



围手术期处理

医学院外科教研室

围手术期处理

+定义:

- 指手术前后一定时间内针对患者为承受手术及麻醉而采取的一系列处理措施。围手术期从病人决定需要手术治疗开始。

+术前准备

+术后处理

+术后并发症的处理

第一节 术前准备

术前准备是指病人入院或作出手术决定后直至麻醉和手术开始前，运用各项措施，使接受手术的病人生理功能接近正常，提高对手术的耐受力，为手术的顺利进行及减少术后并发症，尽早康复打下基础。

术前准备

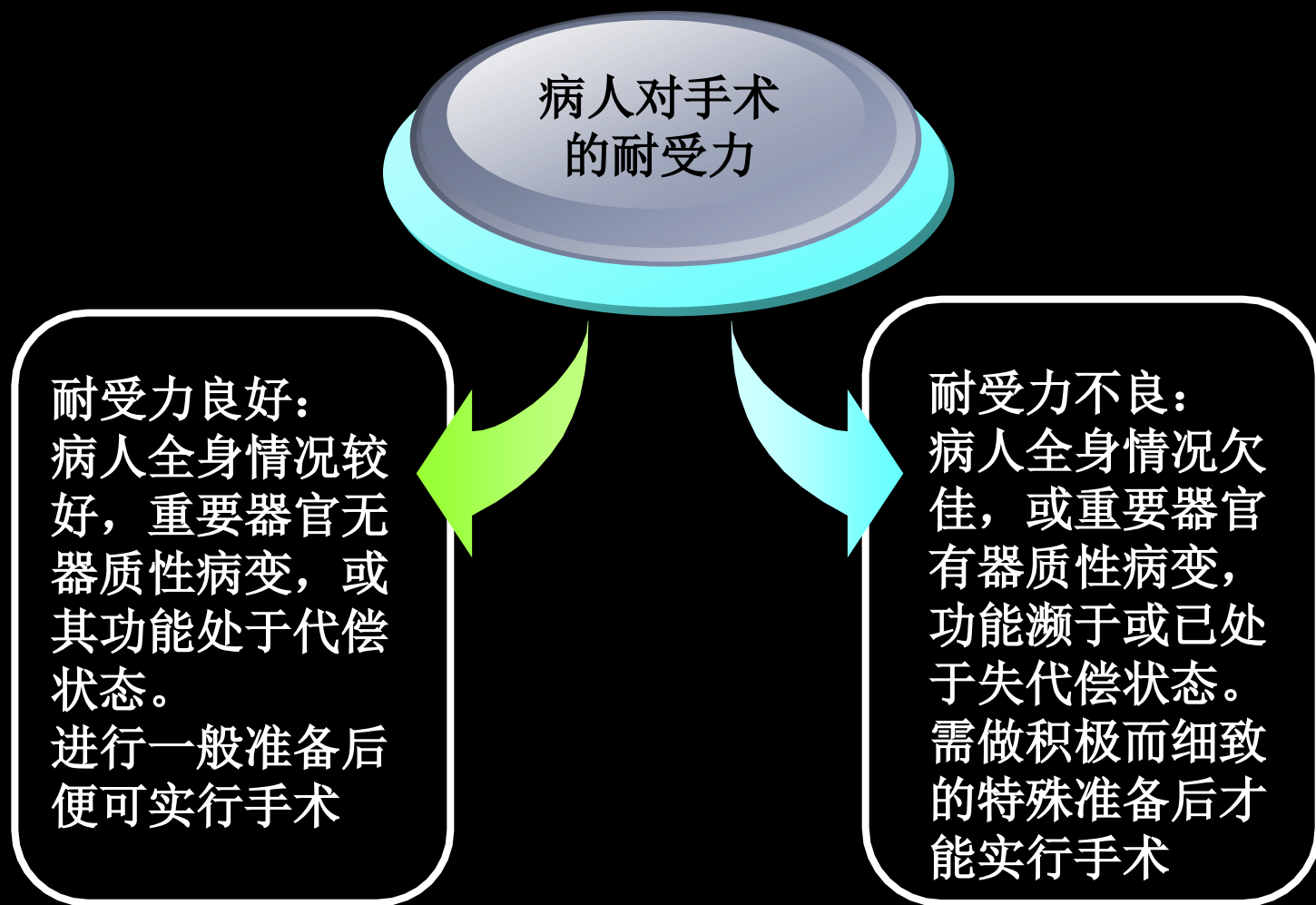
手术分类

择期手术：可在作充分术前准备的同时，选择合适的时间进行手术。

限期手术：抓紧时间做好必要术前准备，在一定时期内进行手术。

急症手术：需要在诊断确定后很短时间内就进行的手术。

术前准备



一、一般准备

手术治疗的病人心理特点

起病急，
缺乏准备

痛苦大

对手术恐
惧

对生与死
感受强烈


(一)心理准备

- 1、对疾病的诊断、手术方法、可能发生的并发症及预防措施跟病人做适当解释。
- 2、对病人及家属说明手术的重要性、可能取得的效果、手术的风险、可能发生的并发症，以及术后恢复过程和预后，取得病人信任和配合，并在手术同意书上签字。
- 3、交待病人如何保持良好的心理素质以确保手术成功。

(二)生理准备

1. 适应性锻炼:

- 吸烟者术前2周戒烟。
- 练习在床上大小便。
- 正确地咳嗽、咳痰方法。



2. 输血补液：施行大手术前，应监测血型，并做交叉配血试验。同时，应纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱。

3. 预防感染

→ 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，创伤至实施清创的间隔时间较长，或清创所需时间较长以及难以彻底清创者。⑤癌肿手术。⑥涉及大血管的手术。⑦需要植入人工制品的手术。⑧脏器移植术等。应预防性使用抗菌素，以减少术后切口感染。

→ 一般麻醉时静滴或术前2小时肌注，术后预防性应用不超过1天。

→ 原则：


- 1.用在细菌种植之前
- 2.应用时间要短
- 3.不能代替无菌术

4. 热量、蛋白质和维生素的补充

→ 体质差伴营养不良的病人，术前数日可适当输入适量的白蛋白、复方氨基酸等，并口服各种维生素，有贫血者应少量多次输血。

5. 胃肠道的准备

- + 中小手术饮食一般不需严格限制，但必需在术前8~12小时禁食，术前4小时禁饮，以防麻醉和手术过程中发生呕吐而误吸入肺。
- + 胃肠道的较大手术，术前1~2天开始改成流质饮食，有幽门梗阻、慢性结肠梗阻者，禁食的时间还可提前。
- + 少数较复杂的手术如半肝切除，胰、十二指肠切除术和全胃切除术等，甚至要在术前3—5天开始进行深静脉营养代替口服饮食。

- 
- + 局麻下的一般手术，肠道勿需准备。
 - + 胃肠道手术患者术前常规放置胃管，以减少术后胃潴留引起的腹胀。幽门梗阻者术前3日每晚生理盐水洗胃，排空胃内潴留物，以减轻胃黏膜充血、水肿。
 - + 结肠或直肠手术，应酌情在术前一日晚及手术当天清晨进行清洁灌肠或结肠灌洗，并于术前2~3天开始口服肠道抗菌药物。

6. 其他的处理

①手术前夜，病人需保证良好的睡眠。

②如发现病人体温升高、妇女月经来潮，手术应延期。

③估计手术时间长或实行盆腔手术，应留置导尿管。

④病人的活动性义齿、手表、戒指、项链等应取下交给家属。

二.术前的特殊准备

营养不良

术前准备要点

术前应尽可能纠正营养不良、低蛋白血症、贫血、血容量不足，允许作较长时间准备的，可给予肠外或肠内营养支持

脑血管病

近期有脑卒中史者，择期手术应至少推迟2周，最好6周。

高血压病

低盐低脂饮食，适当镇静；血压大于160/100mmHg者可适当降压，但不一定降至正常。

心脏病

- 1、水和电解质失调者须纠正。
- 2、贫血者少量多次输血矫正。
- 3、房颤伴心室率增快者，使用药物尽可能使心率控制在正常范围。心动过缓者，术前可皮下注射阿托品0.5~1mg以增加心率。
- 4、急性心梗病人6个月内不施行择期手术；6个月以上者，在监测条件下可实行手术；心力衰竭病人，在心衰控制3~4周后再施行手术。

特殊情况

术前准备要点

肺功能障碍

1、有吸烟史者，在择期手术前应戒烟 2、有慢性炎症存在者，选用适宜抗生素控制感染，行超声雾化吸入，体位引流排痰，低流量氧吸入。

凝血障碍

术前7天停阿司匹林、术前2天停非甾体抗炎药、术前10天停抗血小板药。必要时可输血小板、冷沉淀、血浆等。

肾脏疾病

低蛋白高糖饮食，维持水电解质酸碱平衡，控制感染(避免肾毒性)，必要时透析。

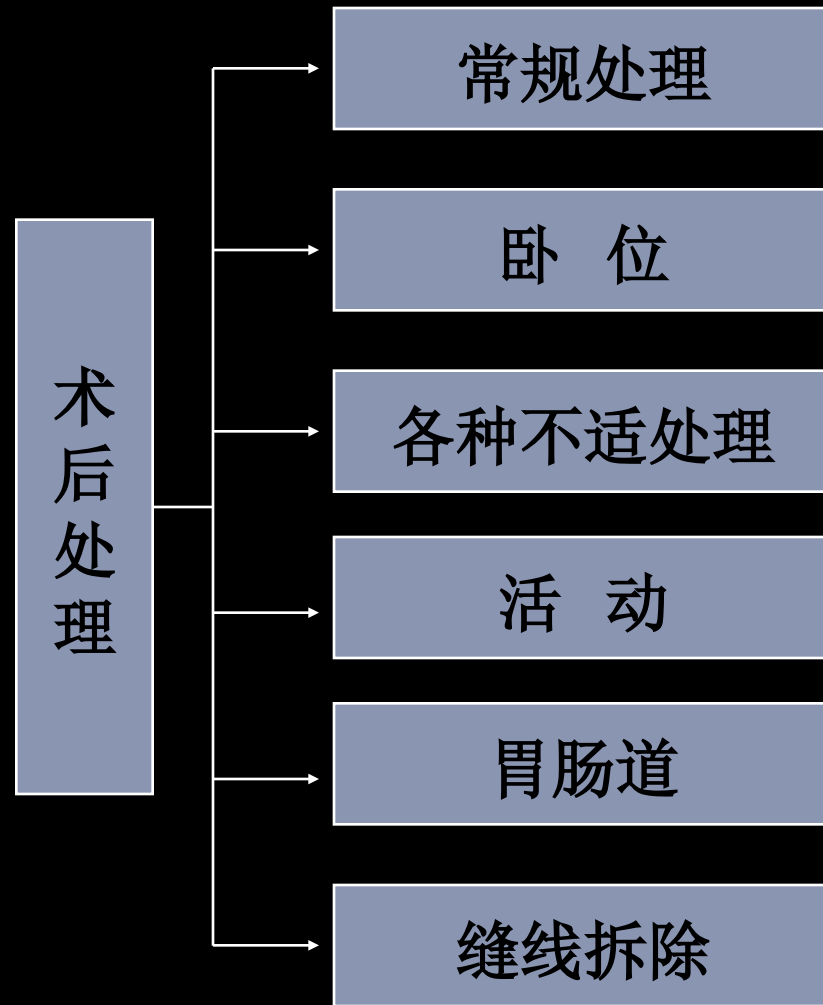
下肢深静脉血栓形成预防

皮下注射低分子肝素、间断气袋加压下肢、口服华法林

糖尿病

1、术前对隐性糖尿病病人多加检查。
2、择期手术病人，术前血糖控制在5.6 ~ 11.2mmol/L 尿糖（+ ~ ++）；老年糖尿病病人指标可放宽到空腹血糖 ≤ 9.44mmol/L，尿糖（+ ~ ++）。

第二节 手术后处理



第二节 手术后处理

一.常规处理

- 1.术后医嘱：包括诊断、施行的手术、检测方法和治疗措施。
- 2.监测：常规监测生命体征（T、P、BP、R、每小时尿量），出入水量 有心肺疾病或心肌梗死危险的病人应监测CVP，肺动脉楔压。
- 3.静脉输液：根据实际需要补液。
- 4.引流管：经常检查引流管有无堵塞、扭转、移位。同时也要观察引流液的性状和量。

二.卧位

- + **全麻未醒**:应平卧，头偏一侧，以防误吸。至病人清醒。
- + **腰麻术后**:应去枕平卧12小时，以减少头痛。
- + **硬膜外麻**:根据手术需要安置卧式。
- + **颅脑手术**:上身抬高15-30度的头高脚低斜坡卧位，可减轻脑水肿的发生。
- + **颈、胸、腹部手术**:常采用半坐卧位。有利于呼吸和循环。降低腹壁切口张力。腹腔有感染时，有利于炎性渗液聚集于盆腔，预防膈下脓肿的发生。
- + **脊柱或臀部手术**:常采用仰卧位或俯卧位。
- + **四肢术后**:抬高患肢，脓肿切开引流应置切口于最低位。

三.活动

术后应尽早活动，并逐步增加活动量和活动范围。

- + **卧床活动**：病人麻醉消失，已清醒后开始，可进行深呼吸运动、有效咳痰、翻身、四肢屈伸运动。
- + **离床活动**：一般在术后2~3天开始。先坐在床沿做深呼吸和咳嗽，再在床旁站立、行走，逐步增加活动范围、次数和时间。

+ 为什么要早期活动？

- ❖ 有利于增加肺通气量，减少肺部并发症；
- ❖ 促进血液循环，防止静脉血栓；
- ❖ 促进肠蠕动及早恢复，减轻腹胀或便秘；
- ❖ 促进膀胱功能恢复，解除尿潴留。

+ 不宜过早下床活动：骨科特殊固定制动、休克、心衰、严重感染、颅脑手术、肝修补术后、肾脏手术后。

四.胃肠道

1. 剖腹术后，胃肠道蠕动减慢。
小肠蠕动影响小，胃蠕动影响大。右结肠需48小时，左结肠需72小时。
2. 由于胃肠道蠕动减慢导致腹胀的，应留置胃管，行胃肠减压。
3. 腹腔、胃肠道引流管口应位于低位，有利于引流。
或使用负压吸引引流。
4. 造口的导管需内脏与腹膜形成牢固粘连方可拔除。

五.各种不适的处理

疼痛

- + 麻醉作用消失后，切口受到刺激会出现疼痛。术后疼痛可引起呼吸、循环、胃肠道和骨骼肌功能变化。
- + 术后24h最剧烈，2-3天后缓解。
- + 切口疼痛持续或加重时，应警惕切口感染。

处理：固定引流管防止移位致切口牵拉痛；指导病人翻身、深呼吸、咳嗽时用手按压伤口部位（腹部切口）；分散病人注意力；遵医嘱口服止痛片或肌肉皮下注射杜冷丁。

呃逆

- + 多为暂时性，大多数病人可自行停止，但有的非常顽固，影响病人休息、切口愈合。
- + **主要原因**：膈肌受到机械性或炎症性刺激，个别病人也可由于进食不当而诱发，顽固的呃逆可能是膈下感染的一个症状，应进一步检查。
- + **处理**：可采用压迫眶上缘、吸入CO₂、抽吸胃内积气积液、也可给安眠镇静、解痉药。

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/788023051110006142>