

临床护理手册系列

高荣花 赵莉 刘丽 总主编
赵莉 王慧聪 主编



外科临床护理手册

WAIKELINCHUANGHULI

SHOUCE

河北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

外科临床护理手册/赵莉,王慧聪主编.—石家庄:河北科学技术出版社,2009.8
ISBN 978-7-5375-3598-4

I.外… II.①赵…②王… III.外科学:护理学—手册
IV.R473.6-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第041411号

外科临床护理手册

赵莉 王慧聪 主编

出版发行	河北科学技术出版社
地 址	石家庄市友谊北大街330号(邮编:050061)
印 刷	石家庄市红旗印刷厂
经 销	新华书店
开 本	850×1168 1/32
印 张	13.375
字 数	325000
版 次	2010年1月第1版 2010年1月第1次印刷
定 价	25.00元

前言

QIANYAN

护理工作是医疗卫生事业的重要组成部分，随着我国经济、文化的发展和人民群众对健康需求的不断增长，护理工作的专业范围已经拓展到“预防疾病、保护生命、减轻痛苦、促进健康”等方面，其在医疗、预防、保健、康复等工作中的作用日益突出。因此，规范护理人员的职业行为、提高专业技术能力成为护理管理者和护理工作者不断加强和势在必行的事情。为此，河北省卫生厅护理质量管理控制中心和河北省护理学会组织省内从事临床护理工作的技术骨干编写了这套《临床护理手册》。本丛书旨在指导各科护士的专业护理工作，随时解决在对各种疾病实施护理中遇到的问题，使专科疾病的护理日趋科学、规范、标准，从而促进护理质量的提高。

本套丛书包括《内科临床护理手册》、《外科临床护理手册》、《妇产科临床护理手册》、《儿科临床护理手册》、《五官科临床护理手册》5个分册，涵盖了413种疾病的专科护理常规、120项专科常用技术操作规程、46项专科常用设备使用程序，项目齐全，内容丰富，有不少还是临床新开展的技术项目。

《临床护理手册》丛书在编写过程中，依据了目前我国高等



护理的专科护理教材，结合了临床工作需要，体现了“贴近临床、贴近患者、方便护士”的原则。疾病护理的内容包括：疾病概述、临床表现、评估要点、护理诊断（问题）、护理措施、应急措施和健康教育；常用护理技术操作规程的内容包括：操作的目的、用物、操作程序和注意事项；常用仪器的使用内容包括：目的、操作步骤、注意事项。所有的内容都体现出以患者为中心的整体护理理念，条理清楚，简明扼要，安全实用，有较高的学术性、可操作性。本套丛书既可作为对护士进行专业培训和考核的教材，也可作为在校学生、临床护理工作者为提高自身的专业护理技能而经常学习查阅的参考书。

参加本书编写的人员大多是三级甲等医院中多年从事临床护理工作的技术专家和骨干，他们总结了多年的工作经验，高质量地完成了所承担的编写任务。但是，由于经验有限，书中难免存在疏漏和不足之处，诚望广大读者和护理同仁批评指正，并将发现的问题和缺点及时反馈给我们，以便再版时修正。

河北省护理学会

目 录

MULU

第一篇 外科常见疾病的护理

第一章 外科休克患者的护理 /3

一、低血容量性休克患者的护理 /3

二、感染性休克患者的护理 /8

第二章 外科感染患者的护理 /11

一、全身性感染患者的护理 /11

二、软组织化脓性感染患者的护理 /13

三、特异性感染患者的护理 /20

第三章 损伤患者的护理 /26

一、机械性损伤患者的护理 /26

二、咬伤患者的护理 /29

三、冷伤患者的护理 /32

四、烧伤患者的护理 /34

五、皮肤移植患者的护理 /39

第四章 颈部疾病患者的护理 /42



- 一、甲状腺肿瘤手术患者的护理 /42
- 二、结节性甲状腺肿手术患者的护理 /45
- 三、甲状腺功能亢进症手术患者的护理 /46
- 第五章 乳腺疾病患者的护理 /52
 - 一、急性乳腺炎患者的护理 /52
 - 二、乳腺良性肿瘤手术患者的护理 /54
 - 三、乳腺癌手术患者的护理 /56
- 第六章 胸部疾病患者的护理 /62
 - 一、肋骨骨折患者的护理 /62
 - 二、脓胸手术患者的护理 /65
 - 三、肺癌手术患者的护理 /68
 - 四、食管癌、贲门癌手术患者的护理 /73
 - 五、纵隔肿瘤手术患者的护理 /78
- 第七章 心脏疾病患者外科治疗的护理 /82
 - 一、先天性心脏病手术患者的护理 /82
 - 二、心脏瓣膜病手术患者的护理 /88
 - 三、冠状动脉粥样硬化性心脏病手术患者的护理 /92
 - 四、胸主动脉瘤手术患者的护理 /96
- 第八章 腹部损伤与腹膜炎患者的护理 /99
 - 一、腹部损伤手术患者的护理 /99
 - 二、急性化脓性腹膜炎手术患者的护理 /103
- 第九章 胃肠疾病患者的护理 /108
 - 一、腹外疝手术患者的护理 /108
 - 二、胃、十二指肠溃疡患者外科治疗的护理 /112



三、胃癌手术患者的护理	/118
四、肠梗阻患者的护理	/121
五、结肠癌、直肠癌手术患者的护理	/125
六、急性阑尾炎手术患者的护理	/132
七、痔手术患者的护理	/137
八、肛瘘手术患者的护理	/141
第十章 肝、胆、胰疾病患者的护理	/144
一、肝癌手术患者的护理	/144
二、肝脓肿手术患者的护理	/148
三、门静脉高压症手术患者的护理	/151
四、肝移植患者的护理	/155
五、胆石病与胆道感染患者的护理	/159
六、急性胰腺炎患者的护理	/163
七、胰腺癌及壶腹部癌手术患者的护理	/167
第十一章 周围血管疾病患者的护理	/171
一、单纯性下肢静脉曲张手术患者的护理	/171
二、下肢深静脉血栓形成患者的护理	/173
三、血栓闭塞性脉管炎手术患者的护理	/176
四、动脉硬化闭塞症手术患者的护理	/179
第十二章 神经外科患者的护理	/183
一、颅内压增高患者的护理	/183
二、颅脑损伤患者的护理	/186
三、脑脓肿患者的护理	/190
四、脑血管病变患者外科治疗的护理	/193
五、颅内肿瘤手术患者的护理	/197



第十三章 泌尿及男性生殖器疾病患者的 护理 /201

- 一、肾损伤患者的护理 /201
- 二、尿道断裂伤患者的护理 /205
- 三、泌尿系结石患者的护理 /208
- 四、肾癌、膀胱癌手术患者的护理 /212
- 五、前列腺增生、前列腺癌手术患者的
护理 /216
- 六、肾移植患者的护理 /220
- 七、嗜铬细胞瘤手术患者的护理 /226

第十四章 整形外科疾病患者的护理 /230

- 一、皮肤软组织扩张器植入术患者的护理 /230
- 二、面部皮肤松弛手术患者的护理 /232
- 三、眼睑外翻手术患者的护理 /235
- 四、全耳郭再造与听力重建手术患者的
护理 /237
- 五、招风耳手术患者的护理 /239
- 六、瘢痕挛缩畸形手术患者的护理 /240
- 七、乳房整形手术患者的护理 /243

第十五章 骨折患者的护理 /247

- 一、肱骨干骨折患者的护理 /247
- 二、肱骨髁上骨折患者的护理 /249
- 三、股骨干骨折患者的护理 /252
- 四、股骨颈骨折患者的护理 /254
- 五、胫腓骨骨折患者的护理 /257



六、脊柱骨折患者的护理	/259
七、骨盆骨折患者的护理	/261
八、脊髓损伤患者的护理	/265
九、多发性骨折患者的护理	/268
十、截肢患者的护理	/270
第十六章 骨与关节疾病患者的护理	/273
一、膝关节损伤手术患者的护理	/273
二、急性化脓性骨髓炎手术患者的护理	/276
三、慢性化脓性骨髓炎患者的护理	/278
四、化脓性关节炎患者的护理	/280
五、颈椎病手术患者的护理	/282
六、腰椎间盘突出症手术患者的护理	/284
七、脊柱侧凸手术患者的护理	/287
第十七章 骨肿瘤和骨结核患者的护理	/290
一、骨软骨瘤手术患者的护理	/290
二、骨肉瘤手术患者的护理	/291
三、骨与关节结核手术患者的护理	/296
第十八章 手外科患者的护理	/301
一、手外伤手术患者的护理	/301
二、断肢（指）再植患者的护理	/304
三、皮瓣移植术患者的护理	/308
第十九章 外科重症监护	/311
一、全身麻醉患者的护理	/311
二、意识障碍患者的护理	/312
三、使用呼吸机患者的护理	/315



四、血流动力学监测 /323

第二篇 外科常用护理技术操作规程

第一章 造口护理 /327

一、胃、空肠造口的护理 /327

二、肠造口的护理 /328

三、膀胱穿刺造口术的护理 /332

四、乳腺手术皮瓣下引流术的护理 /334

五、胆总管T管引流的护理 /335

六、腹腔双套管灌洗引流术的护理 /337

七、膀胱冲洗的护理 /338

第二章 各种敷料包扎及更换法 /341

一、造口袋的粘贴及更换法 /341

二、胸、腹带包扎法 /343

第三章 各种置管术的护理 /345

一、胸腔闭式引流 /345

二、鼻胃管、鼻肠管置管法 /348

三、双气囊三腔管置入法 /353

四、气囊尿管置入术（双腔、三腔） /355

第四章 营养支持技术 /360

一、肠外营养液的配制 /360

二、肠内营养技术 /363

第五章 各种固定术 /366

一、石膏绷带固定术 /366

二、牵引术 /368



第三篇 外科常用仪器的使用

- 一、人工呼吸机的使用 /375
- 二、心电监护仪的使用 /377
- 三、静脉输液泵的使用 /378
- 四、临时起搏器的使用 /379
- 五、电除颤器的使用 /380
- 六、主动脉内气囊反搏机的使用 /381
- 七、有创血压、CVP 监测仪的使用 /382
- 八、全自动血气分析仪的使用 /383
- 九、鼻饲泵的使用 /385
- 十、净化工作台的使用 /387
- 十一、超声雾化器的使用 /388
- 十二、医用气垫床的使用 /390
- 十三、循环压力治疗仪的使用 /391

附录

- 附录一 常用临床检验参考值 /393
- 附录二 外科临床常用数据和公式 /404
- 附录三 外科切口分类及愈合等级的统计
记录方法 /409
- 参考文献 /411

第一篇

W 外科常见疾病的护理

AIKE CHANGJIAN JIBING DE HULI



第一章 外科休克患者的护理

休克是机体在多种病因侵袭下引起的以有效循环血容量骤减、组织灌注不足、细胞代谢紊乱和功能受损为特点的病理生理改变的综合征。休克发病急，进展快，若未能及时发现及治疗，细胞损害广泛扩散时，可导致多器官功能障碍综合征或多系统器官衰竭，发展成为不可逆性休克，引起死亡。

休克按病因可分为低血容量性休克、感染性休克、心源性休克、神经源性休克和过敏源性休克。其中低血容量性休克和感染性休克在外科休克中最为常见。

一、低血容量性休克患者的护理

低血容量性休克是由于各种原因引起的短时间内大量出血及体液丢失，使有效循环血量降低所致。其中由急性大量出血所引起的休克称为失血性休克，由严重创伤使血液和血浆同时丢失所引起的休克称为创伤性休克。临床中多见于大血管破裂，腹部损伤引起的肝脾破裂，消化性溃疡出血，门静脉高压致食管、胃底静脉曲张破裂出血，宫外孕出血，手术创面广泛渗血或手术所致的大血管或器官损伤，动脉瘤或肿瘤自发破裂等，当出血量超过全身总血量的 20%，即可发生休克。

【临床表现】

根据休克的发病过程，将休克分为休克早期和休克期。



1. 休克早期：血容量丧失未超过 20% 时，机体处于代偿阶段。表现为精神紧张，兴奋，烦躁不安；面色苍白，四肢湿冷；脉搏细速，呼吸增快；血压正常或稍高，脉压缩小；尿量减少，每小时尿量少于 30ml。

2. 休克期：表现为神志淡漠，反应迟钝；口唇和肢端发绀，皮肤出现花斑纹；四肢厥冷，出冷汗；脉搏细速，血压下降，收缩压降至 10.7kPa (80mmHg) 以下；严重时全身皮肤黏膜明显发绀，脉搏扪不清，血压测不出，无尿。

【评估要点】

1. 一般情况：了解引起休克的各种原因，有无大量失血、失液、严重烧伤、损伤等。

2. 专科情况：评估休克症状、体征和辅助检查结果、重要器官功能，了解休克的严重程度。

(1) 意识和表情：休克早期患者呈兴奋状态，烦躁不安；休克加重时表情淡漠，意识模糊，反应迟钝，甚至昏迷。若患者意识转为清楚，对刺激反应正常，表明循环血量已基本补足。

(2) 皮肤色泽及温度：评估有无皮肤、口唇黏膜苍白，四肢湿冷；休克晚期可出现发绀，皮肤呈现花斑状征象。补充血容量后，若四肢转暖，皮肤干燥，说明末梢循环恢复，休克已好转。

(3) 血压与脉压：休克时收缩压常低于 12kPa (90mmHg)，脉压差小于 2.67kPa (20mmHg)。

(4) 脉搏：休克早期脉率增快；休克加重时脉搏细弱，甚至摸不到。临床常用脉率/收缩压 (mmHg) 计算休克指数，指数为 0.5 表示无休克；指数 > 1.0 表示有休克；指数 > 2.0 为严重休克。

(5) 呼吸：注意呼吸次数及节律。休克加重时呼吸急促、变浅、不规则。呼吸增至 30 次/min 以上或减至 8 次/min 以下表示病情危重。



(6) 体温：大多偏低，但感染性休克患者可有高热，若体温突升至 40°C 以上或骤降至 36°C 以下，则病情危重。

(7) 尿量及尿比重：是反映肾血液灌流情况的重要指标之一。尿量少于 25ml/h 、尿比重增高，表明肾血管收缩或血容量不足。尿量大于 30ml/h ，表明休克有改善。

3. 心理—社会状况：评估患者及家属的情绪反应、心理承受能力及对疾病治疗及预后的了解程度。休克患者起病急，病情进展快，加之抢救中使用的监测治疗仪器较多，易使患者及家属有病情危重及面临死亡的感受，出现不同程度的紧张、焦虑或恐惧。

【护理诊断】

1. 心输出量减少：与体液不足、循环血量减少或心功能不全有关。
2. 组织灌注量不足：与大量失血、失液引起循环血量不足所致的心、肺、脑、肾及外周组织血流减少有关。
3. 气体交换受损：与呼吸异常或呼吸形态改变有关。
4. 感染：与免疫力降低有关。
5. 体温过低：与外周组织血流减少、大量输入低温库存血有关。
6. 有受伤的危险：与烦躁不安、神志不清、疲乏无力等有关。

【护理措施】

1. 应将患者置于危重病室，设专人护理。
2. 配合医生快速补充血容量：迅速建立 1~2 条静脉输液通道。根据血压和脉率变化评估失血量，快速扩充血容量。可遵医嘱先经静脉在 45min 内快速滴注等渗盐水或平衡盐溶液 1000~2000ml，观察血压回升情况。再根据血压、脉率、中心静脉压及血细胞比容等监测指标情况，决定是否补充新鲜血或



浓缩红细胞，并有专人准确记录输入液体的种类、数量、时间、速度等，详细记录 24h 出入量以作为后续治疗的依据。

3. 积极采取止血措施：在补充血容量的同时，对有活动性出血的患者，应迅速控制出血。可先采用非手术止血方法，如止血带、三腔双囊管压迫、纤维内镜止血等。若出血迅速、量大，难以用非手术方法止血，应积极做手术准备，及早实施手术止血。

4. 给予休克体位：将患者头和躯干抬高 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ，下肢抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

5. 保持呼吸道通畅：立即给予吸氧（鼻导管间歇给氧，40% ~ 50% 氧浓度，4 ~ 8L/min 流量）。严重呼吸困难者，可行气管插管或气管切开，并尽早使用呼吸机辅助呼吸。昏迷患者，头偏向一侧，或置入通气管，以免舌后坠。气道有分泌物时及时清除。

6. 密切观察病情变化：每 15 ~ 30min 测生命体征 1 次。观察意识表情、口唇色泽、皮肤肢端温度、瞳孔及尿量。若患者从烦躁转为平静，淡漠迟钝转为对答自如；唇色红，肢体转暖；尿量 $> 30\text{ml/h}$ ，提示休克好转。

7. 做好各种监测：①尿量、尿比重。尿量 $< 25\text{ml/h}$ ，尿比重高，说明血容量不足；尿量 $> 30\text{ml/h}$ 且稳定时，表示休克纠正。②CVP，正常值为 0.5 ~ 1.2kPa（4 ~ 9mmHg）；PCWP，正常值为 0.7 ~ 1.9kPa（5 ~ 14mmHg）。根据血压及血流动力学监测情况调整输液速度（表 1-1）。血压及中心静脉压低时，应较快速补液；高于正常时，应减慢速度，限制补液，以防肺水肿及心功能衰竭。CVP 和 PCWP 超过正常，说明补液过多；反之 CVP 和 PCWP 低于正常，说明血容量不足，可以继续补液。当 PCWP 增高而 CVP 正常时应限制输液，以避免肺水肿的发生。③心电监测。④血气分析。