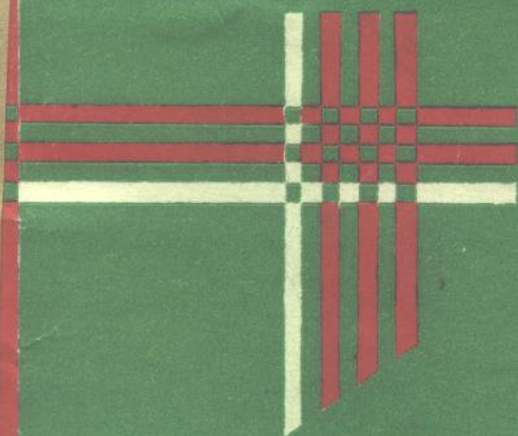


手术后 管理要旨

(日) 阿部令彦等 编著

孙立华 译 张魁恒 校



手术后管理要旨

(日)阿部令彦 等编著

孙立华 译

张魁恒 校

安徽科学技术出版社

责任编辑：王 颖

封面设计：张远林

2V88/13

手术后管理要旨

(日)阿部令彦 等编著

孙立华 译

张魁恒 校

安徽科学技术出版社出版

(合肥市金寨路283号)

新华书店经销 安徽宿县地区印刷厂印刷

*

开本：787×1092 1/32 印张：9.25 字数：208 000

1988年10月第1版 1988年10月第1次印刷

印数：00,001—00,000

ISBN7-5337-0231-X/R·33 定价：2.75元

译者的话

手术是外科治疗的重要手段,其效果如何,除与手术本身有关外,与术后管理也有着密切的关系。要想使手术获得成功,使患者顺利康复,必须做好术后大量细致的工作,即加强术后管理,防止术后并发症,并处理好原有并发症。

目前我国手术后管理方面的书较少,为此,本人不顾才疏学浅,利用业余时间翻译了《手术后管理要旨》一书。该书根据日本临床外科杂志《术后1周患者管理特集》(日本医学外科界各科专家撰稿)翻译而成。其内容全面、重点突出、易懂、实用,着重介绍了术后1周各项检查、治疗及护理要点。该书对外科、妇产科住院医生、进修医生、护理人员及医学院校实习生均有裨益。

日本奈良医科大学第一外科主任、教授白鳥常男先生在该书罕用外来语的翻译中给予了指导,蚌埠第三人民医院副院长、主任医师张魁恒同志对该书译稿进行了反复校订,董宁宁同志在该译稿文字书写中给予了大力协助,在译书过程中得到我院领导的鼓励和支持。在此,向上述诸位表示衷心的感谢!

由于自己业务知识和外文水平有限,该书翻译中如有不妥之处,欢迎读者批评、指正。

孙立华

于淮北煤矿建设公司总医院

目 录

绪论.....	(1)
---------	-------

〔 各种手术的术后管理 〕

颅脑手术.....	(8)
甲状腺癌手术.....	(8)
甲状腺功能亢进症手术.....	(14)
食管癌手术.....	(18)
食管静脉曲张手术.....	(23)
支气管成形术.....	(28)
先天性心脏病手术.....	(31)
后天性心脏病手术.....	(41)
肺切除术.....	(48)
胃部分切除术.....	(52)
全胃切除术.....	(57)
Appleby 手 术	(61)
乳房切除术.....	(65)
肠梗阻手术.....	(69)
小肠大段切除术.....	(75)
结肠-直肠切除术.....	(80)
人造肛门手术.....	(85)
溃疡性大肠炎手术.....	(88)
肠痿手术.....	(94)
肝切除术.....	(98)

胆道外造瘻术.....	(107)
阑尾炎手术.....	(111)
胆囊切除术.....	(115)
胰头-十二指肠切除术.....	(121)
胰管-空肠吻合术.....	(125)
胰腺全切除术.....	(131)
脾切除术.....	(136)
门腔静脉吻合术.....	(141)
深部静脉血栓摘除术.....	(147)
肾脏切除术.....	(151)
腹主动脉瘤手术.....	(155)
肠系膜血管栓塞手术.....	(160)
前列腺切除术.....	(165)
输尿管结石取出术.....	(169)
子宫切除术.....	(173)
卵巢切除术.....	(176)
成人腹股沟疝和股疝手术.....	(180)
游离植皮术.....	(188)
肠套叠手术.....	(190)
小儿腹股沟疝手术.....	(194)
肾上腺切除术.....	(197)
肛瘻手术.....	(203)
痔核切除术.....	(206)
四肢骨折整复术.....	(209)

〔 有下列特殊并发症的术后管理 〕

糖尿病.....	(214)
----------	---------

心脏病.....	(218)
心律不齐.....	(223)
高血压.....	(227)
肝损害.....	(230)
肾损害.....	(236)
过敏性哮喘.....	(243)
肺气肿.....	(248)
有出血因素.....	(253)
精神障碍.....	(263)
脑血管障碍.....	(263)

〔有特殊问题的术后管理〕

使用类固醇制剂者.....	(273)
肥胖症.....	(277)
高龄(75岁以上).....	(280)
妊娠.....	(284)

绪 论

在医学领域内，外科工作占有较大的比重，而且在外科疾病中，需手术的病例居多。尤其是近几年来外科事业有了很大的进步，加上人民对住院、手术的需求越来越高，外科手术适应症在逐年增多。年过花甲的老人接受手术治疗也成为常事；即使有并发症，对手术治疗要求也较往年强烈。这些都迫使外科医务工作者千方百计提高医护质量，促进广大患者早日康复。

1、详细的术前检查 对任何一个患者，不管是老幼，不管其病情轻重，均应作好基本检查，即检查其生命体征四大指标（体温、呼吸、脉搏、血压）、各重要脏器的功能状况、有无并发症、病情轻重程度和有无特殊情况存在。这些不仅是病人全身情况好坏的重要标志，也是作出正确诊断的依据。同时，综合分析这些检查结果，才能做到胸有成竹，有条不紊，从而制定出术前治疗和护理的措施，为手术作好充分准备。在此基础上，医生开始考虑是否手术及采用何种手术最佳。这是一切外科医生必须采取的步骤。

2、选择正确的手术方法 选择何种手术方法，原则上从两方面进行考虑。一方面是全身情况，即生命体征、年龄、主要脏器功能、体质及有无并发症等情况；另一方面是局部情况，也就是具体病变部位、病变范围（广度、深度、单发、多发等）、与周围组织的关系（粘连、浸润等）及有无远位转移等情况。

3、正确的手术操作 除了对所选手术的步骤、方法了如指掌外，手术时的每一个动作都应准确、轻柔、迅速、可靠。

要有高度的爱护机体、组织的观念和高度的无菌观念。对癌肿组织进行手术时，应将癌肿组织与正常组织隔离开来，不得使其沾染正常组织，以免癌细胞扩散。

4、术后管理 手术仅是治疗过程中的一个阶段，完成手术并不等于治愈疾病，还需要术后大量、细致、高质量的管理，有人说：三分手术，七分护理（或管理）。没有很好的术后管理，即有导致患者术后陷于险局和死亡的可能。可见术后管理何等重要。

尽管随着疾病和手术方法的不同，术后管理的内容有所差别，但总的说来大同小异，不外乎局部和全身两个方面。局部管理主要是妥善处理创面，防止出血和缝合不全，正确地设置引流物，注意引流液的检查等。全身管理主要是维持循环和呼吸，维持水、电解质和酸碱平衡，注意术后营养，防止并发症，避免细菌感染，减轻患者的痛苦，观察各导管的引流状况，鼓励患者早期活动等。

为了正确实施，上述术后管理，必须进行生理、生化及其他检查，如检查生命体征，血、尿常规，血、尿糖量，血、尿生化，肝、肾功能，循环动态（中心静脉压、心电图等），呼吸功能（ PaO_2 、 PaCO_2 等），引流液的生化和培养等；进行X线检查，有关造影、超声波检查，放射线扫描，内窥镜及CT等检查。另外，应提高重症患者的特别护理质量。

5、外科工作应注意的问题 ①应急病人所急，想病人所想。只有解除病人痛苦之责任，无增加病人痛苦之权力。②对重症病人，外科医生的态度要积极诚恳。除周密考虑治疗方法外，还应使病人能积极合作；同时应取得病人家属及其单位的协助和支持。③对有并发症及特殊情况的病例，术前必须做好充分的治疗、护理工作，为手术做好准备。

〔各种手术的术后管理〕

颅 脑 手 术

提 要

颅脑手术的疾病种类较多，其手术方法也有差异，因此，各种手术的术后注意点难以全部提及。这里将颅脑手术后的基本问题简要地作一阐述。

术后住重病监护室，观察意识状态和神经系统表现，测定生命体征四大指标、水分出入量及电解质。它们可早期提示脑水肿、术后出血、尿崩症、电解质异常、脑血管痉挛、头部水肿症、超高热及脑脊髓膜炎等，从而及时采取措施。在重病监护室观察 2～3 日，若患者意识及全身状态不见好转，且外引流液较多或者尿崩症期水分控制有困难时，则仍继续住重病监护室。

术后管理要点

1、意识状态 颅脑手术后最重要的观察内容是病人意识状态的变化。意识状态从清醒至深度昏睡有各种不同程度。对呼喊及刺痛的反应均要有很好的记录方法（如呼喊可睁眼但不从命，或刺痛手足仅有移动而无推开外来刺激的动作）。公用的记录方法是 Glasgow 的昏迷标度（表 1）和 3-3-9 度方法（表 2）。无论如何，在病人尚未出现意识改善，或者确认

是早期的Downhill病程所致时，均应采取措施。意识状态低下时，要想到术后数日内可能出现的术后出血，脑水肿、脑血管痉挛，头部水肿症，水、电解质异常，急性脑动脉瘤（术后1~2周内）及视丘下脑垂体旁肿瘤等发生。

表 1 Glasgow的昏迷标度

睁眼	自发的……………4 (点)
	呼喊所致……………3
	疼痛所致……………2
	不睁眼……………1
语言	指南力良好……………5
	会话混乱……………4
	语言混乱……………3
	不理解喊声……………2
	不发言……………1
运动功能	服从指挥……………3
	可分清痛部位……………5
	四肢屈曲反应
	{ 逃避……………4
	{ 异常……………3
	有四肢伸展反应……………2
	全无动作……………1
合计3~15点	

(Teasdale and Jennett, 1976)

表 2 急性期意识障碍的分类
(3-3-9度方法)

Ⅲ、刺激不醒	
(深昏迷、昏迷、半昏迷)	
3、痛觉完全消失(刺激时)	(300)
2、手足轻动或皱眉(刺激时)	(200)
1、有推开手的动作(刺激时)	(100)
Ⅱ、刺激即醒	
(昏呆、嗜睡、睡眠过度、倦睡)	
3、对痛的刺激及反复呼叫，勉强睁眼	(30)
2、大声乱叫或摇动身体(躁动)	
时睁眼	(20)
1、通常的喊叫，易于睁眼	(10)
Ⅰ、清醒	
(谵妄、精神错乱、无感觉状态)	
3、不能说出自己的名字及出生年、月、日	(3)
2、接近意识障碍	(2)
1、大体意识清楚(恍惚)，但无一次清楚	(1)

(太田等, 1975)

2、生命体征 即体温、呼吸、脉搏、血压的检查。

1) 血压、脉搏：颅内压上升时，其动脉压也上升，从而

保证脑循环血量，但脉搏次数减少。脑压增高致脑疝形成时，必须妥善处理。

2) 呼吸：意识障碍的患者要保持呼吸道通畅。舌根下垂、分泌物阻塞导致换气障碍，从而使脑供氧不足，发生脑水肿，以致出现中度及高度意识障碍时，应考虑有术后迁延的可能，必须作好气管插管和气管切开的准备；如已经拔除气管插管，则要做气管切开术。 PaO_2 至少在10665.8Pa(80mmHg)以上时使用氧气罩。后颅窝手术后出现呼吸异常时必须加用人工辅助呼吸。

3) 体温：术后早期出现高热，要考虑中枢性超高热、无菌性脑膜炎、吸收热及术后肺炎；晚期高热要考虑颅内或手术创面感染、尿路感染及肺炎等。对感染一定要彻底治疗。体温上升会带来不必要的代谢亢进及水、电解质失调，故体温在 38.5°C 以上时，必须采取降温措施。

3、脑水肿 对术后脑水肿的处理：①头颈抬高；②氧气供给；③类固醇疗法（强的松龙 $150\text{mg}/\text{d}$ ）；④用高渗液体脱水（20%甘露醇300~500ml或10%甘油500ml静脉滴注）。在此期间注意临床症状，参考CT检查结果，再进一步处理，要注意③与④长时间应用时，有副作用发生。

4、脑血管痉挛 脑血管痉挛会导致脑缺氧从而使病情急剧恶化，此刻必须尽力紧急采取镇静措施。可用安定10mg 静脉注射，若仍未镇静下来，则继续加用。镇静后用Aleviatin等维持。术后脑血管痉挛呈重叠状态时，考虑其为术后出血所致。

5、尿崩症 蝶鞍近旁肿瘤（脑垂体肿瘤、头颅咽头肿瘤等）患者，术后几乎均发生此症。视丘下部至垂体后叶，损害的部位不同，其表现也不相同，有一过性或持续性，有自术后即发生或术后数日发生等种种类型。对清醒、主诉口渴的患者，

水分的摄取可任其自由，不必加以限制，但必须严格监视水分出入量。对意识清楚而口渴中枢功能障碍或意识障碍的患者，输液必须注意平衡，这时主要输5%的葡萄糖液，尿量多时可15~30min测定1次尿量，按其尿量补给液体。每小时尿量持续在400ml以上时，可用水溶性脑垂体后叶加压素控制。其效果可因个体差异有别，故从0.1u开始应用，把一日尿量控制在3000~4000ml。最初大量使用或用油剂脑垂体后叶加压素有导致水中毒的可能，这是极其危险的，必须注意。对血中电解质的失调，应该及时予以纠正。

6、电解质平衡失调 在脑外科中，电解质平衡失调主要是低钠血症和高钠血症。

1) 低钠血症：因ADH分泌异常所致，视丘下部垂体近旁的手术后常可见到。血钠 $299\text{mg}/100\text{ml}$ ($130\text{mEq}/\text{L}$)时即可出现恶心、呕吐、意识障碍； $253\text{mg}/100\text{ml}$ ($110\text{mEq}/\text{L}$)以下时有痉挛、昏睡、死亡的可能。术后出现意识障碍时，必须想到有发生低钠血症的可能。此时要限制水分供给，输给高渗盐水(3%氯化钠)，钠的供给量要根据血钠量和尿钠量确定。

2) 高钠血症：多数在尿崩症期以前发生，血钠在 $368\text{mg}/100\text{ml}$ ($160\text{mEq}/\text{L}$)时，70%的患者出现痉挛症。恢复后多数遗留神经症状，治疗亦较困难。

7、引流 脑脊液的体外引流量要进行计算，手术创面的血液和渗出液的引流要通畅，同时也要计算其量。前者是为了调整脑脊液的压力，以便较长时间的引流。为了预防感染，一个引流部位只可用2周，超过2周必须更换部位。为防止感染，引流要用密封装置并要注意观察。如引流装置通畅而无引流液排出，通常观察24~48h时即可去除引流装置。

8、抗生素的应用 术中即用广谱抗生素(氨基苄青霉

素、头孢菌素类)静脉滴注;术后每6h滴注1次,连续5~7天。在行引流及有脑脊液瘘存在时亦需应用。怀疑并发脑膜炎时,立即髓腔内给予庆大霉素5~10mg。若致病菌明确且有药敏试验报告,则要及时更换抗生素。

9、复原期 颅脑手术后意识障碍、精神症状及运动知觉障碍等后遗症要尽力使其全部恢复,要尽早采取措施。例如术后数日出现肌肉拘挛、肢体麻木等,可从术后第1天开始作四肢波动活动,保持肢体在良好的位置。这样,也可防止褥疮发生。

术后 1 周管理内容

严密观察神志状态及神经系统体征。术后神志状态不好,经CT检查等,疑有术后出血时,应及时再手术止血。生命体征四大指标要及时测量。尿量及尿比重要每天测定;尿崩症时每15~30min测定1次。血气、红细胞压积、血糖在术后1周内不受时间限制进行检查。血电解质要及时检查,防止失调发生,还应注意水分的出入平衡。白细胞计数要多次检查。脑脊液检查及CT(血管造影)检查在术后第1~2天进行。手术日开始起,应记录好引流液的量和性质,手术创面引流物最好于术后24h拔除。手术日用氧气罩给氧,且要经常去除咽喉部的分泌物,注意插管的位置及是否通畅。对高度昏迷不醒的患者,应及早行气管切开,亦可用人工辅助呼吸。 PaO_2 要保持在10665.8Pa(80mmHg)以上。为防止脑水肿,手术日开始用甘露醇及山梨醇(注意心功能情况),连用3天(这时易发生脑水肿);类固醇剂可使用7~10天,而后改用ACTH 1mg肌肉注射,此时可用些抗溃疡药。一般术后患者头部抬高,如血压较低也可头置水平位。如出现蛛网膜出血后的血管挛缩,可用多巴胺升血压疗法。如体温过高,可用药物及

物理方法降温（术后第5天易发热，要查白细胞、脑脊液，注意有无脑膜、肺及尿路感染）。有痉挛时，静脉给予苯巴比妥钠，发作时用安定10mg 静脉注射。为预防感染，静脉滴注氨基苄青霉素及头孢菌素，疑有感染致脑膜炎时，髓腔内注入庆大霉素等。为促进患者早日康复，可早期被动活动肢体，并多更换体位，以防褥疮发生。术后第5天拆线。若是肿瘤，应尽早行放射线治疗。手术日开始禁食，靠静脉输液维持，但以尽早进食为佳。一般术后第1~2天开始进食，若不能进食可插管鼻饲。术后的第8日拔除脑脊液引流装置或考虑行分流手术。

术后1周管理内容是指一般常规，特殊情况时，各种检查、治疗及护理不受时间限制。

（上田圣、平川公义）

甲状腺癌手术

提 要

典型的甲状腺癌手术可能引起特殊的并发症，例如：①喉返神经受损致声音嘶哑、误咽、呼吸困难等；②甲状旁腺损伤致手足抽搐；③次全切除及全切除致甲状腺功能低下。甲状腺癌扩大根治术又引起较多的并发症：①颈内静脉切除；②胸锁乳突肌切除；③副神经切断；④颈神经切断；⑤迷走神经切断；⑥淋巴主干切断；⑦膈神经切断；⑧交感神经切断；⑨颈总、颈外动脉切断；⑩锁骨下动脉切断；⑪推动脉切断；⑫舌下神经切断；⑬喉、甲状软骨部分或全部切除；⑭气管部分切除或全部切除；⑮下咽、颈部食管部分切除或切除，等等。这些扩大的手术都

跨至五官科领域，故应考虑的问题也较多。这些并发症有些可以致残甚至致命，所以，其术后的管理极为重要。

术后管理要点

甲状腺癌的基本术式有：①腺叶切除(含峡部)加局部清扫(local dissection)；②次全切除加限制性清扫(modified neck dissection)；③全切除加根治(radical neck dissection)。这些手术有时合并切除或损伤器官、血管和神经，其中最多见的是损伤喉返神经，其次是损伤甲状旁腺，并引起甲状腺功能低下。现将甲状腺癌的基本术式、并发症及防治措施列成表格(表3)。

1、呼吸管理 甲状腺癌的手术管理必须考虑到：①喉返神经损伤；②喉头水肿；③迷走神经损伤；④横膈神经损伤；⑤甲状旁腺损伤；⑥气管周围血肿；⑦其他呼吸系统疾病。

术后患者主诉呼吸困难时，要首先考虑喉返神经麻痹。手术清扫气管两侧及气管前的淋巴结时损伤喉返神经的危险性很大。喉返神经是否麻痹，用喉镜观察即可确诊；一旦确诊，要立即作永久性气管造孔术。有轻度呼吸困难、误咽、咳嗽时，必须注意有喉返神经不全麻痹的可能，必要时作气管切开术。术后数小时出现呼吸困难时，要考虑到：①气管周围血肿；②两侧喉返神经不全麻痹；③喉头水肿；④甲状旁腺损伤；⑤横膈神经损伤；⑥迷走神经损伤；⑦其他呼吸系统疾病。对②③⑥要紧急气管切开；对①要去除血肿；对④要用钙剂(如Calcicor等)静脉注射及镇静剂肌肉注射；对⑤要用人工辅助呼吸；对⑦要治疗原发疾病。

2、纠正水、电解质平衡失调 水、电解质平衡失调是甲状腺手术后特异的异常表现。尤其是甲状旁腺受损时，血钙下

表3 甲状腺癌术式、并发症及其防治措施

脏器、神经、血管	基本术式及合并切除的危险性		切除或损伤后功能问题		防治措施
	局部清扫	限制性清扫	一侧或部分	两侧或全部	
甲状腺腺体	(+)	(+)	(-)	(+)	术后5日给甲状腺素
喉返神经	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理,气管切开
甲状旁腺	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理,给予Calcitol
颈内静脉	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理
胸锁乳突肌	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理
副神经	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理,功能锻炼
颈神经	(-)	(+)	(-)	(-)	术后加强管理
淋巴主干	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理,气管结扎
迷走神经	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理
膈神经	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理
交感神经	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理
颈动脉	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理
椎体动脉	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理
舌动脉	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理
甲状腺气管	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理
下咽部、颈部气管	(-)	(-)	(-)	(+)	术后加强管理

注 (一) 无并发症危险或功能无问题; (?) 不明; (+) 有并发症危险或功能有问题; (++) 功能有大问题; (++++) 有致命问题。