



实用妇儿常见病诊疗流程丛书

小儿外科疾病 诊疗流程

XIAO' ER WAIKE
JIBING ZHENLIAO LIUCHENG

主 编 夏慧敏



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



中国医药出版社

小儿外科疾病 诊疗流程

主编：王 伟

副主编：王 伟、王 伟、王 伟

第 1 版



中国医药出版社

小儿外科疾病

诊疗流程

XIAO'ER WAIKE JIBING ZHENLIAO LIUCHENG

主 编	夏慧敏						
副主编	陈欣欣	余家康	徐宏文	钟 军			
秘 书	曾纪晓						
编著者	夏慧敏	陈欣欣	余家康	徐宏文	钟 军	曾纪晓	
	王 会	何秋明	刘喜红	谭永红	杨镒宇	贾 炜	
	梁杰聪	邹 炎	潘 静	邓志坚	邓高燕	陈亦阳	
	刘 威	梁建华	钟 微	李 乐	朱德力	温 哲	
	梁奇峰	刘国昌	胡金华	崔虎军	杨盛春	汪周平	
	马 力	于凌佳	李敬春	王 哲			



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

小儿外科疾病诊疗流程/夏慧敏主编. —北京:人民军医出版社,2013.5
ISBN 978-7-5091-6619-2

I. ①小… II. ①夏… III. ①小儿疾病—外科—诊疗 IV. ①R726

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 086909 号

策划编辑:王琳 文字编辑:任玉芳 高磊 责任审读:黄栩兵

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927409

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:850mm×1168mm 1/16

印张:39 字数:1132 千字

版、印次:2013 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—2000

定价:199.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

《实用妇儿常见病诊疗流程》丛书编委会

主 任 夏慧敏

副主任 冯 琼 龚四堂 廖 灿 王洪涛

编 委 孙 新 宋燕燕 钟 军 麦坚凝

刘 丽 徐 翼 陈欣欣 余家康

徐宏文 何 平 叶 明 刘慧姝

内 容 提 要

本系列丛书面向临床一线专业医师和技术人员,是依据 JCI(美国医疗机构评审国际联合委员会国际医院评审标准)和我国“三甲”标准的规范要求,由临床专家制订的临床诊疗流程规范,除一般病因、临床表现、诊断等常见内容外,着重增加了评估诊疗指引、疾病诊治路径图、出入院标准、出入 ICU 标准、会诊标准等内容,规范医师的诊疗工作,力求使就诊者在整个诊疗过程中都得到同质化、标准化的服务。本书适合儿科医师、儿外科医师、进修医师、医学生阅读参考。

序

Foreword

“持续改进医疗质量,确保医疗安全”是一项有利于人民群众根本利益的复杂的医疗工程,是医院改革与发展的永恒主题,是医院的立院之本。

《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出了“为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务”的医疗卫生工作目标,“安全”是根本,是开展医疗服务的基本要求,是实现良好医疗服务的重要前提。深化医药卫生体制改革成功与否,很重要的一个标准就是人民群众能否获得质量保证、安全保证的优质医疗服务,这也是人民群众最直接的体会。

儿童作为特殊群体,其健康问题受到全社会高度关注。随着我国社会的进步,医疗保障水平的不断提高,儿科专业的诊疗任务将更加繁重,这也对儿科学学科建设、医务人员技术能力提出了更高的要求。制定科学、合理、可操作的儿科疾病诊疗流程,进一步提高医务人员诊疗能力与水平,规范临床诊疗行为,无疑是保障医疗质量与安全的重要措施。

本书由广州市妇女儿童医疗中心众多在儿科领域有着丰富临床理论知识和临床实践经验的专家们精心编写而成,具有很强的指导性和实用性。本书不仅是专家们多年临床诊疗经验的总结和对国内外儿科发展精髓的汇集,更重要的是,它将卫生部推行的临床路径与国际 JCI 标准的元素有机整合,注重了疾病诊疗的流程管理,从患者的预检分诊到病情评估、诊断与鉴别诊断、治疗、转诊、随诊等各环节进行规范,确保了医疗服务的同质性和连续性,充分体现了“以患者为中心”的服务理念,保证了医疗质量和医疗安全,并为推动分级医疗、双向转诊奠定了基础。

感谢各位专家为编写本书付出的心血和努力,你们的无私奉献必将有力地推动我国儿科学学科建设与发展。希望广大医护工作者能够从此书中获益,充分吸取经验,不断总结提高,为保障人民群众健康权益做出更大的贡献。

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会

医政管理司副司长 **赵明钢**

前言

Preface

自 2010 年以来,广州市妇女儿童医疗中心经历了 3 年的艰辛付出和不懈的努力,坚持“一切以病人安全为中心”的目标,通过了国际 JCI 认证。这一过程中,如何保证患者在不同的时间、不同的地点、不同的接诊者中,得到标准化、规范化、同质化的服务,便成为了关系医疗质量的大事,成为了阻碍我们实现目标的难题。

为此,我们以 JCI 的各项要素和“三甲”的各项标准为依据,通过长时间的研究和探索,结合妇儿中心的实际情况,编写了此书。本书的重点在于疾病的诊断、鉴别、治疗和患者的管理流程。它不仅将医生们的诊疗决策行为及操作技术纳入标准化、规范化的管理轨道,更重要的是注重诊疗流程的管理,使患者一踏入医院便进入了一个标准化的管理体系:从医疗到护理,从预检分诊到入院、手术、出院,从入院评估到治疗方案的制定、实施,从病人的分级管理到会诊、转科的多科协作等,通过紧密的跟踪实现诊疗的连续性和同质化。最终保证了整个医疗过程有章可循、有据可依,确保临床医疗质量和医疗安全,使患者无论在何时何地何接诊者中都能获得同质、连续的服务,满足社会和民众对我们医疗服务日益增长的需求。同时,也给各专科的住院医师、进修医师、实习医师提供了学习的素材。

参与本书编写的有具备丰富临床经验的专家,有各科的业务骨干,也有优秀的一线年轻医师,他们在繁忙的工作之余,将多年临床实践体验和实际工作需求进行整合,精心撰稿,集体讨论、修改、定稿,力争得到最优化的流程。同时,我们的编写工作也得到了许多院外专家的指导和帮助,尤其是王果教授对书中的小儿外科部分做了审核,提出了中肯的建议,在此,我们对他们的辛勤付出表示由衷的感谢。

本书是将国际 JCI 元素与国内医疗诊治流程有机结合的首次有益尝试,书中的疏漏和不足之处,恭请广大读者不吝斧正,以期在以后编写中不断提高。

广州市妇女儿童医疗中心

夏慧敏

目录 Contents

第1章 总论	1
第一节 小儿围术期处理	1
一、术前处理	1
二、术中及术后处理	4
三、围术期重点护理	8
四、手术流程	9
五、手术流程图	10
第二节 小儿外科液体疗法	14
一、基本原则	14
二、钠的失衡	14
三、钾离子的失衡	15
四、酸碱的失衡	16
五、钙离子的失衡	17
六、镁离子的失衡	17
第三节 儿童营养	17
一、营养评估	17
二、肠内营养	18
三、胃肠外营养	21
第四节 小儿麻醉	27
一、术前评估	27
二、麻醉管理	29
三、手术种类与麻醉要点	30
四、麻醉复苏	31
五、入、出 ICU 标准	32
六、术后疼痛治疗	32
第五节 儿科外科休克	36
一、ICD 编码	36
二、定义	36
三、病因	36
四、诊断	37
五、治疗	38
六、疾病分级及诊治指引	39
七、入院标准	40



八、休克相关危急值	40
九、会诊标准	40
十、入、出 PICU 标准	41
十一、休克常见并发症及处理	42
十二、出院标准	43
十三、随访指导	43
十四、门急诊标准流程	43
十五、住院标准流程	44
第六节 小儿感染	44
一、ICD 编码	44
二、定义	45
三、病因	45
四、诊断要点	45
五、治疗	45
六、常见软组织感染疾病	46
七、评估诊治指引	47
八、入院标准	47
九、会诊标准	47
十、入、出 PICU 标准	47
十一、术前谈话要点	48
十二、局部脓肿切开引流手术治疗常见并发症及处理	48
十三、出院标准	48
十四、随访指导	48
十五、门诊标准流程	49
第七节 胎儿外科疾病	49
一、咨询、诊治范围	49
二、会诊专业组	50
三、会诊标准	50
四、会诊程序	50
五、会诊追踪	50
六、产时手术	50
七、诊治流程图	52
第 2 章 小儿外科门、急诊常见症状	53
第一节 呕吐	53
一、病因分类	53
二、定性分类	54
三、其他分类	55
第二节 腹痛	57
一、发病机制	57
二、分类	57
三、诊断原则	58
四、处理原则	59
五、小儿腹痛的疼痛评估、门急诊病情分级和就诊流程	60



六、小儿外科门急诊常见腹痛疾病的诊断和鉴别诊断要点	61
七、小儿外科腹痛的常见伴随症状与疾病分类	61
第三节 小儿血便	63
一、病因	63
二、问诊要点	63
三、诊断	64
四、鉴别诊断	64
五、治疗	66
六、就诊流程	67
第3章 小儿常见肿瘤	68
第一节 肾母细胞瘤	68
第二节 腹膜后神经母细胞瘤	75
第三节 肝母细胞瘤	82
第四节 横纹肌肉瘤	89
第五节 畸胎瘤	96
第六节 恶性淋巴瘤	103
第七节 睾丸肿瘤	112
第八节 卵巢肿瘤	117
第4章 头和颈部疾病	125
第一节 颅脑损伤	125
第二节 先天性脑积水	131
第三节 硬膜下积液	136
第四节 脑脓肿	142
第五节 非创伤性颅内血肿	147
第六节 颅内肿瘤	153
第七节 头皮肿物	158
第八节 脑膜膨出	163
第九节 脊膜膨出及脊髓拴系	168
第十节 甲状舌管囊肿及瘻	173
第5章 胸部疾病	178
第一节 漏斗胸	178
第二节 先天性膈疝	184
第三节 先天性膈膨升	190
第四节 支气管肺前肠畸形	195
第五节 先天性肺腺瘤样畸形	201
第六节 肺隔离症	205
第七节 纵隔肿瘤	211
第八节 肺脓肿	216
第九节 脓胸	223
第十节 乳糜胸	229
第十一节 胸部创伤	234
第十二节 先天性食管闭锁	241

第 6 章 腹部疾病	247
第一节 腹裂	247
第二节 脐膨出	253
第三节 先天性肥厚性幽门狭窄	259
第四节 小儿消化性溃疡	264
第五节 新生儿坏死性小肠结肠炎	271
第六节 先天性肠闭锁和肠狭窄	276
第七节 先天性肠旋转不良	282
第八节 胎粪性腹膜炎	289
第九节 急性肠套叠	295
第十节 粘连性肠梗阻	302
第十一节 肠系膜囊肿	311
第十二节 结、直肠息肉	316
第十三节 急性阑尾炎	321
第十四节 梅克尔憩室	327
第十五节 先天性巨结肠症	334
第十六节 腹股沟疝	343
第十七节 钳闭性腹股沟疝	348
第十八节 先天性肛门闭锁	355
第十九节 门静脉高压症	361
第二十节 先天性胆管扩张症	368
第二十一节 胰腺假性囊肿	374
第 7 章 泌尿生殖系统疾病	379
第一节 肾重复畸形	379
第二节 先天性肾盂输尿管连接部梗阻性肾积水	383
第三节 原发性膀胱输尿管反流	389
第四节 先天性尿道下裂	396
第五节 隐匿性阴茎	403
第六节 隐睾症	408
第七节 睾丸扭转	413
第八节 小儿尿石症	417
第九节 尿路感染	425
第十节 两性畸形	431
第十一节 神经源性膀胱	436
第 8 章 先天性心脏病和大血管异常	443
第一节 房间隔缺损	443
第二节 室间隔缺损	449
第三节 完全性肺静脉异位连接	456
第四节 动脉导管未闭	462
第五节 主动脉缩窄	468
第六节 主动脉弓离断	475
第七节 肺动脉瓣狭窄	480



第八节 法洛四联症·····	487
第九节 室间隔完整肺动脉闭锁·····	492
第十节 大动脉转位·····	499
第十一节 功能性单心室·····	505
第9章 运动系统疾病 ·····	513
第一节 先天性重复拇指畸形·····	513
第二节 先天性并指畸形·····	518
第三节 先天性肌性斜颈·····	523
第四节 先天性马蹄内翻足·····	528
第五节 发育性髋关节脱位·····	534
第六节 脑性瘫痪·····	543
第七节 肱骨髁上骨折·····	548
第八节 股骨干骨折·····	555
第九节 化脓性关节炎·····	560
第十节 化脓性骨髓炎·····	567
第十一节 脊柱结核·····	574
第十二节 骨嗜酸性肉芽肿·····	580
第十三节 骨软骨瘤·····	586
第十四节 特发性脊柱侧凸畸形·····	593
第十五节 先天性脊柱侧凸畸形·····	599
第十六节 四肢软组织损伤·····	605

第 1 章

总 论

第一节 小儿围术期处理

一、术前处理

手术是外科治疗工作中最重要的一个环节。除掌握熟练的外科技术外,正确选择手术的时机和适应证,正确的术前准备和术后处理,预防和及时消除可能发生的并发症,都是十分重要的。

(一)手术时机选择

小儿外科手术时机的选择,主要取决于其疾病的病理性质及其对患儿的危害程度,一般可分为四类。

1. 急诊手术 对影响生命的疾病和损伤,对延缓手术会使病情加重或发生残废的患儿应急诊手术。例如:新生儿消化道梗阻畸形,如肠闭锁;又如各种急腹症,包括绞窄性肠梗阻、消化道穿孔和大出血、内脏破裂等;还有开放性骨折和颅脑损伤伴颅内出血等。急诊手术应在几小时内,至多 24h 内进行,休克或生命体征不稳定者,需在抗休克或生命复苏的同时进行手术,以尽快去除原发疾病,挽救生命。

2. 限期手术 也称为亚急性手术。某些疾病虽不立刻危及生命,但延迟手术过久会影响其后果。例如:恶性实体肿瘤、先天性肥厚性幽门狭窄、胆道闭锁、脐膨出等。

3. 择期手术 大多数小儿外科疾病,允许有充足的时间进行术前准备,选择合适的时机实施手术。择期手术以患儿安全为前提,以治疗效果理想为原则。选择手术时机应考虑以下情况。

(1)疾病有无自愈可能:有些先天性畸形,有可能随小儿的发育逐渐减轻或消失自愈,应等到一定年龄仍未自愈时再手术治疗,如睾丸下降不全、脐疝等。

(2)非手术疗法的治疗效果:有些先天性畸形,早期采用非手术疗法可获治愈,但超过一定年龄后,则需施行手术矫正,如发育性髋关节脱位、隐睾等。

(3)是否影响发育:有些先天性畸形,应在影响患儿发育前进行手术矫正,如唇裂、腭裂等。

(4)病变发展速度:有些疾病,可与患儿发育不成比例地迅速增长,应及时手术切除,如血管瘤等。

(5)有无恶变可能:有些肿瘤,随小儿年龄增大,恶变的可能性也愈大,应及早手术切除,如骶尾部畸胎瘤等。

(6)疾病对患儿心理有无影响:有些先天性畸形,应在造成心理影响之前施行矫正手术,如尿道下裂、并指(趾)等。

(7)手术侵袭大小和患儿对手术的耐受能力,以及手术对患儿侵袭程度等。

4. 探查手术 某些疾病由于诊断不明,或观察非手术治疗后效果不好甚至恶化,为了明确病因,以获得更好的治疗效果,需要手术探查。如患儿表现有急性肠梗阻症状或消化道大出血时,经非手术治疗后病情加重时,也应进行急诊探查手术。某些慢性病种有时也需手术探查以明确诊断。

决定手术后,必须由经治医师向患儿家长解释手术的必要性,成功率及效果,失败率及可能发生的危害及并发症。如家长完全了解并同意手术,应记录于病历上,并按习惯签名。

(二)择期手术术前准备

1. 全面检查

(1)包括全面的体格检查,了解患儿的生长发育、体重及营养状况、生命体征(包括体温、脉搏、呼吸、血压)等。检查心、肺、肝、脾、四肢和神经系统功能有无异常情况。一般化验包括血常规、尿常规、大便常规、凝血时间、出血时间,还应参考化验结果和X线检查以助于诊断,如有必要做超声和CT检查。

(2)血红蛋白低于90g/L者,血浆蛋白低于正常值,白蛋白/球蛋白倒置者,应在营养和贫血情况改善后再行手术,应给高热量饮食、输全血或血浆,或进行几天全肠道外营养。

(3)高风险评估:①高风险患儿,主要指存在心血管疾病(如先天性心脏病、严重高血压)和气道疾病(如哮喘等),其他如凝血功能障碍、严重贫血、糖尿病、怀孕、麻醉药物反应。②高风险手术,主要指手术后易出现心血管和肺部并发症,尤其常见于患儿原有心肺疾病的情况,通常指心胸手术、主动脉或大血管手术、预计手术时间延长(超过2h)或大量体液和(或)血液丢失的手术,如胰腺Whipple手术或脊柱手术。

2. 药物管理

(1)维生素:维生素缺乏患儿抵抗力较低,术后易发生并发症。维生素A、维生素D及钙缺乏可产生喉痉挛及惊厥。凡营养不良和禁食时间较长者,应给予维生素A、维生素D、钙。维生素B缺乏时可以影响心肌功能,使胃肠道蠕动减弱,延长术后肠麻痹的时间,对营养不良和人工喂养患儿均应补给维生素B₁,每日口服5~10mg。维生素C缺乏可影响创口愈合,术前应补给婴儿200mg/d,儿童300~500mg/d。维生素K不足,易引起内出血。新生儿有暂时性凝血酶原过低,有阻塞性黄疸患儿,因胆盐不能排至肠道内,阻碍脂溶性维生素的吸收;长期应用肠道抗生素者维生素K合成不足,应注射维生素K 2~4mg,每日1~2次,连用1~2d。

(2)抗生素:婴幼儿或施行大手术的患儿,术前也应给予抗生素,以消灭潜伏细菌,防止呼吸道感染及肺部并发症。施行结肠手术的患儿,术前3d给控制肠道的抗生素。术前预防性给药一般在切皮前30~60min,因为绝大多数抗生素可在静注后30min达到有效血药浓度,万古霉素及喹诺酮类药物则需要120min;若手术时间超过4h,可重复给药1次。

(3)大多数处方药物不会对麻醉及手术产生影响,有些药物停用反而会提高风险,如抗高血压药物、抗心律失常药物、镇痛药、抑制素等,但ACEI和ARB类药物例外。非处方类、能量类药物、维生素等均可在手术当天早晨继续应用,但尼古丁在术前夜12时必须停用。必要时应用阿司匹林等预防静脉血栓形成。

3. 胃肠道准备

(1)手术前晚改为半流食或流食,夜晚12时就开始禁食。新生儿及婴幼儿因胃排空时间较快,禁食时间不必过长,术前4h开始禁食。术前禁食时间也可参考“2h、4h、6h、8h”原则,即澄清液体,如水、无果肉果汁、碳酸饮料、清茶或咖啡等禁食时间不少于2h;母乳不少于4h;配方奶及面包等清淡饮食不少于6h;油炸食品不少于8h。

(2)结肠、直肠、肛门手术患儿,术前应清除肠腔粪便,要用等渗盐水洗肠,以防中毒。先天性巨结肠和肛门狭窄患儿,由于长期积粪,洗肠要在术前1周就开始。胃肠道的较大手术,术前应放置胃肠减压管。

4. 备血制品 大手术或估计术中出血较多者,术前备适量血制品。有出血倾向者准备新鲜血。出血性疾病术前补充凝血因子或输新鲜血液。

5. 体温管理

(1)维持正常体温最有效的方法就是预防性地保暖。新生儿特别是早产儿可因体温过低而死亡,需置于保温箱内,转运至手术室要严格保暖。术中应当尽量减少患儿皮肤暴露,采用有效的保暖措施,环境温度维持在20~25℃。可以有效维持体温的措施,包括:控制室温、加温静注液体、暖气吹风、毛毯包裹、循环水床等,具体保暖方式应由麻醉医生根据患儿和手术情况进行选择。

(2)所有体温可能显著变化的患儿均应进行体温监测,可供选择的监测部位较多,如口、鼓膜、食管、腋窝、皮肤、膀胱、直肠、气管、鼻咽、肺动脉导管等,监测部位的选择主要依据准确度、监测途径和手术方式。

6. 皮肤准备

(1)皮肤是细菌感染的主要潜在感染源,因而手卫生是预防感染最重要的措施。手卫生的5个时刻:清洁或无菌操作前;接触病人前;接触病人后;接触病人体液后;接触病人物品后。当手部有血液或其他体液等肉眼可见的污染时,应用肥皂(皂液)和流动水洗手至少15s;手部没有肉眼可见污染时,可使用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。消毒剂对于避免手传播感染非常关键,手术消毒液可以有效降低手术者前臂的微生物数量,欧洲通用乙醇,而美国则使用7.5%聚乙烯吡咯烷酮和4%的葡萄糖酸洗必泰(CHG)。必要时穿戴双层手套,可以降低经手传播感染的可能性。此外,指甲应剪短、清洁、健康;手、前臂应无伤口,以降低医患血源性传播的概率;除去首饰等饰物。

(2)大多数手术部位感染与皮肤有关,患儿皮肤准备前应对手术区域皮肤进行评估:有无痣、疣、疹或其他皮肤问题,皮肤准备情况应记录在病程记录中。手术前日应洗澡或擦浴,手术区皮肤,包括四周15cm须特别清洁,保证足够的区域以供切口延长。手术区域的毛发应在术前24h内剃除,过早剃除也会增加感染风险。头、脑部手术应将部分或全部头发剃净。骨科手术前3d开始皮肤消毒,特别是足跟皱褶处有痂皮者要用无菌巾包扎。

7. 手术标识

(1)手术标识由手术主刀医生或其指定参与手术的医生执行。手术标识必须在进手术室前完成(最好在手术前1d进行)。使用不易褪色的专用皮肤记号笔对手术部位进行标记,可以在患侧肢体手术部位附近写上“Y”。标记前需要核对以下相关资料:手术同意书、病案记录、病例讨论记录、患儿和(或)其法定监护人的谈话记录。

(2)手术标识应在患儿按手术要求摆好体位并除去衣物后仍清晰可见;同一部位进行多个手术时,应在手术同意书中注明顺序,并依次标记;手术同意书、麻醉同意书中应明确手术体侧(左/右)及部位。体侧手术标记也适用于手术入路在中线但手术操作部位仅在一侧的情况。

(3)一些特殊情况的标识方式:与水平高度相关的手术,如脊柱或肋骨手术,手术同意书中应明确,体侧、水平高度(颈、胸、腰或肋骨)、前后位,通过术中照片可以精确定位;齿科手术可通过X线片或解剖示意图进行定位标记;早产儿进行身体标识有文身样标记残留可能,不能直接进行身体标记,因而应当采用解剖示意图定位标识;解剖示意图定位标识也适用于身体标记可能对患儿造成伤害或患儿及其监护人拒绝进行身体标记的情况。

8. 特殊准备 巨大恶性肿瘤手术前用化疗或放疗;1年内曾用大剂量肾上腺皮质激素的患儿,手术前后应做肾上腺皮质激素的补充治疗。发绀型心脏病患儿术前吸氧和滴注低分子右旋糖酐。有的手术术前需要特殊器械、移植术或常规手术有特殊要求。

(三)急重症手术的术前准备

1. 纠正脱水及电解质平衡紊乱 急重症患儿,如肠梗阻、腹膜炎,多有不同程度的脱水及电解质平衡紊乱,应评估后及时给予纠正,适当快速补充液体和纠正电解质失衡后再行手术。需要立即手术的患儿,可在手术同时纠正脱水和电解质紊乱。

2. 休克的处理原则 针对休克类型,采取综合措施进行紧急抢救,争取于最短时间内使情况好转能做急诊手术。如果休克原因必须手术解决则需边抢救边手术,不可因等待休克恢复而失去最佳手术时机。

3. 高热的处理 小儿体温调节能力差,病后常伴高热,尤以夏季多见。麻醉时的兴奋、躁动或手术的刺激,可使体温继续上升,以致引起惊厥。因此,术前体位在38.5℃以上者,术前必须采取降温措施。常用的物理降温方法有乙醇擦浴及用冷水或冰水在头颈部、四肢及腹股沟等血供丰富处做冷敷。胸背部及脐周、腠窝冷敷或擦浴,以防肺炎。冬眠药物,如氯丙嗪、异丙嗪等与物理降温并用,不但降温效果明显,还可防止惊厥的发生。

4. 其他 根据需要应用抗生素,吸氧,胃肠减压,手术区局部准备,膀胱充盈者导尿等。因外伤需紧急手术,患儿不久前刚进食者,应经鼻下胃管,持续胃肠减压,必要时为保证手术安全,可进行洗胃,以免麻醉中发生呕吐和误服。

具体术前准备流程见图1-1。



图 1-1 术前准备流程

二、术中及术后处理

(一) 术后常规处理

术后常规处理流程见图 1-2。

(二) 麻醉后护理

全身麻醉的患儿清醒前须严密观察。注意小儿发生呕吐，头偏侧位，及时吸出口腔内分泌物，以免发生误吸和窒息。重大手术后的患儿应每小时测定呼吸、脉搏、血压和体温。新生儿听心音，病情稳定后可延长监测的间隔时间。有条件者采用监护仪器，直至患儿情况恢复正常。

(三) 体位管理

根据不同情况采用不同体位。一般麻醉清醒前平卧，头侧位，手术后平卧。胸腔手术和弥漫性腹膜炎手术后第 2d 起取半坐位，有利于呼吸和使腹腔渗出物汇流于盆腔，避免膈下脓肿或肠间隙脓肿形成。腰骶部手术，术后宜取俯卧位或侧卧位，使创面暴露，以免大小便污染，如脊膜膨出和骶尾部畸胎瘤等。经会阴手术后，可采取截石位，有利于护理。在不需限制体位和患儿情况良好时，鼓励早期离床或将婴儿抱起活动，促进胃肠功能的恢复。

(四) 管道管理

术后的胃肠减压管、腹腔或胸腔以及手术腔隙内的引流管、导尿管、氧气吸入管、静脉输液管等，均应妥善固定，随时观察，防止脱落或扭曲受压，保持畅通，并记录出入量。为防止婴幼儿不合作抓拉，必要时使用约束带。

(五) 输液、输血、肠道外营养

术后禁食的患儿，需静脉输液来维持水与电解质平衡及热量的供给。病情严重、大手术及营养欠佳时