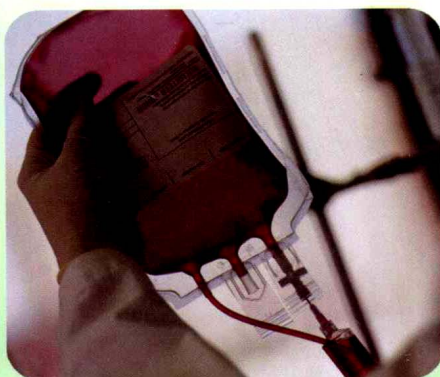


名誉主编 李天佐



围手术期患者护理常规

主编 赵美燕



科学出版社

www.sciencep.com

名誉主编 李天佐

围手术期患者护理常规

主编 赵美燕

科学出版社

北京

内 容 简 介

全书共分八篇,全面介绍了外科疾病的护理常规,包括普通外科、神经外科、胸外科、心血管外科、泌尿外科、骨科等。本书以临床护理路径为导引,以护理程序为框架,详细地阐述了外科护士在患者术前、术中、术后的连续性护理内容,充分显示出护理人员“以患者为中心”的护理理念和护理行为,使护理工作更科学化、专业化、规范化和精细化。

本书编写形式新颖,内容全面,充分反映了当前外科护理的发展水平,可作为临床护理人员的工作指南,也可作为护理专业学生的教材。

图书在版编目(CIP)数据

围手术期患者护理常规 / 赵美燕主编. —北京:科学出版社,2010.8

ISBN 978-7-03-028554-6

I. 围… II. 赵… III. 围手术期—护理 IV. R619

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 156649 号

策划编辑:黄相刚 / 责任编辑:黄相刚 / 责任校对:张怡君

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

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>

新登印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

2010年8月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2010年8月第一次印刷 印张:16 1/4

印数:1—3 000 字数:383 000

定价:39.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)



《围手术期患者护理常规》编写人员

名誉主编	李天佐			
顾问	韩杰			
主编	赵美燕			
副主编	刘伟	李岩	范敏娟	
	王涛	王巍	张杰	
编委	(按姓氏汉语拼音排序)			
	陈爱华	范敏娟	李岩	
	刘伟	孙婷婷	王涛	
	王巍	王艳南	徐晓燕	
	张杰	张欣	赵美燕	

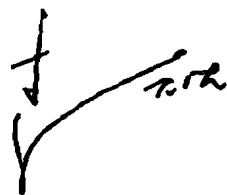
序言

随着深化医药卫生体制改革的推行和实施,护理专业在医疗卫生工作中的功能、作用及服务模式也在进行着深刻的变革。2010年,卫生部相继下发了一系列关于加强临床护理、加强基础护理、创建优质护理服务示范工程的文件,明确了护理工作应在新医改形势下,抓住机遇,深化护理专业内涵,谋求护理专业发展,提高护理专业服务形象。这是护理专业改革的立足点和切入点,也是护理专业持续稳定、健康发展的重要保证。

在医学快速发展的今天,外科医学也发展迅速,各种治疗手段不断创新,这为外科护理学的发展提供了广阔的平台。临床护理工作者在加强基础护理工作的同时,应不断提升专科护理能力,切实提高护理质量。专科护理是基础护理的延续和升华,是专业内涵更深、更科学的基础护理。因此,出版一本能够反映现代外科护理进展的书籍是广大外科护理工作者的迫切需求。经过多年的实践,北京同仁医院逐渐形成了一支专业能力强的成熟的人才队伍,她们对临床护理专业内涵的认知更为深刻。为了满足临床护理工作的需求,北京同仁医院组织了多位长年从事外科临床工作的护理管理者、专科护理骨干,在总结多年临床经验的基础上,结合国内外先进的理念、经验,科学地整理、规范了外科疾病护理常规,编写了《围手术期患者护理常规》一书。该书内容全面,紧密结合临床实际,不仅优化了护理服务流程,突出了医护配合的工作重点,更强调了对患者的病情观察和心理支持,体现了“以患者为中心”的护理理念,使护理服务更科学化、专业化、规范化和精细化,充分体现了护理学科的发展水平。

本书融知识性、创新性、先进性和指导性于一体,可以帮助和指导护理人员更好地为患者提供护理服务,可作为各级医院护理管理部门评价护理质量的重要参考。

希望此书的出版能够得到广大护理同仁的关注和认可,能为外科护理事业的发展做出贡献,也能为中国护理事业实现跨越式的发展起到积极有效的推动作用。



2010年7月

目 录

第一篇 总 论

- 第一章 外科手术患者护理常规..... (1)
第二章 麻醉患者的护理常规 (10)

第二篇 普通外科护理常规

- 第三章 普通外科手术护理常规 (18)
第四章 颈部疾病护理常规 (20)
第五章 乳腺癌护理常规 (25)
第六章 腹部疾病护理常规 (28)
第七章 血管疾病护理常规 (66)

第三篇 神经外科护理常规

- 第八章 神经外科手术护理常规 (72)
第九章 颅内压增高护理常规 (75)
第十章 颅脑损伤护理常规 (79)
第十一章 颅内肿瘤护理常规 (83)
第十二章 脑血管病变护理常规 (98)
第十三章 颈内动脉海绵窦瘘护理常规..... (103)
第十四章 视神经损伤护理常规..... (106)

第四篇 胸外科护理常规

- 第十五章 胸外科手术护理常规..... (110)
第十六章 胸部创伤护理常规..... (112)
第十七章 脓胸护理常规..... (117)
第十八章 肺癌护理常规..... (119)
第十九章 食管疾病护理常规..... (122)
第二十章 重症肌无力护理常规..... (130)

第五篇 心血管外科护理常规

- 第二十一章 心血管外科手术护理常规..... (133)
第二十二章 冠状动脉粥样硬化性心脏病护理常规..... (135)



第二十三章	先天性心脏病护理常规·····	(141)
第二十四章	心脏瓣膜病护理常规·····	(152)

第六篇 泌尿外科护理常规

第二十五章	泌尿外科手术护理常规·····	(155)
第二十六章	泌尿系统损伤护理常规·····	(157)
第二十七章	泌尿系统结石护理常规·····	(163)
第二十八章	泌尿系统梗阻护理常规·····	(167)
第二十九章	泌尿系统肿瘤护理常规·····	(172)

第七篇 骨科护理常规

第三十章	骨科手术护理常规·····	(179)
第三十一章	四肢骨折护理常规·····	(182)
第三十二章	脊椎骨折护理常规·····	(203)
第三十三章	骨盆骨折护理常规·····	(208)
第三十四章	颈、腰椎疾病护理常规·····	(211)
第三十五章	截肢护理常规·····	(216)
第三十六章	踝外翻护理常规·····	(219)
第三十七章	骨肿瘤护理常规·····	(222)
第三十八章	人工关节置换术护理常规·····	(224)
第三十九章	膝关节镜手术护理常规·····	(229)

第八篇 专科护理常规

第四十章	专科检查及治疗护理常规·····	(232)
------	------------------	-------

参考文献	·····	(252)
------	-------	-------

第一篇

总论

第一章

外科手术患者护理常规

手术是外科患者治疗的主要手段,在祛除病痛的同时,也是一种创伤,身体和精神会受到不同程度的打击。为了协助患者顺利地渡过围手术期,提高对手术的耐受力,预防各种术后并发症,做好手术前后的护理至关重要。本章重点阐述手术前准备和手术后护理的共性内容。

第一节 手术前患者的护理

一、护理评估

1. 评估患者的一般情况,如年龄、职业、文化程度、宗教信仰、个人嗜好等。
2. 评估患者重要脏器功能情况,如心、肝、肺、肾等重要脏器功能和出凝血机制等。
3. 评估患者既往身体状况,如有无高血压、糖尿病等慢性病史。
4. 评估患者心理状况及导致患者精神紧张的因素。
5. 评估此次发病的诱因、主要症状和体征等。

二、护理措施

1. 心理护理 根据患者存在的心理问题给予相应的心理疏导,缓解患者的压力,改善患者不良的情绪。

2. 休息 告知患者术前充分的休息对术后康复起着至关重要的作用,提供促进睡眠的有效方式,如改善环境、进行有效的放松等,必要时,遵医嘱应用镇静安眠药物。

3. 呼吸道准备 吸烟者至少术前2周戒烟;痰液黏稠者给予超声雾化吸入;合并慢性呼吸道感染者,术前3~5天遵医嘱应用抗生素控制感染。教会患者深呼吸及有效的咳痰方法:先从鼻慢慢吸气,使腹部隆起,呼气时腹肌收缩,由口慢慢呼出;咳痰前,先轻咳数次,使



痰液松动,再深吸气后用力咳嗽。指导患者术前反复练习数次。

4. 胃肠道准备 术前12小时禁食,4~6小时禁水,以防麻醉或手术中呕吐而引起吸入性肺炎或窒息。

5. 皮肤的准备 术前1日剔除手术区域的毛发,动作轻柔,切忌将手术区域的皮肤刮破,防止细菌侵入,诱发切口感染。

6. 药物过敏试验 术前1日遵医嘱进行抗生素药物过敏试验,术中、术后及时用药,预防切口感染。

7. 配血 手术创伤较大或术中失血较多者,术前需遵医嘱进行交叉配血试验。

8. 完善各项检查及化验 血、尿常规,出凝血时间,心电图和胸透等检查。

9. 术日晨的准备

(1) 测量生命体征并绘制在体温记录单上。

(2) 指导患者取下眼镜、义齿、发卡、戒指及贵重物品。

(3) 入手术前指导患者排空膀胱或遵医嘱留置尿管。

(4) 遵医嘱给予麻醉前用药,如地西泮或阿托品等。

(5) 将病历、术中用药、X线片等术中物品备齐,与接手术人员共同核对、签字后带入手术室。

(6) 若患者发热、血压超过正常值,女性患者月经来潮,应及时通知主治医师,必要时遵医嘱暂停手术。

第二节 手术中期的护理

手术中期的护理是指患者被送进手术室进行麻醉、手术,到患者转往恢复室为止。为了做好术中护理,手术室护士应于术前一日访视患者,与患者沟通,了解患者基本情况,为患者提供全面、安全的护理。

一、入手术室未手术前的护理

(一) 护理评估

1. 确认患者,认真核对手术单上患者的姓名、年龄、性别、诊断及手术时间、手术种类、麻醉方式。禁止患者携带任何与手术无关的物品。

2. 评估患者的生命体征、意识有无异常。

3. 安抚患者,了解其心理状态,缓解患者的紧张情绪。

4. 检查手术部位皮肤的情况,建立静脉通道,并安排舒适、安全的手术体位。

(二) 护理措施

1. 迎接患者,建立良好的关系,减轻患者的陌生感。

2. 检查手术同意书是否填写,化验单是否齐全,皮肤准备是否到位。



3. 认真检查吸引器、氧气吸入装置等是否正常。
4. 协助患者上下手术台。协助麻醉医师进行麻醉,摆放体位。
5. 在术前准备阶段,核对术中用药,并做到两人核对。
6. 准备术中用物,保证物品合格,仪器设备处于备用状态。

二、手术过程中的护理

1. 全麻患者密切观察其生命体征变化,防止发生异常情况。注意观察患者使用麻醉药后反应。

2. 局麻患者在手术过程中应保持室内安静,安慰鼓励患者,做好心理护理。

3. 术中护理措施

(1) 执行并监督无菌操作规程。

(2) 协助麻醉医师观察术中患者的一切变化。

(3) 严格执行各项操作规程,正确使用手术仪器,手术结束时再次清点手术物品,以防异物存留体内。

(4) 注意观察患者肢端神经血管功能、皮肤颜色及温度,有无苍白、发绀、水肿。在使用支架、约束带的地方加保护垫,以保证皮肤的完整性及四肢神经血管的完整。

(5) 手术进行中保持室内整齐、清洁、安静。

三、手术结束后的护理

1. 注意观察患者的生命体征变化。

2. 注意监测患者麻醉的恢复过程,对于清醒延迟者要有专人守护,直至清醒。

3. 注意患者安全,防止抓伤或坠床。

4. 将术区血迹清洁干净,以免加重患者的心理负担。

5. 由护士和麻醉医师共同转送到麻醉恢复室。

第三节 手术后患者的护理

一、护理评估

1. 评估患者的麻醉种类、手术方式、术中失血情况、输液情况、输血情况及引流管安置的部位和作用。

2. 评估患者的生命体征情况。

3. 评估患者手术切口及引流情况,如伤口有无渗血、渗液;引流管是否通畅,引流液的颜色、量和性质等。

4. 评估患者手术后的心理状况。

5. 评估患者的疼痛程度。



二、护理措施

(一) 一般护理

1. 根据麻醉情况安置患者卧位,麻醉作用消失后根据手术方式调整卧位。

(1) 全麻未清醒者,去枕平卧头偏向一侧。

(2) 蛛网膜下腔麻醉,去枕平卧。

(3) 硬膜外麻醉平卧 4~6 小时(不必去枕)。

(4) 颅脑手术:抬高床头 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$,减轻脑水肿。

(5) 颈、胸、腹部术后给予半卧位,有利于呼吸及引流,缓解腹部伤口张力,减轻疼痛。

(6) 四肢手术:抬高患肢,促进患肢回流,减轻肢体肿胀。

2. 饮食 根据麻醉方式、手术类型、患者的反应等方面指导患者进食。

(1) 非胃肠道手术:局麻下进行小手术的患者术后即可进食;蛛网膜下腔和硬脊膜外麻醉者术后 3~6 小时适当进食;全麻患者待麻醉清醒、药物作用消失后,无恶心、呕吐,逐渐进半流食或普食。

(2) 胃肠道手术:一般术后需禁食 24~72 小时,待肠蠕动功能恢复,肛门排气后开始进流质饮食,逐步进半流食,过渡到普食,避免进食牛奶、豆类等产气的食物。

3. 切口护理 术后密切观察切口敷料渗血及渗液情况,保持切口敷料清洁干燥,若局部渗出较多,应及时通知医生,给予更换敷料,同时观察渗出液的颜色、性质及患者的全身情况。

4. 活动 术后患者病情允许,鼓励早期活动。手术当日,麻醉作用消失后鼓励患者床上活动,可进行深呼吸、活动四肢及翻身等运动。术后 1~2 日,可试行离床活动,根据患者的情况、能力逐步增加活动范围和时间。对重症患者或有特殊制动要求的患者,应根据病情制订活动时间。

5. 引流管的护理 术后有效的引流是防止术后感染的重要环节。①妥善固定,引流管连接无菌引流袋,固定在床旁,注意引流管长短适宜。②保持通畅,可定时挤压引流管,观察引流管内液体波动情况,指导患者翻身、活动时,引流管勿扭曲、受压或打折。③保持无菌,每日更换引流袋,注意无菌操作,指导患者活动时引流管不可高于其出口平面。④定时观察,观察引流液的颜色、量和性质,并按时记录。根据病情,掌握不同引流管的拔管指征(详见本章第五节)。

6. 病情观察 密切观察患者的呼吸、脉搏、血压、体温、尿量、消化、神经反射情况、末梢血运、皮肤颜色和温度、湿度。根据手术创伤的大小及医嘱监测病情变化,大手术后每 15~30 分钟测量 1 次,必要时遵医嘱持续心电监护,病情平稳后每 1~2 小时测量 1 次;中小手术每 1~2 小时测量 1 次,一般患者每 4 小时测量 1 次。

(二) 术后常见不适的观察护理

1. 发热 术后 2~3 日患者体温上升,在 38°C 左右,是由于机体对手术后组织损伤后分解产物、渗血渗液的吸收,于术后 2~3 日恢复正常,属于正常反应,临床上称为外科热和吸收热,不需要特殊处理。若手术 3 日以后,持续发热,结合患者的病情查明原因,分析是否



合并切口感染、肺部感染或泌尿系感染等(详见本章第四节)。

2. 切口疼痛 麻醉作用消失后,患者即感到疼痛。疼痛的程度因手术部位、手术创伤的大小及个人差异性而有所差异。护理措施:①评估患者疼痛的程度、部位、性质、持续时间等;②评估患者的表情、体位及情绪变化等客观体征;③术后 24 小时内的疼痛,鼓励患者说出,遵医嘱肌内或静脉应用镇痛药物;应用硬膜外镇痛泵者,检查镇痛泵管路是否通畅,如有问题通知麻醉医师给予处理;④安置患者合理的体位,腹部术后病情平稳,给予半卧位,可缓解腹部张力,减轻疼痛;⑤留置引流管的患者,妥善安置引流管,以减少局部摩擦引起的疼痛;⑥指导患者自我处理疼痛的方法,减轻患者因紧张等不良情绪导致的疼痛。

3. 恶心、呕吐 是常见的麻醉反应,一般麻醉作用消失后,恶心呕吐可停止。护理措施:①评估患者的麻醉方式及恶心呕吐的程度;②评估患者呕吐物的量、性质和呕吐后患者的反应;③呕吐时指导患者平卧位,头偏向一侧,防止窒息的发生;④遵医嘱应用保护胃黏膜等药物;⑤安慰患者,减轻患者的精神紧张程度。

4. 腹胀 以胃肠道手术后多见,一般情况随着肠蠕动功能的恢复,腹胀症状可减轻、消失。护理措施:①评估患者腹胀的程度,肠蠕动功能恢复情况;②病情允许,鼓励患者早期下床活动;③遵医嘱应用刺激肠蠕动功能恢复的药物;④必要时,遵医嘱应用胃肠减压或肛管排气。

5. 尿潴留 多发生在腹部和肛门会阴部手术后。护理措施:①评估患者膀胱的充盈程度;②病情允许,可让患者坐在床沿或站立排尿;③给予患者会阴冲洗,刺激排尿反射的建立;④术后 6 小时,仍未有尿液排除,经上述措施无效者,给予导尿并保留尿管。

6. 呃逆 与神经中枢或膈肌受刺激有关,多为暂时性的。护理措施:①评估呃逆发生的频率;②评估呃逆发作时患者的表情及紧张程度;③可压迫眶上缘缓解呃逆;④遵医嘱给予镇静、解痉药物治疗;⑤上腹部术后出现顽固性呃逆者,应警惕吻合口瘘等并发症的出现。

第四节 手术后并发症的观察及护理

术后常见的并发症有出血、切口感染、切口裂开、肺部感染、泌尿系感染、下肢深静脉血栓等。

一、出 血

术后出血可发生在手术切口、空腔脏器及体腔内。

(一) 护理评估

①评估患者的手术方式及患者的出凝血机制;②评估患者的生命体征及末梢循环情况;③评估患者神志、引流管内引流液的性质和量;④评估相关的实验室指标,如红细胞、血红蛋白等。

(二) 护理措施

①建立静脉通路,遵医嘱补液;②应用止血药物,必要时输血;③经上述措施,出血不止



者,做好急诊再次手术的准备。

二、切口感染

切口感染常发生在术后 3~4 天。

(一) 护理评估

①评估患者切口红肿的程度及局部渗液情况;②评估患者是否合并局部脓肿;③评估患者的营养状况。

(二) 护理措施

①加强换药,保持敷料清洁、干燥;②遵医嘱应用抗生素;③鼓励患者进食,增加营养、增强机体抵抗力;④如切口已形成脓肿者,应及时通知医生切开引流,并保持引流通畅。

三、切口裂开

切口裂开多发生于腹部手术后 1 周左右。

(一) 护理评估

评估患者的体质,是否存在营养不良或肥胖。

(二) 护理措施

①腹部切口外应用腹带包扎,减低腹部切口压力;②指导患者避免剧烈咳嗽、用力排便等以免造成腹内压突然增高;③及时处理腹胀,减低腹内压;④发生切口完全裂开时,应用无菌敷料覆盖脱出的肠内容物,指导患者平卧,屈膝,放松,入手术室缝合切口;⑤发生切口部分裂开时,待病情平稳后行切口疝修补术。

四、肺部感染

肺部感染常发生于胸、腹部大手术后,以老年人为多见。

(一) 护理评估

①评估患者体温和呼吸的变化,有无体温上升和呼吸频率增快等现象;②评估患者血白细胞计数和中性粒细胞比例,有无增加;③评估患者肺部听诊呼吸音的强弱以及是否合并湿啰音。

(二) 护理措施

①指导患者术前戒烟,掌握深呼吸和正确咳嗽、咳痰的方法;②指导术后患者每小时深呼吸 5~10 次,至少每 2 小时翻身、拍背、咳痰一次,鼓励患者自行咳痰;③遵医嘱给予患者



雾化吸入治疗；④根据痰培养药敏试验结果，选择合理的抗生素治疗。

五、泌尿系感染

泌尿系感染常继发于尿潴留和长期留置尿管的患者。

（一）护理评估

①评估患者尿频、尿急、尿痛的程度；②评估患者留置尿管的时间；③评估患者尿常规化验红细胞、白细胞和脓细胞数值。

（二）护理措施

①病情允许的情况下，鼓励患者多饮水，每日尿量在 1500ml 以上，达到冲洗泌尿系的作用；②根据细菌药敏试验结果，选择合理的抗生素，控制感染。

六、下肢深静脉血栓

下肢深静脉血栓常发生于长期卧床、活动减少的老年人或肥胖者。

（一）护理评估

①评估患者的卧床时间；②评估患者下肢的肿胀和疼痛的程度；③评估患者的凝血机制。

（二）预防措施

①术后抬高患肢；②指导患者进行下肢肌肉的运动；③可应用弹力袜，促进静脉回流；④监测患者的凝血机制，警惕高危人群；⑤一旦发生下肢深静脉血栓，患者出现下肢疼痛、肿胀等，指导患者制动，遵医嘱用药。护理措施详见“下腔深静脉血栓护理常规”。

第五节 外科常用引流技术的护理

一、胃肠减压的护理常规

胃肠减压是利用腹压吸引装置，通过导管将积聚在胃肠道内的气体、液体吸出，以减轻胃肠道内的压力和张力，改善肠壁血液循环，有利于炎症的局限，促进胃肠功能恢复的治疗措施。

（一）插胃管前

1. 耐心向患者解释留置胃管的目的及意义，取得患者配合。
2. 选择合适的胃管，一般成人插入 55~60cm。



3. 检查胃肠减压装置,连接部位是否紧密,有无漏气等。

(二) 留置胃管期间

1. 胃管与负压吸引装置连接应紧密,妥善固定于床旁。
2. 保持胃管通畅 每 1~2 小时用生理盐水 10~20ml,冲洗胃管一次,防止胃内容物堵塞管壁。同时,检查胃肠减压的有效性。
3. 观察胃液的颜色、性质和量 一般胃肠术后胃液的颜色呈暗红色,2~3 天逐渐减少,并记录 24 小时引流总量。
4. 观察肠蠕动功能恢复情况 一般胃肠术后 2~3 天,若腹胀消失、肛门排气、病情好转,可停止胃肠减压。

(三) 拔管后护理

1. 拔除胃管前应先停止墙壁的负压吸引。
2. 指导患者深吸气后屏气,迅速拔除。

二、腹腔引流管的护理

1. 密切观察引流液的量和性质,如短期内引出大量鲜红血液,提示有继发出血的可能,应及时通知医生,协助处理。
2. 若引流量突然减少,患者自觉腹胀,伴有发热等不适,应检查引流管是否有管腔阻塞的情况,可适当用生理盐水进行冲洗。
3. 24 小时腹腔引流液少于 10ml,为非血性液体,可考虑拔除引流管。

三、T 管引流的护理

1. 妥善固定 T 管在体外接无菌引流袋,连接管长短应适宜。如过短则翻身时引流管易脱出;如过长则活动时引流管打折、受压,造成引流不畅。
2. 保持引流通畅 平卧时,引流袋应低于腋中线,站立或下床活动时,将引流袋悬吊于衣服上,低于腹壁引流口高度,防止胆汁反流造成感染。定时挤捏引流管,保持有效的引流。若有阻塞,可用无菌生理盐水缓慢低压冲洗。
3. 观察记录胆汁的量和性状
 - (1) 术后 24 小时内引流量较少,呈褐色或深绿色,24 小时后引流量逐渐增多,呈淡黄色,渐加深至橘黄色、清亮。正常胆汁 24 小时 300~700ml。
 - (2) 颜色过淡或过于稀薄,提示肝功能不佳。
 - (3) 胆汁混浊提示有胆道感染的可能,若有泥沙样沉淀物,说明有残余结石。
 - (4) 胆汁量减少,提示引流管受压、T 管阻塞或肝功能衰竭。
 - (5) 胆汁量过多,提示胆总管下端不畅或梗阻。
4. 拔管 T 管一般留置 2 周,患者无腹痛、发热,黄疸已消退,引流液清亮无残渣,可考虑拔管。拔管前试行夹管 1~2 天,夹管期间,观察患者有无腹痛、发热、黄疸等表现。若无



上述症状,行 T 管造影,证实胆管无结石、异物,继续开放引流 1 日,将造影剂排出,即可拔管。拔管后用无菌敷料覆盖,1~2 日后可自行闭合。

四、胸膜腔闭式引流管的护理

1. 保持管道密闭 引流装置应衔接紧密,水封瓶长管应插入液面下 3~4cm;搬动患者或更换引流瓶时,应双重夹闭引流管;若引流管从胸腔滑落,立即用手捏闭伤口处皮肤,消毒处理后用凡士林纱布封闭伤口。

2. 妥善固定引流装置 引流管应妥善固定于床旁,引流瓶应低于胸腔引流口水平 60cm。

3. 保持引流管通畅 防止引流管折叠、扭曲、受压;鼓励患者深呼吸、咳嗽、咳痰;定时挤压引流管;观察水封瓶内水柱波动情况,正常水柱波动为 4~6cm,若水柱波动停止,可能为管路堵塞或肺已完全膨胀。

4. 严格无菌操作,防止逆行感染 引流装置应保持无菌;更换引流瓶和引流管时严格无菌操作;引流瓶不可高于胸腔引流口水平面,防止引流液逆流入胸腔导致感染。

5. 观察引流液的颜色、性质及量 术后第 1 天一般不应超过 500ml,术后第 2~3 天逐渐减少。如短时间内每小时超过 100ml,且血色过深或伴有血块,检查引流液血红蛋白超过 5g 时,表明有内出血,应及时处理,必要时需再次开胸止血。

6. 拔管 一般术后 36~48 小时,引流管内无气体排出,颜色变淡,24 小时引流量 <50ml。患者无呼吸困难,经 X 线检查提示肺膨胀良好,可以先夹管,观察 24 小时以上,无气急等症状可以拔除插管。拔管时,嘱患者深吸气后屏气,迅速拔除,局部敷料覆盖,拔管后观察患者有无胸闷等不适,发现异常报告医生。

第二章

麻醉患者的护理常规

麻醉是人类为解除伤痛而不断努力的结果,是外科治疗的重要组成部分。

第一节 常用麻醉方法及护理配合

一、局部麻醉

(一) 分类及方法

历史上的局麻药的品种很多,历经筛选,当今适用的局麻药有普鲁卡因、丁卡因、利多卡因等几种。

1. 普鲁卡因 毒性低,渗透力弱,作用维持时间短,主要用于局部麻醉,很少用于神经阻滞。

2. 利多卡因 毒性低,渗透力强,作用出现较快(3~10分钟),作用维持时间为1.5~2小时,老年人剂量过大易出现嗜睡。

3. 丁卡因 毒性高于普鲁卡因16倍,渗透力强,维持作用时间长,但起效慢,作用完全需40分钟。此药毒性较大、用药量有严格限制,故不适用于浸润麻醉。

(二) 物品准备

局部麻醉所需要的器械较为简单,包括注射器、穿刺针等。

1. 注射器 选用直径细、容积小的注射器,一般5~10ml使用较为方便,有时需用1~2ml注射器,较易正确掌握所注入的药量。

2. 穿刺针 应根据不同的穿刺深度选用针头的长度,一般以稍长者为宜,以备万一针头折断时容易找到断端。

(三) 局部麻醉的主要方法

局部麻醉的主要方法包括表面麻醉、浸润麻醉、神经阻滞麻醉、椎管内麻醉(脊髓麻醉、硬膜外麻醉、骶管麻醉)、局部静脉内麻醉及局部动脉内麻醉等。

1. 表面麻醉

(1) 部位:包括黏膜、浆液囊、滑膜囊、创面等部位的表面麻醉。

(2) 注意事项:丁卡因的局部血管扩张作用很强,浓度越高,血管扩张作用就越强。因此,临床使用时,宜加入一定的肾上腺素,以拮抗其局部血管扩张作用。可以防止手术部位血管充