



手术前后病人的护理



江苏省苏北人民医院 谢萍



学习目标

识记

- 1、能复述围术期、围术期护理的概念
- 2、能列举手术的分类
- 3、能列出术后常见并发症及其观察要点





理解

- 1、能阐明术前适应性锻炼的具体内容
- 2、能说明术前合并有糖尿病、高血压等病人的血糖、血压的控制范围及用药注意事项
- 3、能概括术后病情观察的要点





运用

- 1、能运用手术切口分类及愈合等级知识，对手术切口愈合情况进行记录
- 2、能运用相关知识，指导病人进行术前胃肠道准备
- 3、能运用护理程序，制定具体的术前、术后护理计划
- 4、能运用所学知识，对常见并发症采取正确的预防和护理措施





第一节 概述





围术期的概念

围术期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为止的一段时间。它包括手术前、手术中、手术后3个阶段。

手术前期是指从病人决定接受手术到将病人送至手术台

手术期是指从病人送上手术台到病人手术后被送入复苏室（观察室）或外科病房

手术后期从病人被送到复苏室或外科病房至病人出院或继续追踪

围术期护理是指在围术期为病人提供全程、整体的护理。它也包括手术前、手术中、手术后3个阶段。



手术分类

按手术目的分类



手术分类

按手术时限分类

急症手术

病情危急，需要在最短时间内进行必要的准备后迅速实施手术，以抢救病人生命

限期手术

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，应在限定时间内做好术前准备

择期手术

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

手术分类

按手术时限分类

急症手术

外伤性肝破裂
外伤性脾破裂
外伤性肠破裂
外伤性胸腹腔
大血管破裂

限期手术

恶性肿瘤的根治术
已用碘剂做术前准
备的针对甲状腺功
能亢进的甲状腺大
部切除术

择期手术

良性肿瘤切除术
腹股沟疝修补术



手术的具体种类取决于疾病当时的情况

同一种外科疾病的不同发展阶段手术种类
可能会不同

注 单纯胆囊结石是择期手术，但若同时并发急性胆囊炎，则为急症手术
胃溃疡是择期手术，但若癌变，则为限期手术，若并发急性穿孔、
腹膜炎，则为急症手术



第二节 手术前病人的护理



手术前护理的重点

全面评估是术前护理基础

做好必需的术前准备

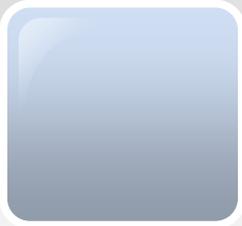
纠正病人存在及潜在的生理、心理问题

加强健康指导

提高病人对手术和麻醉的耐受能力

使手术的危险性减至最低限度

护理评估



健康史和相关因素

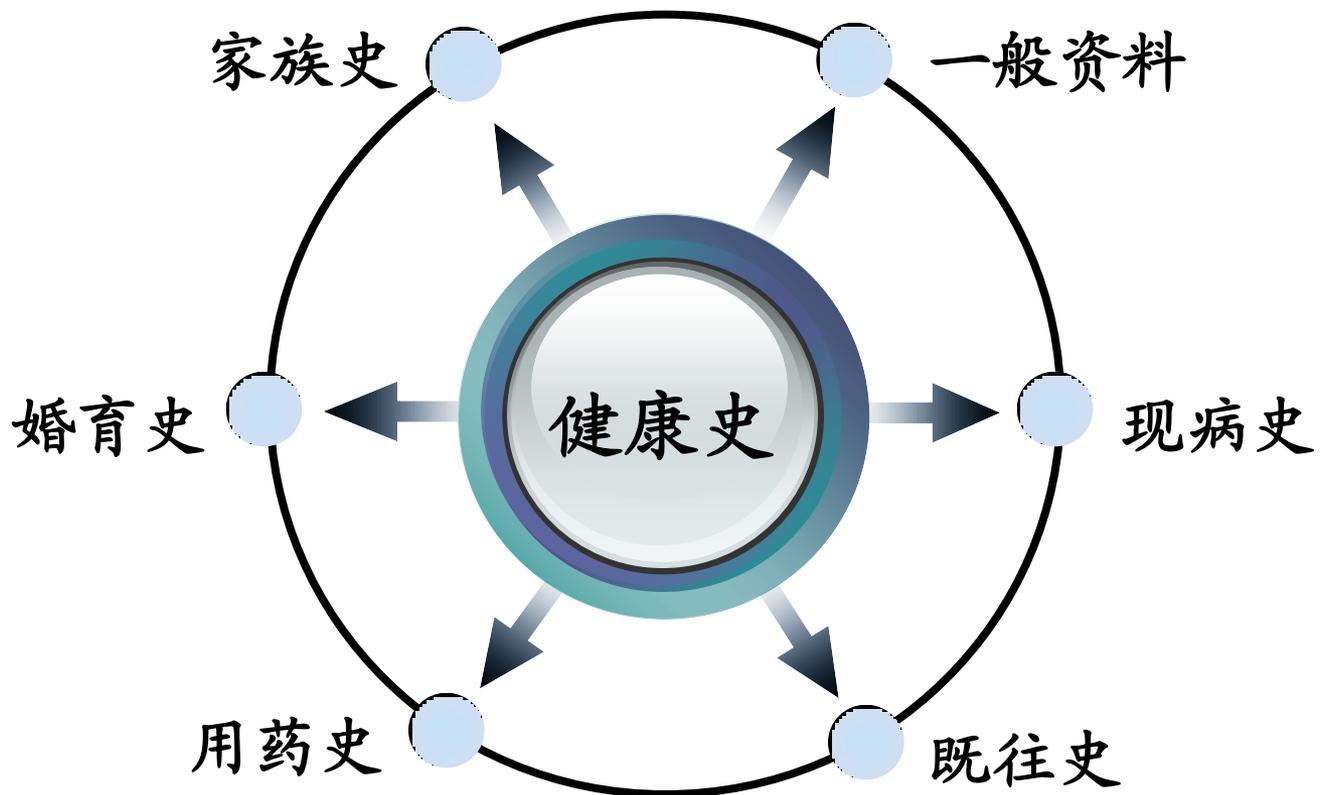


身体状况



心理-社会状况

护理评估



年龄

新生儿和
婴幼儿

手术耐受性差、危险大，手术时容易并发误吸、呼吸道不畅、药物及液体过量。

老年人

调节代谢和组织愈合能力差，常伴有心血管等疾病等，易发生代谢紊乱、休克、切口愈合不良。

男性
老年病人

常因前列腺肥大术后易发生尿潴留、尿路感染。

用药史

抗凝剂

导致术中
出血

抗菌药

与麻药合
用，增加
肾脏负担
，影响肌
松药作用

镇静、安定药

诱发低血
压导致休
克

利尿药

大量应用
导致低血
钾

甾类化合物

影响围术
期应激反
应，引起
消化道出
血

身体状况

- 通过仔细询问病人主诉和全面体格检查，评估生命体征和主要体征；了解各主要内脏器官功能情况，有无心、肺、肝、肾等器官功能不全，有无营养不良、肥胖，有无水、电解质失衡等高危因素，评估手术的安全性。
- 各系统状况和高危因素
- 辅助检查
- 估计病人对手术的耐受能力

身体状况

主要器官及系统功能状况

心血管系统

呼吸系统

泌尿系统

神经系统

血液系统

内分泌系统和肝脏

辅助检查

1

实验室检查

血、尿、粪常规
生化检查

2

影像学检查

X线
B超
CT
MRI

3

其它检查结果

心电图
内镜检查
其它特殊检查

手术耐受力

耐受良好

全身情况较好
无重要内脏器官功能损害
外科疾病对全身影响较小
手术的安全性较大
术前只需一般性准备

耐受不良

全身情况不良
重要内脏器官功能损害较严重
疾病影响程度广泛
手术损害大或急症手术
手术的安全性小
术前必需充分准备
手术危险性大
应尽量选用手术范围小的术式
或分二期手术

心理改变

焦虑、恐惧、抑郁、激动

呼吸↑
心率↑
血压↑
出冷汗
尿频

具体表现

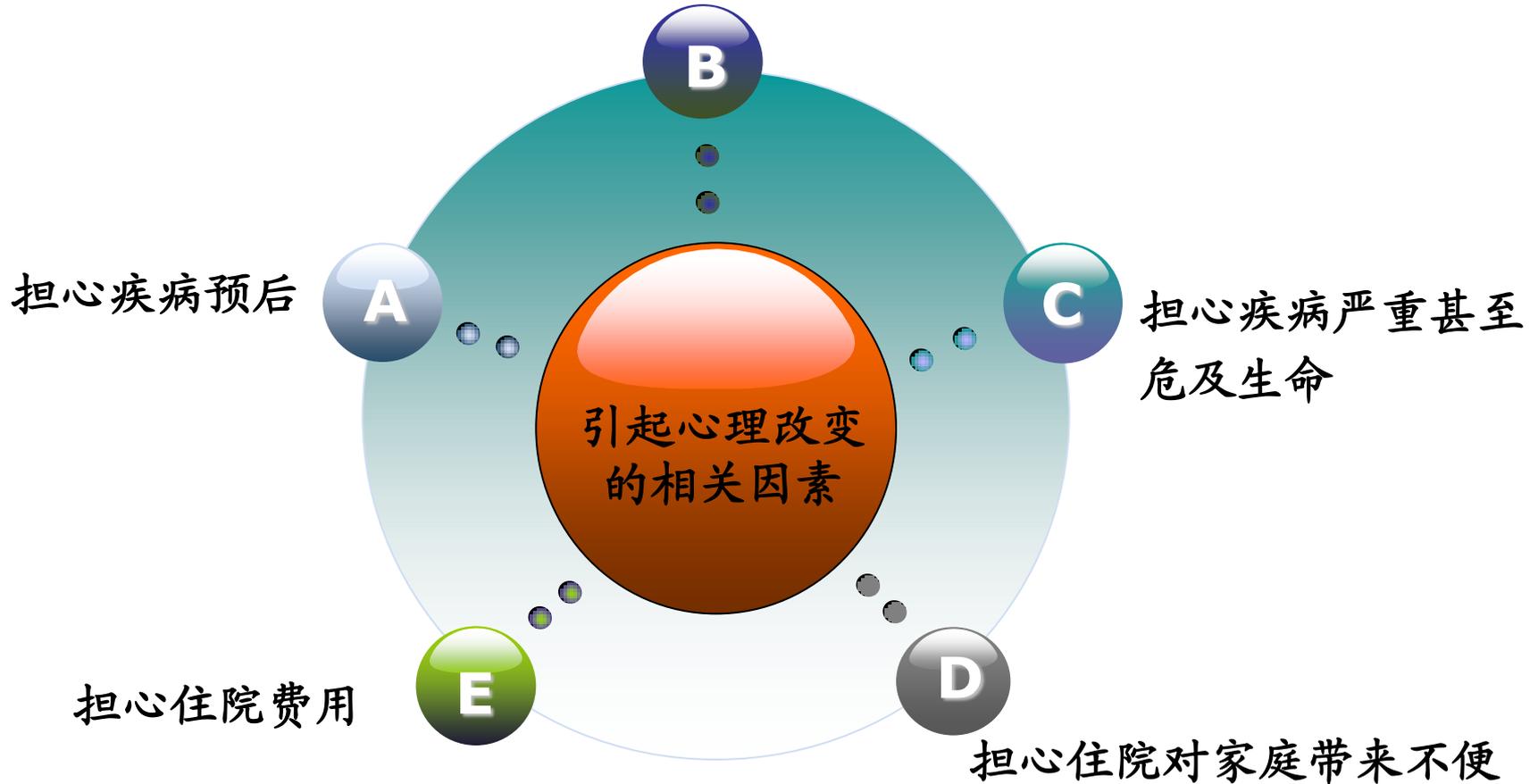
睡眠形
态紊乱

语言和行
为改变

自我修饰
程度下降

生命体征
的改变

对手术、麻醉、治疗的担忧以及缺乏相关知识





护理诊断

- **焦虑和恐惧** 与患病、接受麻醉和手术、担心预后、住院费用高等有关
- **知识缺乏** 缺乏手术、麻醉相关的知识及术前准备知识
- **营养失调：低于机体需要量** 与疾病消耗、营养摄入不足或机体分解代谢增强等有关
- **体液不足** 与疾病所致体液丢失、液体摄入不足、体液在体内分布转移等有关
- **睡眠型态紊乱** 与疾病导致的不适、环境改变、担忧等有关
- **有感染的危险** 与抵抗力低下、营养不良、糖尿病或肥胖等有关





护理目标

- 1、病人情绪平稳、心理状态稳定，能配合各项检查治疗
- 2、病人对疾病有充分的认识、能说出治疗及护理的相关知识及配合要点
- 3、营养状态得以维持，无明显体重下降，营养素摄入充分
- 4、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
- 5、每晚能安静入睡，保证每天8小时左右睡眠
- 6、未发生感染或感染得以及时发现和有效控制





护理措施

- 有效缓解焦虑
- 提供与手术、麻醉及病人配合所需的相关知识和准备
- 改善或纠正营养不良
- 维持体液平衡和内环境稳定
- 促进病人睡眠
- 并发症的预防和处理



一、心理准备——有效缓解焦虑

1

建立良好的互惠关系

2

心理支持和疏导

3

认知干预

4

制定健康教育计划

健康教育

入院宣教

- 1、介绍病区环境
- 2、安排适宜的住院环境
- 3、协助病人建立良好的人际关系
- 4、放松指导

术前宣教

- 1、介绍手术室环境
- 2、讲解麻醉方式、麻醉后可能发生的反应及注意事项
- 3、介绍术前、术后的常规护理
- 4、解释术前准备的程序、意义，手术的目的、过程、可能的不适
- 5、介绍术后可能留置的各种引流管

注 术前宣教可以与术前访视相结合

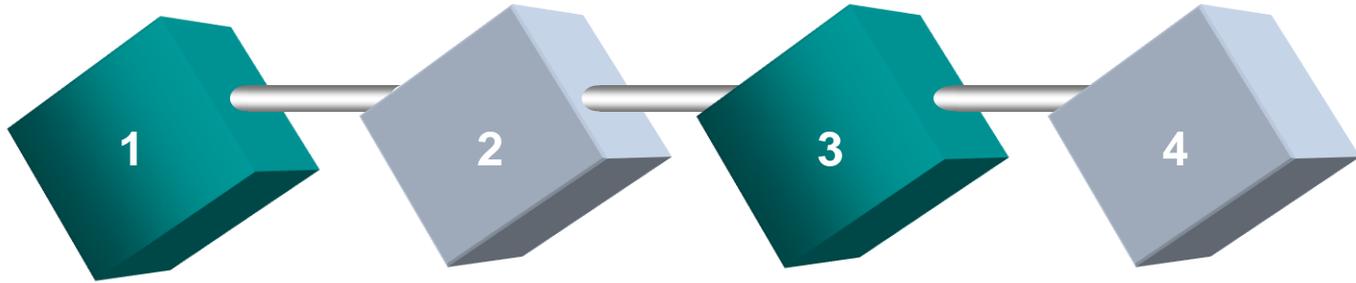
二、一般准备与护理

- 1、饮食和休息
- 2、适应性训练
- 3、输血和补液
- 4、协助完成术前检查
- 5、预防术后感染
- 6、胃肠道准备
- 7、手术区皮肤准备
- 8、术日晨的护理

促进病人睡眠

- 解除病人的不适 对症处理
- 创造安静舒适的环境
- 睡眠形态明显紊乱者，给予镇静药物

适应性训练



指导床上使用便盆的方法，以适应床上排便和排尿。

教会自行调整卧位和床上翻身的方法，以适应术后体位的变化。

部分病人还应指导其练习术中体位：如甲状腺手术的颈过伸位。

教会病人正确深呼吸、咳嗽、咳痰方法进行练习

抗菌药的预防性应用

一般适用于

- 涉及感染病灶或切口接近感染区域的手术
- 肠道手术
- 预计操作时间长、创面大的手术
- 开放性创伤、创面已污染、清创时间长、清创不彻底
- 涉及大血管的手术
- 植入人工制品的手术
- 器官移植术



胃肠道准备

择期手术 成人术前**禁食8-12小时，禁水4小时**
目的 预防麻醉或术中呕吐引起的窒息或吸入性肺炎

- 消化道手术 术前1-2日进流质饮食
- 消化道手术或某些特殊疾病（急性胰腺炎、急性弥漫性腹膜炎）
术前留置胃管
- 肠道手术 术前3日开始肠道准备
- 幽门梗阻 术前温盐水洗胃
- 一般性手术 督促术前晚排便，必要时灌肠，以防麻醉后肛门括约肌松弛，增加污染

手术区皮肤的准备

- 术前**1日**剪指甲、理发、沐浴、更衣。
- 手术区备皮以术前**2小时**为宜，超过**24小时**，应重新备皮
- 细菌栖居密度较高部位（手、足）或不能接受强刺激消毒剂部位（面部、会阴部） **氯己定**或**洗必泰**反复清洗
- 腹部及腹腔镜手术 注意清洁**脐部**
- 皮肤有油脂或胶布粘贴残迹 **松节油**或**75%乙醇**擦拭
- 手术区皮肤准备范围包括切口周围至少**15cm**的区域，不同手术部位皮肤准备范围不同

常用手术皮肤准备的范围

手术部位	备皮范围
颅脑手术	剔除全部头发及颈部毛发、保留眉毛
颈部手术	上自唇下，下至乳头水平线，两侧至斜方肌前缘
胸部手术	上自锁骨上及肩上，下至脐水平，包括患侧上臂和腋下，胸背均超过中线5cm以上
上腹部手术	上自乳头水平，下至耻骨联合，两侧至腋后线
下腹部手术	上自剑突，下至大腿上1/3前内侧及会阴部，两侧至腋后线，剔除阴毛
腹股沟手术	上自脐平线，下至大腿上1/3内侧，两侧至腋后线，包括会阴部，剔除阴毛
肾手术	上自乳头平线，下至耻骨联合，前后均过正中线
会阴部及肛门手术	上自髂前上棘，下至大腿上1/3，包括会阴及臀部，剔除阴毛
四肢手术	以切口为中心包括上、下方各20cm以上，一般超过远、近端关节或为整个肢体

术日晨的护理

- 进入手术室前的准备和护理
 1. 检查准备工作的落实情况
 2. 体温升高、月经来潮，延期手术
 3. 督促排尿，**手术时间**>4h, **留置导尿**
 4. 胃肠道及上腹部手术放置胃管
 5. 拭去化妆品，取下活动的假牙、眼镜、贵重物品
 6. 术前用药
 7. 准备病历、X片、术中用药
 8. 与手术室接诊人员做好交接
- 准备麻醉床

三、特殊准备与护理

- 1、急症手术
- 2、营养不良
- 3、高血压
- 4、心脏病
- 5、呼吸功能障碍
- 6、肝肾疾病
- 7、其它特殊情况：如：糖尿病、妊娠

最短的时间

急症手术者

急救处理
必要的术前准备

1

改善患者水电解质及酸碱失衡状况

2

休克者建立2条以上静脉通路

3

迅速补充血容量

4

尽快处理伤口



营养不良

- 营养不良
 - ①生化检查血清蛋白30-35g/L或以下
 - ②血清转铁蛋白低于1.5mg/L
 - ③体重1个月内下降5%
- 危害
 - ①引起组织水肿，影响愈合
 - ②抵抗力低下，易并发感染
- 改善营养状况的措施
 - 择期手术最好的术前1周左右
 - 血浆白蛋白低于30g/L，输血浆或白蛋白纠正低蛋白血症
 - 不能进食或经口摄入不足的营养不良者，给予肠内或肠外营养支持

高血压

- 血压在160/100mmHg以下不需特殊准备
- 术前2周停用利血平等降压药
- 血压过高，用药物控制血压平稳
- 但不要求血压降至正常水平

长期服用利血平的患者，将耗竭神经递质产生降压效果，故其引起的严重的低血压用麻黄碱与多巴胺无效，同时，利血平可加重中枢镇静，换句话说，如果术中出现大出血或低血压，如果术前没有及时停用利血平，血压将很难提升与维持，可导致严重的后果。

心脏病

长期低盐饮食和服用利尿剂者

术前纠正水、电解质失衡状况

心律失常者

偶发室性期前收缩不需特殊处理；

房颤伴心室率 ≥ 100 次/分以上者，控制心率在正常范围；

心室率 ≤ 50 次/分，予阿托品或放置临时心脏起搏器；

急性心肌梗死者

发病后6个月内不宜择期手术；

6个月以上无心绞痛发作者，监护下行手术；

心力衰竭者

心力衰竭控制3-4周后施行手术

呼吸功能障碍

- **术前2周**停止吸烟，练习深呼吸、有效咳嗽、排痰；胸部手术训练腹式呼吸，腹部手术训练胸式呼吸；
- 阻塞性肺功能不全者，行雾化治疗，改善通气功能，增加肺活量
- 哮喘者，口服地塞米松，减轻支气管黏膜水肿
- 痰液黏稠者，予雾化吸入或服用药物，稀释痰液，利于咳出
- 急性呼吸系统感染者，择期手术推迟至治愈后**1-2周**，急诊手术，需用抗生素并避免吸入麻醉
- 重度肺功能不全及并发感染者，积极处理，改善肺功能，感染控制后再施行手术

肝疾病和肾疾病

- 活动性肝炎或肝功能严重受损并表现为营养不良、腹水、黄疸的病人除急症外一般不宜手术。
- 重度肾功能损害者需在有效的透析治疗后才能手术

手术前应最大限度的改善肝、肾功能



其它特殊情况

- 糖尿病 术前血糖水平控制在5.6-11.2mmol/L
- 妊娠



使用影响凝血功能药物

- 1、监测凝血功能;
- 2、术前7日停用阿司匹林或非甾体药物(布洛芬);
- 3、术前使用华法林抗凝的患者, 国际标准化比值维持在接近正常水平, 小手术安全施行, 大手术4-7日停用, 血栓栓塞高危者继续使用肝素;
- 4、择期手术者术前12h不用大剂量低分子肝素, 4h内不用大剂量普通肝素, 心脏外科病人手术24h内不用低分子肝素;
- 5、抗凝治疗期间, 急诊手术者需停止抗凝治疗。肝素抗凝者用鱼精蛋白拮抗, 华法林抗凝者用VitK和血浆或凝血因子制剂拮抗;
- 6、根据情况予成分输血; 同时予VitC、 VitK或止血药物;



维持体液平衡和内环境稳定

- 根据病情，通过口服或静脉途径输液、补充电解质





并发症的预防和护理

- **合理应用抗菌药**
处理感染灶，避免与其他感染者接触。
- **减轻胃肠道水肿**
幽门梗阻，术前2-3天温盐水洗胃。
- **控制血糖**
通过饮食和药物使血糖控制在正常或轻度升高状态，尿糖+ - ++。
- **改善肺功能**
控制呼吸系统感染，通过解痉、祛痰、控制感染、体位引流等改善呼吸功能。





护理评价

- 1、病人情绪、心理状态是否平稳，能否配合各项检查、治疗、护理
- 2、对疾病的认知有无提高
- 3、营养状态和体重维持情况，术前营养不良是否得以纠正
- 4、体液平衡是否得以维持，机体是否处于接受手术的最佳状态
- 5、休息睡眠情况如何，是否达到充足的睡眠时间
- 6、有无预防感染的措施，效果如何，有无发生感染





健康教育

- 告知病人与疾病相关的知识，使之理解手术的必要性
- 告知麻醉、手术的相关知识，使之掌握术前准备的具体内容
- 加强营养，注意休息、适当活动，提高抗感染能力
- 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
- 指导术前各种训练，包括呼吸功能锻炼、床上活动、床上使用便器等





第二节

手术后病人的护理



手术后护理的重点

防止并发症是术后护理重点

根据病人的手术情况和病情变化，确定护理问题，采取切实有效的术后监护，预见性地实施护理措施，尽可能减轻病人的痛苦和不适，防治并发症，促进病人康复。



护理评估

- 手术类型和麻醉方式
- 身体状况
生命体征、切口状况、引流、疼痛等不适、肢体功能、辅助检查
- 并发症
有无术后出血、术后感染、切口裂开、深静脉血栓等并发症的发生及其相关因素。



护理评估

- 心理社会支持状况

- 心理变化的原因

- 1、失去部分肢体或身体外观改变

- 2、术后出现的各种不适

- 3、留置各种导管所致的不适

- 4、术后恢复慢、发生并发症

- 5、担心预后

- 6、担心住院费用、经济能力难以维持后续治疗

- 判断预后

了解术后病人的治疗原则和治疗措施的落实情况，判断预后。



护理诊断

- **低效性呼吸型态** 与术后卧床、活动量少、切口疼痛、呼吸运动受限等有关。
- **有体液不足的危险** 与手术导致失血、体液丢失、禁食禁饮、液体量补充不足有关。
- **舒适的改变 疼痛、腹胀、尿潴留** 与手术后卧床、留置各类导管、创伤性反应有关。
- **营养失调：低于机体需要量** 与术后禁食、创伤后机体代谢率增高和分解代谢旺盛有关。
- **活动无耐力** 与手术创伤、机体负氮平衡有关。
- **知识缺乏** 缺乏术后康复、锻炼和保健知识。
- **焦虑恐惧** 与术后不适、预后差、住院费用等有关。
- **潜在并发症** 术后出血、术后感染、切口裂开、肺部感染、深静脉血栓、泌尿系统感染等。





护理目标

- 术后生命体征平稳，病情稳定，呼吸功能改善。
- 体液平衡得以维持，循环系统功能稳定。
- 术后不适程度减轻，得到较好休息。
- 术后营养状况得以维持或改善。
- 活动耐力增加，逐步增加活动量。
- 病人能复述有关术后康复知识。
- 情绪稳定，能主动配合治疗护理。
- 术后并发症得以预防或及时发现、治疗，恢复顺利。





护理措施

- 维持生理功能的稳定，保证病人安全
- 处理术后不适，增进病人舒适
- 加强切口和引流的护理，促进愈合
- 提供相关知识和护理，促进术后康复
- 心理护理，缓解焦虑和恐惧
- 识别术后并发症，做好预防和护理





一、维持生理功能的稳定，保证病人安全

- 迎接和安置术后回室的病人
- 安置病人合适的体位
- 病情观察和记录
- 静脉补液和药物治疗





迎接和安置术后回室的病人

- 与麻醉师、手术室护士做好床边交接。
- 搬动病人时动作轻稳，注意保护头部、引流管、输液管道。
- 正确连接引流装置，调节负压，检查输液是否通畅。
- 注意保暖，避免烫伤。
- 吸氧。

江苏省苏北人民医院
手术后医嘱

1. 医嘱通知 医嘱
2. 护理等级 1 级
3. 体位
4. 测定血压、脉搏、呼吸每 分钟一次
5. 吸氧 吸氧浓度 吸氧流量
6. 病情观察 引流管 尿管导尿
7. 镇痛药
8. 病情观察
9. 其他

手术医师

返抵病房时病情

1. 时间 年 月 日 时 分
2. 神志 清醒 嗜睡 昏迷 躁动
3. 体温 脉搏 呼吸 血压 呼吸 呼吸
4. SpO₂ % SPO₂
5. 其他

值班医师

江苏省苏北人民医院
手术患者交接记录单

姓名 彭彭 性别 女 年龄 30 病区 2 床号 01 住院号 Dp10
手术日期 2012-9-10 手术名称 腹腔镜探查术

接患者交接:
时间: 11:30
住院病历: 无 有
术前必备: 手术同意书 凝血常规化验单 HIV 化验单
术中带药: 无 有 止血药 药敏试验: 无 阴性 阳性
意识: 清醒 模糊 昏迷
生命体征: 平稳 不平稳
禁食禁饮: 否 是 备皮: 是 否
皮肤情况: 完好 破损
绷带: 无 有
手术部位: 无 有 常规
影像资料: 无 有 1 张
贵重物品: 无 有
贵重物品: 无 有
备注:

病区护士 任任 巡回护士 李李

患者交接:
时间: _____
住院病历: 无 有 手术护理记录单: 有 无
至恢复室血制品 _____ 带至病区血制品 _____
意识: 清醒 模糊 昏迷
生命体征: 平稳 不平稳
带: 无 有 静脉通路: 好 否
情况: 无 有: 头 颈 胸 腹 会阴 四肢 下肢 背部 腰部 胃管 留置尿管
其它部位 _____
情况: 完好 破损 _____
影像资料: 无 有 2 张
贵重物品: 无 有 _____
贵重物品: 无 有 _____
备注: _____

巡回护士 _____ 恢复室护士 _____ 病区护士 _____

护士长





安置病人合适的体位

- 全麻 未清醒时，平卧，头偏向一侧。
- 腰麻 去枕平卧12小时。
- 硬麻 平卧6小时。
- 休克 下肢抬高 15° - 20° ，头胸部抬高 20° - 30°
- 颅脑手术 无休克或昏迷，取 15° - 30° 头高脚低斜坡卧位。
- 颈、胸手术 高半坐卧位。
- 腹部手术 低半坐卧位或斜坡卧位。
- 脊柱或臀部手术 俯卧或仰卧位。





病情观察和记录

- 观察生命体征

 - 床边心电监护

- 观察尿液

 - 尿量和颜色，必要时记录24小时液体出入量。

- 加强巡视和观察

 - 注意有无呼吸道梗阻，有无切口、胸腹腔及胃肠道出血和休克的早期表现。

 - 如脉搏细速、脉压变小、血压下降、呼吸急促，每小时尿量小于50ml，应及时报告医生并处理。





静脉补液和药物治疗

- 手术野的**不显性液体丢失**、**手术创伤**、术后**禁食**等原因，术后多需静脉输液直至恢复饮食。
- 根据手术大小、病人器官功能状态、疾病严重程度、病情变化，调整输液成分、量、速度，以补充水、电解质、营养物质。
- 必要时输血或血浆，维持有效循环血量。





二、处理术后不适，增进病人舒适

- 切口疼痛
- 发热
- 恶心、呕吐
- 腹胀
- 呃逆
- 尿潴留





切口疼痛

- 评估和了解疼痛的程度
 1. 口述疼痛分级评分法
 2. 数字疼痛评分法
 3. 视觉模拟疼痛评分法
- 提供有效缓解疼痛的措施
 1. 术后口服镇静、止痛类药物，必要时肌注杜冷丁
 2. 大手术后1-2天内，使用病人自控镇痛泵（PCA）
 3. 采取舒适体位，指导咳嗽、翻身时用手按压切口
 4. 鼓励病人表达疼痛的感受，提供简单的解释
 5. 非药物方法减轻疼痛，如按摩、放松、听音乐
 6. 心理疏导，分散病人注意力





发热

- 由于手术创伤的反应，术后病人的体温可升高0.5-1℃，一般不超过38℃，称之为外科手术热，术后1-2日体温逐渐恢复正常。
- 术后24小时内体温过高(>39℃)，常为代谢性或内分泌异常、低血压、肺不张、输血反应等。
- 术后3-6日的发热或体温降至正常后再度发热，要警惕继发感染的可能。
- 发热病人，除了应用退热药物或物理降温对症处理外，更应结合病史进行各项检查，寻找病因作针对性治疗。





恶心呕吐

- 术后早期的恶心呕吐常为麻醉反应所致，待麻醉作用消失后，即可自然停止。
- 腹部手术后反复呕吐，可能是急性胃扩张或肠梗阻。
- 呕吐时，病人头偏向一侧，及时清除呕吐物。
- 若持续呕吐，应查明原因，进行相应处理。
- 部分病人给予镇静、止吐药减轻症状。





腹胀

- 术后早期腹胀常是由于胃肠道蠕动受抑制，肠腔内积气无法排出所致。
- 术后数日仍无肛门排气、腹胀明显或伴有肠梗阻症状，应作进一步检查和处理。
- 采取持续胃肠减压、肛管排气、高渗溶液低压灌肠等综合措施，更要注意是否存在腹膜炎或其他原因所致的肠麻痹或肠粘连所致的机械性肠梗阻。
- 经非手术治疗不能改善者，需做好再次手术的准备。





呃逆

- 可能是神经中枢或膈肌直接受刺激引起。
- 术后早期发生者，可压迫眶上缘，抽吸胃内积气、积液，给予镇静或解痉药物等。
- 上腹部术后病人出现顽固性呃逆，要警惕膈下积液或感染的可能，作超声检查明确病因。





尿潴留

- 原因 全麻后排尿反射受抑制、切口疼痛引起后尿道括约肌反射性痉挛、病人不习惯床上使用便器。
- 下腹部热敷、按摩、听流水声诱导排尿。
- 无禁忌，协助坐位或站立排尿。
- 导尿，一次排尿不超过1000ml。
- 尿潴留时间过长，导尿时尿量超过500ml，应留置尿管1-2天。





三、加强切口和引流的护理，促进愈合

- 管道护理和保持引流通畅
- 观察手术切口
- 手术切口分类
 1. 清洁切口（Ⅰ类切口） I期缝合的无菌切口
 2. 可能污染的切口（Ⅱ类切口） 手术时可能带有污染的I期缝合切口；还包括皮肤不容易彻底消毒的部位、6小时内的伤口经过清创术缝合、新缝合的切口再度切开者。
 3. 污染切口（Ⅲ类切口） 邻近污染区或组织直接暴露于污染或感染物的切口。





● 切口的愈合分级

1. 甲级愈合 愈合良好，无不良反应。
 2. 乙级愈合 愈合处有炎症反应，但未化脓。
 3. 丙级愈合 切口已化脓。
- 按分类、分级方法记录切口的愈合，如 I / 甲（清洁切口甲级愈合）。切口处理不当，I 类切口亦可能丙级愈合； III 类切口处理恰当，也可能甲级愈合。





拆线时间

影响因素

切口部位、局部血液供应、病人年龄、全身营养状况

不同部位拆线时间不同

- 头、面、颈部 术后4-5天
- 下腹部、会阴部 术后6-7天
- 胸部、上腹部、背部、臀部 术后7-9天
- 四肢 术后10-12天
- 减张缝合 术后14天
- 年老体弱、营养不良、糖尿病 适当延迟
- 青少年 适当缩短





四、提供相关知识和护理，促进术后康复

- 营养和饮食
- 休息和活动





营养和饮食

- 腹部手术尤其是胃肠道手术
术后禁食1-3天，待肠道功能恢复、肛门排气后，开始进少量流质，逐步递增至全量流质，第5-6天半流质，第7-9天过渡到软食，第10-12天普食。
- 非腹部手术
 1. 局麻 按需进食
 2. 椎管内麻醉 术后6小时进食
 3. 全麻 完全清醒、无恶心呕吐后进食
- 不能进食或进食不足时，静脉补充水、电解质、营养素，必要时提供肠内、肠外营养支持。
- 禁食 做好口腔护理。





休息和活动

- 保持病室安静，减少干扰。
- 病情稳定后鼓励病人早期床上活动，争取短期内起床活动，除非有治疗方面的禁忌。
- **早期活动**有助于增加肺活量、改善全身血液循环、预防深静脉血栓形成、促进肠功能恢复、减少尿潴留的发生。
- 指导床上活动，深呼吸、四肢主动活动、翻身和坐起。
- 痰多者，协助叩背，指导有效咳嗽，促进痰液排出。
- 大部分病人术后24-48小时试行下床活动。活动时固定好各种导管。





五、心理护理，缓解焦虑和恐惧

- 鼓励病人表达并稳定其情绪
- 提供缓解术后不适的措施
- 指导病人进行术后康复活动
- 相关知识的宣教





六、识别术后并发症，做好预防和护理

- 术后出血
- 术后感染
- 切口裂开
- 深静脉血栓形成或血栓性静脉炎





术后出血

- 原因 术中止血不完善或创面渗血、原先痉挛的小动脉断端舒张、结扎线脱落、凝血机制障碍。
- 切口敷料被血渗湿，打开敷料检查切口。
- 根据引流液的形状、量、色泽判断有无体腔内出血。
- 通过临床表现评估有无低血容量性休克的早期表现，如烦躁、脉率持续增快、脉压减小、尿量少。
- 处理 少量出血，更换切口敷料、加压包扎、使用止血药。大量出血，加快输液、输血或血浆补充血容量，做好再次手术止血的准备。





呼吸系统感染

- 临床表现 肺不张有术后早期发热、呼吸和心率增快的表现，颈部气管可能向患侧偏移。局限性湿啰音、呼吸音减弱；胸部X线检查呈现**典型的肺不张征象**。继发感染时，体温明显升高，白细胞计数和中性粒细胞数增加。
- 处理 术后卧床期间鼓励病人深呼吸，协助多翻身、叩背，促进气道内分泌物排出，尽快解除气道阻塞。指导保护切口，有效咳嗽咳痰。痰液粘稠者，摄入充足的水分并雾化吸入。应用敏感的抗菌药。
- 预防 术前锻炼深呼吸，术后鼓励多活动。术前2周停止吸烟。利用体位引流或药物促进排痰。抗菌药控制感染。防止全麻病人误吸。





泌尿系统感染

- 临床表现 急性膀胱炎时，尿频、尿急、尿痛，有时排尿困难。急性肾盂肾炎多见于女性，表现为畏寒发热、肾区疼痛、白细胞计数增高，中段尿镜检见大量白细胞和细菌。
- 处理 根据尿培养和药敏试验选用有效抗菌药控制感染。多饮水或静脉补液，维持尿量 $>1500\text{ml/d}$ ，保持排尿通畅。
- 预防 指导术后自主排尿。出现尿潴留及时处理，残余尿超过 500ml 时，留置导尿持续引流。





切口感染

- **临床表现** 常发生于术后3-5天，病人自述切口疼痛加重或减轻后又加重，局部出现红、肿、压痛或有波动感；伴体温升高、脉率加快、白细胞计数增高等全身表现。
- **处理** 感染早期局部热敷或理疗，使用有效抗菌药，促使炎症消散吸收。明显感染或脓肿形成时，拆除局部缝线，暴露并清理切口，放置油纱条引流，定期更换敷料，争取二期愈合。必要时分泌物作细菌培养和药敏试验。
- **预防** 严格执行无菌技术，手术时防止残留无效腔、血肿、异物。术后加强营养支持，增强抗感染能力，合理使用抗菌药。





切口裂开

- **临床表现** 常发生于术后**1周**或拆线后**24小时内**。分为**全层裂开**和**部分裂开**。往往发生在病人突然腹部用力或有切口的关节活动度较大时，病人自觉切口疼痛和突然松开，随即有淡红色液体自切口溢出。腹部切口全层裂开时可见内脏脱出。
- **处理** 稳定病人情绪，无菌纱布覆盖切口，腹带包扎。内脏脱出，切勿盲目回纳。通知医生送手术室重新缝合。
- **预防** 术前加强营养支持；腹部手术必要时全层减张缝合，术后腹带加压包扎，减轻局部张力，延迟拆线时间。及时处理和消除引起慢性腹内压增高的因素。切口位于肢体或关节活动部位，拆线后避免大幅度动作。





深静脉血栓形成或血栓性静脉炎

- **临床表现** 前者常发生于术后长期卧床、活动减少的老年病人或肥胖者。开始时病人自感腓肠肌疼痛和紧束，继之下肢出现凹陷性水肿，沿静脉走行有触痛，可扪及索状变硬的静脉。后者常表现为浅静脉发红、变硬、明显触痛，常伴有体温升高。
- **处理** 血栓性静脉炎，立即停止患肢静脉输液，抬高患肢、制动，局部50%硫酸镁湿敷。深静脉血栓形成，静脉输入低右和复方丹参，降低血粘度，改善微循环。局部严禁按摩。发病**3天内**尿激酶溶栓连续**1周**。
- **预防** 早期活动。血液处于高凝状态的病人，预防性口服小剂量阿司匹林或复方丹参片。





护理评价

- 术后病情、生命体征是否平稳
- 体液平衡是否维持
- 术后不适有无减轻，能否得到较好休息
- 术后营养状况有无改善
- 术后活动情况，活动耐力有无增加
- 能否复述有关康复知识，能否配合治疗护理
- 情绪是否稳定
- 有无术后并发症，并发症是否得到有效预防或及时发现、治疗





健康教育

- 恢复期病人合理营养、平衡膳食，注意休息、劳逸结合。活动量从小到大，出院后2-4周仅从事一般性工作和活动。
- 遵医嘱按时按量服用药物。
- 切口拆线后无菌纱布覆盖1-2天。带有开放性伤口出院者，将门诊换药时间、次数交代清楚。
- 一般术后1-3个月门诊随访一次。



谢谢！



思考题

罗先生，70岁。因胃溃疡行胃大部切除术后2年，发现腹壁切口处肿块半年入院。有吸烟史30余年，近2年吸烟每日约10根；曾有酗酒史，胃大部切除术后已戒除；喜食辛辣食物，不喜食水果，既往有习惯性便秘。病人既往有高血压10年，冠心病8余年，2型糖尿病3年，一直服用阿司匹林、利血平、格列吡嗪片等药物规律治疗。2年前因胃溃疡行胃大部切除手术，无药物过敏史，否认肝炎、梅毒等病史。未去过疫区。体格检查：T36.5℃，P65次/分，R17次/分，Bp165/92mmHg。

身高：168cm，体重：76kg。可见切口瘢痕处8cm×12cm大小肿块，站立时明显，可回纳，未见肠型和肠蠕动波。辅助检查结果：空腹血糖：8.6mmol/L，尿常规示尿糖++。病人其余辅助检查：血常规、便常规、肝、肾功能及电解质、凝血功能正常；心电图结果：窦性心律、心肌缺血。

请问：

- (1) 该病人手术前还需了解哪些辅助检查结果？
- (2) 可以教会病人做哪些术前适应性锻炼？该病人术前要做的特殊准备有哪些？
- (3) 给出该病人手术后3个主要护理问题，其术后有哪些护理措施？
- (4) 请针对该病人进行出院健康指导。