

关于围手术期处理 简版

概述

- 定义:

围手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。围手术期处理是以手术为中心，包含着手术前、中、后三个阶段的处理。

目的是将这三个阶段的处理贯穿起来作为一个整体，使病人获得最佳的手术治疗效果。有别于以往习惯称的手术前准备与手术后处理的单独概念。

- 从总体重要性来讲，完善的围手术期处理较单纯的手术技巧更为重要。因为围手术期处理是从手术的整体来考虑，包含着病人的体质与精神的准备，手术方案的选择，术中监测及处理,特殊情况的处理，术后监测、护理及并发症的预防和处理等。
- 一个合格的外科医生,不但要有熟练的手术操作技能,更要掌握系统的围手术期处理知识和方法。

手术的类型：

- **择期手术**：施行手术的迟早，不致影响治疗效果。即，可再充分的术前准备后选择合适时机进行手术。如可复性腹股沟疝修补术、良性肿瘤等。
- **限期手术**：手术时间虽可以选择，但时间不能任意延长，应在尽可能短的时间内做好术前准备。如恶性肿瘤根治术等。
- **急症手术**：需在最短时间内迅速进行必要的准备后立即手术。如各种创伤，急性大出血和急腹症等。

术前准备 Preoperative preparation

- 手术前不仅要注意外科疾病本身，而且要对病人的全身情况有足够的了解，包括可能影响整个病程的各种潜在因素。
- 详细询问病史；全面地体格检查；常规的实验室检查；涉及重要脏器功能的检查评估；
- 充分估计病人对手术的耐受力，以便术前纠正、术中术后防治，

- **病人耐受性较好**-----外科疾病对机体没有影响或影响较小易于纠正；主要脏器的功能基本正常或在代偿期；全身健康状况良好或较好；术前只要进行一般准备即可。
- **病人耐受性不良**----外科疾病对机体的影响较明显或严重；主要脏器的功能轻度或严重失代偿期；全身健康状况差或极差；术前除要进行一般准备外，还要进行特殊准备，纠正失偿脏器的功能。

术前准备----心理准备

对于手术，多数病人有恐惧感。

病人对手术顾虑：

害怕麻醉不满意而术中疼痛；
担心手术后不能坚持工作和丧失劳动力；
对肿瘤根治性手术的效果悲观失望等。

术前准备----心理准备

术前就病情、实施手术的方式和必要性、可能取得的效果及存在的风险、可能发生的并发症、术后恢复过程和因为手术而带来的不适以及预后等，对病人及其家属作适度的解释，取得理解、信任和同意，以便配合手术和术后治疗。

履行书面知情同意手续，包括手术、麻醉、输血等知情同意书。

术前准备----生理准备

- (1) 适应手术后变化的锻炼
- (2) 补液以纠正水、电解质和酸碱平衡；输血或备血
- (3) 预防感染：增强病人体质、无菌技术、操作轻柔、减少组织损伤----防止感染的重要环节；预防性应用抗生素。
- (4) 注意热量、蛋白质和维生素的摄入或补充
- (5) 胃肠道准备
- (6) 其他----镇静；留置胃管、尿管等；月经、发热暂停手术。

预防性应用抗生素

- (1) 涉及感染病灶或切口接近感染区域的手术
- (2) 肠道手术
- (3) 操作时间长、创伤大的手术
- (4) 开放性创伤，创面已污染或有广泛软组织损伤、创伤至清创的间隔较长，或清创所需时间较长以及难以彻底清创者
- (5) 癌肿手术
- (6) 涉及大的血管的手术
- (7) 需要植入人工制品的手术
- (8) 脏器移植手术

胃肠道准备

饮食的管理：

择期手术术前8-12小时禁食，术前4小时禁饮。

胃肠道的较大手术，术前24-48小时开始改进流汁饮食，有幽门梗阻、慢性结肠梗阻者，禁食的时间还可提前。

少数复杂手术甚至要在术前3-5天开始进行深静脉营养。

肠道的准备：

全麻及椎管内麻醉，术前一晚肥皂水灌肠或服缓泻剂，防止肛门括约肌松弛而排便于手术台；减轻术后腹胀和便秘。

结直肠手术，术前3天口服肠道制菌剂，前1天清洁灌肠等。

术前准备----特殊准备

下列疾病增加手术的并发症和死亡率

- 营养不良
- 脑血管病
- 心血管病
- 呼吸功能障碍
- 肝疾病
- 肾疾病
- 糖尿病
- 凝血障碍

术前准备-----特殊准备

- 1、营养不良：（malnutrition）
 - 多伴有低蛋白血症，且常与贫血、血容量减少同时存在。术中耐受失血和低血容量能力降低，术后组织愈合能力差、抗感染能力差。术前应尽可能纠正低蛋白血症。（TPN、EN）
- 2、脑血管病：(Cerebrovascular disease)
 - 80%发生在术后，多因低血压、心源性栓子栓塞
 - 高危因素：高龄或术前曾有脑血管疾患、高血压、冠脉疾病、糖尿病及吸烟等
 - 近期脑卒中者，择期手术至少应推迟**2~6周**。

术前准备----特殊准备

- 3、心血管病：(cardiovascular disease)
- 高血压患者血压 $<160/100\text{mmHg}$ ，无特殊准备
- 若血压过高，运用合适的降压药使血压平稳在一定水平；术前晨起应继续用药；
- 入手术室血压升高，根据病情和手术性质，选择继续手术或延期手术
- 伴心脏疾病患者，手术死亡率明显增高，应检查评估，请麻醉师和内科医师共同处置。

年龄 ≥ 40 岁，接受非心脏手术的病人，对心脏功能进行量化评估。

病史、体检、实验室检查、手术种类

表 1 Goldman 心脏高危因素计分表

(1)年龄 ≥ 70 岁	5
(2)6个月以内心肌梗死	10
(3)S3奔马律和颈静脉怒张	11
(4)重度主动脉狭窄	3
(5)ECG显示非窦性心律或房性早搏 (7)	7
(6)室性早搏 5次/min	7
(7)全身情况差： $\text{PaO}_2 < 8\text{kPa}(60\text{mmHg})$ 或 $\text{PaCO}_2 > 6.7\text{kPa}(50\text{mmHg})$ ，血钾 $< 3\text{mmol/L}$ $\text{HCO}_3^- < 29\text{mmol/L}$ ， $\text{BUN} > 50\text{mg/dl}$ 或 $\text{Cr} > 3\text{mg/dl}$ ，慢性肝病或SGOT升高	3
(8)腹腔、胸腔或主动脉手术	3
(9)急症手术	4
共计	53

* 手术时间和血流动力学不稳定的病人更危险。

	得分	手术心源性死亡和 危重心脏并发症发生率
非心脏大手术	• 0—5分	■ 1%
	• 6—12分	■ 7%
	• 13—25分	■ 13%
	• ≥ 26 分	■ 78%

得分 ≥ 26 分时禁忌进行择期

Goldman指数中半数以上的积分是可以控制的

术前准备----特殊准备

- 4、肺功能障碍：(pulmonary disease)
- 凡有肺部疾患或需行开胸手术者，术前应作血气分析和肺功能检查；
- 危险因素----慢阻肺、吸烟、老年、肥胖、急性呼吸道感染
- $\text{PaO}_2 < 8.0\text{kPa}$ (60mmHg) $\text{PaCO}_2 > 6.0\text{kPa}$ (45mmHg)，围手术期并发症可能增加；
- 肺功能检查最大通气量在预计值85%以上→较好；60%~85%→较差；<60%→极差。
- 呼吸功能极差或呼吸功能不全伴感染者，不宜行择期手术，需先纠正。

术前准备----特殊准备

- 5、肾疾病(renal disease)
- 麻醉、手术创伤会加重肾的负担，
- 危险因素----术前血尿素氮和肌酐升高、充血性心衰、高龄、重症感染、术中低血压、肾毒性药等；
- 术前准备的重点是最大限度的改善肾功能（纠正贫血、纠正水电平衡、避免用损害肾脏药物等）
- 6、凝血障碍
- 查PT、APTT、PLT
- 询问相关病史----出血史、月经量、特殊病史、用药史等
- 根据凝血障碍和手术类型酌情处理

糖尿病对手术的影响

(diabetes mellitus)

- 糖尿病人的手术耐受性差，术前应控制血糖水平，纠正水、电解质代谢紊乱和酸中毒，改善营养状况。
- 常伴无症状的冠状动脉疾患，易被忽视。
- 饮食控制病情者，术前不另行处理
- 口服降糖药者，继续服至术前一天晚上。
- 术前已应用胰岛素注射者，用至术日晨；应用长效制剂者，术前2—3日停用，改用胰岛素皮下注射。
- 禁食患者应用静脉葡萄糖加胰岛素维持血糖在正常稍高水平。

术后处理

Postoperative management

(一) 常规处理

- 术后医嘱
- 监测
- 静脉输液
- 管道及引流

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/056140115211010124>