因血氧不足，有呼吸短促、呼吸困难、皮肤及粘膜紫绀、脉快等表现。肺部叩诊为浊音或实音，听诊时患侧呼吸音减弱、消失或为管性呼吸音。如不及时治疗，则有继发肺炎等严重并发症的危险。预防和治疗原则同肺炎。

3. 肺水肿：虽少见，但发生后常较严重，甚至可能造成死亡。多因术后血容量突然增加而引起急性左心衰竭，如输血、输液过快或过多时即可发生。病人表现为严重的呼吸困难及咯出粉红色血性泡沫样痰，肺部可出现大量的水泡音。预防方法是对已由休克状态抢救好转的病人，或血压正常的病人，输血、输液不宜过快或过多。一旦发生肺水肿时，应立即停止输血、输液，并给予吸氧、静脉注射快速洋地黄或氨茶碱，肌肉注射杜冷丁或吗啡，给强力利尿剂，如利尿酸或利尿磺胺，四肢轮流缚止血带，必要时考虑静脉放血。

### 消化系统并发症

1. 肠梗阻：按肠梗阻发生的性质，可分为麻痹性肠梗阻与机械性肠梗阻两类，前者常继发于腹膜炎，后者多因手术后腹腔脏器粘连、内疝形成或腹腔脓肿等而引起。按肠梗阻的程度，又分为不全肠梗阻与完全肠梗阻两类。但这些分类在临床上并不是孤立的，它们在病程的发展经过中，是可能互相转化的，如不全梗阻转化为完全梗阻，机械性梗阻的晚期转变为麻痹性梗阻等等。因此应在治疗过程中，从病人的一般临床表现，随时识别肠梗阻的性质及其程度，并给予及时恰当的治疗，才能获得满意的效果。一般来讲，不全梗阻时腹胀、腹痛、恶心、呕吐较完全梗阻为轻，发病也较缓慢，而完全梗阻除上述症状较重外，病人完全停止排气、排便。一般的治疗原则是禁饮食，先用胃肠减压、输液、中草药、针刺、腹部热敷等治疗，如不见好转则根据病情考虑施行手术治疗。

2. 腹膜炎：由于现代外科技术的进步和抗炎药物的发展，术后较严重的盆腔感染，尤其是腹膜炎的发病率已显著减少，但在某些情况下，如手术时损伤肠管（包括腹式手术时剥离粘连，阴式手术时继子宫穿孔而损伤），术后腹腔渗血或出血继发感染，化脓性子官附件脓肿手术时，脓汁流入腹腔，以及手术时未能严格执行无菌技术（包括器械、敷料、



术者手指、病人的手术野及室内空气污染等)时,仍有可能发生。因此在手术中一旦出现容易引起感染的情况时,应采取相应的预防性措施。

腹膜炎的主要临床表现:在手术后出现脉搏细小频数、体温升高、恶心、呕吐、腹胀、腹痛拒按。常并发麻痹性肠梗阻,严重时可迅速出现休克。

腹膜炎的一般治疗原则:取半坐位,禁饮食,补液,给予大量抗菌素及中草药治疗。如疑为肠管损伤性腹膜炎,应及时做开腹探查,以免失去抢救的机会。对腹腔内脓汁较多者,也应做开腹或经阴道后穹窿引流。

#### 泌尿系统并发症

手术后泌尿系统的并发症,大多数为上行性感染,包括尿道炎、膀胱炎、肾盂炎等。发生感染之前,常有尿滞留。

手术后常因疼痛、卧位、无力等引起尿滞留。经各种引尿的方法无效,需多次导尿或安放留置导尿管时,如无菌导尿技术不严格,就容易带进细菌,引起感染。手术后长期安放留置导尿管时,可刺激尿道粘膜,在外阴无菌护理不够的条件下,很容易发生尿道炎,进而累及膀胱。又如宫颈癌等手术,对膀胱剥离范围较大,术后容易发生尿滞留或残余尿量增加。如膀胱内有多量残余尿时,即或不导尿,也极易发生感染。膀胱炎可向上扩延至肾盂引起肾盂炎或肾盂肾炎。

预防膀胱炎的根本措施,是防止和处理尿滞留,对不能自行排尿的病人,应定时予以导尿。导尿时使用较细、较软并充分滑润的导尿管,以避免损伤尿道粘膜,并严格无菌操作。

膀胱感染的初期,常无明显的临床症状,但导尿化验可见白细胞增多,或培养出致病菌者(大多数为大肠杆菌),就应认为有膀胱炎存在,应积极处理,不宜等待出现脓尿或发烧时才进行治疗,因病人发烧往往已累及肾盂。

治疗尿路感染可应用抗菌素及中草药,并注意细菌的抗药性,以选择敏感性较强的抗菌素为宜,此外,病人宜多量饮水,以便起到自然冲洗尿路的作用。

#### 手术切口的并发症

1. 切口感染:严格的无菌技术,虽然不能使手术做到绝对无菌,但可使细菌大量减少,从而获得临床上手术切口一期愈合的目的。切口感染的原因,是切口内细菌获得了繁殖的条件,例如血肿、异物以及病人局部组织或全身抵抗力降低等。预防切口感染的措施,应针对上述条件严格手术室无菌技术,正确处理切口,提高病人的抗感染能力,适当应用预防性抗感染药物等。

手术1~2天后,切口疼痛应减轻,体温、白细胞逐渐恢复正常。如切口发生感染,则疼痛加重,体温、白细胞增高,或一度降低而又增高,此时应立即检查切口情