

实用护理 操作与规范

李艳丽等◎主编



实用护理操作与规范

李艳丽等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

实用护理操作与规范 / 李艳丽等主编. -- 长春 :
吉林科学技术出版社, 2018. 7
ISBN 978-7-5578-4878-1

I. ①实… II. ①李… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第150962号

实用护理操作与规范

主 编	李艳丽等
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	428千字
印 张	22.25
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 978-7-5578-4878-1
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

护理工作在我国医疗卫生事业的发展中发挥着重要的作用,广大护理工作者在协助临床诊疗、救治生命、促进康复、减轻疼痛及增进医患和谐方面肩负着大量工作。随着现代医学科学技术的快速发展,新的诊疗技术的不断更新,护士在临床中的护理技术也在不断地提高。为了将最新的护理技术运用到临床中,快速减轻患者的痛苦,提高护士技能,作者结合了自己的理解和临床实践编写了这本书。

本书分上下两篇,共 14 章。包括外科护理篇和内科护理篇,介绍了内外科常见疾病的特点和护理。本书按照疾病的概念或概述、病因与发病机制、临床表现、辅助检查、治疗要点和护理措施的体例进行编写。本书的突出特点是:侧重介绍疾病的护理措施,尤其是对病人的健康指导方面,以帮助护士理解和掌握该部分内容。

本书是广大临床护士的必备的工具书,也是临床指导教师的参考书。本书在编写过程中得到了各编者所在单位及科室的领导、同仁的鼎力支持,在此表示衷心感谢!由于本书篇幅较大,内容上不足之处请护理同仁指正。

编者

目 录

上篇 外科疾病患者的护理

第一章 围术期患者的护理	(2)
第一节 手术前患者的护理	(2)
第二节 手术中患者的护理	(7)
第三节 手术后患者的护理	(13)
第二章 普通外科疾病患者的护理	(24)
第一节 甲状腺肿瘤患者的护理	(24)
第二节 乳腺癌患者的护理	(28)
第三节 胃癌患者的护理	(33)
第四节 大肠癌患者的护理	(39)
第五节 急性阑尾炎患者的护理	(46)
第六节 原发性肝癌患者的护理	(49)
第七节 胆石症患者的护理	(53)
第八节 门静脉高压症患者的护理	(59)
第三章 骨科疾病患者的护理	(64)
第一节 骨折概述	(64)
第二节 常见四肢骨折患者的护理	(73)
第三节 脊柱骨折和脊髓损伤患者的护理	(79)
第四节 骨盆骨折	(85)
第五节 关节脱位患者的护理	(87)
第六节 颈椎病患者的护理	(92)
第七节 腰椎间盘突出症患者的护理	(95)
第八节 骨与关节感染患者的护理	(100)
第九节 骨肿瘤患者的护理	(106)
第四章 心胸外科疾病患者的护理	(111)
第一节 胸部损伤患者的护理	(111)
第二节 肺癌患者的护理	(115)
第三节 食管癌患者的护理	(120)

第四节	先天性心脏病外科治疗患者的护理	(125)
第五节	冠状动脉粥样硬化性心脏病外科治疗患者的护理	(130)
第五章	泌尿外科疾病患者的护理	(133)
第一节	尿石症患者的护理	(133)
第二节	泌尿系统损伤患者的护理	(142)
第三节	良性前列腺增生患者的护理	(152)
第四节	泌尿系统常见肿瘤患者的护理	(158)
第六章	器官移植患者的护理	(170)
第一节	概述	(170)
第二节	肾移植患者的护理	(175)
第三节	肝移植患者的护理	(177)
第七章	神经外科疾病患者的护理	(180)
第一节	重症颅脑损伤患者的护理	(180)
第二节	听神经瘤患者的护理	(187)
第三节	垂体瘤患者的护理	(191)
第四节	颅内动脉瘤患者的护理	(195)
第五节	颈内动脉狭窄患者的护理	(201)

下篇 内科疾病患者的护理

第八章	呼吸系统疾病患者的护理	(207)
第一节	肺炎患者的护理	(207)
第二节	慢性阻塞性肺疾病患者的护理	(211)
第三节	支气管哮喘患者的护理	(214)
第四节	支气管扩张症患者的护理	(218)
第九章	循环系统疾病患者的护理	(222)
第一节	心力衰竭患者的护理	(222)
第二节	心律失常患者的护理	(228)
第三节	原发性高血压患者的护理	(229)
第四节	冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	(233)
第十章	消化系统疾病患者的护理	(239)
第一节	胃炎患者的护理	(239)
第二节	消化性溃疡患者的护理	(242)
第三节	肝硬化患者的护理	(245)
第四节	急性胰腺炎患者的护理	(249)

第十一章	泌尿系统疾病患者的护理	(253)
第一节	慢性肾小球肾炎患者的护理	(253)
第二节	肾病综合征患者的护理	(256)
第三节	泌尿系统感染患者的护理	(261)
第十二章	内分泌与代谢疾病患者的护理	(264)
第一节	甲状腺功能亢进症患者的护理	(264)
第二节	甲状腺功能减退症患者的护理	(268)
第三节	皮质醇增多症患者的护理	(271)
第四节	糖尿病患者的护理	(273)
第五节	痛风患者的护理	(283)
第六节	骨质疏松患者的护理	(286)
第七节	肥胖症患者的护理	(289)
第十三章	血液系统疾病患者的护理	(292)
第一节	贫血患者的护理	(292)
第二节	出血性疾病患者的护理	(302)
第三节	白血病患者护理	(312)
第四节	淋巴瘤患者的护理	(320)
第十四章	神经系统疾病患者的护理	(324)
第一节	脑梗死患者的护理	(324)
第二节	脑出血患者的护理	(328)
第三节	帕金森病患者的护理	(332)
第四节	癫痫患者的护理	(336)
第五节	多发性硬化患者的护理	(341)
参考文献		(345)

照會前答惠贈未聞 第一章

上篇 外科疾病患者的护理

第一章 围术期患者的护理

手术是临床外科系统治疗疾病的一种重要手段。手术、麻醉及疾病本身的刺激可使患者产生生理、心理的应激反应,引起神经、内分泌及循环系统功能紊乱,从而削弱机体的防御能力和对手术的耐受力,直接影响手术预后。同时,手术是集体智慧和劳动的集中体现,手术人员必须有明确的职责和分工,但又需互相协同和配合才能安全顺利完成手术。为手术患者提供规范的围术期护理,保障患者安全,体现人文关怀已成为手术室护理工作中重要的内容。

围术期(periooperative period)是指从确定手术治疗时起,至与这次手术有关的治疗基本结束的一段时间。包括手术前期、手术中期及手术后期 3 个阶段。

围术期护理(periooperative nursing care)指护理人员运用所学知识 with 技能,针对患者的问题和需要,为患者提供全程、整体的护理。旨在加强术前至术后整个诊治期间患者的身心护理,通过全面评估,充分做好术前准备,并采取有效措施维护机体功能,提高手术的安全性,减少术后并发症,促使患者康复。围术期护理也包括 3 个阶段,每个阶段护理工作重点不同。

第一节 手术前患者的护理

手术前期是指从患者决定接受手术至将患者送至手术台。手术前护理(preoperative nursing care)的重点是在全面评估的基础上,做好必需的术前准备,纠正患者存在及潜在的生理、心理问题,加强健康指导,提高患者对手术和麻醉的耐受能力,使手术的危险性降到最低。

【术前评估】

(一)健康史与相关因素

了解患者身体的一般状况、既往健康状况,皮肤状况,与现有疾病相关的病史、药物应用情况及过敏史、手术史、家族史、遗传病史和女性患者婚育史等。此外还要了解患者既往有无高血压、糖尿病及心脏病,有无体内植入物(金属植入物、起搏器)等,初步判断其手术耐受性。

(二)身体状况

通过患者主诉和全面体格检查,了解其主要内脏器官的功能,是否存在心、肺、肝及肾脏等器官功能不全;有无营养不良、肥胖及水、电解质平衡失调等高危因素,评估手术的安全性。

1. 评估各系统状况

如心血管系统、呼吸系统、泌尿系统、神经系统和血液系统等状况和高危因素。

2. 辅助检查

了解患者各项实验室检查结果,如血、尿、便常规和血生化检查结果。了解 X 线、B 超、CT 及 MRI 等影像学检查结果,以及心电图、内镜检查报告和其他特殊检查的结果,以助判断病情及完善术前检查。

3. 评估患者对手术的耐受能力

全身状况较好、无重要内脏器官功能损害、疾病对全身影响较小者手术耐受良好；全身情况不良、重要内脏器官功能损害较严重、疾病对全身影响明显、手术损害大者手术耐受不良。

(三) 心理—社会支持状况

手术患者易产生不良的心理状态，如感到紧张、焦虑、恐惧等，这些都可以削弱患者对手术和麻醉的耐受力，从而影响创伤的愈合和手术效果。评估、识别并判断出手术患者的心理状态，为患者提供及时有效的心理护理。

1. 心理状态的改变

①睡眠形态紊乱，如失眠；②语言和行为改变，如沉默寡言、易激动、无耐心、易怒或哭泣；③尿频、食欲缺乏、疲劳和虚弱感，自我修饰程度下降；④呼吸、脉搏加快，手心出汗，血压升高等。

2. 心理状态改变的相关因素

①担心疾病严重甚至危及生命。②担心疾病预后及后续影响。③对手术、麻醉及治疗过程的担忧以及相关知识未知、不确定。④担心住院对家庭的照顾、子女和老人等带来不便。⑤对住院费用的担忧。除了对患者进行上述评估以外，还要进一步评估其家庭经济状况、家庭成员及其单位同事对其住院的反应、态度，以利于发挥社会支持系统的作用。

(四) 手术种类

手术的具体种类取决于患者疾病的情况，同一种外科疾病的不同发展阶段手术种类也可能不同。需要根据患者的具体情况，选择适宜的手术种类。手术类型按手术期限大致分为3类。

1. 择期手术(selective operation)

手术时间没有期限的限制，可在充分的术前准备后进行手术，如一般的良性肿瘤切除术、腹股沟疝修补术等。

2. 限期手术(confine operation)

手术时间可以选择，但有一定限度，不宜过久以免延误手术时机，应在限定的时间内完成术前准备，如各种恶性肿瘤根治术。

3. 急症手术(emergency operation)

病情危重，需要在最短时间内进行必要的准备后迅速实施手术，以抢救患者生命，如外伤性肝、脾破裂和肠破裂、胸腹腔大血管破裂等。

(五) 麻醉方法与术前准备

患者麻醉前用药的目的在于解除焦虑、镇静和催眠、镇痛、抑制腺体分泌及抑制不良反射。常用的麻醉药物有镇静药和催眠药、镇痛药、抗胆碱能药及抗组胺药。

任何麻醉都可能给患者带来不同程度的损害和风险。为了保障患者在麻醉期间的安全，增强患者对手术和麻醉的耐受性，避免麻醉意外，减少麻醉后并发症，必须做好麻醉前病情评估和准备工作。根据麻醉作用部位和所用药物的不同，临床麻醉分为全身麻醉、局部麻醉、椎管内麻醉、复合麻醉、基础麻醉。局部麻醉又包括表面麻醉、局部浸润麻醉、区域阻滞麻醉、神经及神经丛阻滞麻醉；椎管内麻醉又可分为蛛网膜下隙阻滞和硬脊膜外阻滞。

【护理措施】

(一)手术前的常规准备与护理

1. 饮食和休息

术前准备期间根据患者的手术种类、方式、部位和范围,进行饮食指导,鼓励患者多摄入营养丰富、易消化的食物。患者术前应补充足够的热量、蛋白质和维生素。消除引起患者不良睡眠的诱因,创造安静舒适的环境,促进患者睡眠。督促患者活动与休息相结合,必要时遵医嘱予以镇静安眠药。

2. 术前适应性训练

(1)指导患者练习使用便盆,在床上排尿和排便。

(2)教会患者自行调整卧位和床上翻身的方法,以适应术后体位的变化。

(3)指导患者练习术中体位,如甲状腺手术者,术前给予肩部垫枕、头后仰的体位训练,以适应术中颈过伸的姿势。

(4)教会患者正确的深呼吸、咳嗽、咳痰方法并进行练习。

3. 输血和补液

(1)术前应作好血型和交叉配血实验,备好一定数量的全血、血细胞或血浆。

(2)凡有水、电解质及酸碱平衡失调和贫血者,应在术前予以纠正。

(3)加强病情观察和生命体征监测,发现异常及时给予对症处理。

4. 协助完成术前检查

术前做好肝、肾功能检查及出凝血时间、凝血酶原时间、血小板计数检查,必要时监测有关凝血因子。了解肝、肾功能损害程度,最大限度地改善肝、肾功能,提高患者对手术的耐受能力。

5. 合理应用抗感染药物,预防术后感染

抗感染药物的预防性应用一般适用于:①涉及感染病灶或切口接近感染区域的手术;②胃肠道手术;③预计操作时间长、创面大的手术;④开放性创伤,创面已污染,清创时间长或清创不彻底者。⑤涉及大血管的手术;⑥植入人工制品的手术;⑦器官移植术。此外,积极处理已存在的感染灶,避免与其他感染者接触。

6. 消化系统的准备

(1)成人择期手术前 8~12 小时开始禁食,术前 4 小时开始禁水,以防呕吐引起窒息或吸入性肺炎;小儿术前应 4~8 小时禁食(奶),2~3 小时禁水。

(2)胃肠道手术患者术前 1~2 天进流质食物,非胃肠道手术患者术前一般不限制饮食种类。

(3)一般性手术的患者,督促其术前晚排便,必要时使用开塞露或 0.1%~0.2% 肥皂水灌肠等促使残留粪便的排出,以防麻醉后肛门括约肌松弛而有粪便排出,增加污染的机会。

(4)肠道手术患者的肠道准备:详见本篇第二章第四节“大肠癌患者的护理”。

(5)消化道手术或某些特殊疾病(如急性弥漫性腹膜炎、急性胰腺炎等),术前应放置胃管。

7. 手术前皮肤准备

(1)术前 1 日督促患者剪短指甲、理发、沐浴及更衣。细菌栖居密度较高的部位(如手、足)

或不能接受刺激消毒剂的部位(如面部、会阴部)术前可用氯己定反复清洗,必要时协助其完成。

(2)做好手术区皮肤准备:彻底清除手术切口部位和周围皮肤的污染。术前备皮应当在手术当日进行,确需去除手术部位毛发时,应当使用不损伤皮肤的方法,避免使用刀片刮除毛发。备皮时注意遮挡和保暖,动作轻巧,防止损伤表皮和增加感染的可能性。手术区皮肤准备范围包括切口周围至少 15cm 的区域

(二)心理准备

通过健康教育及术前访视建立良好的护患关系,给予患者心理支持和疏导,帮助患者认识疾病、手术的相关知识及术后用药的注意事项,向患者说明术前准备的必要性,逐步掌握术后配合技巧及康复知识,使患者对手术的风险及可能出现的并发症有足够的认识及心理准备。

(三)术日晨的护理

认真检查、确定各项准备工作的落实情况;若发现患者有不明原因的体温升高,或女性患者月经来潮等情况,应延迟手术;进入手术室前,指导患者排尽尿液;估计手术时间持续 4 小时以上及接受下腹部或盆腔内手术者应予以留置导尿管并妥善固定;胃肠道及上腹部手术者应放置胃管;嘱患者拭去指甲油、口红等化妆品;取下活动的义齿、发夹、眼镜、手表、首饰和其他贵重物品;备好手术需要的病历、各种影像检查片及特殊药品等,随同患者带入手术室;与手术室接诊人员仔细核对患者、手术部位及名称,做好交接;根据手术类型及麻醉方式准备麻醉床,备好床旁监护设备及物品。

(四)特殊手术患者的护理

1. 急症手术

在最短时间内做好急救处理的同时进行必要的术前准备,如立即输液,改善患者水、电解质及酸碱平衡失调状况。若患者处于休克状态,立即建立 2 条以上静脉通道,迅速补充血容量;尽快处理伤口及原发病等。

2. 营养不良

血清蛋白在 30~35g/L 以下、血清转铁蛋白低于 1.5mg/L、体重 1 个月内下降 5% 者,存在营养不良。营养不良患者常伴低蛋白血症,可引起组织水肿,影响愈合;此外,营养不良者抵抗力低下,易并发感染。因此,术前尽可能改善其营养状况,经口服或静脉补充热量、蛋白质和维生素,以利术后组织的修复和创口愈合,提高机体抵抗力。

3. 高血压

血压在 160/100mmHg 以下者可不必要做特殊准备;高血压患者术前 2 周停用利舍平等降压药,指导患者改用钙离子通道阻断剂或 β -受体阻滞剂等合适的降压药以控制血压,但不要求血压降至正常水平再手术。

4. 心脏病

伴有心血管疾病的患者,术前应注意:

(1)长期低盐饮食和服用利尿药物导致患者水、电解质平衡失调者,术前需纠正。

(2)有心律失常者,偶发的室性期前收缩一般不需特殊处理;如有心房纤颤伴心室率 ≥ 100 次/分以上者,遵医嘱予毛花苷 C(西地兰)或口服普萘洛尔(心得安),尽可能将心率控制在正

常范围;老年冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)患者,若出现心动过缓,心室率 ≤ 50 次/分,术前遵医嘱用阿托品 0.5~1.0mg,必要时放置临时心脏起搏器。

(3)急性心肌梗死患者 6 个月内不施行择期手术,6 个月以上无心绞痛发作者,在监护条件下可施行手术。

(4)心力衰竭患者,在心力衰竭控制 3~4 周后再施行手术。

5. 呼吸功能障碍

(1)术前 2 周停止吸烟,防止呼吸道分泌物过多,影响呼吸道通畅。

(2)伴有阻塞性肺功能不全的患者,遵医嘱行雾化吸入治疗,改善通气功能。

(3)哮喘患者可口服地塞米松等药物,减轻支气管黏膜水肿。

(4)痰液黏稠的患者,可采用雾化吸入或服用药物使痰液稀薄,易于咳出。

(5)急性呼吸系统感染的患者,若为择期手术应推迟至治愈后 1~2 周再行手术;若为急症手术,需应用抗生素并避免吸入麻醉。

(6)重度肺功能不全及并发感染者,必须采取积极措施,改善其肺功能、待感染控制后再施行手术。

6. 肝脏疾病

手术创伤和麻醉都将加重肝脏负荷。术前进行肝功能检查,了解患者肝功能情况。肝功能轻度损害者一般不影响手术耐受力;肝功能损害严重或濒于失代偿者,如有营养不良、腹腔积液、黄疸等或急性肝炎患者,手术耐受力明显减弱,除急症抢救外,一般不宜手术。术前予高糖、高蛋白饮食改善营养状况,必要时输入血清蛋白、少量多次新鲜血液、维生素以纠正贫血、低蛋白血症、增加凝血因子等,改善全身情况。有胸、腹腔积液者,限制钠盐,遵医嘱用利尿剂。

7. 肾脏疾病

手术创伤、麻醉和药物都将加重肾脏负荷。术前进行肾功能检查,了解患者肾功能情况。依据 24 小时内肌酐清除率和血尿素氮测定值可将肾功能损害分为轻度、中度、重度。轻度、中度肾功能损害者,经过适当的内科处理多能较好地耐受手术;重度损害者需在有效透析治疗后才可耐受手术,但手术前应最大限度地改善肾功能。

8. 糖尿病

糖尿病患者易发生感染,术前应积极控制血糖及相关并发症。一般实施大手术前将血糖水平控制在正常或轻度升高状态(5.6~11.2mmol/L)、尿糖为+~++为宜。如应用长效胰岛素或口服降血糖药物者,术前均改为胰岛素皮下注射,每 4~6 小时 1 次,使血糖和尿糖控制在上述水平。为避免发生酮症酸中毒,尽量缩短术前禁食时间,静脉输液时胰岛素与葡萄糖的比例为 1U:5g。禁食期间定时监测血糖。

9. 妊娠

妊娠患者患外科疾病需行手术治疗时,需将外科疾病对母体及胎儿的影响放在首位。如果手术时机可以选择,妊娠中期相对安全。如果情况可以,术前尽可能全面检查各系统、器官功能,特别是心、肺、肝、肾等功能,若发现异常,术前尽量纠正。需禁食时,从静脉补充营养,尤其是氨基酸和糖类,以保证胎儿的正常发育。

10. 使用影响凝血功能药物时

(1) 监测凝血功能。

(2) 对于长期服用阿司匹林或非甾体药物的患者,术前7天停药。

(3) 术前使用华法林抗凝的患者,只要国际标准化比值维持在接近正常的水平,小手术可安全实施;大手术前4~7天停用华法林,但是对血栓栓塞的高危患者在此期间应继续使用肝素。

(4) 择期大手术患者在手术前12小时内不使用大剂量低分子量肝素,4小时内不使用大剂量普通肝素;心脏外科患者手术前24小时内不使用低分子量肝素。

(5) 在抗凝治疗期间需急诊手术的患者,一般需停止抗凝治疗。用肝素抗凝者,可用鱼精蛋白拮抗;用华法林抗凝者,可用维生素K、血浆或凝血因子制剂拮抗。

【健康指导】

(1) 告知患者与疾病相关的知识,使其理解手术的必要性。

(2) 告知麻醉、手术的相关知识,使其掌握术前准备的具体内容。

(3) 术前加强营养,注意休息和适当活动,提高抗感染能力。

(4) 戒烟,早晚刷牙、饭后漱口,保持口腔卫生;注意保暖,预防上呼吸道感染。

(5) 术前指导患者做各种训练,包括呼吸功能锻炼、床上活动、床上使用便盆等。

第二节 手术中患者的护理

手术中期是指从患者被送至手术台到患者手术后送入恢复室(观察室)或外科病房。手术室护理工作重点在保证患者安全、严格无菌操作和恰当术中配合,以确保麻醉和手术的顺利完成。

【术前准备】

(一) 环境准备

评估手术室的环境,尽可能降低交叉感染风险,全过程控制污染因素。手术室只有建立健全各项规章制度,明确各类人员的职责,才能防止已经灭菌和消毒的物品、已行无菌准备的手术人员或手术区不再被污染。除参加手术及相关人员外,其他人员一律不准随便进入手术室。患有急性上呼吸道感染、急慢性皮肤感染性疾病者,不可进入手术室,更不能参加手术;凡进入手术室的人员,必须按规定更换手术室的清洁衣裤、口罩、帽子、鞋等。凡来参观者必须在指定的手术间内参观,参观人员不可随意走动;手术间内人数应根据手术间大小决定;手术开始后,应尽量减少开门次数、减少走动和不必要的活动,不可在无菌区内穿行,大声叫喊、咳嗽;无菌手术与有菌手术严格分开,若在同一手术间内接台,应先安排做无菌手术,后做污染或感染手术;所有工作人员应严格执行无菌操作技术,并相互监督。

(二) 物品器械准备

评估手术物品及器械的准备及灭菌情况;手术时手术器械和用物直接穿过皮肤或黏膜接

触人体组织或器官,属于高危险性物品,所以手术器械和物品的灭菌是预防手术感染的重要环节。

(三)手术人员准备

避免手术患者伤口感染,手术人员的无菌准备是必要条件之一。评估手术人员的准备情况,手术进行前,手术人员应进行手臂洗刷消毒,穿无菌手术衣,戴无菌手套,防止细菌污染手术切口。

1.外科口罩佩戴方法

(1)方法:

1)将口罩罩住鼻、口及下巴,口罩下方带系于颈后,上方带系于头顶中部。

2)将双手指尖放在鼻夹上,从中间位置开始,用手指向内按压,并逐步向两侧移动,根据鼻梁形状塑造鼻夹。

3)调整系带的松紧度。

(2)注意事项:不应一只手捏鼻夹。医用外科口罩只能一次性使用。口罩潮湿、受到患者体液污染后,应及时更换。

2.外科手消毒(surgical hand antisepsis)

(1)定义:外科手术前医务人员用肥皂(皂液)和流动水洗手,再用手消毒剂清除或者杀灭手部暂居菌和减少常居菌的过程。使用的手消毒剂可具有持续抗菌活性。外科手消毒,监测的细菌菌落总数应 $\leq 5\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。

(2)外科手消毒应遵循以下原则:先洗手,后消毒。不同患者手术之间、手套破损或手被污染时,应重新进行外科手消毒。

(3)洗手方法与要求:

1)洗手之前应先摘除手部饰物,并修剪指甲,长度应不超过指尖。

2)取适量的清洁剂清洗双手、前臂和上臂下1/3,并认真揉搓。清洁双手时,应注意清洁指甲下的污垢和手部皮肤的皱褶处。

3)流动水冲洗双手、前臂和上臂下1/3。

4)使用干手物品擦干双手、前臂和上臂下1/3。

(4)外科手消毒方法

1)冲洗手消毒方法:取适量的手消毒剂涂抹至双手的每个部位、前臂和上臂下1/3,并认真揉搓2~6分钟,用流动水冲净双手、前臂和上臂下1/3,无菌巾彻底擦干。流动水应达到GB 5749的规定。特殊情况水质达不到要求时,手术医师在戴手套前,应用醇类手消毒剂再消毒双手后戴手套。手消毒剂的取液量、揉搓时间和使用方法遵循产品的使用说明。

2)免冲洗手消毒方法:取适量的免冲洗手消毒剂涂抹至双手的每个部位、前臂和上臂下1/3,并认真揉搓直至消毒剂干燥。手消毒剂的取液量、揉搓时间和使用方法遵循产品的使用说明。

(5)注意事项:不应戴假指甲,保持指甲和指甲周围组织的清洁。在整个手消毒过程中应保持双手位于胸前并高于肘部,使水由手部流向肘部。洗手与消毒可使用海绵、其他揉搓用品或双手相互揉搓。术后摘除外科手套后,应用肥皂(皂液)清洁双手。用后的清洁指甲用具、揉

搓用品如海绵、手刷等,应放到指定的容器中;揉搓用品每次使用后消毒或者一次性使用;清洁指甲用品应每日清洁与消毒。

3. 穿无菌手术衣

许多医院目前已使用全遮盖式手术衣(又称遮背式手术衣),它有三对系带:领口一对系带;左页背部与右页内侧腋下各一系带组成一对;右页宽大,能包裹术者背部,其上一系带与左腰部前方的腰带组成一对。

穿戴方法为:①同传统方法穿上无菌手术衣,双手向前伸出袖口外,巡回护士协助提拉并系好领口的一对系带及左页背部与右页内侧腋下的一对系带。②按常规戴好无菌手套。③术者解开腰间活结(由左腰带与右包围页上的带子结成)。④由洗手护士直接或巡回护士用持物钳夹取右页上的带子,自术者后面绕到前面,使手术衣右页遮盖左页,将带子交术者与腰带一起系结于左腰部前。

4. 戴无菌手套

戴无菌手套有闭合式和开放式两种方法。目前临床提倡采用闭合式戴手套方法。

(1)闭合式:穿上手术衣时双手不出袖口,右手隔衣袖取左手套,将手套指端朝向手臂,拇指相对,放于左手衣袖上,两手拇指隔衣袖分别插入手套反折部并将之翻转包裹于袖口上,手迅速深入手套内;同法戴右手套。

(2)开放式:掀开手套袋,捏住手套口向外翻折部分(即手套内面);取出手套,分清左右侧;左手捏住并显露右侧手套口,将右手插入手套内,戴好手套,注意未戴手套的手不可接触手套外面(无菌面);用已戴好手套的右手指插入左手手套口翻折部的内面(即手套的外面),帮助左手插入手套并戴好;分别将左右手套的翻折部翻回,并盖住手术衣的袖口,注意已戴手套的手只能接触手套的外面(无菌面);用无菌生理盐水冲洗手套上的滑石粉。

(3)协助他人戴手套:被戴者的手自然下垂,由洗手护士用双手撑开其中一只手套,拇指对准被戴者,协助其将手伸入手套并包裹于袖口上。

(四) 手术患者准备

手术时需将患者置于一定的体位,才能充分显露手术野,使手术顺利进行。一般由巡回护士协助医生根据患者的手术部位安置合适的手术体位。利用手术床的转动和附件的支持,应用枕垫、沙袋及固定带物件保持患者的体位,必要时由手术医生和麻醉师核实或配合,共同完成患者手术体位的安置。

1. 基本要求

①最大限度地保证患者的安全与舒适。②充分暴露手术区域,同时减少不必要的裸露。③肢体及关节托垫须稳妥,不能悬空。④保证呼吸和血液循环通畅,不影响麻醉医师的观察和监测。⑤妥善固定,避免血管、神经受压、肌肉扭伤及褥疮等并发症的发生。

2. 常用的手术体位

①仰卧位:是最常见的体位,适用于腹部、颌面部、颈部、骨盆及下肢手术等。②侧卧位:适用于胸、腰部及肾手术。③俯卧位:用于脊柱及其他背部手术。④膀胱截石位:适用于会阴部、尿道和肛门部手术。⑤半坐卧位:适用于鼻咽部手术。

(五) 评估手术野皮肤消毒情况

安置好手术体位后,评估手术切口及周围皮肤的清洁程度、有无破损及感染。若皮肤表面有较多油脂或胶布粘贴的残迹,先用汽油或松节油拭去,用浸有碘伏消毒液的无菌纱球用力均匀地涂擦消毒手术区皮肤,局部擦拭2遍。消毒范围应在手术野及其外扩展 $\geq 15\text{cm}$,由内向外擦拭。已接触消毒范围边缘或污染部位的消毒纱球,不能再返擦清洁处。每遍范围逐渐缩小,不可超出上一次涂擦范围。若为污染、感染切口及会阴、肛门区手术时,消毒的顺序由外向内,由上向下,由手术区外周清洁部向感染伤口或肛门、会阴部涂擦。

【护理措施】

(一) 手术中严格执行无菌操作原则

1. 明确无菌区域

树立无菌观念,手术人员一经洗手,手臂即不准接触未经消毒的物品。穿无菌手术衣及戴好无菌手套后,背部、腰部以下和肩部以上均应视为有菌区,不能再用手触摸。手术人员的手臂应肘部内收,靠近身体,既不可高举过肩,也不可下垂过腰或交叉放于腋下,手术床边缘以下的布单不可接触。凡下坠超过手术床边缘以下的器械、敷料、皮管及缝线等一概不可再取回使用。无菌桌仅桌缘平面以上属无菌,参加手术人员不得扶持无菌桌的边缘。器械护士和巡回护士都不能接触无菌桌桌缘平面以下的桌布。

2. 保持无菌物品的无菌状态

无菌区内所有物品都必须是灭菌的,若灭菌包破损、潮湿或可疑污染时均应视为有菌。手术中若手套破损或接触到有菌物品,应立即更换无菌手套,前臂或肘部若受污染应立即更换手术衣或加套无菌袖套。无菌区的布单若被水或血浸湿即失去无菌隔离作用,应加盖干的无菌巾或更换新的无菌单。巡回护士取用无菌物品时需用无菌持物钳夹取,并与无菌区域保持一定距离。任何无菌包及容器的边缘均视为有菌,取用无菌物品时不可触及。

3. 保护皮肤切口

皮肤虽经消毒,但残存在毛囊中的细菌对开放的切口仍有一定潜在威胁,因此,切开皮肤前,一般先用无菌聚乙烯薄膜覆盖,再经薄膜切开皮肤,以保护切口不被污染。切开皮肤和皮下脂肪层后,边缘应以大纱布垫或手术巾遮盖并固定,仅显露手术野。凡与皮肤接触的刀片和器械不应再用,延长切口或缝合前再消毒皮肤一次。手术中途因故暂停时,切口应用无菌巾覆盖。

4. 正确传递物品和调换位置

手术时不可在手术人员背后或头顶方向传递器械及手术用品,手术者或助手需要器械时应由器械护士从器械升降台侧方或正面方向递给。手术过程中,手术人员需面向无菌区,并在规定区域内活动,同侧手术人员如需调换位置时,应先退后一步,转过身背对背地转至另一位置,以防触及对方背部不洁区。

5. 污染手术的隔离技术

进行胃肠道、呼吸道或宫颈等污染手术时,切开空腔脏器前,先用纱布垫保护周围组织,并随时吸除外流的内容物,被污染的器械和其他物品应放在污染器械专用盘内,避免与其他器械接触,污染的缝针及持针器应在等渗盐水中刷洗。完成全部污染步骤后,手术人员应用灭菌用