



# 普外科优质护理服务指南

主编 付俊 马泽君 党玉连 汪启斌



湖北科学技术出版社

## 编 委 会

主 编	付 俊	马泽君	党玉连	汪启斌	
副主编	杜 鹃	冉小燕	徐胜珍	李秀婷	杜春伟
	万桂荣	李 炎	李 慧	高翠霞	付成华
	江新华	杜 芳	王明秀	赵冬梅	李 君
	鲍隆梅	彭 琳	谢国瑾	徐俊芳	葛 华
	陈 萍	连玉红	闵春明	梁 红	王春梅
	周 琴				
编 委	胡洪涛	段 霞	张志芳	罗 君	何 艳
	陈 程	王月楠	漆 焱	吴 璟	江珊珊
	赵 霞	马 霞	程华丽	熊 蕊	刘 兰
	李晓玲	刘明明	杨 梅	王崇入	胡家墙
	刘艳清				

# 前 言

为了适应人民群众不断增长的健康需求和经济社会发展对护理事业发展的新要求,根据“十二五”时期卫生事业发展和深化医药卫生体制改革的总体规划要求,本着规范普通外科护理专业理论及操作,促进专科护理事业发展,提高专科护士的专业水平,为广大患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务的目的编写了《普外科优质护理服务指南》一书。

近年来随着《护士条例》的贯彻落实,在护理事业健康发展的今天,护士对护理工作有了新认识,在《卫生部办公厅加强医院临床护理及深化“优质护理服务示范工程”活动有关工作的通知》和《湖北省三级医疗机构优质护理服务示范医院“评审标准”》的指导下,完善护理服务标准化,规范化,促进护理质量的持续改进,提高临床护理服务水平就显得越来越重要。

本书为普通外科专科护士提供专业化理论知识和专业化操作技能,为护理管理者提供新的工作考核标准和多种多样排班模式及护士工作岗位职责,进一步促进护理专科事业发展有着十分重要的意义。

编 者

2012年6月12日

# 目 录

## 第一章 优质护理发展历程

第一节 护理学的发展史

第二节 优质护理服务

## 第二章 普外科护理发展史

第一节 普外科的历史回顾与展望

第二节 外科护理学及其发展

## 第三章 普通外科疾病

第一节 颈部疾病

第二节 乳腺疾病

第三节 胃十二指肠疾病

第四节 小肠疾病

第五节 腹外疝疾病

第六节 腹部损伤

第七节 结肠直肠疾病

第八节 阑尾疾病

第九节 肝脏疾病

第十节 脾脏疾病

第十一节 胰腺疾病

第十二节 胆道系统疾病

## 第四章 普通外科疾病护理

第一节 乳腺甲状腺血管外科

第二节 胃肠外科

第三节 肝胆脾胰腺外科

第四节 直肠肛管外科

## 第五章 普通外科护理技术操作要点

第一节 基本护理操作要点

第二节 专科护理操作要点

## 第六章 优质护理排班模式及意义

第一节 临床护理单元各种排班模式

第二节 双人三班制(即 APN)各班工作职责

第三节 双人三班制(即 APN)排班模式意义

第四节 创建优质护理示范病房经验交流文章荟萃

## 第七章 分级护理

### 第一节 分级护理指导原则

### 第二节 住院患者基础护理服务项目

#### 附录一 护士条例

#### 附录二 护士执业注册管理办法

#### 附录三 省卫生厅关于转发卫生部办公厅加强医院临床护理及深化“优质护理服务示范工程”活动的通知

#### 附录四 卫生部办公厅关于加强医院临床护理及深化“优质护理服务示范工程”活动有关工作的通知

#### 附录五 医院实施优质护理服务工作标准(试行)

#### 附录六 综合医院分级护理指导原则

#### 附录七 湖北省三级医疗机构优质护理服务示范医院评审标准

#### 附录八 卫生部关于加强医院临床护理工作的通知

#### 附录九 卫生部办公厅关于印发《2010年“优质护理服务示范工程”活动方案》的通知

#### 附录十 省卫生厅关于开展“优质护理服务示范工程”活动的通知

#### 附录十一 湖北省实施2010年“优质护理服务示范工程”活动方案

#### 附录十二 卫生部关于印发《病历书写基本规范》的通知 2010年版

#### 参考文献

# 第一章 优质护理发展历程

## 第一节 护理学的发展史

### 一、护理学的形成与发展

古代(以自我护理、家庭护理为主),人类为谋求生存,在狩猎、械斗及自然灾害抗争的活动中发生疾病、创伤,人们以自我保护式、互助式、经验式、家庭式等爱抚手段与疾病和死亡做斗争。

中世纪(以宗教护理、医院护理为主)。文艺复兴时期,其间建立了许多图书馆、大学、医学院校,出现了一批医学科学家。

19世纪中叶,南丁格尔首创了科学的护理专业,护理学理论才逐步形成和发展,国际上称这个时期为“南丁格尔时代”。这是护理工作的转折点,也是护理真正走上专业化的开始。

弗罗伦斯·南丁格尔,出生于英国名门富有的家庭,受过高等教育,熟悉英、法、德、意等国语言,她从小就立志从事救死扶伤的护理工作,在随家人到世界各国旅游时,她专注于参观考察各地孤儿院、医院和慈善组织等。

1854年克里米亚战争中,南丁格尔率领38名护士,克服重重困难,前往战地救护伤员。半年后,使病死率由50%下降到2.2%,被战士们称为“提灯女神”和“克里米亚天使”。1860年,在英国圣托马斯医院创建了世界上第一所正式的护士学校,为护理教育奠定了基础。1907年,获英国政府颁发的最高国民荣誉勋章。1912年,国际护士会决定将5月12日(南丁格尔生日)定为国际护士节。1920年,国际红十字会首次颁发南丁格尔奖章。

### 二、中国护理学的形成与发展

(1)中国传统医学与护理。早期的医、药、护一直保持着不分的状态,“三分治,七分养”就是对医学与护理学的关系所做出的高度概括。在祖国医学中,有关护理理论的技术记载就颇为丰富了。如我国最早的一部医学经典《黄帝内经》,强调了疾病与饮食调节,心理因素、环境和气候改变的关系。隋朝孙思邈的《备急千金药方》中提到“凡衣服、巾、栉、枕、镜不宜与人同之”的预防、隔离观点。

(2)中国护理事业发展概况。鸦片战争前后,由于清政府与西方国家签订了许多不平等条约,外国人可自由出入中国。护理工作就是随着各国的军队、宗教和医学进入中国而开始的。

1835年,美国传教士在广州开设了第一所西医医院。

1888年,美国约翰逊女士在福州开办第一所护士学校。

1901年,在江西牯岭成立了中华护士会。会长均由外籍护士承担。

1921年,北京协和医院和几所大学合办高等护士学校,学制4~5年,5年制的毕业生可获学士学位,此为我国高等护理教育的开端。

1934年,教育部成立护士教育专门委员会,将护士教育改为高级护士职业教育,学制为3~4年,护士教育遂被纳入国家正式教育系统,直至1950年停办。

1922年,国际红十字会在日内瓦开会,正式接纳中国护士会为第十一名成员国。

1924年,由中国护士伍哲英担任中华护士会理事长;1936年改名为中华护士学会;1964年改名为中华护理学会。

1941—1942年,中华护士学会在延安成立分会,毛泽东为大会题词“护士工作有很大的政治重要性”和“尊重护士,爱护护士”。延安分会的成立,推动了护理学术和护理质量的提高,促进了当代护理学的发展。至1949年,全国共建立护士学校183所,有护士32800人。

新中国成立后,随着卫生事业的发展,我国护理工作进入了一个新的时期,在“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的国家卫生工作总方针指引下,我国护理工作有了迅猛的发展。

1950年,第一届全国卫生工作会议上,护理教育被列为中等教育之一,并纳入正规教育系统。

1976年以后,尤其是党的十一届三中全会以后,护理专业再一次获得新生。

1977年以后,中华护理学会和各地分会先后恢复。

1978年后,开展了护理国际交流。

1979年,为护理工作转折点,国家卫生部颁发了两个文件“关于加强护理工作的意见”和“关于加强护理教育工作的意见”。

1980年,由南京医学院及南京军区总院联合开办了“文革”后第一个护理高级进修班,学制3年,获大专学历。同年开始了护理技术职称评定。

1983年天津医学院率先开办了5年制护理本科专业,毕业后获学士学位。其后,相继有11所高等院校开设了护理本科专业,学制5年。

1992年、1993年分别批准了北京医科大学、第二军医大学护理系为护理硕士学位授予点。

1982年,卫生部正式成立了护理处,1985年经卫生部批准成立了护理中心,以加强对护理工作的领导、监督和指导,进一步取得了世界卫生组织对我国护理学科发展的支持。

随着医学科学的发展,社会的进步,医学模式已由生物医学模式转为生物、心理、社会学模式,护理学的地位、任务、作用和目标也随之发生了很大的变化。护士既是治疗疾病的合作者,又是预防疾病的宣传者,还是家庭护理的教育者和社区护理的组织者。护士专业化和多面手的完美结合,将使以病人为中心的护理得以进一步发展,护理的目标不仅是满足病人生理上的需求,还着眼于病人心理的平衡,社会的适应,所有这一切都标志着传统护理向现代护理的过渡。

### 三、国内外长期护理的发展历程

国外最早开展的长期护理(long term care,简称LTC)以救济贫穷个人或家庭为目标,在人口老化带来普遍长期护理需求的压力下,很多国家都开始大量新建机构,以满足民众长期护理的需求。回顾LTC发展的过程,可以明确的一点是,LTC是社会发展到一定时期的

必然产物,人口结构、家庭结构以及社会结构的变化,要求医疗护理模式做出相应的调整,这就使 LTC 的存在有了更充分的理由。

### 1. LTC 的概念和服务内容的演变

1987 年 Kane 首次提出了 LTC 的概念,并认为 LTC 是为先天或后天失能者提供医疗护理、个人照顾和社会性服务;McFall 在 1992 年提出 LTC 是对有慢性健康问题而无法完成日常生活的活动者,提供连续性的医疗性和社会性支持,包括传统医疗服务、社会服务和居家服务;WHO 将 LTC 定义为“由非专业护理者(家庭、朋友或邻居)和专业人员(医疗卫生和社会服务人员)进行的护理活动体系,以保证生活不能完全自理的人能继续得到较高的生活质量,获得最大可能的独力、自主、参与、个人满足及人格尊严”。

18 世纪,LTC 主要以救济院的形式收容穷苦的功能障碍者,主要提供者多是教会和民间组织。随着人口老龄化、特别是高龄化水平的提高,生活不能自理、需要 LTC 的老年人数量和比重都大幅增长。LTC 成为医疗护理服务体系不可缺少的组织部分。

### 2. 国内外 LTC 的发展历程和相关制度

(1)瑞典。是全世界最早启动 LTC 相关体系的国家,20 世纪 50 年代,瑞典的 LTC 理念就成为其他福利国家的典范;20 世纪 60 年代,瑞典开始在医院开设 LTC 病床;20 世纪 80 年代,开始在社区兴建“老人庇护住宅”;1994 年瑞典颁布了关于 LTC 的第一个法律——《个人协助法》。

(2)德国。1994 年德国通过了《护理保险法》,该法律规定“护理保险跟随医疗保险”的原则,为了保障 LTC 在推行上的质量保证,德国政府于 2001 年 7 月通过《护理质量保证法》,并以 2002 年正式实施。

(3)日本。1982 年日本颁布的《老人保健法》,增设了老人保健设施,如中间护理机构,收治恢复期的老人,给予必要的护理、康复和日常生活能力训练。1994 年日本国会通过了“LTC 保险制度法案”又称“介护保险法”,于 2000 年 4 月 1 日起实施,并在短期内建立了一套行之有效的 LTC 保险体系。

(4)美国。18 世纪,为了照顾贫穷和生活无法自理的老人,美国地方政府开始成立救济院、养老院等机构。1965 年,美国国会通过“穷民医疗救助保险”(Medicaid)与“老人医疗护理保险”(Medicare)。

(5)英国。工业革命以前,LTC 服务一般由宗教慈善团体提供,第二次世界大战前,由一般医院提供。1946 年英国国会通过立法,提供老人年金、保健、急难求助等服务,地方政府提供养老院、社区照顾、家庭访视、住宅服务、饮食服务等。19 世纪 60 年代,英国的机构式 LTC 已经发展到相当规模。

(6)中国的台湾地区。1971 年,台湾地区开展以医院为基础的居家护理;1987 年台北市护理师协会开办的第一个独立经营形态的护理之家“奖卿护理之家”成立;1993 年,LTC 专业协会成立;1995 年居家护理纳入全家保健给付;1997 年台北市 LTC 管理示范中心成立。在 LTC 发展过程中,台湾地区还出台了一系列规章制度作为保障,如护理人员法、护理法实施细则、护理机构设置标准,将护理之家列入开办全民保健给付范围,老年福利法,老人福利机构设置标准等。

(7)中国的香港地区。香港地区的 LTC 在初期主要以教会和私人经营为主。20 世纪 80 年代,香港地区开始出现私营安老院后,私营院舍的床位数字不断上升。香港地区社会

福利署于 2000 年 11 月起,引入《安老服务统一评估机制》,采用一套国际认可的评估工具,衡量老年人在护理方面的需要,从而编配合适的 LTC 服务。评估员均为专业人士,包括社会工作者、护士、职业治疗师和物理治疗师等,他们需接受使用《长者健康及家居护理评估》的训练并取得认可资格方可执行评估工作。

## 第二节 优质护理服务

当今日趋激烈的市场竞争中,服务作为一种竞争手段所得到的重视程度在不断提高,不但医院在竞争中获胜要依靠服务,而且护士的就业和提高工作水平也要依靠服务的本领,直到实现护理目标。所以优质护理服务是一个比以往更为广泛的概念,谁拥有优质的服务,拥有精湛的技术,拥有良好的素质,谁就拥有信誉。

### 1. 优质护理服务的基本概念

优质护理服务是一种能让病人满意的服务,在符合行业标准和部门规定的前提下,所提供的一种能满足病人合理需求的一种护理服务。是坚持以病人为中心,进一步规范临床护理工作,切实加强基础护理,改善护理服务,提高护理质量,保障医疗安全,努力为人民群众提供安全、优质、满意的一种护理服务。优质护理服务的实质是履行护士职责,改革护理模式,关键点在于提高对护理工作重要性的认识,通过科学管理调动护士工作的积极性。

基础护理的定义:实施临床护理的基本理论、知识和技能,是专科护理的基础。内容包括:观察病情、监测病人生命体征和生理信息,满足病人身心需要,危重病人的抢救,基本诊疗技术,消毒隔离,病区护理管理等。国外称作床边护理,台湾学者赵可式博士称护士在病人床边的护理为“临在”——始终守候在病人床边,临近病人床边的护理。

基础护理的范畴:生活护理基础及专科护理基础。

期待建立这样一种情怀——用心守护,用爱慰藉。每一个人在疾病面前都是脆弱的,每一个人在死亡面前都会恐惧,在很多疾病面前医学还是显得那么苍白与无奈,所以医生与护士的言行在病人和其家属心目中占据着重要的位置。作为一名护士,能够守护生命,关爱生命,为患者燃亮生命希望,这不仅需要专业知识和技术,更需要仁爱之心和体恤患者的情感,护理职业的不平凡见于平凡,而平凡中更显不平凡。

### 2. 优质护理服务的内涵与背景

#### 1) 背景

马晓伟部长在 2010 年全国护理工作会上讲:①不论专业护理如何发展,通过基础护理观察患者病情,保证医疗安全始终不会改变。②患者临床病情变化或者出现并发症,很多是可以通过护士为患者做基础护理时及早发现。③提出护理工作重中之重是为强化基础护理,改善护理服务。

#### 2) 优质护理服务的内涵

(1)加强优质护理服务,提高患者满意度,不仅是实践科学发展观和践行全心全意为人民健康服务宗旨的本职要求,更是改善医疗服务质量,惠及广大患者,实现医药体制改革总体目标的重要措施。

(2)内涵。①满足病人的基本生活需要,保证护理安全,保持躯体舒适。②帮助心理调适,保持平衡。③取得病人家庭社会系统的整体协调支持。④用最适合的护理获得病人及

家属最高的满意度。⑤是整体护理内涵的进一步完善和深化。

### 3) 优质护理服务的目标

①满足病人的基本生活需要;②保证病人住院期间的安全及舒适;③保证病人各项诊疗措施切实有效的落实;④提高病人对护理工作的满意度。

### 3. 开展优质护理服务示范工程活动的指导思想

开展优质护理服务示范工程活动,要深入贯彻 2010 年全国护理工作会议精神,认真落实科学发展观,坚持“以病人为中心的”服务理念,进一步加强医院临床护理工作,切实加强基础护理,改善护理服务,提高护理质量,保障医疗安全,为人民群众提供安全、优质、满意的护理服务。

### 4. 开展优质护理服务示范工程活动的范围和主题

开展优质护理服务示范工程活动的范围是全省各级各类医院,重点是公立医院。活动主题是“夯实基础护理,提供满意服务”。

### 5. 优质护理服务示范工程活动的内容及具体实施步骤

优质护理服务示范工程活动以贯彻《护士条例》为主线,认真贯彻《卫生部关于加强医院临床护理工作的通知》、《综合医院分级护理指导原则(试行)》、《住院患者基础护理服务项目(试行)》、《基础护理工作示范》和《常用临床护理技术服务规范》的要求,重点要做好以下工作。

#### 1) 入院护理

(1) 护士面带微笑、起立迎接新病人,给患者和家属留下良好第一印象。

(2) 备好床单元。护送至床前,妥善安置,并通知医生。完成入院体重、生命体征的收集。

(3) 主动进行自我介绍,入院告知:向病人或家属介绍管床医生和护士、病区护士长,介绍病区环境、呼叫铃的使用、作息时间及有关管理规定等。通知辅助护士送第一壶开水到床前。

(4) 了解病人的主诉、症状、自理能力、心理状况。

(5) 如急诊入院,根据需要准备好心电监护仪、吸氧装置等。

(6) 鼓励患者和家属表达自己的需要和顾忌,建立信赖关系,减轻患者住院的陌生感或孤独感。

#### 2) 晨间护理

(1) 采用湿扫法清洁并整理床单元,必要时更换床单元,病员服。

(2) 腹部手术半卧位(护士摇床至适当高度),必要时协助患者洗漱,喂食等。

(3) 检查各管道固定情况,治疗完成情况。

(4) 晨间交流:询问夜间睡眠,疼痛,通气等情况,了解肠功能恢复情况,患者活动能力。

#### 3) 晚间护理

(1) 整理床单元,必要时予以更换。整理,理顺各种管道,进行健康教育,对不能自理的患者进行口腔护理,睡前排便护理。

(2) 对于术后疼痛的病人,应注意周围环境安静便于入睡。病室内电视机按时关闭,要求家属离院。

(3) 病重病危的病室保留廊灯,便于观察病人。

(4)适当关小门窗,注意温差变化。

4)饮食护理

(1)根据医嘱给予饮食指导,告知其饮食内容。

(2)积极主动协助患者打饭,肠内营养患者护士做好饮食指导,调配,卫生,温度,速度等知识。

(3)根据病情观察患者进食后的反应。

5)排泄护理

(1)做好失禁的护理,及时更换潮湿的衣物,保持皮肤清洁干燥

(2)留置尿管的患者进行膀胱功能锻炼。每日会阴护理2次。

6)卧位护理

(1)根据病情选择合适的卧位,指导并协助患者进行床上活动和肢体的功能锻炼。

(2)按需要给予翻身、拍背、协助排痰,必要时给予吸痰,指导有效咳嗽。

(3)加强巡视压疮高危患者,有压疮警报时,及时采取有效的预防措施。

(4)加强安全措施,防止坠床、跌倒。

7)舒适护理

(1)患者每周剪指、趾甲1次;胃肠手术每天协助泡脚1次。

(2)生活不能自理者协助更换衣物。

(3)提供适宜的病室温度,嘱患者注意保暖。

(4)经常开窗通风,保持空气新鲜。

(5)保持病室安静、光线适宜、操作要尽量集中,以保证患者睡眠良好。

(6)晚夜间要做到三轻:走路轻、说话轻、操作轻。

8)术前护理

(1)给予心理支持,评估手术知识,适当讲解手术配合及术后注意事项。

(2)告知其禁食禁水时间、戒烟戒酒的必要性。

(3)如需要给予备皮。

(4)做好术前指导如:深呼吸、有效咳嗽、拍背、训练床上大小便等。

9)术后护理

(1)准备好麻醉床,遵医嘱予心电监护、氧气吸入。

(2)做好各种管道标志并妥善固定各管道,保证管道在位通畅。

(3)密切观察病情变化并做好记录,如有异常,及时汇报医生。

10)患者安全管理

(1)按等级护理要求巡视病房,了解病人十知道。有输液巡视卡并及时记录。

(2)对危重、躁动患者予约束带、护栏等保护措施。危重病人使用腕带。

(3)患者外出检查,轻病人由护工陪检,危重病人由医务人员陪检。

11)全程健康教育

住院期针对疾病知识进行个性化的教育,使病人不仅获得躯体的康复,还要获得良好的生活方式,树立良好的健康意识。

12)出院护理

(1)针对患者病情及恢复情况进行出院指导(办理出院结账手续、术后注意事项、带药指

导、饮食及功能锻炼,术后换药、拆线时间,发放爱心联系卡)。

(2)听取患者住院期间的意见和建议。护送患者至电梯口,做好出院登记。

(3)对患者床单元进行消毒。

## 第二章 普外科护理发展史

### 第一节 普外科的历史回顾与展望

外科学和整个医学一样,是人们长期同疾病作斗争的经验总结,其进展则是由社会各个历史时期的生产和科学技术发展决定的。普通外科是以治疗颈部、腹腔器官疾病为主的学科,它是现代外科领域中各分支学科之母,其历史可以追溯到人类文明的早期。经历了古代、中世纪和文艺复兴时期的缓慢前进后,在近现代有了飞速的发展。纵观普通外科学的发展史,大致可以分为:①古代经验认识的积累阶段;②近代直观思维阶段;③第二次世界大战后的理论思维阶段;④现代的在理论思维基础上的新技术应用阶段。

#### 一、古代经验认识的积累阶段

疾病的历史和人类的历史一样久远,疾病的外科治疗同样是古老的。在古代,人们对于自身结构的了解主要是基于动物解剖之上的,而缺乏精细、深刻的了解。真正的人类尸体解剖只是有时用来确定死亡原因,并为将之广泛应用到医学界。对与外科治疗中出现的疼痛,古人曾应用酒、曼德拉草根、阿片,甚至放血或减少脑血流使感觉减退,达到麻醉效应。但真正有效的麻醉药物和麻醉方式还未应用。治疗中及治疗后出现的出血和感染得不到控制,合并症率和病死率很高。由于缺乏系统的解剖学知识的指导,对出现的疼痛、出血和感染问题没有有效的解决办法,因此这是普通外科经验认识的积累时期。

世界上最早的医疗法典,是约在公元前 1700 年巴比伦国王汉穆拉比制定的《汉穆拉比法典》,它是统治者保护自己阶级的医疗法律。古印度医学最光辉的成就是外科,外科医生苏斯拉塔(Susruta,中国古代译名妙闻),是公元前 4 世纪后期或前 5 世纪古印度的医圣。他的医术经验后人汇集成《妙闻集》,是印度阿输吠陀系医学的外科代表著作。他强调外科医生需专用器械,共描述 125 种之多,把外科器械分为镊子、钳子、管状器械、探子、刀、剪六大类。古希腊时代,医学中具有科学精神的是以医学始祖希波克拉底(Hippocrate,约公元前 60—前 377 年)为代表的一派。希波克拉底被誉为西方医学之父,它所著的希腊医学书籍《希氏文集》中,关于治疗疾病方面,如外科关于骨折、脱臼、头部损伤都留有详细记载,而且记载了当时盛行的穿颅术;外科治疗注意保持清洁和干燥,对丹毒、破伤风、坏疽等感染性疾病也有记载。书中还记载了有关复杂骨折的治疗方法和绷带的使用。希波克拉底后 500 年左右,古罗马名医、西方古代医学之集大成者盖仑(Claurissimus Galen,130—200)在解剖生理学领域建树颇丰,他被后人尊称为解剖学之王,他是古代医学史上仅次于希波克拉底的重要医学家,是映照在古罗马上空最后的一抹绚烂的霞辉,他的去世,宣告西方医学史上以古希腊罗马为中心的第一个漫长白昼的结束,随之而来的是西方文化、科学和医学的为时 4 000 余年的漫漫长夜——黑暗的中世纪。

## 二、近代直观思维阶段

进入文艺复兴时期后,随着医学革命的到来,随着人体解剖学和器官组织病理学的诞生与发展,随着新的医学教育体系的提出及推广,特别是进入19世纪后半期,由于先后成功地解决了手术疼痛、伤口感染、止血和输血等关键性技术难题,困惑外科医师多年的手术禁区获得了突破,外科治疗发生了革命性的变化。手术部位由体表进入体内,手术种类由单一走向多样,手术难度由简单变为复杂,手术范围由局部扩展至器官或器官以外,手术技术的不断开创与创新,必然带动了外科领域各个分支的整体发展与提高,逐渐形成了理论与实践并重,使普通外科学进入了史无前例的飞速发展时期。具有标志性意义的是:

### 1. 麻醉

1846年美国牙科医师莫顿(Morton)首先采用了乙醚作为全身麻醉剂,并协助沃伦(Warren)用乙醚麻醉施行了很多大手术。1847年苏格兰西蒙森(Simpson)采用氯仿吸入麻醉。科勒(Koller)用于1884年首先用可卡因行局部麻醉,彼尔(Bier)于1896年采用腰椎麻醉成功,临床麻醉日趋完善。

### 2. 消毒

19世纪以前认为化脓是伤口愈合的正常过程,甚至称感染为医院病(Hospitalism)。1846年匈牙利舍蒙尔威斯(Semmelweis)首先提出在检查产妇前用漂白粉水将手洗净,遂使他所治疗的产妇死亡率自10%降至1%,这是抗菌技术的开端;巴斯德(Pasteur)于1836年发现微生物,1867年英国李斯特(Lister)采用苯酚溶液冲洗手术器械,并用苯酚溶液浸湿的纱布覆盖伤口,是他所施行的截肢手术的死亡率自40%降15%,从而奠定了抗菌术的基本原则。1877年德国的贝格曼(Bergmann)采用了蒸汽灭菌,并研究了单布、敷料、手术器械等的灭菌措施,在现代外科中建立了无菌术;1889年德国福伯林格(Furbringer)提出了手臂消毒法,1890年美国哈斯特(Halsted)倡议戴橡皮手套,这样就使无菌术臻于完善。

### 3. 止血

手术出血也曾是妨碍外科发展的另一重要因素。1871年英国威尔斯(Wells)介绍止血钳,1873年德国爱斯马克(Esmarch)在截肢时用止血带,他们是解决手术出血的创造者。瑞士科克(Kocher)用血管钳,成功而安全地施行甲状腺手术4000余例,死亡率由50%以上降至1%以下,为此获得1909年诺贝尔奖,这是第一次把这种奖颁给外科医师。美国哈斯特设计蚊式止血钳并采用细丝线结扎技术,成为现代手术止血的基本模式。

### 4. 输血

1901年美国兰德斯坦因(Landsteiner)发现血型,1930年获诺贝尔医学奖。最早把兰德斯坦因血型理论用于指导临床输血的人是卡瑞尔(Carrel),1906年他曾把输血者的动脉连接在受血者的静脉上,获得了成功,从此可用输血来补偿手术时的失血。卡瑞尔还是动物器官移植的开创者,为临床器官移植奠定了基础。初期采用直接输血法,但操作复杂,输血量不易控制;1915年德国勒威森(Lewisohn)提出了混加枸橼酸钠溶液使血不凝固的间接输血法,以后又有血库的建立,才使输血简便易行。

### 5. 抗生素

1929年英国弗莱明(Fleming)发现了青霉素,从而使无菌切口感染率降至1%,1935年德国杜马克(Domagk)提倡用白浪多息(磺胺类药),此后各国研制出一系列抗菌药物,为外

科学的发展开辟了一个新时代。

近代普通外科学的发展是以追求病变器官、组织的直接切除与修补为其特征的,因而是直观思维阶段。历史的经验证明,当外科只停留在手术技巧上时,外科学不会有明显的进步;但是,当外科与当时的基础学科和先进技术结合时,她却能发挥巨大的影响,并反过来推动科学技术的发展。

### 三、二战后的理论思维阶段

到了 20 世纪中期即二次大战后,随着现代科技的发展和实验手段的进步,出现了两种趋势:一方面学科愈来愈多、分工愈来愈细、研究愈来愈深入,另一方面学科间的联系愈来愈密切,科学研究朝着综合性方向发展,这在外科医学方面也不例外。传统外科的手术技术已经成熟,限制其发展的已不是手术技巧本身,而是围绕着外科的“软件”。人体生理的限度已成为外科发展的限制因素,普通外科的目的已并不只是搬掉巨大肿瘤的惊人之举,而在于消除疾病、恢复人体的生理机能。随着对生理学、病理学研究的深入及对休克病理生理认识的加深和输血、输液治疗的广泛使用,已经没有那里是腹部外科的“禁区”了。传统外科技术已经非常成熟,成为鼎盛时期。在这段时期内,不断开拓新的外科领域和萌发新的外科学分支,专科化的趋向已逐渐显示其雏形,重危医学的兴起,外科重症监护治疗室的普及,重视外科病人的代谢生理变化和营养支持,更成为外科日常工作的核心内容之一。许多外科医生重视对病人发病机制和手术对病人的生理机能的干扰的阐述,从而使外科医生从最初的手术匠变成了“拿手术刀的外科理论家”,创造了一批更符合人体生理机能的手术方式和治疗手段,改善了疾病的治疗效果,从而使普通外科出现了第二次飞跃。由于重视理论甚于手术技术,因而是理论思维阶段。具有重要意义的是:

#### 1. 器官移植的开展

早在 1913 年法国的卡瑞尔首创血管吻合术,并成功完成心脏移植动物实验,1912 年获诺贝尔奖,从此外科由切除、修复走向置换时代。1933 年异体角膜移植成功,1954 年美国的医师们将一卵双生的兄弟间的肾移植首次成功。60 年代以后,由于血管吻合技术的进步,特别是显微外科技术的突破,离体器官保存技术的改进,运用免疫移植法控制排斥反应成功,以及人体组织移植规律的发现使器官移植取得了显著进步。1963 年肝移植(Starzl)、肺移植(Hardy)、1966 年胰腺移植(Hillehei)先后成功,1967 年南非外科医师巴纳德(Barnard)进行了首例心脏移植。

#### 2. 人造器官的应用

科技的发展使医学与生物学、化学、力学、电子学、高分子化学、工程学等融为一体,出现生物医学工程学,因而使人造器官成为可能。1945 年荷兰人考夫(Kolff)经两年的研究和应用,人工肾用于治疗急性肾衰获得成功,以后他又开始在美国研究人工心脏。1962 年斯塔尔(Stall)采用人造球形瓣膜更换二尖瓣成功。20 世纪 50 年代以来,人工心肺机、人工低温术在临床应用,使体外循环心内直视手术得以进行。

### 四、现代新技术应用阶段

20 世纪 70 年代后半期,随着微电子技术的发展、计算机信息处理和实时成像、三维结构重建技术、生物工程技术的应用、各种纤维光束内镜的出现,加之核医学以及影像医学(从

B型超声、CT、MRI、DSA 到 SPECT、PET)的迅速发展,大大提高了外科疾病的诊治水平,使外科学又发生了一次飞跃,她的飞跃同样依靠科学技术的发展。

进入 20 世纪 80 年代以后,更多的新技术成果应用于普通外科上,加快了它的发展步伐。特别是介入放射学的开展,应用显微导管进行超选择性血管插管,不但将诊断,同时也将治疗深入到病变的内部结构。现在各种形式的“介入”已经兴起,并有取代外科医生之手的倾向。当今的外科学之所以能突飞猛进的发展,得益于对外科基础理论的不断深入和新技术、新设备、新材料的积极应用。而有限化、显微化和置换化已成为她的新的发展趋势。有限化就是尽可能缩小手术范围,减少所造成的创伤和生理干扰,微创外科就是最好的例子;显微化是指精细的解剖切除和修复;置换化是用各种生物或非生物的材料,取代人体的各种病变或毁损的组织和器官。显微外科技术的应用为器官的修复和再造提供了新的可行性和手段,尤其在吻合小血管方面达到了几乎完美的程度。内窥镜手术方法的应用,使得不开腹的腹腔外科由幻想变为现实,内镜技术的发展终于使外科诊疗有一“绿色通道”来实施。1987 年法国医生菲利普·莫略特(Phillip Mouret)首次在腹腔镜下完成了首例胆囊切除术,奠定了腹腔镜外科的基础,现正以不可遏止的势头迅速扩展到胃、肠、肝、胰等腹腔其他器官的手术中。总而言之,包括腹腔镜在内的各种内窥镜的临床应用,使外科医生的“眼”和“手”在保持体腔相对完整的前提下达到了身体的最深部位,从而使外科治疗超越了传统手术范畴。腹腔镜外科推动着微创外科的浪潮涌向新世纪。在器官移植方面,由于新的保存液的应用、移植受体选择指针的进一步明确、新的移植术的出现、抗免疫排斥治疗的进展、对术后并发症的防治,使临床器官移植取得迅猛发展。近年来随着重症医学的兴起,外科重症监护治疗室(intensive care unit, ICU)的普及和营养支持的进步明显地改善了危重病人和术后病人的预后。

## 五、21 世纪的发展趋势

如今,我们已经迈入了 21 世纪,虽然 21 世纪外科学的发展还需待以时日,但蒙在它身上的面纱正在慢慢褪去。如果说 20 世纪麻醉、无菌、营养、器官移植、腹腔镜技术等出现成为外科发展的里程碑,那么 21 世纪的外科将在肿瘤的基因诊断与治疗、器官克隆与移植、修复外科与微创外科等方面有飞速发展。

### 1. 相关学科的交叉渗透和相互促进

生物工程技术对医学正在起着更新的影响,而医学分子生物学的发展,特别是对基因的研究,已深入到外科领域。毫无疑问,外科学将出现多方面的变化。器官移植是挽救器官严重受损病人生命的主要手段,肝移植的先驱者斯塔兹(Starzl)曾预言,移植外科在 21 世纪将会垄断整个外科手术室。由于捐献的器官极为有限,而且费用是十分昂贵,不能满足病人的需求,所以移植器官的来源大多数可能会来自通过基因工程改造的猪或其他动物。许多发达国家和大公司已投巨资发展“器官移植用转基因猪项目”,科学家们将建立这种转基因猪的生产基地—器官农场,作为此项研究的最终目标。

### 2. 设备条件的不断换代更新

在 21 世纪中,生命科学将出现革命性的变化,可能发展成为科学革命中心。临床医学将充分利用高科技的成果和基础医学的进步,不断涌现出新的诊断和治疗方法。在诊断方面,超声波技术将在很大程度上代替 X 射线,并不断出现新的更先进的方法。生物技术将

提供多样化的检验产品。各种内窥镜和导管技术将深入到人体各个脏器和部位,获得精确诊断。电子计算机等人工智能技术将发挥重要作用。诊断学的最大突破可能是通过个体基因的分析检查出与遗传因素有关的疾病,提供可靠的预测。在外科方面,利用高清晰的图像系统及微形器械将传统手术操作的创伤减少到最低程度。微创技术将作为一种技术被应用到各个专业里,在普通外科领域中将普遍应用。随着未来科学技术的发展,传统的外科操作将可能被微创的、准确细致的器械操作所替代,如虚拟技术和三维立体可视技术的应用,电脑机器人手术无疑将成为微创外科发展的重要阶段,它主要是通过手术者操纵电脑来遥控机器人做手术,外科医生可以完全不接触病人,使手术更为准确并确保无误。21 世纪的普通外科特点之一就是“微创”,使微创外科融合为普通外科的传统手术技术。显微外科将继续深入到外科各分支领域。免疫排斥反应,这一器官移植最大的难题将被克服,甚至实现异种移植。在今后 20 年内,肺和肝脏移植将成为司空见惯的小手术。21 世纪治疗学上的最大突破将是基因治疗的广泛应用,可以设想通过基因的重组和修补,改造人体的生理、甚至是心理的功能。生物智能时代的到来将使这一可能变为必然。新一代的宽频因特网使远程诊断迈向 s 远程手术成为可能,人们可以为远在千里之外的病人进行手术治疗。纳米技术的不断发展将会为外科医生们带来更为先进的治疗设备。

### 3. 专业门类的日益分化和重组

随着现代外科学在广度和深度方面的迅速发展,现在任何一个外科医生已不可能掌握外科的全部知识和技能,为继续提高水平,就必须有所分工。因此,外科要进一步分为若干专科:有的按人体部位,如腹部外科、胸心外科;有的按人体的系统,如骨科、泌尿外科、脑神经外科、血管外科;有的是按病人年龄的特点,如小儿外科、老年外科;有的是按手术的方式,如整复外科、显微外科、移植外科;还有的按疾病的性质,如肿瘤外科、急症外科。

综上所述,普通外科学经历了一段漫长的发展过程,从古代经验的积累阶段、近代直观思维阶段、二战后的理论思维阶段到现代的在理论思维基础上的新技术应用阶段。人类的认识经历了从实践到理论,然后又从理论到实践的过程,是一个逐步提高的过程,每一个阶段的发展都是由各个阶段的生产和科学技术的发展决定的,21 世纪的将来也不例外。可以预见,21 世纪的外科将会迎来它的另一个黄金时代。

## 第二节 外科护理学及其发展

护理学是一门独立的、综合性的、为人类健康服务的应用性学科,外科护理学则是护理学的一大分支。外科护理学包含了医学基础理论、外科学基础理论、护理学基础理论及技术。因此,外科护理学是基于医学科学的整体发展而形成。

虽然早在远古时代人们已认识并建立外科学,但由于社会生产力等因素的限制,仅限于浅表疮、疡、外伤的诊治,几乎未认识到“护理”一词。随着社会各历史时期生产力和科学技术的进步,医学科学得以快速发展。相关基础学科,如人体解剖学、病理解剖学以及实验外科学等的建立,为外科学的发展奠定了基础。在早期的外科实践中,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。直到 19 世纪中叶,无菌术、止血输血、麻醉止痛技术的问世,才使外科学的发展得到飞跃。与之同期,弗洛伦斯·南丁格尔在军队中看护病员的过程中,通过实践认识到观察和护理的重要性,以极有说服力的数字和惊人的业绩充分证实