



健康中国2030·专科护理健康教育系列丛书

普通外科护理 健康教育

主编 甄 莉 宋慧娟 叶新梅



科学出版社

健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书

普通外科护理健康教育

主 编 甄 莉 宋慧娟 叶新梅

副主编 刘国红 康慧鑫 李文姬

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

高 琴 郭成佳 康慧鑫

李文姬 李雅男 梁荻秋

刘翠薇 刘芙蓉 刘国红

毛晓莉 彭丹丹 覃 瑛

宋慧娟 颜书亚 叶新梅

甄 莉 朱木兰 朱晓慧

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

普通外科涉及甲状腺、乳腺、胃、十二指肠、结肠、直肠、小儿外科、外科感染等多方面疾病,涵盖较多方面的专业知识。为了能更好地帮助护理人员掌握有关普通外科相关知识,便于护理人员更加专业地实施护理工作,给患者及其家属提供全面的健康教育指导。本书以临床实践为依据,就普通外科常见疾病的基本概念、病因、临床表现、辅助检查、治疗原则、护理要点、饮食、康复和预防保健,以及容易混淆的概念均以问答的形式进行了简明扼要的阐述,并涉及目前最新的医学前沿知识。

本书内容丰富、新颖,涵盖面广,问题设计简洁易查找,实用性强,适合普通外科相关专业的护士及在校护理专业学生学习参考。

图书在版编目(CIP)数据

普通外科护理健康教育 / 甄莉, 宋慧娟, 叶新梅主编. —北京: 科学出版社, 2018.1

(健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书)

ISBN 978-7-03-055640-0

I. ①普… II. ①甄… ②宋… ③叶… III. ①外科学-护理学-健康教育 IV. ①R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 290708 号

责任编辑: 王镭 胡治国 / 责任校对: 郭瑞芝

责任印制: 张欣秀 / 封面设计: 陈 敬

版权所有, 违者必究。未经本社许可, 数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

北京京华虎彩印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018 年 1 月第 一 版 开本: 789×1092 1/16

2018 年 1 月第一次印刷 印张: 12 1/2

字数: 352 000

定价: 75.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

丛书编委会

主 编 周宏珍 张广清
副主编 王莉慧 覃惠英 陈佩娟
编 者 (按姓氏汉语拼音排序)
陈佩娟 邓瑛瑛 古成璠
何景萍 何利君 黄 莉
李海兰 缪景霞 覃惠英
申海燕 屠 燕 王莉慧
王 颖 谢婉花 姚 琳
张广清 张 军 张晓梅
赵志荣 甄 莉 周宏珍
周 霞

丛书前言

随着社会的进步，生活水平和文化生活的不断提高，人们对疾病护理和健康知识的需求越来越高，给护理工作提出了新的要求。同时，随着医学模式由生物学向生物-心理-社会医学的转变，护理模式也由单纯的疾病护理向以患者为中心的整体护理转变。健康教育则是整体护理中的一个重要环节，护士在健康服务体系中不仅仅是一个照护者、治疗者，而且是健康的维护者、教育者。它要求护士不仅为患者提供适当的治疗和护理，还要针对不同的患者、不同的人群开展相关疾病的健康教育，以提高患者的自控行为能力，减轻或消除患者的心理负担，促进疾病的治疗和康复。不仅有利于提高患者对医护人员的信任感，同时有利于增强患者的自我保健意识，防止疾病的复发，而且对患者住院期间的不同阶段也会产生不同的促进作用。

目前我国护理队伍普遍存在学历偏低、年轻化、经验不足、资源分配不均等特点，如何帮助这支年轻的护理队伍在短时间内掌握疾病的基础知识及新技术的护理要点，使临床护理人员更加专业、全面地给患者或家属提供专业个性的指导成为当务之急。正是在这样的背景下，科学出版社及时组织临床护理专家出版了“健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书”，该系列丛书的出版对于推进我国当前护理工作的开展具有现实意义。第一辑共有 20 个分册，各分册间相互独立又彼此关联，涵盖了内科、外科、妇科、产科、儿科等多个学科。归纳起来，本系列丛书具有以下特色。

1. 内容丰富、涵盖面广。

2. 注重讲解各专科疾病的基本概念、发病病因、临床表现、相关检查、治疗原则、护理要点、预防保健等，对于各专科患者关心的运动、心理、社会、日常保健、调养、康复等相关的健康教育，以及大众所关心的热点问题、难点问题、常见的认识误区、容易混淆的概念做了明确的解答。

3. 全书采用问答形式，便于查阅。

4. 编写队伍由活跃在临床一线的经验丰富的护理业务骨干组成，具有较高水准，对于实际工作的指导性很强。

我们真诚地希望护理同仁们通过阅读本丛书，能提高自己的专业知识和自身素质，在实践中为患者提供优质、安全、贴心的护理。

本系列丛书的编写，我们力求准确全面，但由于水平有限，不足之处在所难免，我们真诚地希望广大读者和护理同仁批评指正，以便我们今后不断修正。

周宏珍
2017年6月

前 言

随着科学技术的进步, 医疗技术的迅猛发展, 外科医疗技术也得到了快速发展, 相应的外科护理模式也发生了改变。从护理人员以疾病为中心的护理阶段, 到以患者为中心的护理阶段, 再发展到以人的健康为中心的护理阶段, 从关注疾病发展到对患者心理、生理, 生命周期所有阶段的全面关注, 对护理工作提出了越来越高的要求。护理工作质量的高低, 直接影响着患者的康复, 护理技术的疏漏甚至会威胁到患者的生命, 如何帮助护理工作者强化护理专业知识的学习和提高是非常重要的。鉴于此, 本书由长期工作在普通外科护理一线的护理专家, 结合多年的临床工作经验和教学实践经验编撰而成, 旨在辅导临床一线护理人员 and 在校专业学生尽快掌握本专业领域的护理要点, 以帮助临床护士为患者实施更加专业的护理, 给患者及其家属提供全面的健康教育指导。

本书共 13 章, 涵盖普通外科各种诊疗和护理知识, 涉及甲状腺、乳腺、胃、十二指肠、结肠、直肠、小儿外科、外科感染等多方面疾病, 其中包括基本概念、病因、临床表现、辅助检查、治疗原则、护理要点、饮食、康复、预防保健等方面的知识及目前最新的医学前沿知识, 特别重视临床护理工作中遇到的实际问题、常见的认识误区、容易忽视和混淆的概念等, 并对重点和难点进行详细讲解, 内容丰富, 涵盖面广。本书以问答的形式为读者提供普通外科护理知识, 力求将理论与临床实践相结合, 条理清晰, 问题设计简洁易查找, 实用性强, 更能方便广大读者有针对性、快速地查阅自己所需要的知识内容。适合普通外科相关专业的护士及在校护理专业学生学习参考。

在此向全体编委及参编人员的单位领导对此工作的大力支持表示衷心感谢! 同时也对科学出版社对本书的出版给予的大力支持及付出的辛勤劳动表示衷心感谢! 鉴于外科学的快速发展和编者的能力和水平有限, 本书难免存在欠缺之处, 恳请广大读者对本书的内容提出批评、建议, 以帮助本书不断完善。

甄 莉 宋慧娟 叶新梅

2017年6月

目 录

第一章 围手术期患者的护理	1
第一节 概述	1
第二节 手术前患者的护理	1
第三节 手术后患者的护理	8
第四节 快速康复理念在胃肠外科中的应用	19
第五节 腹腔镜手术在普通外科疾病中的应用	20
第二章 水、电解质、酸碱平衡失调护理	25
第一节 概述	25
第二节 水、钠代谢异常	26
第三节 其他电解质失衡	30
第四节 酸碱平衡失调	35
第三章 外科营养支持护理	39
第一节 概述	39
第二节 肠内营养	41
第三节 肠外营养	45
第四章 外科感染护理	49
第一节 概述	49
第二节 特异性感染	49
第三节 非特异性感染	53
第五章 外科休克护理	58
第一节 概述	58
第二节 低血容量性休克	64
第三节 感染性休克	65
第四节 创伤性休克	66
第六章 颈部疾病护理	68
第一节 概述	68
第二节 甲状腺肿瘤	70
第三节 甲状腺功能亢进	73
第七章 乳腺疾病护理	82
第一节 概述	82
第二节 急性乳腺炎	86
第三节 乳腺肿瘤	88
第八章 腹外疝护理	102
第一节 概述	102
第二节 腹股沟疝	104
第三节 切口疝	110

第四节 股疝	113
第五节 脐疝	115
第九章 外科常见急腹症护理	118
第一节 概述	118
第二节 急性化脓性腹膜炎	123
第三节 肠梗阻	125
第四节 急性阑尾炎	130
第十章 腹部损伤护理	136
第一节 概述	136
第二节 实质性脏器损伤	139
第三节 空腔脏器损伤	144
第十一章 胃十二指肠疾病护理	149
第一节 概述	149
第二节 胃十二指肠溃疡穿孔	150
第三节 胃十二指肠幽门梗阻	155
第四节 胃癌	156
第十二章 肠痿的护理	163
第一节 肠痿的概述	163
第二节 肠外痿的治疗	165
第三节 肠外痿的护理	166
第十三章 结、直肠和肛管疾病护理	171
第一节 概述	171
第二节 直肠肛管良性疾病	172
第三节 结肠癌	178
第四节 直肠癌	181

第一章 围手术期患者的护理

第一节 概 述

一、围手术期指哪段时期？围手术期护理的目的是什么？

围手术期是指从确定手术治疗时起，到与这次手术有关的治疗基本结束为止的一段时间。围手术期护理的目的是增强患者对手术的耐受力，防止术后并发症的发生，尽快地恢复生理功能，促进早日康复。

二、围手术期包括哪三个阶段？

1. 手术前期 从患者决定接受手术到医护人员将患者送至手术台。
2. 手术期 从患者被送上手术台到患者手术后被送入恢复室或外科病房。
3. 手术后期 从患者被送到恢复室或外科病房至患者出院或继续追踪。

三、根据手术的目的，手术类型可以分为哪几类？

1. 诊断性手术 目的是明确诊断。如活体组织检查、开腹探查术等。
2. 根治性手术 目的是彻底治愈。
3. 姑息性手术 目的是减轻症状，用于因条件限制而不能行根治性手术时，如晚期胃窦癌行胃空肠吻合术，以解除幽门梗阻症状，但不切除肿瘤。

四、根据疾病的种类、时限性及性质，手术类型可以分为哪几类？

1. 急症手术 患者病情危急，需在最短时间内进行必要准备后迅速实施手术，以抢救患者生命，如外伤性肝脏破裂、脾破裂和肠破裂等。
2. 限期手术 手术时间选择有一定时限，应在尽可能短的时间内做好术前准备，如各种恶性肿瘤的切除术。
3. 择期手术 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。

第二节 手术前患者的护理

一、护理评估手术前患者基本情况有哪些？

护理评估术前患者基本情况有①健康状况，如营养状况、生命体征、既往史、现病史、用药史、药物过敏史、评估重要脏器的功能；②患者的心理状况；③评估患者的支持系统。

二、评估患者对手术的耐受力，可归纳为哪两类？

1. 耐受力良好 指外科疾病对患者全身的影响较少，或有一定影响，但易纠正；患者的全身情况较好，重要器官无器质性病变，或其功能处于代偿状态，术前只需进行一般性准备。
2. 耐受力不良 指外科疾病已经对患者全身造成明显影响；患者全身情况欠佳，或重要器官有器质性病变，功能濒于或已有失代偿的表现。这类患者术前需做积极和细致的特殊准备，待全身情况改善后，方可施行手术。

三、患者的年龄对手术的影响有哪些？

1. 新生儿和婴幼儿对手术的耐受力较差、危险性较大，手术时容易并发误吸、呼吸不畅、药物及液体过量等。
2. 老年人器官功能衰退、代谢调节和组织愈合能力差，常伴有循环系统疾病等，易发生代谢

紊乱、休克和切口愈合不良。

3. 男性老年患者常因前列腺肥大而易致术后尿潴留和（或）尿路感染等。

四、患者使用药物情况对手术的影响有哪些？

1. 抗凝药 如氯吡格雷（波立维）、阿司匹林、华法林，容易导致手术大出血。

2. 长期使用口服降糖药、中长效胰岛素 因紧张和手术创伤的刺激，身体处于应激状态，易产生胰岛素抵抗，此时常难以有效地控制血糖，因此，术前1~3天应改用短效胰岛素治疗。

3. 利血平 服用利血平的患者如果手术中出现大出血或低血压时，血压将很难用药提升，导致严重的后果，术前应停用利血平1周。

4. 排钾性利尿药 该类药物常用的有氢氯噻嗪、呋塞米等，患者易引起低钾血症，麻醉过程中可诱发心律失常甚至心搏骤停，一般主张术前停用2~3天该类药物或调整并注意补钾。

5. 甾类化合物（类固醇） 可影响围手术期应激反应或者引起消化道出血等。

五、手术前对患者循环系统的评估内容有哪些？

患者循环系统的评估有①脉搏速率、节律和强度；②血压；③皮肤色泽、温度及有无水肿；④体表血管有无异常，如有无颈静脉怒张和四肢浅静脉曲张。

六、手术前对患者呼吸系统的评估内容有哪些？

患者呼吸系统的评估内容有①胸廓的形状；②呼吸频率、深度和形态（胸式呼吸或腹式呼吸）；③呼吸运动是否对称；④有无呼吸困难、咳嗽、咳痰、胸痛、哮喘或发绀等；⑤有无上呼吸道感染。

七、手术前对患者泌尿系统的评估内容有哪些？

患者泌尿系统的评估有①排尿情况，有无排尿困难、遗尿、尿频或尿失禁等；②尿液情况，尿液浊度、颜色、尿量及尿比重等。

八、手术前对患者神经系统的评估内容有哪些？

患者神经系统的评估包括是否有头晕、头痛、眩晕、耳鸣、瞳孔不对称或步态不稳等。

九、手术前对患者血液系统的评估内容有哪些？

患者血液系统的评估包括是否经常有牙龈出血、皮下紫癜或外伤后出血不止；检查凝血功能，包括出凝血时间、血小板计数、凝血酶原时间等，若凝血功能异常可导致患者术中或术后出血。

十、外科患者心理状态改变的具体表现有哪些？

评估外科患者的常见心理反应，识别并判断其所处的心理状态，有利于及时提供有效的心理护理。心理状态改变的具体表现主要有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、食欲下降、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。

十一、影响患者心理状态改变的因素有哪些？

通常影响患者心理状态改变的因素有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及对相关知识的未知和不确定；④担心住院对家庭照顾、子女或老人等带来不便；⑤对住院费用的担忧。

十二、手术前常见的护理问题有哪些？

1. 焦虑和恐惧 与患者罹患疾病、接受麻醉和手术、担心预后及住院费用高等有关。

2. 知识缺乏 患者缺乏与手术、麻醉相关的知识及术前准备知识。

3. 营养失调 低于患者机体需要量，与患病后摄入不足、丢失过多或机体分解代谢增强等有关。

4. 体液不足 与疾病所致患者体液丢失、液体量摄入不足或体液在体内分布转移等有关。

5. **疼痛** 与疾病和（或）手术创伤有关。
6. **睡眠形态紊乱** 与疾病导致的不适、环境改变和担忧等有关。
7. **有感染的危险** 与机体抵抗力低下、营养不良、糖尿病或肥胖等有关。

十三、手术前的护理目标有哪些？

1. 患者情绪稳定，能够配合各项检查和治疗。
2. 患者营养素摄入充分、营养状态改善。
3. 患者安静入睡，休息充分。
4. 患者对疾病有充分认识，能说出治疗及护理的相关知识及配合要点。
5. 患者体液得以维持平衡，无水、电解质及酸碱平衡紊乱，各主要脏器灌注良好。

十四、护理人员应怎样对手术前的患者进行心理支持和疏导？

鼓励患者表达感受，倾听其诉说，帮助其宣泄恐惧、焦虑等不良情绪；耐心向患者解释手术的必要性，介绍医院技术水平，增强患者治疗信心；动员患者的社会支持系统，使其感受到被关心和重视。

十五、如何保证手术前患者的休息？

消除引起患者睡眠不良的诱因，创造安静舒适的环境，告知放松技巧，促进患者睡眠。病情允许者，适当增加白天活动，必要时遵医嘱予以镇静催眠药。

十六、手术前呼吸道准备要注意些什么？

1. 吸烟患者要求术前2周禁止吸烟，以免引起术后肺部感染。
2. 指导患者学会深呼吸。
3. 指导患者掌握有效咳嗽和咳痰方法。
4. 有肺部感染的患者，术前3~5天使用抗生素，并做体位引流；痰液黏稠者应当应用抗生素及糜蛋白酶雾化吸入；支气管哮喘患者还可用地塞米松雾化吸入。
5. 胸部手术的患者，要求掌握腹式呼吸方法；腹部手术的患者，要求掌握胸式呼吸方法。

十七、如何指导患者手术前呼吸锻炼？

1. **指导患者进行呼吸功能锻炼** 深而慢的呼吸方式，以鼻吸气，缩唇呼气，吸气与呼气时间比为1:2或1:3，要尽量做到深吸气，慢呼气，缩唇程度以不感费力为适度，每分钟7~8次，每天早中晚锻炼3次，每次15~20分钟，并进行适当的体育锻炼，以增加肺活量。
2. **练习有效咳嗽和排痰方法** 向患者解释通过有效咳嗽，可预防肺不张和肺部感染。患者取舒适体位，身体前倾，头颈屈曲，先行5~6次深呼吸，然后于深吸气末保持张口状，连续咳嗽数次，将痰咳到咽部附近，再用力咳嗽将痰排出。

十八、如何进行手术前的适应性训练？

1. 指导患者床上使用便盆的方法，以适应术后床上排尿和排便。
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. 部分患者还应指导其练习术中体位，如甲状腺患者可训练头低肩高位。
4. 教会患者正确深呼吸、咳嗽、咳痰方法并进行练习，可使用呼吸训练器或者吹气球的方法训练。

十九、如何纠正手术前患者体液和电解质紊乱？

1. **评估患者血容量和电解质状况** 与医师配合纠正体液和电解质失衡。
2. **观察患者皮肤和黏膜症状** 皮肤弹性差、苍白、湿冷，以及口腔黏膜干燥、舌苔增厚为体液不足的表现。皮肤发亮、张力大为水肿的表现。
3. **观察循环系统表现** 定时监测血压、脉搏和中心静脉压等的变化。

4. 观察呼吸系统表现 呼吸的频率,呼吸音的强弱,有无咳粉红色泡沫痰等。

二十、手术前如何保证患者合理营养?

患者营养不良必然影响组织的愈合和机体的免疫功能,降低手术的耐受力,增加术后并发症的发生。合理营养的实施包括①应根据患者的饮食习惯,结合病情特点,给予合适的饮食,提供足够的热量、蛋白质及其他营养要素。②经口纠正营养不良是首选的途径,但对于病情危重、营养不良、不能经口进食者,还需进行鼻饲管喂养或提供全胃肠外营养支持。③人体一般每日基础需要量为10.4MJ(2400kcal),其中蛋白质75g、脂肪160g、葡萄糖180g,尤以蛋白质对手术影响最大,如能使患者口服两倍以上基础需要量的食物,则可基本阻止蛋白质的异常丢失。

二十一、手术前患者的饮食管理是什么?

手术前患者的饮食管理重在改善营养状况,以提高手术耐受能力,减轻术中和术后并发症,可增加下列营养物质的摄入。

1. 糖类 能增加肝糖原的数量,既可防止麻醉意外,也可减轻手术刺激防止休克,还可避免患者因低血糖发生昏迷,因此,手术前建议进食一些含糖丰富的食物,如藕粉、面食、含蔗糖及麦芽糖的食物等。这些食物都易消化,不会影响术后胃肠功能的恢复。

2. 蛋白质 创口愈合需要消耗蛋白质,术前增加蛋白质摄入,可以促使伤口早日愈合。麻醉药物都有不同程度的毒性,术前多吃含蛋白质丰富的食物,尤其是含必需氨基酸较多的食物,可以提高体内血浆蛋白的浓度,减轻麻醉药物的中毒。

3. 维生素 维生素B参加糖代谢,对合成糖原有益;维生素C可促进胶原蛋白的生成,有助于伤口愈合;维生素K能提高凝血酶含量,帮助血液凝固,减少手术失血。

4. 水分 手术前供给充足的水分,可预防手术过程中发生脱水、休克等并发症。

二十二、手术前饮食准备要注意些什么?

1. 胃肠道手术患者术前1~3天开始进食流质饮食,其他手术患者,饮食不必限制,但均应要求在术前禁食和禁饮,以防止在麻醉或手术过程中因呕吐而误吸导致窒息或吸入性肺炎。

2. 成人一般应在麻醉前至少8小时、最好12小时开始禁食,4小时禁饮,以保证胃彻底排空。

3. 小儿术前也应至少禁饮、禁食8小时,但1~2岁幼儿可于6小时前禁食、4小时前禁饮,1岁以下幼儿可于5小时前禁食、4小时前禁饮。

4. 急诊患者如手术时间不过分紧迫,应尽量推迟5小时后进行,麻醉前亦应做较充分的准备。

二十三、胃肠道手术患者胃肠道准备有哪些?

择期手术患者术前12小时禁食、4小时禁饮。胃肠道手术患者术前1~2天进食少渣饮食,手术当天清晨遵医嘱留置胃管。幽门梗阻患者术前3天以温生理盐水或温高渗盐水洗胃,排空胃内滞留物,减轻胃黏膜充血、水肿。部分患者需术前3天口服缓泻药,术前晚口服和爽或辉灵等,必要时遵医嘱行灌肠。

二十四、手术区域皮肤准备的目的是及注意事项是什么?

手术区域皮肤准备的目的是防止术后切口感染。应注意以下方面:①手术患者术前需行沐浴,部分手术患者还需于术前1~2天用消毒液清洁手术区域。②备皮时间要求越接近手术时间越好,一般为手术前2小时最佳。范围不可少于手术切口周围15~20cm。剃除毛发时需顺着毛发生长方向剃除,避免损伤毛囊继发感染。毛发较短,不影响手术操作的毛发可不必剃除。各备皮区域的皮肤若有炎症应经治愈后考虑手术。③操作过程要注意保暖。备皮完成后嘱患者沐浴,修剪指甲,更衣。④腹部及腹腔镜手术的患者应注意脐部清洁。若皮肤上有油脂或胶布粘贴的残迹,用松节油或

75%乙醇擦净。

二十五、颈部手术皮肤准备范围是什么？

颈部手术皮肤准备范围为：自下唇至乳头连线，两侧到斜方肌前缘。

二十六、乳房手术皮肤准备范围是什么？

乳房手术皮肤准备范围为自下颌至脐平，前至健侧锁骨中线，后过腋后线，包括患侧上臂及腋毛。

二十七、胸部手术皮肤准备范围是什么？

胸部手术皮肤准备范围为自锁骨至脐平，前过对侧锁骨中线，后过背正中线，包括患侧上臂上1/3及腋毛。

二十八、腹部手术皮肤准备范围是什么？

腹部手术皮肤准备范围为自乳头连线至耻骨联合，两侧到腋后线，剃净阴毛，清洁脐孔。

二十九、腹股沟和阴囊部手术皮肤准备范围是什么？

腹股沟和阴囊部手术皮肤准备范围为自脐平至大腿上1/3前内侧，两侧到髂嵴，剃净阴毛。

三十、会阴部及肛门部手术皮肤准备范围是什么？

会阴部及肛门部手术皮肤准备范围为自髂前上棘至大腿上1/3，包括会阴及臀部。经肛门或是切除肛门的 Miles 手术应剃除肛周毛发。

三十一、手术前应用抗生素以预防手术后感染适用于哪些情况？

严重创伤，清创不彻底者；肠道手术患者的准备；急症患者的身体其他部位有化脓性感染；涉及感染病灶或切口接近感染区域的手术；营养不良、全身情况差或接受激素、抗代谢药物治疗等的患者；进行人工移植留置的手术。

三十二、外科输血的适应证有哪些？

1. 患者失血量超过 30%时，可输全血与浓缩红细胞各一半，再配合输入晶体和胶体液及血浆以补充血容量；失血量超过 50%且输入库存血时，还应及时补充某些特殊成分如白蛋白、血小板及凝血因子等。

2. 贫血或低蛋白血症患者，血红蛋白 $<70\text{g/L}$ ，应考虑输血；血红蛋白在 $70\sim 100\text{g/L}$ ，根据患者的贫血程度、心肺代偿功能、有无代偿率增高及年龄等因素决定是否输血。

3. 重症感染患者，可考虑输入浓缩粒细胞，帮助控制感染。

4. 凝血机制障碍的患者，临床上可根据凝血异常的原因补充相关的血液成分。

三十三、患者手术日晨护理措施有哪些？

1. 测量体温、脉搏、呼吸、血压，如有体温升高、女患者月经来潮等情况，均应报告医师，以决定是否延期手术。

2. 嘱患者排空膀胱，下腹部手术、盆腔内手术及手术在 4 小时以上者均应放置导尿管，妥善固定。

3. 胃肠道手术及上腹部大手术，应遵医嘱灌肠，并放置胃管。

4. 检查手术野皮肤准备，是否符合要求，如需植皮、整形、关节手术者，手术区域皮肤应用 75%乙醇消毒后，用无菌巾包扎。

5. 取下义齿、发夹、眼镜、手表和首饰等，给予妥善保存。

6. 遵医嘱，手术前半小时给予术前用药。

7. 将手术需要的病历、X 线、CT、MRI 等摄片，以及术中特殊用药等，随患者一起带入手术室。

8. 准备术后的床单位, 按麻醉、手术的需要配备如监护仪、抢救车、急救包、负压吸引等用物。有条件的医院, 术后 3 天内安置患者于监护室, 以便病情观察及应急处理。

三十四、急症患者的术前常规准备及要求是什么?

患者按常规做皮肤准备、配血、药物过敏试验及麻醉前准备。患者同时应做到“四禁”: 立即禁食、禁饮, 急腹症者禁服泻药及灌肠, 未明确诊断前禁用镇痛药。

三十五、急症患者的术前急救护理有哪些?

1. 休克患者, 应立即建立静脉通道, 以便迅速补充血容量和监测患者生命体征。
2. 开放性伤口患者, 应及时清创, 以防止感染。
3. 护理人员在抢救患者中应做到反应敏捷、动作熟练, 密切观察病情变化, 有严格的无菌观念并具备一定的急救知识和技能。

三十六、高血压患者的术前准备有哪些?

1. 术前未用药物治疗的轻度、中度高血压患者, 在大多数择期手术中, 只要手术时和手术后密切观察血压, 术后再开始抗高血压的治疗, 一般不会增加手术的危险性。
2. 对正在服药治疗的轻度、中度高血压患者, 一般应继续用药至手术当天早晨。
3. 对重症、急进型或恶性高血压患者, 若为非紧急手术, 应先按阶梯治疗方案控制血压; 若需急症手术, 则选用硝普钠、二氮嗪、硝苯地平等药物迅速控制血压。

三十七、心脏病患者手术前准备应该注意什么?

1. 长期使用低盐饮食和利尿药物, 已有水和电解质失调的患者, 术前应予纠正。
2. 伴有贫血的患者携氧能力差, 对心肌供氧有影响, 术前应少量多次输血矫正贫血。
3. 伴有心律失常者, 如为偶发的室性期外收缩, 一般不需要特殊处理; 如有心房颤动伴有心室率增快者, 或确定为冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)并出现心动过缓者, 都应经过有效的内科治疗, 尽可能使心率控制在正常范围内。
4. 除急症手术外, 一般需延期手术, 术前准备越充分, 手术越安全; 急性心肌梗死患者发病后 6 个月内, 不宜施行择期手术; 6 个月以上且无心绞痛发作者, 才能在良好的监护条件下施行手术; 心力衰竭患者, 建议在心力衰竭控制 3~4 周后, 再施行手术。

三十八、糖尿病患者手术前准备应该注意什么?

1. 患者至少应在术前 3 天入院, 测血糖、尿糖、尿酮体、电解质、肾功能、二氧化碳结合力及血脂、心电图等, 以对血糖控制情况、心功能、肾功能(尤其是肾糖阈)有比较清晰地了解, 对合理应用胰岛素有指导意义。
2. 轻型糖尿病患者, 血糖控制良好, 做消化道以外不影响进食的小型手术, 可继续原来的口服药物治疗。
3. 大型手术, 术后需禁食, 胃肠减压者或甲状腺切除、骨折等手术而原来口服降糖药治疗者, 需在术前改为短效胰岛素治疗; 已用长效或中效胰岛素治疗的患者, 亦应改为短效胰岛素治疗, 以便于调整。
4. 手术中及手术后应严密观察血糖、尿糖、尿酮体、电解质及肾功能的变化, 需静脉输注葡萄糖时应加用胰岛素, 可按 3~6g 葡萄糖给 1U 胰岛素计算。

三十九、肾脏疾病患者手术前准备应该注意什么?

手术前准备的要点应该是最大限度地改善肾功能, 应注意①肾功能损害程度越重, 手术耐受力越差; ②对于轻度、中度肾功能损害患者, 经过适当的内科疗法处理, 都能较好地耐受手术; ③重度肾功能损害者, 需要在有效的透析疗法处理后, 才能实施手术。

四十、肝脏疾病患者手术前准备应该注意什么？

1. 手术前（尤其是大中型手术）患者应做各项肝功能检查，以评价存在的肝功能损害程度。
2. 给予患者高糖、高蛋白饮食，改善营养状况；少量多次静脉输注新鲜血液，或人清蛋白制剂，可以纠正贫血、低蛋白血症，增加凝血因素，改善全身状况。
3. 同时患者应补充多种维生素。
4. 如有胸腔、腹腔积液时，应在限制钠盐的基础上，应用利尿药或抗醛固酮类药物等。

四十一、老年患者的特点是什么？

老年患者手术后常见的主要死亡原因是肺炎、心肌梗死和心力衰竭。肺不张、尿潴留和腹胀是常见的并发症。主要原因是身体各器官功能发生衰退，机体的代偿能力有限，常伴有某些慢性疾患，最常见的是循环系统疾病，如心肌损害、心力衰竭等。呼吸系统由于肺泡壁变薄，弹性下降，最大通气量下降，肺活量降低，血氧分压降低，有时伴慢性支气管炎，咳嗽反射减弱，术后较易发生肺部并发症。另外，消化系统功能不良，血清总蛋白和白蛋白水平低下，造成营养不良，发生切口感染、裂开等并发症。活动能力下降，易发生如下肢深静脉血栓（deep vein thrombosis, DVT）、压疮等并发症。老年人对疾病的反应也与青壮年不同，可出现临床轻微而病理改变严重的现象，易发生误诊，影响预后。

四十二、老年患者术前护理要点有哪些？

1. 术前除常规检查外还需检查心电图、胸部 X 线片、肺功能，必要时做血气分析，以纠正心肺功能不全。
2. 禁止吸烟时间必须大于 2 周，注意保暖，控制呼吸道感染，保持呼吸道通畅，教会患者深呼吸，有效咳嗽、咳痰。
3. 改善饮食，注意合理营养，必要时输血浆。
4. 除测定尿糖外，还需测定血糖，以明确糖尿病诊断，并做好相应处理。
5. 围手术期避免使用可能发生不良反应的镇静、镇痛等药物。
6. 对于体液失衡要及时纠正，不仅要补足液体，还需防止入液量过多加重心肺负担。
7. 术后仍需注意病情监测，特别是心肺功能，由于 48 小时内仍有缺氧可能，应给患者持续吸氧，特别注意积极预防肺部并发症。
8. 对胃潴留、肠麻痹所致的腹胀要积极处理，避免膈肌抬高影响呼吸功能；由于患者反应较差，胃肠内容物反流后易发生吸入性肺炎、肺水肿等并发症。
9. 前列腺增生肥大患者需及时导尿预防尿潴留。
10. 无禁忌证的患者应鼓励早期活动，减少并发症，以利于生理功能恢复。

四十三、婴幼儿患者的特点是什么？

1. 婴幼儿体液总量少，易因呕吐、发热、进食减少或失血导致不同程度的脱水和休克。
2. 糖代谢较成人差，糖原储备量少，易导致组织缺氧。
3. 新生儿的体温中枢发育不全，调节功能不完善，易致高热。
4. 婴幼儿由于生理功能不全，容易因为绷带包扎过紧、腹胀及呕吐物误吸影响呼吸功能，甚至导致肺部并发症。

四十四、婴幼儿术前护理要点有哪些？

婴幼儿术前护理要点为①纠正体液失衡；②补充足够的热量以满足生理需要；③术前 4~6 小时禁食即可；④积极治疗高热，以预防脑损害；⑤控制环境温度在一定范围，以免高热造成脑损害或温度低出现新生儿硬肿症；⑥平卧时头偏向一侧以预防呕吐物误吸；⑦考虑到患儿的不合作，要注意导管的管理。

第三节 手术后患者的护理

一、什么是麻醉？临床麻醉可以分为哪几类？

麻醉是利用麻醉药物使神经系统的某些部位受到抑制而产生的结果。根据作用的部位及药物的不同，临床麻醉可分为①全身麻醉，包括吸入全身麻醉、静脉全身麻醉；②局部麻醉，包括表面麻醉、局部浸润麻醉、区域阻滞和神经阻滞；③椎管内麻醉，包括蛛网膜下隙阻滞、硬膜外阻滞、骶管阻滞；④复合麻醉；⑤基础麻醉。

二、蛛网膜下隙阻滞后感头痛的原因是什么？如何处理？

头痛是蛛网膜下隙阻滞后感常见并发症，多于术后 1~2 天开始，第 3 天最剧烈，随后逐渐缓解，重者可持续 1 周或数周。其产生的原因多由反复多次穿刺或穿刺针过粗引起，故应选用细穿刺针，技术熟练，一次成功。术后常规去枕平卧 6~8 小时，必要时在硬膜外腔注入中分子右旋糖酐 15~30ml，以减少脑脊液外溢。

三、麻醉前用药的目的是什么？

1. 镇静和催眠 消除患者紧张、焦虑及恐惧的心理，使其在麻醉前夜有较好的睡眠和休息，保持情绪稳定配合手术顺利进行。
2. 镇痛 减轻原发病或麻醉操作引起的疼痛和不适，使患者在麻醉操作过程中能充分合作；同时提高痛阈，减少麻醉药物的用量。
3. 抑制腺体分泌 可减少唾液和呼吸道分泌物，保持术中呼吸道通畅。
4. 抑制不良反射 消除因麻醉药物、麻醉操作或手术引起的不良神经反射，以维持血流动力学的稳定。

四、麻醉前常用的药物有哪些？

1. 镇静药 有镇静、催眠、抗焦虑和抗惊厥作用，对局部麻醉药（简称局麻药）的毒性反应也有一定防治效果。常用药物有：地西洋、咪达唑仑、异丙嗪。
2. 催眠药 主要用巴比妥类药物：有镇静、催眠、抗惊厥作用，一般认为能预防局麻药的毒性反应。常用药物有苯巴比妥（鲁米那）、司可巴比妥（速可眠）。
3. 镇痛药 常用药物有哌替啶、吗啡。与全麻药起协同作用，增强麻醉效果，减少麻醉药用量，椎管内麻醉时用药，能减轻内脏牵拉反射。
4. 抗胆碱药 抑制腺体分泌，减少呼吸道黏液和口腔唾液分泌，松弛平滑肌，解除迷走神经兴奋对心脏的抑制等作用，常用药物有阿托品、东莨菪碱。

五、局麻药的毒性反应发生的原因是什么？

在单位时间内进入患者血液循环的局麻药量超过了机体的耐受剂量即可发生毒性反应。常见原因有①药物浓度过高；②一次用量超过患者耐受量；③患者耐受量降低；④误注入血管；⑤局部组织血液循环丰富。

六、如何预防局麻药的毒性反应？

针对发生原因采取措施预防，如已发生毒性反应，马上停止用药，吸氧，对轻度中毒可给予地西洋 5~10mg，肌内注射或静脉注射，如发生惊厥、抽搐可静脉注射硫喷妥钠 1~2mg/kg，低血压者可用间羟胺或麻黄碱，心率缓慢者用阿托品，心跳呼吸停止即行心肺复苏。

七、蛛网膜下隙阻滞的适应证与禁忌证有哪些？

蛛网膜下隙阻滞是将局麻药注入蛛网膜下隙，直接作用于裸露的脊神经根，且被脑脊液稀释。适应证：适用于手术时间在 2~3 小时以内的脐以下部位手术。禁忌证：脊柱畸形外伤、穿刺部位皮肤感染、中枢神经系统疾病、全身情况极差、婴幼儿及不合作的患者。

八、蛛网膜下腔阻滞的护理要点有哪些?

1. 协助麻醉科医师摆好患者体位,使棘突间隙张开以利于穿刺。
2. 穿刺注药后扶助患者仰卧,协助麻醉科医师测定阻滞平面,调节体位。
3. 术中并发症的观察与护理

(1) 血压下降:为麻醉阻滞交感神经,阻滞区域血管扩张引起。阻滞平面越高,血压越容易下降,应协助麻醉科医师加速静脉补液扩充血容量。

(2) 恶心、呕吐:为胃肠道蠕动增强引起,应及时清理呕吐物。

(3) 呼吸抑制:因阻滞平面过高所引起,患者常出现胸闷气短、咳嗽、说话无力等表现,应给氧并密切观察患者。

九、硬膜外阻滞的护理要点有哪些?

将麻醉药注入硬膜外腔,作用于脊神经根经过硬膜外腔部分,产生暂时性传导阻滞的麻醉方法。有单次法和连续法两种,临床上多用连续法,适用于膈以下部位尤其是上腹部的手术,且不受时间的限制。

护理要点为①密切观察有无全脊髓麻醉:这是将硬膜外麻醉的药物误注入蛛网膜下隙引起,患者在注射药物后数分钟内呼吸困难直至呼吸停止,这种情况一旦出现,立即进行心肺复苏。②其他术中并发症:如血压下降、呼吸抑制等。③警惕硬膜外水肿的发生:硬膜外腔内静脉丛遍布,如患者有凝血功能异常时因穿刺损伤而形成水肿,可压迫脊髓。如发现患者下肢感觉、运动障碍,务必及早报告,力争在8小时内手术清除水肿,可望恢复,如超过24小时一般很难恢复。

十、全身麻醉术后并发症有哪些?

全身麻醉术后的并发症有①呕吐与窒息:易发生于昏迷患者及饱食后的急症患者等;②呼吸道梗阻;③肺炎和肺不张;④低血压;⑤心搏骤停与心室纤颤;⑥高热、抽搐、惊厥。

十一、全身麻醉术后发生呕吐与误吸应如何护理?

1. 如发现患者有恶心、呕吐等先兆时,立即将患者头偏向一侧,将口腔、鼻腔内的食物残渣清除。

2. 如果呕吐物进入呼吸道应吸除,必要时可用5~10ml生理盐水反复冲洗支气管。

十二、全身麻醉术后发生呼吸道梗阻应如何护理?

1. 舌后坠和咽喉部分泌物积聚是上呼吸道梗阻最常见的原因,表现为吸气困难,有鼾声或水泡声。可托起下颌,放入口咽导管并及时吸除分泌物后即可缓解。

2. 其他因素诱发喉痉挛时,表现为呼吸困难,吸气呈鸡鸣声,并有发绀,可去除病因,给氧后不见好转可作环甲膜穿刺。

3. 下呼吸道梗阻的常见原因是气管、支气管分泌物聚积或者呕吐物误吸。处理是吸除分泌物,给予解痉药,必要时行气管插管。

十三、全身麻醉术后发生肺炎和肺不张应如何护理?

麻醉药物刺激呼吸道,使分泌物增加;术前有呼吸道感染、吸烟、老年患者是全身麻醉术后肺炎发生的原因,而麻醉中的痰液是肺不张的主要原因。主要护理措施包括①保持呼吸道通畅至关重要;②胸部叩击可以使黏稠的分泌物松动并随着气流向总支气管移动;③指导有效的咳嗽及深呼吸训练;④当患者无力或者病情严重时可给予吸痰。

十四、全身麻醉术后发生低血压应如何护理?

麻醉过深、血容量不足、大量失血、刺激迷走神经等是发生全身麻醉术后低血压的主要原因,应及时调整麻醉深度,并补充血容量、止血、抗休克治疗。