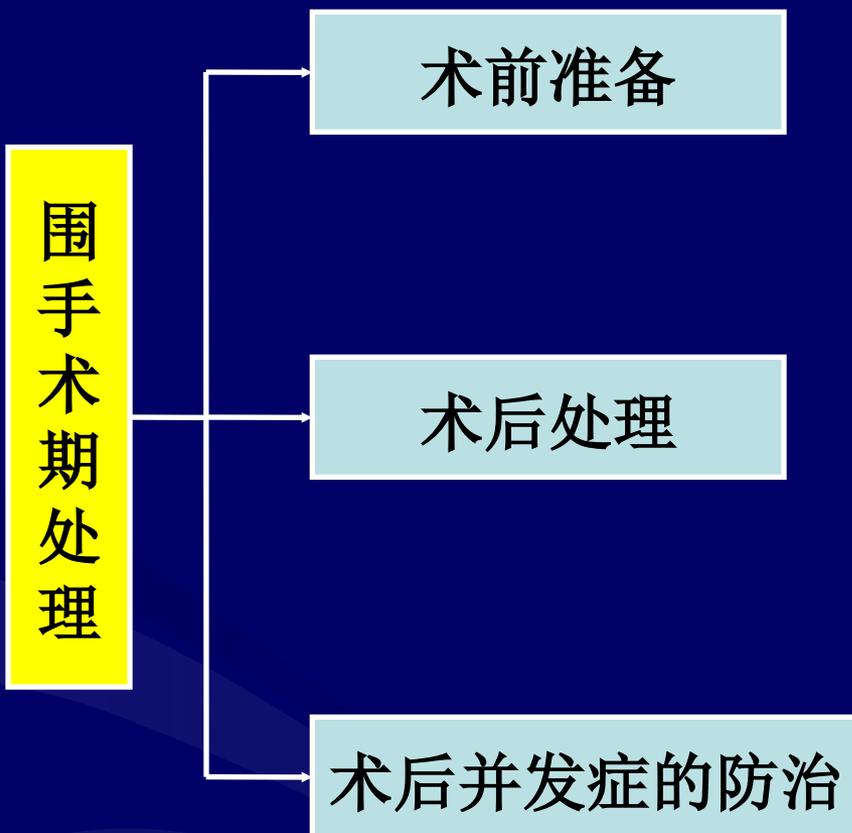


围手术期处理 Perioperative management

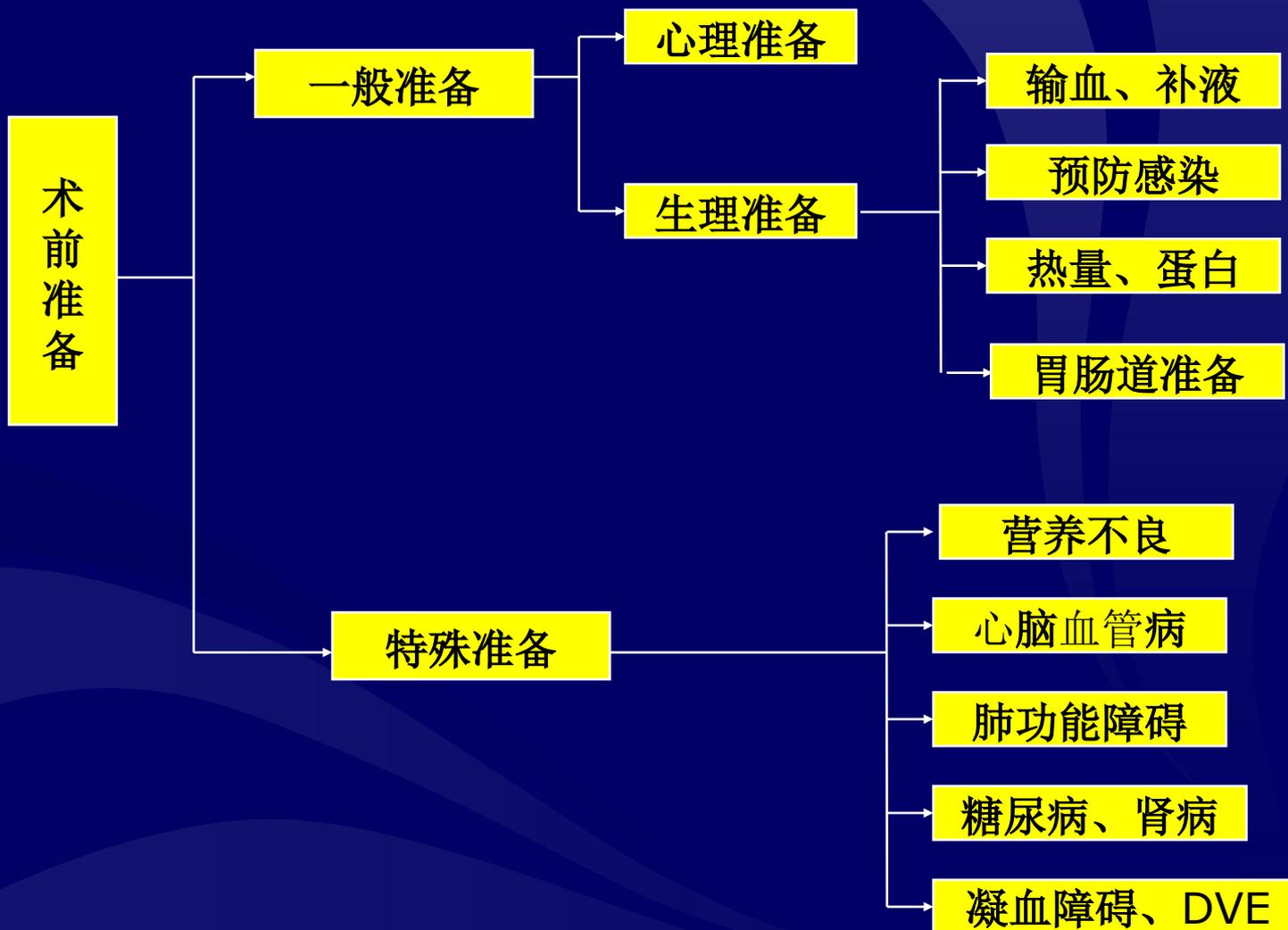
普通外科 张福民
2017-10-19





手术分类

- **急症手术：** 需在最短时间内进行必要的准备，然后迅速实施手术，如外伤性肠破裂；在呼吸道窒息、胸腹腔内大血管破裂等病情十分急迫的情况下，必须争分夺秒地进行紧急手术，以抢救病人生命。
- **限期手术：** 手术时间虽然可以选择，但有一定限度，不宜过久以延迟手术时机，应在尽可能短的时间内作好术前准备，如各种恶性肿瘤根治术。
- **择期手术：** 应在充分的术前准备后进行手术，如胃、十二指肠溃疡的胃大部切除术、一般的良性肿瘤切除术及腹股沟疝修补术等。



心理准备

- 向患者解释病情、实施手术的必要性、可能取得的效果、手术的危险性、可能发生的并发症、术后恢复过程和预后以及清醒状态下实施手术因体位造成的不适；
- 向家属解释疾病的诊断、手术的必要性及手术方式、术中和术后可能出现的不良反应、并发症及意外情况、术后治疗及预后估计；



术前预防感染措施

- 及时处理龋齿或已发现的感染灶；
- 病人在手术前不与患感染者接触；
- 严格遵守无菌技术原则，手术操作轻柔，减少组织损伤；



预防性应用抗生素指证

- 涉及感染病灶或切口接近感染区域的手术；
- 肠道手术；
- 操作时间长、创面大的手术；
- 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；
- 癌肿手术；
- 涉及大血管的手术；
- 需要置入人工制品的手术；
- 脏器移植术



胃肠道准备

- 成人术前8~12小时禁食，术前4小时禁水，以防因麻醉或手术过程中呕吐而引起窒息或吸入性肺炎，必要时胃肠减压；
- 胃肠道手术者，术前1~2日开始进流食，对幽门梗阻病人，需进行洗胃；一般性手术，术前一日作肥皂水灌肠；
- 结肠或直肠手术，应在术前一日晚上及手术当天清晨行清洁灌肠或结肠灌洗，并于术前2~3天口服肠道制菌药，以减少术后并发感染的机会。



营养不良

- 低蛋白状况引起组织水肿，影响愈合；营养不良的病人抵抗力低下，容易并发感染；
- 如果血浆清蛋白测定值在30~35g/L，应补充富含蛋白质饮食予以纠正；
- 如果低于30g/L，则需通过输入**血浆**、人体白蛋白制剂才能在短期内纠正低蛋白血症；
- **NRS**营养评分：»3需要营养支持



高血压

- 病人血压在160/100mmHg(21.3/13.3kPa)以下，可不必作特殊准备；
- 血压过高者，麻醉和手术应激可并发脑血管意外和充血性心力衰竭等危险，术前应选用合适的降压药物，使血压平稳在一定水平，但不要求降至正常后才手术；
- 对于原有高血压病史，进入手术室血压急骤升高的病人，应与麻醉医师共同处理，根据病情和手术性质，决择实施或延期手术。



心脏病的种类与手术耐受力

- 非紫绀型心脏病、风湿性和高血压心脏病、心律正常而无心力衰竭的趋势-----良好；
- 冠状动脉硬化性心脏病、房室传导阻滞----较差，必须作充分的术前准备；
- 急性心肌炎、急性心肌梗死和心力衰竭----甚差，除急症抢救外，推迟手术；



心脏病注意事项

- 长期使用低盐饮食和利尿药物，已有水和电解质失调的病人，术前应予纠正；
- 伴有贫血的病人携氧能力差，对心肌供氧有影响，术前应少量多次输血矫正贫血；
- 有心律失常者，如为偶发室性期外收缩，一般不需要特别处理；如有心房纤维颤动伴有心室率增快者，或确定为冠心病并出现心动过缓者，都应经有效的内科治疗，尽可能使心率控制在正常范围内；



心脏病注意事项

- 急性心肌梗死病人发病后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，在良好的监护条件下施行手术；
- 心力衰竭病人，最好在心力衰竭控制3--4周后，再实行手术



Goldman指数

临床所见	得分
第二心音奔马律或静脉压↑	11
心肌梗死发病<6个月	10
任何心电图>5个室性期前收缩/min	7
最近心电图有非窦性节律或心房期前收缩	7
年龄>70岁	5
急诊手术	4
胸腔、腹腔、主动脉手术	3
显著主动脉瓣狭窄	3
总体健康状况差	3

呼吸功能障碍

- 呼吸功能不全的主要表现是轻微活动后就出现呼吸困难；
- 哮喘和肺气肿是两个最常见的慢性阻塞性肺功能不全疾病；
- 凡有呼吸功能不全的病人，术前都应作血气分析和肺功能检查；



呼吸疾病注意事项

- 停止吸烟1~2周，鼓励病人多练习深呼吸和咳嗽，以增加肺通气量和排出呼吸道分泌物；
- 痰液稠厚的病人，可雾化或口服药物使痰液稀薄，易于咳出，并指导病人作体位引流，促使脓性分泌物排出；



呼吸疾病注意事项

- 重度肺功能不全及并发感染者，必须改善肺功能、控制感染后才能手术；
- 急性呼吸系感染者，择期手术应推迟至治愈后1~2周，如系急症手术，需用抗生素；
- COPD者，支气管扩张药物，急性发作者，择期手术应推迟。



肾功能损害程度的评价

测定法	轻度	中度	重度
24小时肌酐清除率 (ml/min)	51--80	21--50	<20
血尿素氮 (mmol/L)	7.5—14.3	14.6—25.0	25.3—35.7

肾功能损害

- 术前准备要点：最大限度改善肾功能；
- 轻中度肾功能损害病人经过适当疗法处理能较好的耐受手术；
- 重度损害病人需在有效透析疗法处理后实施手术。



糖尿病（术前）

- 控制血糖水平，纠正水、电解质代谢失调和酸中毒，改善营养情况；
- 施行有感染可能的手术，术前应用抗生素；
- 控制血糖在5.6~11.2mmol/L；
- 如果病人应用长效胰岛素或口服降血糖药，术前应改用胰岛素皮下注射，每4~6小时一次；



糖尿病（术中与术后）

- 手术应在当日尽早施行，以缩短术前禁食时间，避免发生酮症酸中毒；
- 取血作空腹血糖测定后，静滴5%葡萄糖溶液，取平时清晨胰岛素用量的1/3--2/3作皮下注射；
- 术中可按5：1的比例，在葡萄糖溶液中加入胰岛素；术后根据每4--6小时尿糖测定结果，确定胰岛素用量；



糖尿病

- 根据每4~6小时尿糖测定结果，确定胰岛素用量；
- 尿糖为++++，用12U；+++给8U；++给4U；+不用胰岛素；
- 如尿液酮体阳性，胰岛素剂量应增加4U；
- 如酮症酸中毒，则用5%葡萄糖250ml+胰岛素12U持续静点，并防治低血钾；





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。

例如：止痛、抗生素的应用、伤口护理及静脉输液，各种管道、插管、引流物、吸氧。

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。



常规处理

3. 静脉输液：(1)术后应接受足够量静脉输液直至进食。
(2)用量、成分、速度取决于手术大小、器官功能状态和疾病严重程度。
(3)肠梗阻、小肠坏死、肠穿孔的病人术后24小时内需补给较多的晶体。
(4)注意肺水肿和充血性心力衰竭；注意对休克和脓毒症病人输液量的估计。
4. 管道和引流：(1)引流的种类及放置的位置。
(2)检查引流管的通畅和注意引流物性状。
(3)决定何时拔除引流。



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/596211001114010134>