

围手术期重点环节管理应急预案与处理程序

第一篇：围手术期重点环节管理应急预案与处理程序

一、围手术期重点环节管理应急预案与处理程序 应急预案：

1. 按医嘱作好术前准备，如：备皮、导尿、灌肠、术前用药等，根据患者病情及个人情况，进行术前健康指导，并做好记录。

2. 术前物品准备：根据日常手术开展的种类，准备手术用物、设备、药品等，并保证其随时处于安全适用状态。

3. 严格查对手术病人身份，认真填写《手术病人交接记录单》

4. 正确安置病人手术体位，防止压疮和神经损伤；正确使用约束带，防止患者坠床或坠车。

5. 手术结束后，与病房护士认真进行交接，准确填写《手术病人交接记录单》。运送途中注意安全、携带抢救用物、药物，严密观察病情变化，保证各种管道通畅固定。

6. 体位：腰麻 - 去枕平卧 6h，全麻 - 清醒后即可给予合适体位。

7. 定时测量并记录 T、P、R、BP；观察伤口有无出血、渗血、渗液、敷料脱落及感染征象；妥善固定各种引流管，保持引流通畅，严密观察并记录引流液的色、质、量等；发现异常，及时通知医生。

8. 局麻或小手术患者 - 麻醉反应消失后即可视情况给予合理饮食；消化道手术：一般术后 3 天禁食，待肛门排气拔除胃管后，给予少量饮水，第 2 日给予流质。

9. 鼓励病人深呼吸，协助翻身、拍背、咳嗽、排痰，预防肺部并发症。10. 鼓励早期活动，促进血液循环，利于伤口愈合及防止压疮和下肢深静脉血栓；促进肠蠕动，防止腹胀和肠粘连；防止尿潴留的发生。

11. 遵医嘱用药、输血、换药等。

12. 积极开展手术患者术后康复训练指导，做好相关护理记录，促进患者早日康复。

处理程序：

1. 发生手术患者、手术部位错误，立即停止手术，配合医生处置

患者，将危害减少到最小。

2. 患者发生坠床跌倒，气管插管、各种引流管脱落等不良事件，立即配合医生处置患者，将危害减少到最小，并报告护士长、护理部。

3. 发生用药、输血反应立即报告医生，积极配合医生处理，按有关程序对药物及输液器进行封存，报告科主任、护士长、护理部、药剂科等。

4. 发现术后大量出血，立即加快输液、输血；同时通知医生，必要时行手术止血。5. 发生切口裂开，嘱病人卧床，用无菌生理盐水纱布覆盖，并用腹带包扎，立即通知医生送手术室重行缝合处理。

二、围手术期管道滑脱的应急预案及处理程序 应急预案：

1. 管理滑脱主要是指胃管、尿管、引流管、气管插管、气管套管、中心静脉导管和经外周置入中心静脉导管等管路的脱落。

2. 患者发生了管路滑脱，立即报告医生迅速采取措施，避免或减轻对患者身体的损害或将损害降低至最低。

3. 值班护士要立即向护士长汇报。科室按规定填写“患者逼良不良事件报告表”，在 24 小时内电话报告护理部，48 小时内上交书面报告。

4. 密切观察患者生命体征，为患者采取各种护理措施和安全措施。5. 遵医嘱给予患者用药。

6. 护士长要组织科室人员认真讨论、分析原因，不断改进护理工作。程序：管路滑脱 → 报告医生 → 采取措施 → 立即向护士长汇报 → 上报护理部 → 密切观察患者生命体征 → 采取各种护理措施和安全措施 → 遵医嘱用药 → 认真总结讨论

第二篇：围手术期处理

围手术期处理

一、名词解释

1. 围手术期（perioperative period）：是指从确定手术治疗时起，到与本次手术有关的治疗基本结束为止的一段时间，包括手术前、手术中、手术后三个阶段。2. 围手术期处理（management of perioperative period）：是指以手术为中心而进行的各项处理措施，

包括病人的体质与精神的准备、手术方案的选择、特殊情况的处理、手术中的监护，手术后并发症的预防与处理等，即术前准备、术中保障、术后处理三大部分。3．术前准备（preoperative preparation）：指针对病人的术前全面检查结果及预期施行的手术方式，采取相应措施，尽可能使病人具有良好的心理准备和机体条件，以便安全地耐受手术。

4．急症手术(emergency operation)：某些外科疾病，需在最短时间内进行必要的准备，然后迅速实施手术。如急性阑尾炎并穿孔，外伤性肠破裂等。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，为抢救病人生命，必须争分夺秒的进行紧急手术。5．限期手术(confine operation)：某些外科疾病，手术时间可以选择，但有一定的限度，不宜过久延迟手术时机，应在限定的时间内做好术前准备。如各种恶性肿瘤根治术、已用碘剂作术前准备的针对甲状腺功能亢进的甲状腺大部分切除术等。

6．择期手术（selective operation）：某些外科疾病，施行手术的迟早，不致影响手术效果，应做好充分的手术前准备，这类手术称为择期手术，如胃十二指肠溃疡的胃大部分切除术、一般的良性肿瘤切除术及腹股沟疝修补术等。7．术后处理(postoperative management)：是指针对麻醉的残余作用及手术创伤造成的影响，采取综合治疗措施，防止可能发生的并发症，尽快地恢复生理功能，促使病人早日康复。

8．Goldman 指数（Goldman' s index）：是综合评估心脏病病人手术风险时应用最广泛的方法，该指数提供了阳性发现与额外风险有关的评分标准，可在实际应用时参考。心源性死亡、致命性心脏并发症的发生随着评分的增加而升高。评分为 0~5 分，上述危险性小于 1%；6~12 分，危险性为 7%；13~25 分，危险性为 13%（2%死亡率）；>26 分，危险性为 78%（56%死亡率）。9．乙级愈合：某些切口愈合处有炎症反应，如红肿、硬结、血肿、积液等，但未化脓，称为乙级愈合，用“乙”字代表。

10．切口感染：是指清洁切口和可能污染的切口并发感染。

11 . 术后并发症(postoperative complication) : 术后由于原有疾病本身、手术对机体造成的扰乱或原有疾病的复发等因素引起的所有病症总称为术后并发症。

二、问答题

1 . 术前需要预防性应用抗生素的情况 : ①涉及感染病灶或接近感染区域的手术 ; ②肠道手术 ; ③操作时间长、创面大的手术 ; ④开放性创伤、创面已经感染或软组织有广泛损伤、创伤至实施清创的间隔时间长或清创所需的时间较长及难以彻底清创者 ; 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器官移植术 ; ⑨病人有感染高危因素 , 如高龄、营养不良、糖尿病、粒细胞减少症等 ; 或是接受类固醇、免疫抑制剂、抗癌药物治疗、免疫功能低下而需要手术治疗者。

2 . 胃肠道手术应作哪些手术前准备 ?

胃肠道术前准备 : 手术前 1~2 日开始进流食 ; 术前 12 小时禁食 ; 术前 4 小时禁水 , 以防因麻醉或手术过程中的呕吐而引起窒息或吸入性肺炎。术前无需常规放置胃管 , 但若是胃肠道的手术 , 或对胃肠道干扰较大的手术 , 或某些特殊疾病 (如急性弥漫性腹膜炎、急性胰腺炎等) , 应放置胃管。幽门梗阻的病人 , 术前应洗胃并胃肠减压几天。对于一般性手术 , 术前一日应作肥皂水灌肠。结肠或直肠手术 , 术前 3 天开始进流质 , 口服肠道制菌药物 , 术前一日服用泻药 , 术前晚进行清洁灌肠 , 使术中肠腔处于空虚状态并减少并发感染的机会。

3 . 营养不良 : 生化检查血清白蛋白在 30 ~ 50g/L 或以下、血清转铁蛋白低于 1.5mg/L、体重下降大于 10% 时 , 表明存在营养不良 , 需采用肠内营养或肠外营养 1 周左右 , 以改善其营养状态。

术前病人营养状况的评价可以采用预后营养指数(prognosis nutritional index , PNI)。PNI 计算可以通过测定血清白蛋白 (ALBg/100ml)、三头肌皮褶厚度 (TSF , 单位 mm)、转铁蛋白 (TNF , mg/100ml) 和皮肤延迟过敏反应 (SDH , 按无反应、反应区 < 5mm、反应区 > 5mm 分别按 0、1、2 计算) 这四个变量进行。

[PNI (%) = 158 - 16.6 (ALB) - 0.78 (TSF) - 0.20 (TFN) - 5.8

(SDH)]。PNI < 30%为低度危险，30% ~ 50%为中度危险，PNI ≥ 50%为高度危险。由于营养不良可使手术耐受力降低，因此术前应尽可能予以纠正。择期手术最好在术前 1 周左右，经口服或静脉提供充分热量、蛋白质和维生素，以利于术后组织修复和创口愈合，提高防御感染能力。

4. 心脏病术前准备的注意事项有哪些？

心脏病术前准备的注意事项：①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，术前需纠正；②贫血病人携氧能力差，对心肌供氧有影响，术前应少量多次输血以矫正；③有心律失常者，应依不同情况区别对待：偶发的室性期外收缩，一般不需特别处理；如有心房纤颤伴心室率增快达 100 次/分钟以上者，用毛花苷丙（西地兰）0.4mg 加入 25%葡萄糖溶液 20ml，缓慢静脉推注，或口服普萘洛尔（心得安）10mg，3 次/日，尽可能将心室率控制在正常范围；如出现心动过缓，心室率在 50 次/分钟以下者，术前可用阿托品 0.5 ~ 1mg，必要时需放置临时性心脏起搏器；④急性心肌梗死的病人发病后 6 个月内不作择期手术；6 个月以上无心绞痛发作者，可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，再施行手术。

5. 术后肺部并发症的易感因素：长期吸烟史、重度咳嗽病史、肥胖、年龄超过 60 岁、胸部或上腹部大手术史、慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张、麻醉时间超过 3 小时。

6. 呼吸功能障碍术前准备包括：①停止吸烟 2 周，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。②应用麻黄碱、氨茶碱等支气管扩张剂及异丙肾上腺素等雾化吸入剂，对阻塞性肺功能不全有良好作用，可增加肺活量。③经常发作哮喘的病人，可口服地塞米松等药物，以减轻支气管粘膜水肿。④痰液粘稠的病人，可采用蒸气吸入或口服药物使痰液稀薄，易于咳出。经常咳脓痰的病人，术前 3 ~ 5 天就应使用抗生素，并指导病人作体位引流，促进脓性分泌物排出。⑤麻醉前给药要适量，以免抑制呼吸。使用减少呼吸道分泌物的药物（如阿托品）也要适量，以免增加痰液粘稠度，造成排痰困

难。⑥重度肺功能不全及并发感染者，必须采用积极措施，改善肺功能、控制感染后才施行手术。⑦急性呼吸道感染者，择期手术应推迟至治愈后1~2周，如系急症手术，需用抗生素并避免吸入麻醉。7. 预防手术后肺不张的措施有哪些？

预防手术后肺不张的措施有：①术前练习深呼吸。腹部手术前需练习胸式呼吸，胸部手术前练习腹式呼吸，以增进吸气功能。②减少肺泡和支气管的分泌液。如有吸烟习惯，术前2周应停止吸烟，并注意口腔卫生。③术后避免限制呼吸的固定或捆绑。④协助排除支气管内分泌物。如鼓励咳嗽、体位引流等。⑤防止手术后呕吐物的吸入。

8. 哪些情况下必需进行术前会诊？

存在以下情况时必需进行术前会诊：①有医学法律的重要性时；②治疗意见有分歧；③手术危险性极大；④病人存在其它专科情况或异常，如有心脏病需请心脏病专科医生会诊；⑤术前常规麻醉科会诊；⑥病人及其家属的要求。

9. 术前小结：是对术前诊断和准备工作的最后审查和综合归纳。书写术前小结应在手术前一天完成，包括下列项目：①术前诊断及诊断依据（包括鉴别诊断）；②手术指征（包括不存在手术反指征）；③拟行手术；④术前准备；⑤术中注意事项（主要手术步骤、解剖关系、手术难点等）；⑥术后可能出现的并发症及其预防处理和注意事项；⑦麻醉选择；⑧手术日期；⑨手术者。

10. 缝线的拆除和切口愈合记录：

缝线的拆除时间，可根据切口部位、局部血液供应情况及病人年龄、营养状况来决定。一般头面颈部术后4~5天拆线，下腹部、会阴部6~7天拆线，胸部、上腹部、背部、臀部7~9天拆线，四肢10~12天拆线（近关节部位适当延长），减张缝线14天。青少年病人拆线时间可以适当缩短，年老、营养不良病人拆线时间则可延迟，有时可先间隔拆线，1~2天后再将剩余缝线拆除。

初期完全缝合的切口可分为三类：①清洁切口，用“Ⅰ”表示，指无菌切口，如甲状腺大部分切除、疝修补术等。②可能污染切口，用“Ⅱ”表示，指手术时有可能带有污染的切口，如胃大部分切除、

胆囊切除术等。皮肤不容易彻底灭菌的部位、6小时内的伤口经过清创后缝合、新缝合的切口再度切开者。③污染切口，用“Ⅲ”表示，指邻近感染区域组织直接暴露于感染区的切口，如穿孔阑尾炎切除术、肠梗阻肠坏死的手术等。

切口的愈合分为三级：①甲级愈合，用“甲”表示，指愈合优良，无不良反应；②乙级愈合，用“乙”表示，指愈合处有炎症反应，如红肿、硬结、血肿、积液等，但未化脓；③丙级愈合，用“丙”表示，指切口化脓，需作切口引流等处理。

11. 各种不适的处理：

1) 疼痛：切口疼痛在术后最初 24 小时内最剧烈，2~3 天后明显减轻。如切口持续疼痛，或在减轻后再度加重，可能存在切口血肿、炎症乃至脓肿形成，应仔细检查，及时处理。

处理原则：指导病人在咳嗽、翻身、活动肢体时用手按抚伤口部位，以减少切口张力增加所致的疼痛。口服镇静、止痛类药物，对皮肤和肌性疼痛都有较好效果。大手术后 1~2 天内，常需用哌替啶作肌肉或皮下注射。大中手术后早期也可采用镇痛泵。2) 发热：中等以上的手术病人术后可有不同程度的发热，一般升高幅度在 1.0℃左右。

处理原则：应用退热药物或物理降温法对症处理。3) 恶心、呕吐：常见原因是麻醉反应。

处理原则：可先给阿托品、奋乃静或氯丙嗪等镇静、镇吐药物对症治疗。4) 腹胀：术后早期腹胀是由于胃肠道蠕动受到抑制所致。

处理原则：可予以持续胃肠减压，放置肛管，以及高渗液低压灌肠等。5) 呃逆：可能是神经中枢或膈肌直接受刺激引起。

处理原则：术后早期发生者，可采用压迫眶上缘，短时间吸入二氧化碳，抽吸胃内积气、积液，给予镇静或解痉药物等措施。

6) 尿潴留：较多见，尤其是老年病人。全身麻醉或蛛网膜下腔麻醉后排尿反向受抑制、切口疼痛引起膀胱和后尿道括约肌反射性痉挛（尤其是骨盆及会阴部手术后），以及病人不习惯在床上排尿等，都是常见原因。估计超过 3 个小时的手术或术中有大量输液时，术前应放置导尿管。凡术后 6~8 小时未排尿，或虽有排尿但尿量甚少、次数

频繁，往往提示存在尿潴留。下腹部耻骨上区的叩诊检查，可发现有明显的浊音区，即表明有尿潴留，应及时处理。

处理原则：应安定病人情绪。如无禁忌，可协助病人坐于床沿或立起排尿。下腹部热敷，轻柔按摩，用止痛药解除切口疼痛，或用氨甲酰胆碱等刺激膀胱收缩药物，都能促使病人自行排尿。如无效，应行导尿。尿潴留时间过长、导尿时尿量超过 500ml 者，应留置导尿管 1~2 天，有利于膀胱壁肌恢复收缩力。12. 术后并发症 (postoperative complication)：术后由于原有疾病本身、手术对机体造成的扰乱或原有疾病的复发等因素引起的所有病症总数为术后并发症。

1) 出血：术后出血应以预防为主。手术时务必做到严密止血，结扎血管规范牢靠，切口关闭前应仔细检查，确保彻底止血。一旦确诊为术后出血，应紧急手术止血。2) 切口感染：

典型临床表现：术后 3~4 天，切口疼痛加重，并伴有体温升高、脉率加速和白细胞计数增高。切口局部有红、肿、热和压痛，或有波动感等典型体征。必要时作局部穿刺，或拆除部分缝线撑开伤口以明确诊断。分泌液应作细菌学检查，为选择有效抗生素提供依据。

切口感染的预防应着重于：①术中严格遵守无菌操作技术、手术操作轻柔精细、严密止血；②加强术前、术中、术后处理，增强病人抗感染能力。如切口已有早期炎症现象，应采取使用有效抗生素和局部理疗等，使其不发展为脓肿。已形成脓肿者，应予以切开引流，待创面清洁时，可考虑行二期缝合，以缩短愈合时间。

3) 切口裂开：常见于腹部及肢体邻近关节部位。

影响因素有：①全身因素：营养不良使组织愈合能力差。在糖尿病、尿毒症、免疫抑制剂、黄疸、脓毒症、低蛋白血症、癌症、肥胖、接受皮质类固醇激素治疗的病人以及老年病人中常见；②局部因素：切口缝合技术有缺点；腹腔内压力突然增高；严重腹胀；伤口感染、积血、积液及经伤口放置引流管等使伤口愈合不良、预防措施包括：①对估计发生此并发症可能性很大的病人，在逐层缝合腹壁切口的基础上，加用全层腹壁减张缝线；②应在良好麻醉、腹壁松弛条件下缝

合切口，避免强行缝合造成腹膜等组织撕裂；③及时处理腹胀；④病人咳嗽时，最好平卧，以减轻咳嗽时横膈突然大幅度下降、骤然增加的腹内压力；⑤适当的腹部加压包扎，也有一定的预防作用。

4) 肺不张：

预防措施：①术前锻炼深呼吸，腹部手术者需练习胸式深呼吸，胸部手术者练习腹式深呼吸；②术后避免限制呼吸的固定或绑扎；③减少肺泡和支气管内的分泌液，术前 2 周停止吸烟；④鼓励咳痰，利用体位或药物以利排出支气管内分泌物；⑤防止术后呕吐物或口腔分泌物误吸。

5) 尿路感染：尿潴留和经尿道的器械操作或检查是术后并发尿路感染的常见原因。

预防和及时处理尿潴留，是预防膀胱炎及其上行感染的主要措施。尿潴留的处理原则是在膀胱过度膨胀前设法排尿。如尿潴留量超过 500ml 时，应放导尿管作持续引流。安放导尿管和冲洗膀胱时，应严格掌握无菌技术。尿路感染的治疗，主要是应用有效的抗生素，维持充分的尿量，以及保持排尿通畅。

6) 下肢深静脉血栓形成：术中用电流刺激腓肠肌收缩、用冲气袖带或气靴外部挤压腓肠肌；术后补充足够的水份以减轻血液浓缩、降低血液粘度，抬高下肢、积极的下肢运动、弹性力袜促进下肢静脉回流等，可减少此症的发生率。必要时可对高危人群作预防性抗凝治疗。明确诊断后应卧床休息，避免用力排便、咳嗽等，以防血栓脱落。治疗主要应用溶栓剂（首选尿激酶，仅限于病史不超过 3 天者）及抗凝剂（肝素、华法林）。也可采用中药治疗。7) 肝功能异常：分为肝前性、肝细胞性和肝后性三类。

血细胞溶解、出血或血肿再吸收，营养不良、体外循环术后、先天性溶血病、使用可引起溶血的药物等致肝前性胆红素增高。

肝毒性药物、感染或脓毒症、术中失血及休克造成肝缺血缺氧、输血性肝炎以及特殊手术后等致肝细胞性肝功能异常。

肝、胆、胰等术后，因胆管水肿、胆管损伤、胆管残留结石、肿瘤压迫胆管和胰腺炎等致胆汁引流不畅，产生肝后性肝功能异常。

第三篇：围手术期处理教案

围手术期处理

一、授课对象：临床医学系

二、教学时数：1 学时

三、教学目的：

1.掌握外科病人的术前一般准备和特殊准备。2.掌握外科病人术后的各种处理措施。

3.熟悉外科病人术后各种并发症的表现及防治原则。

四、教学内容：

1、围手术期处理的目的；外科手术的分类 5 分钟

2、术前的一般准备和特殊准备 5 分钟

3、术后的常规处理，术后各种不适的原因和处理，病人活动和饮食的要求 10 分钟

4、手术切口的分类和愈合情况以及缝线拆除注意事项 5 分钟

5、手术后常见并发症的防治 15 分钟

五、教学重点：

1、术前的一般准备和特殊准备。

2、术后病人活动和饮食的要求。手术切口的分类和愈合情况以及缝线拆除注意事项。

3、手术后常见并发症的防治。

六、教学难点：

1、术前病人的特殊准备。

2、手术切口的分类和愈合情况以及缝线拆除注意事项。

3、手术后常见并发症的防治。

七、教学方法：

提倡启发式、研讨式、提问式、参与式教学格式，合理应用版书。

八、教具：多媒体、课件

九、思考题：

1、术前准备及术后处理的内容及注意事项有哪些？

2、急性阑尾炎的切口一定是二类切口吗？

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/666033012142010050>