

第一篇 总论

第二章 消毒与灭菌术在外科的应用

考点一：概述

1、概念

(1) 消毒：是杀灭附着在皮肤、伤口、空气和某些器械、物品上的致病微生物，一般不能杀灭芽孢。以化学方法为主。

(2) 灭菌：彻底杀灭物品上的一切微生物，包括芽孢，多用物理方法，以高压蒸汽灭菌为主。

考点二：外科器械物品的消毒灭菌

1、化学消毒法：采用各种化学消毒剂杀灭微生物的方法。

2、2%戊二醛：是一种广谱、高效灭菌剂，能迅速杀灭芽孢在内的各种微生物，一般浸泡 30~60 分钟，常用于刀片、剪刀、缝针及显微器械的消毒，灭菌则需 10h。

3、环氧乙烷：是广谱杀菌剂，对细菌的繁殖体和芽孢均有较强的杀菌作用，适用于精密仪器、医疗器械、棉制品、化纤制品、塑料制品等的消毒灭菌。

4、物理灭菌的常用方法：①高压蒸气灭菌法；②干热灭菌法；③微波消毒灭菌法；④煮沸灭菌法。

5、热力灭菌法效果最可靠的方法是高压蒸汽灭菌法，能杀灭一切微生物。常用蒸汽压力为 104~137.3kPa，温度达 121~126℃，维持 30 分钟。分为下排气式灭菌器和预真空式灭菌器。

6、煮沸灭菌法：适用于金属器械、玻璃及橡胶类等物品，但不能用于锐利器械，如刀、剪、缝针等，以免刀刃变钝。

考点三：手术室无菌技术

1、手术室内的温度应保持在 20~25℃，相对湿度为 45%~50%。

2、手术人员手臂消毒，常用洗手方法包括：

<u>乙醇浸泡洗手法</u>	先用普通肥皂水刷洗双手、前臂至肘上 10cm，3 分钟后，用无菌纱布擦干，再用 70%乙醇浸泡 5 分钟。
<u>碘尔康洗手法</u>	同上法洗手擦干后，用浸透 0.5%碘而康的纱布球涂擦手和前臂一遍后即可。
<u>灭菌王洗手法</u>	灭菌王是不含碘的高效复合型消毒液，先用清水冲洗双手、前臂至肘上 10cm 后，用无菌刷蘸灭菌王 3~5ml，刷手和前臂 3 分钟后，用流动水冲净。无菌布擦干，再用浸透灭菌王的纱布球擦手和前臂，皮肤干后即可。

➤ 无论何种方法均应按从指尖到肘上 10cm的顺序，交替刷洗两手及臂，时间约 3 分钟，特别注意指甲缘、甲沟和指蹼等皱折处；冲洗时，保持肘关节于最低位；擦手毛应从指向上擦绝不能来回擦手，洗手消毒完毕后，均应保持拱手姿势，手臂不能下垂，也不可接触未经消毒的物品。

3、手术铺巾的注意事项：小手术铺一块洞巾即可；较大手术，一般用 4 块折边的治疗巾遮盖手术切口周围，原则上先铺对侧或相对不洁区，如会阴部，再盖上方和下方，最后铺消毒者的同侧，用 4 把手巾钳夹住交界处，以防移动，然后再铺中单和大单；头端盖过麻醉架；两侧和足端均应超过手术台边并下垂 30cm；铺好无菌单后，不能再移动。

4、手术过程中的无菌技术操作原则。

(1) 严格区分有菌和无菌的界限：凡属无菌物品，一旦接触到有菌物品即成为污染，不得再看作无菌物品。手术者经过无菌准备后，脐平以下、肩以上和背部均为污染区，手和无菌物品不能接触，双手亦不可下垂至腰部以下；手术人员需要调换位置时，一人先后退一步，背靠背转身调换，身体前面不可在背后擦过。

(2) 保持无菌布类干燥；(3) 保护切口；(4) 保护腹腔；(5) 清点物品敷料。

第三章 外科手术基本技术

考点一：切开与分离

- 1、选择切口部位时应考虑的最重要的因素是：病人的病变部位。
- 2、手术切开皮肤时刀刃的方向应与皮肤垂直，不可偏斜，用力均匀。
- 3、分离方法有锐性分离和钝性分离两种。钝性分离是通过血管钳、刀柄、剥离子或手指等钝性推离起到分离作用。主要用于比较疏松组织之间的分离，如肌肉、筋膜、腹膜后、脏器间隙及肿瘤包膜外的疏松结缔组织的分离。

考点二：止血

1、止血方法

<u>压迫止血</u>	<u>深部较广泛的渗血可用温热盐水纱布压迫止血</u> ，压迫 5 分钟以上，必要时可反复压迫 2~3 次。
<u>钳夹止血</u>	手术中 <u>最常用</u> 的止血方法。
<u>电凝止血</u>	不仅止血迅速， <u>缩短了手术时间</u> ，而且 <u>还能减少切口内线结</u> 。缺点是止血效果不完全可靠。
局部药物止血	<u>骨髓腔出血，可用骨蜡封闭出血处</u> 而止血。
其他	肢体手术时可用止血带，脑血管出血常用银夹止血。

考点三：结扎与缝合

- 1、常用打结的种类有方结、外科结和三迭结。

方结	是最常用的一种，第一个结与第二个结方向相反，打结后愈拉愈紧，不会松开或脱落。用于结扎较小血管和各种缝合时的结扎。
三迭结	是在方结第二结的基础上再加一个方向与之相反的第三结，更加牢固，用于有张力的缝合、大血管或肠线的结扎。
外科结	是在打第一个结时绕两次，此种结扣比较费时，故仅适用于结扎大血管。

2、最常用的手术缝线是：丝线。

3、可以被人体组织吸收的缝线有：肠线和吸收性合成纤维。

4、缝线拆除时间

缝合伤口部位/类型	拆线时间:
<u>头、面和颈部</u>	<u>术后 4~5 日</u>
下腹、会阴部切口	6~7 日
上腹、胸、背及臀部	7~9 日
四肢	10~ 12 日(近关节处可适当延长)
<u>腹部减张缝线</u>	<u>14 日，必要时可间隔拆线</u>

考点四：引流

1、引流的作用原理：引流液一般借助于重力或虹吸原理，通过引流物缓慢排出体外。

2、常用引流物的种类和使用

<u>橡皮片引流条</u>	适用于术后易渗血、积液的表浅切口的引流，如脓性指头炎。
<u>纱条引流</u>	应用较广，适用于表浅部位需切开引流的化脓切口。 使用时可根据创面情况选择生理盐水或不同药液将纱条浸引流。
<u>烟卷引流</u>	➢ 是纱布卷外包乳胶橡皮膜，形同烟卷，内层纱布有虹吸用，而外层橡皮膜表面光滑，对组织刺激小。 ➢ 适用于<u>腹腔术后引流</u>，如<u>胆囊切除术对胆囊窝积液的引流</u>。
<u>橡皮、硅胶管引流</u>	➢ 适用于<u>胸、腹腔及深层组织的引流</u>。 ➢ 由于引流管质地较硬，可避免弯曲或压扁。使用时应剪几个侧孔，增加引流效果。

3、外科引流的护理要点：

①保持引流通畅；⑤妥善固定引流物；③保持清洁，防止感染；④观察引流液的性质颜色、引流液量，并及时进行记录。

第四章 手术病人的护理

考点一：手术前准备和护理

- 1、术前准备最根本的目的是：提高手术耐受力。
- 2、手术区皮肤准备是预防切口感染的重要环节，备皮范围不可小于手术切口周围 15~20cm。
- 3、手术病人术前 12 小时禁食，4~6 小时禁水，目的是防止麻醉或手术过程中呕吐引起窒息或吸入性肺炎。

考点二：手术后护理

1、安置适当的体位

根据术中麻醉方法安置体位	全麻未清醒者	平卧，头偏向一侧，以防误吸引起病人窒息或吸入性肺炎。
	<u>蛛网膜下腔麻醉（腰麻）术后</u>	<u>去枕平卧 6~8h</u> ，以 <u>减少脑脊液外漏</u> ， <u>避免头痛</u> 。
	硬膜外麻醉术后	术后平卧 4~6h，以防血压波动。
	局麻	对机体影响小，术后不强调卧位。
麻醉后病人血压平稳，可根据手术部位及病情调整体位	头面部手术后	将头部抬高 15°~30°，以利于血液循环，预防脑水肿，降低颅内压。
	颈、胸部手术后	采用高坡半卧位，有利于呼吸及引流。
	<u>腹部手术后</u>	<u>低坡半卧位</u> ，有利于呼吸、循环及腹腔内渗血、渗液的引流，防止发生膈下感染。
	<u>脊柱或臀部术后</u>	取 <u>俯卧位或侧卧位</u> 。

- 2、外科热的概念：又称吸收热，病人在手术后 2-3 天内体温略有升高，一般小于 38℃，为手术局部渗血、渗液和组织分解产物吸收所致，无需特殊处理。

3、术后切口疼痛的主要处理措施

- (1) 根据手术情况，遵医嘱给予病人口服镇静、止痛类药物，必要时肌内注射盐酸哌替啶或强痛定；
- (2) 大手术后 1-2 天可持续使用病人自控镇痛泵进行止痛；
- (3) 舒适体位，咳嗽或改变体位时，双手置于切口两侧向切口方向用力，以降低局部张力；
- (4) 非药物止痛，如欣赏音乐、按摩放松等。

4、术后腹胀的原因及护理要点

<u>原因</u>	腹胀常由于胃肠道功能受抑制，以致积气过多所引起。一般术后 2-3 天随胃肠道蠕动恢复、肛门排气后可自行缓解。
<u>处理</u>	半卧位，避免胀气食物；鼓励病人早期活动，必要时胃肠减压，肛管排气，芒硝外敷脐部，中医针灸等。如果腹胀严重且持续时间较长，警惕是否有肠梗阻、腹腔感染、低血钾、肠痿等情况

- 5、引起伤口感染的因素可分为内在因素和外源性因素。外源性感染是指由来自宿主体外的病原菌所引起的感染。

6、术后切口裂开的预防措施

- (1) 术前、术后加强病人营养，改善病人体质。
- (2) 手术时加用减张线，操作技术过关。必要时延长拆线时间。局部用腹带包扎。
- (3) 及时处理咳嗽、排尿困难、便秘等引起腹内压增高的原因。

7、最简单有效的预防术后肺不张的方法是：深呼吸、有效咳嗽、咳痰。

8、深静脉血栓形成或血栓性静脉炎

<u>发生原因</u>	主要为 <u>年老、肥胖、术后卧床过久、活动少、导致血流缓慢</u> ； <u>外伤、手术、静脉置管引起血管壁损害</u> ； <u>血液呈高凝状态</u> 这三大因素。静脉血栓及血栓性静脉炎多发的生于下肢。
<u>临床表现</u>	位于小腿腓肠肌丛的血栓可有隐痛，症状不明显。髂股静脉丛的血栓出现患肢疼痛，凹陷性水肿，压痛，浅静脉扩张。临床多见两者均有的混合型。深静脉血栓会引起深静脉功能不全，血栓脱落后可造成严重后果，如经血流到达肺动脉引起肺栓塞，病死率极高。须注意预防和早期治疗。

9、外科术后鼓励和指导病人早期活动，因早期活动能促进全身代谢；促进呼吸，预防肺部并发症；可改善血液循环，利于切口愈合及防止下肢静脉血栓形成；促进胃肠蠕动，增进食欲，防止腹胀、便秘；有利于膀胱功能的恢复，防止尿潴留。但对休克、心衰、严重感染、大出血、极度衰竭以及手术本身有特殊制动要求的病人不强调早期活动。

考点三：特殊病人手术前后护理

- 1、急性心肌梗死发作须 6 个月后且无心绞痛发作，才能在监测条件下施行手术。心力衰竭病人须间隔 1 个月再施行手术。
- 2、肺功能障碍病人术前须做肺功能检查和血气分析，尽可能改善呼吸功能，吸烟病人至少禁烟两周。
- 3、糖尿病病人术前血糖应控制在 5.6~11mmol/L，术前禁食时间应适当缩短，以避免酮体的生成。术中、术后均须监测血糖、尿糖以决定胰岛素用量。在施行有感染可能的手术前预防性使用抗生素。
- 4、手术切口的分类

<u>I 类切口(清洁切口)</u>	指 <u>缝合的无菌切口</u> ，如 <u>甲状腺大部切除术</u> 。
II 类切口 (可能污染切口)	指术时可能带有污染的缝合切口，如胃大部切除术等；皮肤不易彻底灭菌的部位，6h 内经清创缝合的伤口，新缝合又再度切开的切口。
III 类切口 (污染切口)	指邻近感染区或组织直接接触感染物的切口，如阑尾穿孔的切除术、肠梗阻坏死手术等。

获取完整资料 请下载 APP 或关注公众号



扫码下载 app



扫码关注公众号