

2010年临床助理辅导：手术病人的术后处理临床助理执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/648/2021\\_2022\\_2010\\_E5\\_B9\\_B4\\_E4\\_B8\\_B4\\_c22\\_648925.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/648/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c22_648925.htm)

(一) 手术病人的术后卧位和术后活动

1. 卧位 (1) 全麻未清醒，平卧、头偏向一侧；来源：考试大 (2) 蛛网膜下腔麻醉后，平卧或头低位12小时；(3) 硬膜外麻醉及局麻病人，可根据需要安置卧位。 头颅手术后，如无昏迷，可取 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 头高脚低斜坡位；防止脑水肿 颈胸手术后多采取高坡卧位；膈肌下移使呼吸通畅 腹部手术后多取低半坐位；降低刀口处张力 脊柱或臀部手术后，可采取俯卧或仰卧位。 百考试题论坛 休克病人，应取平卧位或下肢(床脚)抬高 $20^{\circ}$ ，头部和躯干同时抬高 $5^{\circ}$ 左右的体位。有利于血液回流到重要器官

2. 活动和起床 (1) 原则上应早期活动(休克、心力衰竭、严重感染、出血、极度衰弱者和特殊固定、制动要求的病人除外)。(2) 早期活动的优点：增加肺活量、减少肺部并发症；改善全身血液循环、促进切口愈合；减少因下肢静脉淤血而发生血栓形成；有利于肠道和膀胱功能的恢复、减少腹胀及尿潴留的发生；有利于调整病人的心理状态。(3) 一般在手术后即可开始活动，鼓励病人做深呼吸运动、手指、手腕及足趾、踝关节伸屈活动、下肢肌肉的活动等，手术后第2~3天开始可试行离床活动，逐渐增加活动范围及时间。

(二) 饮食和输液 来源：www.100test.com

1. 非腹部手术：小手术术后即可进食；大手术需待2~4天方可进食。局麻手术者，随病人要求给予饮食；蛛网膜下腔麻醉和硬膜外麻醉者，术后3~6小时可以进食；全身麻醉者，待麻醉清醒、恶心反应消失后即可

进食。2.腹部手术：尤其胃肠道手术，术后24~48小时禁食；第3~4天肠道功能恢复、肛门排气后，开始进少量流质饮食并逐渐增加到全量流质饮食；第5~6天开始进半流饮食；一般在第7~9天可以恢复普通饮食。禁食（水）期间，应经静脉输液。开始进食初期，按外科营养的要求经静脉给以适当补充。

（三）创口和引流：切口分类选择及处理，引流观察及拆线与切口愈合判断。

1.手术病人的切口种类分为：（1）清洁切口，用“Ⅰ”表示，如甲状腺大部切除术；（2）可能污染切口，用“Ⅱ”表示，如胃大部切除术；（3）污染切口，用“Ⅲ”表示，如阑尾穿孔切口。

2.切口的愈合分为3级：甲级愈合用“甲”表示，指愈合良好的切口；乙级愈合用“乙”表示，指愈合处有炎性反应，如红肿、硬结、血肿、积液等，但未化脓；丙级愈合“丙”表示，指切口化脓，需作切开引流的切口。

3.切口缝线拆除（1）头、面、颈部在术后4~5天拆线；（2）下腹及会阴部6~7天；胸部、上腹部、背部和臀部7~9天；（3）四肢部10~12天（近关节部位可延长一些时间）；（4）减张缝线14天拆除（尤其二次缝合者）。有时采取间隔拆线，青少年可缩短拆线时间，年老、营养不良者，可延长拆线时间。

4.引流的拔除 乳胶片引流，一般在术后1~2天拔除；烟卷引流，大都要在术后4~7天才能拔除；胃肠减压管，一般在肠道功能恢复、肛门排气后，即可拔除。

（四）术后不适的处理 1.疼痛：手术后最常见的症状麻醉消失后，即有切口疼痛，24小时内最剧烈，2~3天后疼痛明显减轻。小手术后，口服止痛片或可待因片；大手术后1~2天内，常需用度冷丁肌肉或皮下注射止痛（婴儿禁用），必要时

，间隔4~6小时重复。2.发热（1）术后24小时内发热，常为代谢性或内分泌异常、低血压、肺不张和输血反应；（2）术后3~6日的发热，要警惕感染的可能，静脉炎、尿路感染、切口感染和肺部感染是常见的原因。胃肠道手术后出现的发热常见于革兰染色阴性杆菌感染。（3）如果发热持续不退或体温恢复正常后又升高者，则要注意更严重的并发症的发生，如腹腔内手术后的残余脓肿等。百考试题(100test.com)

3.恶心、呕吐：常为麻醉反应所致，麻醉作用消失后即可停止。其他原因可有颅内压增高、糖尿病酸中毒、低钾、低钠及尿毒症等。腹部手术后反复呕吐，有可能是急性胃扩张或肠梗阻。如一时原因不明，可以给阿托品、奋乃静或氯丙嗪等治疗。

4.腹胀：胃肠道功能受抑制、肠腔内积气过多所致。胃肠道功能恢复后可自行缓解。术后数日仍有腹胀不排气、无肠鸣音或减弱，可能是肠麻痹所致；如腹胀伴有阵发性绞痛、肠鸣音亢进，或闻及气过水声，多是肠粘连或其他原因所致的机械性肠梗阻。处理：持续性胃肠减压、肛管排气、高渗盐水灌肠等。有时需手术治疗。如为非胃肠道手术者，可以给新斯的明肌肉注射。

5.呃逆：多是暂时性的，有时可为顽固性的，因神经中枢或膈肌受刺激引起。处理：术后早期发生者，可压迫眶上缘、短时间吸入二氧化碳、抽吸胃内积气及积液、给以安眠镇静药物或解痉药。如为上腹部手术后出现顽固性呃逆，应警惕膈下感染的可能。

6.尿潴留：较多见。麻醉后排尿反射受抑制、切口疼痛引起膀胱和后尿道括约肌反射性痉挛以及病人不习惯床上排尿所致。处理：安定病人情绪，协助病人坐于床沿或立起排尿；下腹部热敷、用止痛药解除切口疼痛等，使病人自行排尿。必要时可行

导尿术，如导出的尿液量500ml以上，应留导尿管1~2天，有利于膀胱功能的恢复。更多信息请访问：百考试题医师网校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](http://www.100test.com)