

现代临床外科 护理路径

朱翠英◎著



 吉林科学技术出版社

现代临床外科护理路径

朱翠英◎著

图书在版编目 (C I P) 数据

现代临床外科护理路径 / 朱翠英著. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.7

ISBN 978-7-5578-4887-3

I. ①现… II. ①朱… III. ①外科学—护理学 IV. ①R473.6

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第150966号

现代临床外科护理路径

著	朱翠英
出版人	李 梁
责任编辑	李 征
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	514千字
印 张	26.75
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-4887-3
定 价	90.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

前 言

随着现代外科学在深度和广度方面的迅速发展,麻醉、消毒灭菌、无菌术、止血输血技术的应用,外科出现了若干专业,外科护理也随着发展起来,任何一次手术的成功都离不开外科护士的配合。半个世纪前,人们还十分畏惧手术,其中很重要的原因就是病人很大概率死于手术并发症,而非手术过程,尤其是婴幼儿和老年体弱者更是如此。外科护理学的进展,减轻了手术打击,特别是较为系统的术后护理,减少了术后并发症的发生,使手术死亡率大为降低。

作为一名优秀的外科护士,必须要掌握好理论知识,要能透过细微之处看到本质,用心观察,早期发现,早期治疗。外科病房特点是外科医生去手术室手术的时间长,在病房时间相对较短,而外科护士每天工作在病人身边,随时能观察到病人的症状与体征,因此要求外科护士做好临床认证,发现问题独立思考、当机立断,及时反映并可以做简单处理,针对不同疾病,不同病人可能发生的病情进行细心观察,预防并发症。

本书共十七章,详细介绍了外科护理总论,围术期护理,水、电解质与酸碱平衡失调护理,胸部疾病患者的护理,腹部疾病患者的护理,泌尿系统疾病患者的护理等相关知识。各章节内容详细,充分阐述了外科专科疾病知识、相关护理评估、护理措施等内容,对解决临床具体问题具有一定的指导意义。

本书可作为临床护士、进修护士、实习护士和在校医学生的辅助、参考资料,具有临床实用性。由于作者水平有限加之编写时间仓促,书中存在缺点和不足在所难免,真切希望各位读者提出修改意见。书中若有不足之处,恳请读者斧正。

编 者

目 录

第一章	绪论	(1)
第二章	围术期患者的护理	(5)
第一节	概述	(5)
第二节	手术前护理	(7)
第三节	手术后护理	(16)
第四节	手术后常见并发症预防及护理	(24)
第三章	水、电解质与酸碱平衡失调护理	(28)
第一节	水、电解质的平衡失调	(28)
第二节	酸碱平衡失调	(36)
第三节	液体治疗	(39)
第四章	休克	(42)
第一节	概述	(42)
第二节	休克的护理	(54)
第五章	外科感染	(59)
第一节	概述	(59)
第二节	急性化脓性感染	(64)
第三节	厌氧菌感染	(67)
第六章	营养支持	(70)
第一节	外科患者的肠内营养支持	(70)
第二节	外科患者的肠外营养支持	(75)
第七章	麻醉患者的护理	(82)
第一节	麻醉概述	(82)
第二节	麻醉前患者的护理	(82)
第三节	各类麻醉患者的护理	(84)
第八章	损伤患者的护理	(93)
第一节	机械性损伤患者的护理	(93)
第二节	烧伤患者的护理	(99)
第三节	其他损伤患者的护理	(106)

第四节	清创术与换药术	(112)
第九章	微创外科患者的护理	(116)
第一节	微创外科概述	(116)
第二节	腹腔镜基本技术与护理	(118)
第三节	膀胱镜基本技术与护理	(121)
第四节	关节镜基本技术与护理	(123)
第十章	心脏外科疾病护理	(126)
第一节	心外科手术前、后护理	(126)
第二节	常见先天性心脏病护理	(131)
第三节	常见后天性心脏病护理	(138)
第十一章	神经外科患者的护理	(148)
第一节	颅内压增高患者的护理	(148)
第二节	颅脑损伤患者的护理	(154)
第三节	颅内肿瘤患者的护理	(164)
第四节	脑脓肿患者的护理	(168)
第五节	脑血管疾病患者的护理	(170)
第六节	颅脑和脊髓先天性疾病患者的护理	(174)
第七节	神经外科系统疾病特殊患者的护理	(179)
第八节	颅部手术患者的护理	(187)
第十二章	颈部疾病患者的护理	(194)
第一节	甲状腺的解剖与生理	(194)
第二节	甲状腺功能亢进症患者的外科治疗与护理	(195)
第三节	甲状腺肿瘤患者的护理	(199)
第十三章	胸部疾病患者的护理	(202)
第一节	乳腺疾病患者的护理	(202)
第二节	胸部损伤患者的护理	(210)
第三节	脓胸患者的护理	(220)
第四节	肺癌患者的护理	(223)
第五节	食管癌患者的护理	(227)
第十四章	腹部疾病患者的护理	(232)
第一节	腹外疝患者的护理	(232)
第二节	急性腹膜炎患者的护理	(237)
第三节	腹部损伤患者的护理	(243)
第四节	胃、十二指肠溃疡患者的外科治疗与护理	(248)
第五节	胃癌患者的护理	(255)

第六节	肠梗阻患者的护理	(258)
第七节	阑尾炎患者的护理	(264)
第八节	大肠癌患者的护理	(270)
第九节	直肠肛管疾病患者的护理	(277)
第十节	肝脏疾病患者的护理	(283)
第十一节	胆管疾病患者的护理	(289)
第十二节	门静脉高压症患者的护理	(298)
第十三节	急性胰腺炎患者的护理	(303)
第十四节	胰腺癌及壶腹部癌患者的护理	(308)
第十五节	外科急腹症患者的护理	(311)
第十五章	周围血管疾病患者的护理	(316)
第一节	下肢浅静脉曲张患者的护理	(316)
第二节	血栓闭塞性脉管炎患者的护理	(318)
第十六章	泌尿及男性生殖系统疾病患者的护理	(322)
第一节	泌尿系统损伤患者的护理	(322)
第二节	泌尿系统结石患者的护理	(330)
第三节	泌尿系统肿瘤患者的护理	(335)
第四节	泌尿及男性生殖系统结核患者的护理	(339)
第五节	良性前列腺增生症患者的护理	(343)
第六节	男性节育的护理	(346)
第七节	常见泌尿及男性生殖系统先天性畸形	(348)
第十七章	运动系统疾病患者的护理	(353)
第一节	骨折概述	(353)
第二节	常见四肢骨折患者的护理	(367)
第三节	骨盆骨折患者的护理	(380)
第四节	脊柱骨折及脊髓损伤患者的护理	(384)
第五节	关节脱位患者的护理	(394)
第六节	骨和关节感染患者的护理	(399)
第七节	骨肿瘤患者的护理	(406)
第八节	颈肩痛与腰腿痛患者的护理	(409)
参考文献		(417)

第一章 绪论

一、外科护理学的定义与研究范畴

外科护理学是研究如何对外科患者进行整体护理的临床护理学科,是以外科患者为研究和服务对象,以患者健康为目标,依据临床外科学原理、遵循基础护理规律和护理程序等发展而来的一门技术性学科,包含基础医学理论、护理学基础理论和技术操作、外科学理论,以及护理心理学、护理伦理学、社会学等人文科学知识。

外科疾病是指以手术或手法治疗为主的疾病,大致可分为五类。①感染:由致病菌入侵人体导致局部组织与器官的损害、破坏,发生坏死和形成脓肿。此类局限性的感染患者多适宜手术治疗,如阑尾切除术、脓肿引流术。②损伤:由外力或各种致伤因子引起的人体组织的损伤和破坏,如骨折、烧伤和内脏器官破裂,多需经手术修复。③肿瘤:可分为良性肿瘤和恶性肿瘤,绝大部分需手术切除,恶性肿瘤患者除需予以手术治疗外,大多数还需进行综合治疗,如化学治疗和(或)放射治疗等。④畸形:多数先天性畸形,如先天性唇腭裂、先天性心脏病等,需手术治疗。部分影响生理功能、活动或生活的后天性畸形,如烧伤后瘢痕收缩,也常需手术整复矫正,以恢复功能和改善外观。⑤其他:常见的有结石病(如胆结石、尿结石)、器官梗阻(如胆管梗阻、肠梗阻、尿路梗阻)、内分泌功能失常(如甲状腺功能亢进症)、血液循环障碍:门静脉高压症、血栓闭塞性脉管炎等。外科护理学与外科学紧密联系,密切配合,因此有关外科疾病的护理理论知识和护理技术,就是外科护理学的内容,外科疾病的围术期护理,已成为外科护理中最核心的内容。考点:外科疾病的分类

二、外科护理学发展简史

早在远古时代人们已认识到外科,在早期的外科实践中,出血、手术疼痛、伤口感染等曾是妨碍外科学发展的主要因素之一。因此,当时外科仅限于浅表疮、疡和外伤的诊治。直到 19 世纪中叶,无菌术、止血、输血、麻醉止痛技术的问世,使外科学的发展得到飞跃。与此同时,在克里米亚战争中佛洛伦萨·南丁格尔和她的同事们成功地应用清洁、消毒、换药、包扎伤口、改善休养环境等护理手段使战伤死亡率从 50% 降至 2.2%,充分证实了护理工作在外科治疗中的重要作用,并由此创建了护理学,因此现代护理学是以外科护理为先驱问世的。护理学的发展也需要外科护理理论、技能的丰富与完善。

外科护理学的发展与现代护理学和外科学的发展紧密相关。许多现代护理学的概念和理论、外科医学研究和实践的进展都不断地引导外科护理学进入新的领域,从而促进了外科护理学的发展,同时也提高了外科护理人员对护理的认识和实践水平。现代护理学的发展经历了以疾病为中心、以患者为中心和以人的健康为中心三个发展阶段。在不同的发展阶段中,人们对人、健康、环境和护理的概念及其相互联系的认识不断深入,使护理实践和理论不断向前发展。20 世纪 50~70 年代,世界卫生组织(WHO)提出:“健康不仅是没有身体上的疾病和缺陷,还要有完整的心理状态和良好的社会适应能力”,人们对健康的认识发生了根本性改变,由

此,护理工作的重点从疾病护理转向以患者为中心的护理。20世纪70年代后期,基于疾病谱和健康观的改变。以人的健康为中心的护理观念使护理对象从患者扩展到对健康者外科护理学的预防保健,工作场所从医院延伸至社区和家庭,护理方式是以护理程序为框架的整体护理。现代护理理念的逐步改变、时代的进步、各学科间的交叉,大大丰富了外科护理学的内涵,对从事外科护理专业者的要求越来越高,要求外科护理人员必须在现代护理观的指导下,“以人为本”,对外科患者进行系统的评估,提供身、心整体的护理和个体化的健康教育,真正体现“人性化服务”的宗旨。

新中国成立后。我国医学事业得到飞速发展。1958年首例大面积烧伤患者的抢救和1963年世界首例断肢再植在我国获得成功,既体现了外科学的发展,也体现了我国外科护理工作对外科护理学所做出的贡献。外科领域有关生命科学新技术的不断引入、计算机的广泛应用、医学分子生物学和基因研究的不断深入,为我国外科学和外科护理学的发展提供了新的舞台,同时也提出了新的挑战。外科护理工作者应不断认清形势,看到自身的不足之处及与世界发达国家之间的差距,加强与各国外科护理人员的交流,吸取外国先进的技术和经验,推出自己成功的经验,承担起时代赋予的历史重任,遵照以人为本的原则,不断提高自身素质,为外科护理学的发展做出应有的贡献。

三、外科护理人员的素质要求

外科疾病一般具有危急、突发、易休克、易致残、易死亡、高度风险、高额医疗费的特点,且病情复杂多变。麻醉与手术又有潜在并发症的危险。外科疾病的突发性和病情演变的急、危、重常使患者承受巨大的痛苦和精神压力。必须予以紧急或尽快处理,因此外科护理工作急诊多、抢救多和工作强度大。这些特点对外科护理人员的综合素质提出了更高的要求。

(一)高度的责任心和良好的沟通能力

护理人员的职责是治病救人,维护生命,促进健康。如果护理人员在工作中疏忽大意、掉以轻心,就会增加患者的痛苦,甚至丧失抢救治疗患者的时限。人的生命是宝贵的,每个护理人员都应认识到护理工作的重要性,树立爱岗敬业的精神,具备高度的责任心、视患者为亲人、全心全意地为人民服务。同时,外科护理人员要有很好的语言表达和沟通、安抚能力(因为疼痛、焦虑患者多);临危不惧、忙而不乱的应变能力(因为突发抢救多);话语谨慎,遇事冷静的承受能力(因为医疗误解、纠纷多);打扮得体、仪表庄重的审美能力(因为外科护理人员要给患者带来严谨感、庄重感、安全感)。

(二)精湛的技能及敏锐的观察力

作为一个外科护理人员,正确运用知识、熟练操作、解决问题是学习的核心和能力的最终体现。现代外科护理要求护理人员掌握多种技能,如不同情况下的血管穿刺技术、ICU病室的监护、各种医疗设备操作、无菌技术的运用、病房的有序管理、各种突发的抢救等。因此,外科护理人员必须刻苦学习外科护理学知识,具备丰富的理论知识、娴熟的操作技能以及敏锐的观察能力和判断能力。学会应用护理程序提供整体护理,通过对患者的正确评估,能发现患者现有或潜在的生理、病理、心理问题,并协助医师进行有效的处理。

(三)良好的心理素质

外科工作的特点要求外科护理人员除了要具有博而专的知识和熟练的技能,还应具有良

好的心理素质。表现在应以积极、有效的心理活动,平稳、正常的心理状态去适应和满足事业对自己的要求;能善于自我调节,善于通过自己积极向上、乐观自信的内心情感鼓舞患者以增进护患之间的情感交流。加强自我修养,自我磨炼,自我体验是培养护理人员良好心理素质的重要方法和途径之一。

(四)良好的身体素质

当发生工伤、交通事故或特发事件时,短时间内可能有大批伤员送达并需立即治疗和护理。此种情况下,工作负荷骤然加大,护理人员需要具备健全的体魄、开朗的性格和饱满的精神状态,才能保证有效、及时地参与抢救工作。

四、怎样学好外科护理学

(一)了解外科护理发展的趋势

生物—心理—社会医学模式要求每一位外科护理人员注重患者的心理,注意到社会、文化层面的不同,提供身心两方面的护理;要能给予患者个性化的协助,满足其心理需要。人类寿命延长及受社会文明和环境污染的影响,使老年人、慢性病及癌症的罹患人数大量增加,这一人群需要大量的医疗资源。外科护理人员应加强对这些患者的护理服务,以提供更完善、更舒适的护理照顾。

WHO认为:康复是指综合地和协调地应用医学、社会、教育、职业等措施。对残疾者进行训练和再训练,减轻致残因素造成的后果,以尽量提高其活动功能,改善生活自理能力,重新参加社会活动。随着时代的进步,康复护理—这一崭新的护理业务成为护理工作很重要的内容。康复护理除包括一般基础护理内容外,还应用各种专门的护理技术,对患者进行残余功能的训练,努力挖掘残疾者心理上、躯体上的自立能力,为回归社会做准备。

协助濒死患者平静安详地接受死亡,使危重患者在人生旅途最后一段过程的需要得到满足,是外科护理人员工作的目标之一。加强对濒死患者的关心和护理,提供生理和情绪上的照顾和支持,以维持、控制患者的基本生活品质,这是外科护理人员努力的方向。

(二)应用现代护理观指导学习

现代护理学把患者这一服务对象(即人),看成生理、心理和社会、精神、文化等多方面因素构成的统一体,护理的宗旨就是帮助患者适应和改造内外环境的压力,达到最佳的健康状态。整体护理要求护理人员要以现代护理观为指导,以护理程序为手段针对人们不同的身心需要、社会文化需要提供最佳护理。护理服务的对象从患者扩大到健康人,即护理人员不仅要帮助患者恢复健康,还包括健康人的预防和保健工作;从个人发展到家庭和社区。护理服务的期限从胎儿、新生儿、小儿、儿童、青年、中年、老年直至临终,包括了人生命的全过程。护理人员的角色是照顾者、管理者、支持者、教育者和保护者。护理人员的工作要求以患者为中心,它是整体护理的核心。新的医学模式和护理模式要求护理人员要有爱心、诚心、同情心,有积极奉献的价值观,有灵活的沟通技巧,能建立良好的护患关系;要运用所学的外科学知识和护理学理论,随时对患者实施健康教育,鼓励患者从被动接受护理到主动参与护理;帮助即将出院的患者,做好出院准备。学会健康自护,回归家庭与社会;要遵照整体护理的观念,注重外科学和外科护理学的科学性,关注其艺术性,用爱心发扬护理的精髓,以实现自身价值。

(三) 坚持理论联系实际

外科患者急症多、抢救多、病情重,变化复杂,伴随着身体的整体反应,微小的病情变化也不能忽视。因此,外科护理人员必须掌握好理论知识,能透过细微之处看到本质,用心观察,早发现。早处理。外科病房的特点是外科医师去手术室手术的时间长,在病房里时间相对较短;而外科护理人员每日工作在患者身边,随时能观察到患者的症状及体征。因此,要求外科护理人员做好临床观察,发现问题后独立思考、当机立断,及时反映并做简单处理。针对不同的疾病、不同的患者可能发生的病情进行仔细观察,预防并发症。外科患者住院期间大多有不同程度的心理负担,难以适应角色的转变。因此,外科护理人员要学会沟通与交流技巧,学外科护理学会观察了解患者的心理问题;到患者身边,利用理论知识结合病情做好心理护理;引导患者正视现实,提高信心,努力配合治疗与护理,学会自我照顾与康复训练。整体护理要求给予患者精神、文化、社会的全方位护理。这就需要外科护理人员做到理论联系实际,同时也要学习与护理有关的自然科学和人文科学知识,如伦理学、社会学、经济学等,更好地贯彻整体护理的观念。

第二章 围术期患者的护理

手术是外科疾病的重要治疗手段,但是手术和麻醉难以回避的创伤也会加重病人的生理负担,还可能会产生并发症、后遗症等不良后果。围术期护理是外科护理的主要内容,围术期护理质量直接影响到手术的效果。

第一节 概述

一、外科护理的新特点

当前,人类进入科学技术迅猛发展的新时代,新理论、新技术、新方法、新材料不断涌现,极大地推动了外科学的发展。临床外科学正在向专、深、细的方向发展,也给外科护理工作带来了许多新矛盾、新需求。

1. 诊疗技术趋新

影像诊疗技术水平的极大提高,彩色超声、CT、MRI、数字式减影血管造影及各种内窥镜等已得到广泛应用,并已从单纯的诊断发展为诊疗并用的阶段。以分子免疫学、病原分子生物学等为基础的检验方法,可以通过多种途径和不同标本进行检测诊断,及早了解疾病的发生及动态变化。这些新的诊疗技术对外科护理提出了新的要求,如各种诊断前的准备、解释及护理;检验标本的采集、留取要求及送检等,都是外科护理面临的新课题。

2. 微创外科优势凸现

近年来,微创外科的优势突出表现在手术的途径和方法上。在手术的近期效果方面,具有手术创伤小、准确性高、安全可靠及患者术后疼痛较轻、康复快、恢复早等优点。内镜技术与介入治疗结合已广泛应用于临床,体外震荡粉碎结石、X刀、 γ 刀、细胞刀、高能聚焦超声术、脑立体定向术等新技术的开展,使外科手术的适应证放宽、禁忌证相对减少,特别是病人合并有高血压、心脏病或肝、肾功能不全时,在完善监护条件后,仍然可以手术。这给护理工作带来了风险和难度,要求外科护士的知识面要宽,必须掌握内科危重患者的护理知识和技术。

3. 手术年龄趋高

近年来,外科手术患者中,老年病人的比例逐年提高。由于老年人各系统脏器的生理功能趋向老化,对疾病的反应和疼痛敏感性下降,主诉和体征常不典型,免疫功能下降,抵抗力降低,并存病多,尤其是心脑血管、糖尿病等慢性疾病及精神心理疾病较多,往往是身心同时患病,精神、行为伴有障碍。因此,对老年患者的护理应该进行专门的深入研究,了解老年患者的疾病特点,理解老年患者的行为特征,估计老年患者的特殊需求,研究老年患者的护理问题是外科临床护理的新课题。

4. 护理范围趋广

(1) 手术指征拓展, 护理技术要求高: 随着现代医学的不断发展, 临床外科领域不断扩大, 许多过去认为无法医治的疑难病症, 现在均可通过外科手术进行治疗。颅脑、心脏、纵隔、肝等传统的手术禁区被打开, 因此, 患者的病情显得复杂危重, 护理技术水平也相应要求更高, 外科临床护理应不断提高业务和技术水平。

(2) 新技术、新材料应用: 由于外科手术器械的更新换代, 电刀、激光、冷冻、冷凝技术进入手术领域, 传统的穿针、引线、切开、缝合被部分代替; 外科的许多敷料、引流袋等物品都由反复性使用变为一次性使用; 新药层出不穷, 给药途径多样。如此种种, 要求外科护理人员要不断学习掌握新知识和新业务。

(3) 社会需求增加, 呼唤全程护理: 外科手术患者不仅需要术前维护各系统器官功能的护理, 术中手术的配合、术后监护和预防并发症的护理, 而且需要心理护理、康复护理等综合服务。另外, 为缩短住院时间, 患者入院到术前准备时间缩短, 护士要及时进行术前的健康教育, 术后护理和康复指导, 做好出院指导和必要的随访工作。

(4) 外科监护技术趋多: 随着外科技术的发展, 如低温技术、体外循环、长期机械通气、人工透析等技术的逐步增多, 使外科监护由单一发展到集中管理患者, 并步入精密监测设备与专门受训人员相结合阶段。ICU 的建立使外伤或手术后多器官功能衰竭病人的病死率大幅度下降。目前除综合 ICU 外, 各类外科 ICU 也相继出现, 如心脏外科监护病房、神经外科监护病房等。收治病人由单一化发展到综合化、复杂化, 要求护理人员知识面宽广, 专业技术娴熟, 还要做到一专多能。重大手术患者不仅需要得到完善的监护和术后恢复, 必要时还需要给予生物医学、工程技术上的生命支持, 使病人度过危及生命的不稳定阶段。

二、围术期概念

围术期(periooperative period)一词始见于 20 世纪 70 年代国外文献中, 与传统的“术前准备”“术后处理”单独概念不同, 它是以手术为中心, 包括手术前、手术中、手术后 3 个阶段, 并将这 3 个阶段的处理衔接贯穿为一整体, 使患者获得最佳的手术治疗效果。1981 年第 26 版 Dor-land 的医学词典解释围术期是“从患者需手术治疗住院时起到出院时为止的期限”。1988 年 11 月, 中国人民解放军第一届普通外科围术期学术会议对围术期一词作了解释: “围术期是指从确定手术治疗时起, 至与这次手术有关的治疗结束为止的一段时间。”

由于围术期定义的转变, 围术期处理在广度及深度上得到了延伸和扩展。从时间上围术期可划分为: ①手术前期, 从做出手术决定开始到患者离开病房进入手术室; ②手术期, 从患者进入手术室到离开手术室进入复苏室; ③手术后期, 从患者离开手术室进入麻醉复苏室(或术后监护病房)直至与手术相关的治疗结束。

三、围术期护理的重要性及内容

1. 围术期护理的重要性

围术期护理是指从患者确定入院手术治疗时起, 对患者从心理、生理、社会等整体出发, 贯穿手术前、手术中、手术后直至与这次手术有关的治疗基本结束为止所实施的护理。围术期护理应遵循现代整体护理观, “以患者为中心”, 正确及时评估患者出现的生理和心理问题, 并采取有效的措施, 其最终目标是帮助患者获得最佳的手术治疗效果以及在手术期间获得最满意

的照护。随着外科手术治疗范围的扩大及治疗手段的深入,手术操作越来越复杂和精细,对围术期护理工作的要求越来越高。此外随着医疗模式的转变以及患者对护理服务需求的提高,传统的术前准备和术后护理已经不能满足现代外科护理的发展。因此,系统而完善的围术期护理在整个外科临床工作中占有十分重要的地位。

2. 围术期护理的内容

从内容上来看,围术期处理必须从整体来考虑,如患者的体质和精神状态、手术方案的选择、特殊情况的处理、术后并发症的预防和处理等,有了这些才能确保手术的成功。因此,系统完善的围术期处理及护理较单独的手术技巧更为重要。

(1) 手术前处理和护理:手术前处理的目的是使患者和手术组人员以最佳状态进入手术。主要包括 8 个方面:①诊断与确定手术后所进行的必要的进一步诊断措施;②手术方案讨论和围术期预案的制定;③患者及有关人员的心理准备;④患者机体及并存病的检查处理;⑤疾病或手术本身所需的特殊准备;⑥特殊器械或药物、血液准备;⑦抗感染用药或措施;⑧麻醉选择与麻醉前用药。

手术前护理的主要内容有 4 个方面:①各系统器官耐受手术的功能维护和训练;②手术局部及对应体表的准备;③护理用品准备和护理方案制定;④患者的心理准备和健康教育。

(2) 手术中处理:其目的是使患者安全耐受手术,保证手术成功。主要包括 4 个方面:①麻醉的实施与管理;②术中监测治疗与护理;③意外情况的预防、发现与处理;④抗感染药物与其他药物的应用。

(3) 手术后处理和护理:手术后处理的目的在于使患者尽早顺利康复,主要包括 8 个方面:①生命体征与重要脏器的功能监测与异常情况处理;②维持内稳态平衡与良好的代谢支持;③并发症的防治;④继续给予抗感染药物与措施;⑤患者体内的引流及其安置物的管理和创口的处理;⑥术后所需的特殊治疗与护理;⑦并存病的必要处理;⑧病人的心理护理。

手术后护理的主要内容有 6 个方面:①生命体征及重要脏器功能的监护;②原发病及并存病病情及治疗效果的护理观察;③患者生活需要的照料、协助和促进机体功能活动的恢复;④防止并发症的护理;⑤各种引流及导管的观察护理;⑥心理护理与健康指导。

第二节 手术前护理

手术前期包括从患者决定手术开始直至患者离开病房进入手术室的这段时间,护士在此期间扮演着重要的角色。护士应在充分评估患者的基础上,给患者以最佳的照顾和指导,提高患者手术耐受力,预防术后可能发生的并发症,确保患者以最佳的身心状态接受手术治疗。

一、术前评估

(一) 一般评估

首先,应了解和熟悉患者的基本信息,包括病人姓名、性别、年龄、入院诊断、一般生理状况(如身高、体重、体温、血压、脉搏、呼吸等)、职业、家庭状况以及心理状态等。

(二)影响手术的健康因素评估

术前评估总的目标是为患者接受手术创造尽可能多的有利条件。在实施任何治疗前,应了解病人的健康史并进行体格检查,记录生命体征,鉴别高危病人,以利于术前给予及时的处理措施,选择最佳的手术方案,为术后与术前的比较提供依据,提高手术效果和尽可能地预防术后并发症。评估检查时,凡对病人手术有影响的因素均应考虑,因此应从以下几个方面来评估病人的健康状态。

1.营养和体液

营养是促进术后伤口愈合、抵抗感染及预防术后并发症的重要因素。评估患者营养状态的信息有:肥胖、营养低下、体重减轻、营养不良、特定营养成分缺乏、代谢异常、药物影响等。

2.药物成瘾和酗酒

有饮酒史的病人往往存在营养不良和增加手术危险的其他系统脏器功能的问题,而且乙醇在体内代谢的时间为 72 小时,乙醇浓度与病人术后死亡率的高低有相关性。因此,护士应通过耐心及客观的询问才能得到病人真实的健康史。当患者过度饮酒时,机体对损伤的抵抗力下降,应尽可能延迟手术直至乙醇基本代谢完。对于急诊小手术,可选用局部麻醉、脊髓麻醉或区域神经阻滞麻醉,必须采用全身麻醉时,实施麻醉前,应留置胃管以防呕吐和误吸。

3.呼吸状况

是否能进行充分的气体交换是影响手术治疗的因素之一,维持良好的呼吸功能是术前准备的目标。如果患者没有基础肺部疾病或明显的临床症状,且肺部检查正常,则无须进行更为深入的术前评估。Ferguson 提出对以下病人必须进行术前肺功能评估:①胸部手术;②上腹部手术;③有大量吸烟史和咳嗽病史;④肥胖;⑤年龄>70 岁;⑥有呼吸系统疾病。

对于没有肺部基础疾病或临床表现的病人,病史采集和体格检查往往足以评价手术风险,肺功能检查不作为常规的术前检查。

4.心血管系统

心脏储备能力和代偿能力降低,可导致心血管系统对麻醉和手术创伤的应激代偿能力明显减弱。常用的 NYHA 心功能分级法对正确评定患者的心功能尚不够完善,应结合客观指标来评定。Goldman 心功能评分法可预测心脏病患者行非心脏手术时的危险因素。年龄>70 岁,围术期心脏原因死亡危险性增加 10 倍;老年急诊手术,心脏并发症增加 4 倍。合并冠心病者应详细了解有无心绞痛史、发作情况、治疗效果;有无急性心肌梗死史、距本次手术的时间。合并高血压者应了解其高血压严重程度,血压控制情况,有无靶器官损害。重度高血压和难以控制的严重高血压并伴有靶器官损害者,围术期危险性明显增加。心血管功能检查有心电图(ECG)、Holter 监测、心脏超声检查、心肌酶谱、心肌肌钙蛋白、放射性检查等。

对于年龄>60 岁,肥胖,有吸烟史、家族心脏病史、糖尿病和高血压的患者,均应做心功能的评定。

5.肝肾功能

维持良好的肝肾功能,确保药物、麻醉药、代谢产物及毒素得到充分的处理和排出,是术前准备的目标。肝脏对麻醉药的生物转化非常重要,因此肝功能障碍影响麻醉药的代谢。由于急性肝脏疾病可导致手术高死亡率,因此术前应仔细评估各项肝功能指标。

术前常规肝功能检查包括谷草转氨酶、谷丙转氨酶、碱性磷酸酶、胆红素、白蛋白及凝血功能。通过常规检查,可发现某些早期或亚临床肝炎。对于以往有肝炎病史或有肝炎高危风险者,肝炎病毒(包括甲、乙、丙型肝炎病毒)标志物的检测应作为常规。

肝功能状态评估临床最常用的是 Child-Pugh 肝功能分级。Child-Pugh 分级可判定肝功能的状况,预测手术的风险。A 级:各项总分 ≤ 5 分,对手术耐受良好;B 级:总分为 6~9 分,手术有一定限制,充分术前准备情况下可耐受肝叶切除等手术;C 级:总分 ≥ 10 分,无论术前准备如何,对各类手术均耐受极差,应严格限制。

由于肾脏参与麻醉药及其代谢产物的排泄,而酸碱度和新陈代谢也是麻醉管理需要考虑的重要因素,因此当患者患有急性肾炎,急性肾功能不全伴有少尿或无尿,或其他急性肾脏疾病时,应禁忌手术,除非是挽救患者生命的紧急手术或提高肾功能的手术。

术前肾功能障碍是预测术后急性肾功能最有价值的因素。术前血尿素氮或血清肌酐增高,可初步确定具有肾功能障碍病史,或存在其他肾病。此类病例在围术期容易发生肾缺血和肾毒损害。反映肾功能的主要指标有:内生肌酐清除率、血尿素氮、血肌酐、尿比重、尿渗透压、尿酚红排泄试验等,其中以前 3 项最为重要,内生肌酐清除率、血尿素氮、血肌酐主要反应肾小球的滤过功能,而尿比重、尿渗透压、尿酚红排泄试验是检查肾小管功能的主要指标,直接反应肾脏的浓缩功能。

6. 内分泌功能

糖尿病病人在手术过程中有发生低血糖和高血糖的危险。麻醉期间或术后糖类补充不足或胰岛素补给过量均可引起低血糖。高血糖会增加伤口感染的机会,因此术前监测血糖是非常重要的。应在术前 3~4 天测尿糖、尿酮体、血糖、钾、钠、氯、尿素氮、二氧化碳结合力及心电图等,通过检查对糖代谢、心肾功能有比较清楚的了解。

使用糖皮质激素治疗的患者有发生肾上腺皮质危象的危险。因此,对于那些曾使用糖皮质激素的患者,必须向麻醉医生或手术医生汇报患者的用药史,另外,检测病人是否有肾上腺功能不全的症状。

甲状腺疾病未控制的患者有发生甲状腺危象(甲状腺功能亢进引起)和呼吸衰竭(甲状腺功能减退引起)的危险。因此术前应评估患者甲状腺病史。

7. 免疫功能

术前免疫功能评估的一个重要作用是确定患者是否有过敏史,包括是否为过敏体质。鉴别并记录药物过敏史和不良反应非常重要。仔细询问导致患者发生过敏反应的变应原,包括药物、输血、对照剂、橡胶和食物,并描述由这些物质引起过敏反应时的症状和体征。

免疫抑制通常发生在使用糖皮质激素治疗、肾移植、放射治疗、化疗以及影响免疫系统的疾病中,如获得性免疫缺陷疾病(AIDS)和白血病。当出现轻微的症状和低热时应引起重视。因为患有免疫抑制的患者非常容易发生感染,需要更严格的无菌操作。

8. 用药史

用药史对患者手术和麻醉期间的给药有一定影响,而且药物间可能存在相互作用,因此应了解每位患者的用药史。应记录患者正在使用的或曾经使用过的药物,包括非处方药及中药,并与麻醉医生做好交流。

阿司匹林是内科医生或患者自己为预防心肌梗死、脑卒中和其他疾病经常使用的非处方药物,因为阿司匹林等非处方药物和其他药物及麻醉剂间有相互作用,因此询问此类药物的用药史非常重要。应将用药史记录在病历中供麻醉医生和手术医生参考。

某些普遍使用的中药如陈皮、麻黄、银杏、人参、甘草等在围术期应给予重视。因为中药与其他药物存在相互作用,因此,护士应详细地询问并记录使用中药情况,并告知手术医生和麻醉医生。

9. 体格检查

所有患者在进入手术室前病历中应有体格检查记录,体格检查在术前或手术日进行,然后麻醉医生根据结果对其体格状态进行评分,评估手术危险性。

10. 实验室检查

术前实验室检查包括许多生理指标的测定:胸部 X 线片、心电图、血液检查(包括全血细胞计数、血红蛋白、尿素及电解质)、血型及交叉配血试验(根据出血可能)、神经系统检查、尿液检查、动脉血气及血氧定量测定、凝血酶原及促凝血酶原激酶时间、空腹血糖、血肌酐和尿素氮、肺功能及妊娠情况等。

二、术前准备

(一) 提高手术耐受性

1. 营养不良

营养不良的手术患者,其手术风险远远大于营养良好的患者,因此往往需要在手术前给予营养支持。术前纠正营养不良的重点是纠正低蛋白血症,口服高蛋白食物为最好途径;为防止补充的蛋白质作为热能消耗,在补充蛋白质时应注意摄入足够的热量,给予高热量、高蛋白质膳食(热量每日 3000kcal,蛋白质每日 150~200g);不能进食时可鼻饲或静脉输入。此外,尚需对患者解释营养与手术的密切关系,耐心鼓励患者进食或执行营养支持,并根据患者情况及时调整饮食。

2. 呼吸功能障碍

对于呼吸功能不全的患者,应在术前给予呼吸功能锻炼的指导(见本章术前指导)以及相关护理。对有吸烟习惯的患者应劝其术前戒烟 1~2 周,以减少呼吸道的刺激及分泌物产生。有急性呼吸道炎症者,应待治愈 1~2 周后再行手术。训练患者做深呼吸,教会准确咳嗽和咳痰方法(即深吸气后再咳嗽),必要时行蒸汽或雾化吸入及使用抗生素;对慢性咳嗽患者应祛痰镇静;对常发哮喘患者术前口服地塞米松减轻支气管黏膜水肿。

3. 心功能障碍

维持良好的心血管功能以满足患者围术期所需的氧供,体液和营养是术前准备的目标。包括:①改善全身状况,维持内环境稳定。②对于高血压患者,应先控制好血压再进行手术。③改善冠心病患者心肌缺血状况,调整心肌氧供需平衡。预防围术期发生心肌梗死或再梗死。有心肌梗死病史的病人,距手术时间越近,术后再梗死的发生率越高。而对于急性心肌梗死的患者,6 个月内不施行择期手术,6 个月以上,没有心绞痛发作在监护条件下可施行手术。④控制心力衰竭、改善心功能,处理心律失常。心力衰竭患者,最好在心力衰竭控制 3~4 周及以后再施行手术。