

2011年手术室护理：手术前病人的护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E6_89_8B_c21_3415.htm 手术前病人的护理包括心理护理，

身体准备。（一）心理护理 病人入院时，应主动、热情迎接，并根据其性别、年龄、职业、文化程度、宗教信仰等个体特点，充分评估病人对疾病的认识程度、对手术和社会支持系统的期望值，用通俗易懂的语言讲解与疾病有关的知识及手术治疗的重要性，介绍手术前、中和后的注意事项，还可邀请病区中手术成功的同种病例介绍其经验和体会。经常与病人交流和沟通，及时发现引起情绪或心理变化的诱因，对症实施心理疏导，建立良好的护患关系，以缓解和消除病人及家属焦虑/恐惧。（二）身体准备 1.一般准备{来源：考{试大}（1）完善术前检查：向病人讲解检查的意义及注意事项，并协助其完成检查。（2）排尿训练：术后病人因麻醉和手术的影响，加之不习惯在床上大小便，易发生尿潴留，术前应进行练习。（3）呼吸道准备：主要是戒烟和进行深呼吸、有效排痰的锻炼。有吸烟嗜好者，术前2周戒烟，以免呼吸道黏膜因受尼古丁刺激分泌物过多而阻塞气道。如胸部手术者训练腹式呼吸；腹部手术者，训练胸式呼吸。（4）胃肠道准备：择期手术病人于术前12小时起禁食，4小时起禁水，以防因麻醉或手术引起呕吐而致窒息或吸入性肺炎。腹部手术病人除急诊手术禁止灌肠外。于术前1日晚用肥皂水灌肠或使用开塞露，排空肠腔内粪便，以防麻醉后肛门括约肌松弛大便排出污染手术区及减轻术后腹胀。肠道手术病人，入院后开始少渣饮食，并于术前3天起口服肠道不吸收抗生素，

行清洁灌肠，以减少术后感染的机会。胃肠道手术病人术晨留置胃肠减压。（5）手术区皮肤准备：目的是清除皮肤上的微生物，预防切口感染。重点是充分清洁手术野皮肤和剃除毛发，范围大于约定切口的范围。（6）休息：充足的休息对病人的康复起着不容忽视的作用。促进睡眠的措施有：消除引起不良睡眠的因素；创造良好的休息环境，保持病室安静、空气新鲜，温、湿度适宜；在病情允许下，尽量减少病人白天睡眠的时间和次数。适当增加白天的活动量；讲解可以通过缓慢深呼吸、听音乐等自我调节方法进行放松；必要时遵医嘱使用镇静安眠药。（7）其他准备：施行大、中手术者，术前做好血型鉴定和交叉配血试验；术晨测量生命体征，若病人有体温、血压升高或女性病人月经来潮时，及时通知医师，必要时延期手术；病人入手术室前取下义齿、发夹、眼镜、手表、首饰等；排尽尿液，估计手术时间长或拟行盆腔手术者，应留置导尿，使膀胱处于空虚状态，以免术中误伤；准备手术需要的物品。并随病人一同带人手术室。

2.特殊准备除作好一般准备外，还应根据病人的具体情况作好特殊准备。（1）营养不良：营养不良者常伴有低蛋白血症。抵抗力低下。易并发严重感染且对休克、失血的耐受性较差，还可引起组织水肿，影响术后切口愈合。若血清白蛋白在30~35g/L首先补充富含蛋白质饮食予以纠正。若血清白蛋白低于30g/L，则需静脉输注血浆、人白蛋白制剂等才能在较短时间内纠正。（2）脑血管病：围手术期脑卒中不常见。危险因素包括老年、高血压、冠状动脉疾病、糖尿病和吸烟等。近期有脑卒中病史者。择期手术至少应推迟2周，最好6周。（3）心血管病：病人血压

在160/100mmHg以下。可不必作特殊准备。血压过高者，应给予适宜的降压药物，使血压稳定在一定水平，但并不要求将血压降至完全正常后才手术。对伴有心脏疾病的病人，施行手术的死亡率明显高于非心脏病者。急性心肌梗死病史者6个月内不行择期手术。6个月以上且无心绞痛发作者，在严密监测下可施行手术；心力衰竭者最好在心力衰竭控制3~4周后再进行手术。（4）肺功能障碍：危险因素常见为慢性阻塞性肺疾病、吸烟、年老、肥胖、急性呼吸系统感染等。术前需常规进行血气分析和肺功能检查，以评估病人对手术的耐受性；训练深呼吸和有效咳嗽，增加肺通气量；为避免呼吸抑制和咳痰困难。麻醉前给药量要适宜。（5）肾疾病：麻醉、手术创伤都会加重肾的负担。凡有肾病者。应作肾功能检查，合理控制饮食中蛋白质和盐的摄入量及观察出入量，尽可能改善肾功能。（6）糖尿病：糖尿病病人在整个围手术期都处于应激状态，手术耐受性差。仅以饮食控制者无需特殊处理；原接受口服降糖药治疗者。应继续服用至术前晚；禁食病人静脉输注葡萄糖加胰岛素，将血糖控制于5.6~11.2mmol/L。（7）肾上腺皮质功能不全：除慢性病人外。正在接受激素治疗或6~12个月内曾接受激素治疗超过1~2周者，肾上腺皮质功能都可能不同程度地受到抑制。应于术前2天开始使用氢化可的松。药物剂量应准确，给药时间选择在内源性激素分泌的高峰点（清晨8点为宜），可减少外源性激素对垂体抑制的副作用。（8）皮肤护理：长期卧床、大小便失禁、消瘦或过度肥胖者，特别是老年病人，有压疮的危险。在病情允许的情况下。鼓励和协助病人离床活动，以促进血液循环；为行动不便者提供便器时，动作轻柔，病人坐

便盆时间不宜太久，以避免局部皮肤损伤；对生活不能自理者，协助其每2小时翻身1次并按摩骨隆突处；对血流动力学不稳定者，翻身时动作要慢、幅度要小，避免剧烈的体位改变，并注意监测血压。以免发生体位性低血压；对大、小便失禁者，每次便后用水清洗肛周皮肤，并涂以凡士林，以减少粪便对皮肤的直接刺激，保持局部皮肤干爽和清洁，被服清洁、干燥，以防压疮发生。（9）疼痛护理：详细评估疼痛的病因、诱因、部位、性质、持续时间及有无牵涉疼痛等，掌握病情动态变化的信息。向病人讲解减轻疼痛的方法，如取半卧位、应用放松技巧、分散注意力等方法。必要时遵医嘱肌内注射止痛剂。但诊断未明确前禁用止痛剂，以免掩盖病情。特别推荐：[#0000ff>2011年护士资格证考试报名流程](#) [#0000ff>2011年护士资格证考试报名条件](#) [#0000ff>2011年护士资格证考试报名时间](#) 更多信息请访问：[#0000ff>护士考试辅导无忧通关班超值优惠价300元/人](#) [#0000ff>护士论坛](#) [#0000ff>护士在线题库](#) [blue>护理学专业（护士）《相关专业知识》全真模拟试汇总](#) 相关推荐：[#0000ff>2011年手术室护理：麻醉后苏醒期的护理](#) [#0000ff>2011年手术室护理：局部麻醉的护理](#) 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com