

新颖 科学 简明 实用

实用外科医嘱手册

主编 梁力建
赖佳明

中国协和医科大学出版社

实用外科医嘱手册

主 编：梁力建 赖佳明

编写人员名单（以姓氏笔画为序）：
王东平 朱 斌 吴小剑

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

实用外科医嘱手册 / 梁力建, 赖佳明主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2009. 4

ISBN 978 - 7 - 81136 - 144 - 5

I. 实… II. ①梁… ②赖… III. 外科 - 医嘱 - 手册
IV. R6 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 011945 号

实用外科医嘱手册

主 编: 梁力建 赖佳明
责任编辑: 赵瑞芹 左 谦

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 787 × 1092 毫米 1/32 开
印 张: 15
字 数: 350 千字
版 次: 2009 年 8 月第一版 2009 年 8 月第一次印刷
印 数: 1—5000
定 价: 30.00 元

ISBN 978 - 7 - 81136 - 144 - 5/R · 144

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

医嘱是外科治疗的基本措施，只有在对疾病的发生、发展以及诊断有充分认识的基础上，才能开出正确的医嘱给病人以合理的治疗。因此，每一个外科医生都应该重视医嘱的正确性和合理性，通过医嘱的执行给病人最合理、最经济、最快捷、最准确的治疗。在医学科学飞速发展的21世纪，对外科各种疾病的认识和诊断治疗手段在不断提高和更新，当面对一些相对复杂的急危重病人时，一部分临床外科医生，特别是实习生、低年资的住院医师，对如何开好外科医嘱感到棘手。为此，根据本院的传统和习惯，结合一些文献和著作，我们编写了本医嘱手册。本手册偏重于实用性，希望对临床一线的外科医生能够起到方便查阅和指导作用。

本手册按照目前大多数教学医院外科各个专科的编排编写，每个专科的疾病相对集中，便于使用者按专科查阅。书中所列的疾病，均是外科常见病和多发病，在明确疾病诊断后，方能参考本书上的医嘱内容，开出诊疗的医嘱。对一些短时间内不能明确诊断的病人，开外科医嘱前，首先要求要可先开一些常规医嘱以作紧急处理。外科的疾病有其普遍性，也有其特殊性，因此，临床实际工作中，不应该千篇一律，应根据每个病人的具体情况，开出适合每个患者的个体化医嘱，灵活运用本医嘱手册。

参加本书编写的，均是在本科或研究生毕业后留在中山大学附属第一医院，并在临床医疗和教学第一线工作多年的有丰富临床经验的讲师、副教授、教授，他们对本院百余年

来的医疗教学特色有深刻的认识和理解，其中也包含他们在长期的临床工作中总结出来各种外科疾病的处理要点反映在医嘱的处理上，对于一个外科临床医生来说，本书将对临床工作中如何开出合理正确的医嘱有一定的指导作用。

我国是一个幅员辽阔的国家，本书只反映本院对开出外科医嘱的理解，供外科同行参考。由于各地均有不同的用药习惯和治疗经验，因此，本书难以满足全国各地地方医院的临床需要，但如果能对临床一线外科医师有所帮助，我们也感到满足和欣慰。处于当今信息快速更新的时代，尽管编者尽了很大的努力，但限于个人水平和表达方式的差异，错误缺点在所难免，对于本书的不足，希望读者能给予批评指正，使本书能够不断完善。

编者

2009年3月

目 录

一、胃肠外科	(1)
二、常见外科急腹症	(41)
三、颈部外科	(135)
四、乳腺外科	(143)
五、血管外科	(147)
六、肝胆胰脾外科	(153)
七、移植外科	(193)
八、神经外科	(203)
九、烧伤	(223)
十、骨外科	(227)
十一、泌尿外科	(327)
十二、胸外科	(393)
十三、心脏外科	(401)
十四、显微、整形	(419)
十五、外科感染	(437)
十六、外科休克	(443)
十七、重症监护	(449)
十八、腔镜外科	(455)

一、胃 肠 外 科

胃十二指肠溃疡病的外科治疗

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规 + 血型
三级护理	尿常规、大便常规
普通饮食	出凝血时间
雷尼替丁 150mg po bid	血细胞比容
氢氧化铝 0.5g (或硫糖 铝 1g) po tid	肝功能、肾功能
	血钾、钠、钙、氯等电解质
	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	胸部 X 线透视或摄片
	心电图
	B 超查肝、胆、胰、脾
	胃镜或 X 线钡餐检查
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行胃大部切除术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400ml
	术前当晚灌肠
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥 (鲁米那) 0.1g /
	阿托品 0.5mg /
	肌肉注射 术前 0.5 小时
	地西洋 (安定) 10mg 肌肉注射术前晚
	青霉素皮试

注:

1. 胃十二指肠溃疡病属于内科治疗范围, 外科治疗的主要适应证是严重并发症 (急性穿孔、大出血或瘢痕性幽门梗阻) 和内科治疗无效 (正规治疗三疗程仍不愈合的十二指肠溃疡以及严格内科治疗 8 ~ 12 周不愈的胃溃疡)。外科治疗胃十二指肠溃疡病的目的是: 治愈溃疡、消灭症状、防止复发。

2. 下列十二指肠溃疡病人手术适应证要适当放宽：①多年病史、频发、症状重；②大溃疡、球部严重变形；③过去有过穿孔史或反复多次大出血，而溃疡仍呈活动性。
3. 下列胃溃疡病人手术适应证要适当放宽：①内科治疗溃疡愈合后，继续用药，溃疡又复发者；②胃十二指肠复合溃疡；③直径 > 2.5cm 的巨大溃疡或疑恶变。
4. 积极治疗原发疾病，纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱；纠正凝血机制紊乱，有胃出血者，予输新鲜血、胃肠减压、抽空胃液和反流的胆汁。
5. 术前应用抑制胃酸分泌的药物，可选用 H₂ 受体阻滞剂，如西咪替丁，或质子泵抑制剂，如奥美拉唑。
6. 术前应用胃粘膜保护剂，如硫糖铝、氢氧化铝或前列腺素类药物（米索前列醇）等。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
半卧位（6 小时、血压平稳后）	血生化
留置胃管接负压瓶并计量	5% 葡萄糖注射液 500ml /
留置尿管接消毒瓶	止血芳酸 0.4g / ivgtt
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml /	
氨苄西林 3g /	ivgtt
10% 葡萄糖注射液 500ml /	bid
庆大霉素 16 万 U /	
10% 氯化钾 10ml /	ivgtt bid
乳酸林格液 500ml /	
10% 氯化钾 10ml /	ivgtt qd
0.5% 甲硝唑 100ml 静脉滴注	bid
10% 葡萄糖注射液 500ml /	
维生素 C 2g /	ivgtt qd

注：

1. 当今外科治疗的主要手术方法是胃大部切除术和迷走神经切断术两大类。手术方式很多，可根据医生的经验选择。

2. 十二指肠溃疡多采用包括溃疡在内的胃大部切除术或迷走神经切断术；也可选择旷置式胃大部切除或迷走神经切断加幽门成形术。

3. 胃溃疡的首选术式是胃大部切除术，毕 I 式重建胃肠道。切除胃远侧 $2/3 \sim 3/4$ ，包括胃体的大部、整个胃窦部、幽门及十二指肠球部。溃疡已恶变者，要做根治性胃切除。

4. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

5. 预防性使用抗菌药，可选用青霉素类、头孢菌素类或氟喹诺酮类，可联用氨基糖苷类，同时应加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑。

6. 处理并发症，如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

上消化道大出血

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规 + 血型
一级或特级护理	出凝血时间
禁食、禁饮	血肝功能
病重（或病危）	血肾功能
吸氧（鼻导管或面罩，2 ~ 5L/h）	血氨、AFP、CEA
平卧（上身及下肢各抬高 20°）	查血型及交叉配血、备血 800 ~ 1200ml
测血压、脉搏、呼吸 1 次/0.5 小时	即输全血 400ml
留置胃管接负压瓶	乳酸钠林格注射液 500ml 静脉快速滴注
留置尿管	即刻
冰 0.9% 氯化钠注射液 200ml /	与患者本人及家属谈话并签字
去甲肾上腺素 4 ~ 8mg /	急诊电子胃镜检查、必要时内镜下
洗胃 2 ~ 4 次/天	止血
或 0.9% 氯化钠溶液 + 凝血酶原，按每	急诊选择性血管造影（必要时）
毫升 10 ~ 100U 溶解后口服或经胃管	在全身麻醉下行胃大部切除术
注入 50 ~ 100ml，1 次/2 ~ 4 小时	备皮
Losec 40mg iv bid	术前留置导尿管
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml / ivgtt	苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
西咪替丁 0.8g / qd	阿托品 0.5mg /
5% 葡萄糖注射液 500ml /	肌内注射 术前 0.5 小时
庆大霉素 24 万 U / ivgtt qd	先锋霉素 VI 2g，0.5% 甲硝唑 100ml
维生素 C 2g	术中静脉滴注
10% 葡萄糖溶液 500ml	
对氨基甲苯酸 0.4g	
酚磺乙胺 4.0g	
维生素 K ₁ 20mg	
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
备三腔二囊管（疑食管静脉曲张出血）	

注：

1. 呕血和黑便是上消化道大出血的主要症状，其常见

原因为胃十二指肠溃疡、门脉高压症、出血性胃炎、胃癌和胆道出血，根据病史体征的临床分析，诊断多可成立，处理上相对有的放矢。

2. 初步处理应迅速建立静脉补液通道，即输平衡盐溶液、查血型、交叉配血，配备足够的全血或红细胞。监测中心静脉压和尿量。

3. 如 60 分钟内已输注 2000ml 左右的平衡盐溶液血压仍不稳定，说明出血量大，此时应输入胶体如血浆、白蛋白。

4. 如病情平稳，即急诊胃镜，可明确出血病灶并局部止血，可喷洒止血药、电凝、激光、微波和注射硬化剂。

5. 可疑食管胃底静脉曲张破裂出血，可利用三腔二囊管压迫止血。

6. 有以下指征者，应迅速剖腹探查：①年龄大于 45 岁，病史较长的慢性胃溃疡；②无黄疸、腹腔积液和肝昏迷的门脉高压症引起的食管胃底静脉曲张破裂出血；③经过积极处理，24 小时输血 800ml 血压仍不稳定者；④胃癌出血或内科治疗不能控制的出血；⑤对于部位不明的出血，经过积极的初步处理后血压、心率仍不稳定者。

7. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
外科常规护理	血常规
全身麻醉后护理	血氨
一级或特级护理	血肝功能
禁食	凝血功能
留置胃管接负压瓶	血生化
留置尿管接瓶	立止血 1kU iv 即刻
腹腔引流管接持续低负压	血浆全血或红细胞 200~400ml
记录 24 小时出入量	ivgtt (必要时)
奥美拉唑 40mg iv bid	
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml	ivgtt bid
头孢曲松钠 2g	
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
5% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt bid
维生素 K ₁ 30mg	
止血芳酸 0.4g	
乳酸钠林格注射液 1000ml	ivgtt qd
10% 氯化钾 30mg	
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
10% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd
维生素 C 2g	
酚磺乙胺 4g	
10% 氯化钾 15ml	

注:

1. 对于不明原因的上消化道出血,术中应全面仔细的探查,甚至借助电子胃镜或术中血管造影来明确出血部位。条件允许,尽可能对原发病做治愈性手术。

2. 注意纠正术后水、电解质和酸碱平衡紊乱。

3. 术后预防性使用抗菌药,可选用头孢菌素类或氟喹诺酮类,必要时可联用氨基糖苷类,同时应加用抗厌氧菌的药物,如甲硝唑、替硝唑或奥硝唑。

4. 术后仍密切观察引流液的颜色和量，防止再出血的可能。

5. 如为门脉高压症引起的食管胃底静脉曲张破裂出血，术后应护肝治疗和应用维生素 K_1 、清蛋白等，并监测血氨。

6. 如全身营养状况较差或不能进食时间超过 5 天者，应行静脉营养。

胃 癌

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规 + 血型、
二级护理	尿常规、便常规
半流质	粪隐血 ×3 次
留置胃管接负压瓶（有梗阻时）	出凝血时间
复合维生素 B 2 片 po tid	肝功能、肾功能
维生素 C 0.2g pot tid	血钾、钠、钙、氯等电解质
庆大霉素片 4 万 U po tid	血糖
全血（或血浆）200ml ivgtt qod	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	放射免疫查血 CEA、AFP、CA199
	胸部 X 线摄片
	心电图
	胃肠 X 线钡餐
	纤维胃镜检查及病理检查
	胃液脱落细胞检查（必要时）
	B 超查肝脏、肝门区淋巴结及腹腔积液
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行胃癌根治术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400 ~ 800ml
	术前当晚灌肠
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌内注射 术前 0.5 小时
	地西洋（安定） 10mg 肌内注射 术
	前晚
	青霉素皮试

注：

1. 新辅助化疗可使原来在剖腹或腹腔镜检查时无法切除的胃癌缩小，40% ~ 50% 变得可以完全切除。常用 EAP 方案：依托泊苷（VP-16） $60 \sim 70\text{ml}/\text{m}^2$ 加 0.9% 氯化钠注射液 250 静脉滴注，第 4 ~ 6 天；阿霉素（ADM） $20 \sim 25\text{mg}/\text{m}^2$ 加 0.9% 氯化钠注射液 40 毫升，静脉注射，第 1、8 天；顺铂（DDP） $20 \sim 25\text{mg}/\text{m}^2$ 加 0.9% 氯化钠注射液 500ml，静脉滴注，第 1 ~ 3 天；维生素 B₆ 300mg 加 5% 葡萄糖注射液 500ml，静脉滴注，第 1 ~ 3 天；隔 4 周可重复 1 次。

胃癌术后化疗的疗效各家意见不一，与用药的方案、时机和肿瘤的生物学特性有关。对分化差的胃癌应该用全身性辅助化疗。术后全身性辅助化疗方案有 EAP 方案（剂量、用法同前）、FAM 方案（5-氟尿嘧啶 $500\text{mg}/\text{m}^2$ 加 5% 葡萄糖注射液 1000ml，静脉滴注，维持 8 ~ 10 小时，第 1、8、29、36 天；阿霉素（ADM） $30\text{mg}/\text{m}^2$ 加 0.9% 氯化钠注射液 40ml，静脉注射，第 1、8、29、36 天；丝裂霉素 $6 \sim 8\text{mg}/\text{m}^2$ 加 0.9% 氯化钠注射液 40ml，静脉注射，第 1、29 天；每 8 周 1 次，用 4 ~ 6 次）、TFP 方案（紫杉醇 90mg 加 0.9% 氯化钠注射液 500ml，静脉滴注，维持 3 小时，第 1、8、15 天；5-氟尿嘧啶 500mg 加 5% 葡萄糖注射液 500ml，静脉滴注，维持 24 小时，第 1、8、15 天；顺铂（DDP）40mg 加 0.9% 氯化钠注射液 500ml，静脉滴注，维持 4 小时，第 1、3、15 天；每 4 周 1 次，用 4 ~ 6 次，有反应不能耐受者可停用。用紫杉醇前 12 小时和用药前即刻各服地塞米松 4.5mg，用药前 30 分钟内注射异丙嗪 25mg、静脉注射雷尼替丁 50mg）。

2. 胃癌并发出血、穿孔、梗阻者，其处理按胃溃疡病相应部分的原则处理。

3. 全胃切除常可造成“无胃”后遗症，营养与劳动力甚难满意维持。

4. 患者一般均有维生素缺乏，术前给予补充多种维生素。

5. 术前使用抗生素预防感染，可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类。

- 6. 对术前诊断不明确者，可行纤维胃镜检查加病理检查。
- 7. 术前营养不良者予高热量、高蛋白质、高维生素饮食。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	血生化
半卧位（6 小时、血压平稳后）	凝血功能
测血压、脉搏、呼吸 1 次/小时	5% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
留置胃管接负压瓶	止血芳酸 0.4g
留置尿管接消毒瓶	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
记 24 小时出入量	
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml / 氨苄西林 3g	ivgtt bid
5% 葡萄糖注射液 500ml / 青霉素 400 万 U	ivgtt qd
维生素 C 2g / 10% 葡萄糖注射液 1000ml	ivgtt qd
10% 氯化钾 30ml	
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	

注：

1. 胃癌一经确诊，应尽早手术治疗。手术原则是按肿瘤位置和分期整块地切除胃的全部或大部，以及大、小网膜和所属淋巴结，重建消化道。一般讲，“弥漫型癌”，切断应距肿瘤上下缘 5cm 以上，大多需行全胃切除术；对“肠上皮型”癌，距肿瘤缘 3 厘米已足够，胃窦可选择远端胃根治性切除术，小弯高位癌和贲门癌可选择近端胃根治性切除术，保留部分远端胃与食管吻合。

胃癌 I A 期（粘膜癌）行 D₀ 切除（不清扫区域淋巴结）

即可。

胃癌ⅠB期（粘膜下癌）、Ⅱ期和可能ⅢA期应行D₂根治术，清扫第1和第2站区域淋巴结，达到原发瘤和淋巴引流区域R₀切除（肿瘤完全切除，肉眼和镜下都无肿瘤残留）。

胃癌ⅢB期和可能ⅣA期（局部晚期，无远处转移），外科手段已不可能达到R₀切除，可以考虑用新辅助化疗。

胃癌Ⅳ期（伴远处转移）手术仅仅是姑息治疗。手术指征是梗阻和出血。此外可考虑姑息化疗。

2. 胃癌的手术目标是R₀切除。根据清除淋巴结的范围，胃癌根治性切除分4种不同术式：D₀（未完全清除第1站淋巴结）、D₁（清除了全部第1站淋巴结）、D₂（清除了全部第2站淋巴结）和D₃（清除了全部第3站淋巴结）。目前都认为应该清除到第2站，即应取D₂根治术式，但对未超出粘膜的早期胃癌，行D₁术式已足够。

3. 不能根治但有幽门梗阻者，可做胃空肠吻合或仅做营养性空肠造瘘，伴出血者可试行胃癌周围血管结扎。

4. 术后预防性使用抗菌药，可选用头孢菌素类或氟喹诺酮类，必要时可联用氨基糖苷类，同时应加用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。

5. 术后第二天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复。

6. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

7. 防治并发症的发生，如术后持续发热要注意有无盆腔积液，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

胃大部切除术后并发症——胃排空延迟

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规 + 血型
一级护理	尿常规、便常规
禁食	出凝血时间
留置胃管接负压瓶并记量	肝功能
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml / 10% 氯化钾 10ml	肾功能
ivgtt bid	血钾、钠、钙、氯等电解质
5% 葡萄糖注射液 500ml / 红霉素 1.2g	血糖
ivgtt qd	乙肝两对半
10% 葡萄糖注射液 1000ml / 10% 氯化钾 20mg	肝炎系列
ivgtt qd	抗 HIV 抗体
维生素 C 2g	梅毒抗体
静脉营养（必要时）	血气分析
	胸部 X 线透视或摄片
	心电图
	X 线胃肠造影（服用泛影葡胺）

注：

1. 上腹部手术后胃排空延迟（胃排空障碍）并不少见，主要见于胃手术后和胰十二指肠切除术后。若能排除胃肠的机械性梗阻，本病的治疗原则是非手术（维持水和电解质平衡和营养支持）。一般在 2 ~ 4 周内胃排空能力即可恢复正常。临床研究表明甲氧氯普胺、西沙比利和红霉素能加速胃排空，对上消化道的麻痹性梗阻有效。

2. 纯胃液丢失用等量 0.45% 氯化钠溶液补足，每升加 10% 氯化钾 15ml。

3. 如丢失的胃液中含肠液（胆汁），则用等量乳酸钠林格液补足，每升加 10% 氯化钾 15ml。

胃大部切除术后并发症——术后胃出血

术前医嘱	术后医嘱
与患者本人及家属谈话并签字	普通外科常规护理
红细胞、血红蛋白、血细胞比容、出血时间、凝血时间、血型	全身麻醉后护理 一级护理
查血型及交叉配血、备血 1000~2000ml	禁食 病危
术前留置胃管	半卧位（清醒、血压平稳后）
术前留置导尿管	留置胃管接负压瓶并记量
冰 0.9% 氯化钠注射液 200ml / 洗胃	留置尿管接消毒瓶
去甲肾上腺素 8mg / 即刻	测血压、呼吸、脉搏 1 次/小时
0.9% 氯化钠注射液 200ml / ivgtt st	5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml / ivgtt bid
酚磺乙胺（止血敏）4g /	氨苄西林 3g
氨甲苯酸（止血芳酸）0.4g /	0.5% 甲硝唑 100ml / ivgtt bid
新鲜血 800ml / ivgtt st	5% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt qd
即刻在全麻下行剖腹止血、营养性空肠造瘘术	庆大霉素 24 万 U
备空肠造瘘管	10% 葡萄糖注射液 1000ml
苯巴比妥（鲁米那）0.1g /	10% 氯化钾 30ml / ivgtt qd
阿托品 0.5mg /	维生素 C 2g
肌内注射 术前 0.5 小时	
青霉素皮试	

注：

1. 术后 24 小时内，从胃管流出少量暗红色或咖啡色血性胃液，属正常现象；如流出大量鲜血，持续不止，有休克征象，多需再次手术。出血部位大多在缝合后的小弯侧胃残端内面或胃肠吻合口，切开胃体，找到出血点缝扎止血。

2. 术后第 4 天以后出血，为继发性出血，由炎症或缝线脱落引起，经止血药物和输血治疗后多能奏效。若出血仍不停止，或出现休克现象，经治疗后不能稳定者，应再次手术止血。

胃大部切除术后并发症——吻合口瘘 (包括十二指肠残端破裂)

术前医嘱	术后医嘱
与患者本人及家属谈话并签字	普通外科常规护理
红细胞、血红蛋白、血细胞比容、出凝血时间、血型、血电解质	全身麻醉后护理
查血型及交叉配血、备血	一级护理
400 ~ 800ml	禁食
术前留置胃管	病危
术前留置导尿管	半卧位 (清醒、血压平稳后)
B 超查腹腔游离气体、游离液体	留置胃管接负压瓶
腹部立位 X 线透视或摄片 (床边)	留置尿管接消毒瓶
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml	测血压、呼吸、脉搏 1 次/小时
氨苄西林 6g	记 24 小时出入量
10% 氯化钾 20ml	测中心静脉压 1 次/小时
即刻在全麻下行剖腹探查、吻合口瘘修补、腹腔引流、营养性空肠造瘘术	5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml
备空肠造瘘管	氨苄西林 6g
苯巴比妥 (鲁米那) 0.1g	10% 氯化钾 10ml
阿托品 0.5mg	0.5% 甲硝唑 100ml
肌内注射 术前 0.5 小时	5% 葡萄糖注射液 500ml
青霉素皮试	庆大霉素 24 万 U
	10% 氯化钾 10ml
	10% 葡萄糖注射液 1000ml
	10% 氯化钾 20ml
	复方氨基酸注射液 500ml
	全血 (或血浆) 200ml

注:

1. 胃肠吻合口瘘较少见, 发生吻合口瘘后, 胃肠内容物流入腹腔, 会引起严重的腹膜炎。手术之后早期发生者须立即手术进行修补; 如发生较晚, 已形成局限的脓肿或外瘘, 则除了行引流外, 还应该采用胃管持续减压和积极支持疗法。

2. 十二指肠残端破裂是很严重的并发症, 一旦发生即

表现右上腹部剧烈疼痛和明显的急性腹膜炎体征，须立即进行手术治疗。术后1~2天破裂，可试行残端重新缝合，并在十二指肠内放置T管负压引流减压；如十二指肠残端破裂发生在术后3~6天时，企图缝合破裂处是徒劳的，应从破裂口放入T管或蕈状导尿管，做连续负压引流，破裂残端的周围另放双腔管连续负压吸引；胃内都应留置胃管持续减压。腹腔内要冲洗干净。

3. 胃切除术后吻合口瘘或十二指肠残端破裂，都会丢失大量的体液和电解质，术前应注意水电解质平衡，术后应注意营养的补充，多次少量输血、输多种氨基酸或脂肪乳等，逐渐从静脉营养过渡到肠内营养。并用抗生素控制感染。

胃大部切除术后并发症——术后梗阻

术前医嘱

术后医嘱

与患者本人及家属谈话并签字	普通外科常规护理
查：红细胞、血红蛋白；血细胞比容；出凝血时间；血型；血电解质；血清白蛋白、球蛋白；血胆红素；血清淀粉酶测定	硬膜外麻醉后护理 一级护理 禁食 病重
查血型及交叉配血、备血 400 ~ 800ml	半卧位（术后 6 小时、血压平稳后） 留置胃管接负压瓶并记量 留置尿管接消毒瓶
术前留置胃管	测血压、呼吸、脉搏 1 次/2 小时
术前留置导尿管	测中心静脉压 1 次/小时
纤维胃镜检查	5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml / ivgtt bid
B 超查胃、十二指肠充盈情况	氨苄西林 3g
腹部 X 线稀钡透视并摄片、观察钡剂通过胃肠吻合口情况	0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid
乳酸钠林格注射液 500ml / 10% 氯化钾 15ml / 维生素 C 2g / ivgtt st	5% 葡萄糖注射液 500ml / 庆大霉素 24 万 U / ivgtt bid
在硬膜外麻醉下行剖腹探查、营养性空肠造瘘术备空肠造瘘管	10% 葡萄糖注射液 1000ml / 10% 氯化钾 30ml / 维生素 C 2g / ivgtt qd
苯巴比妥（鲁米那）0.1g / 阿托品 0.5mg / 肌内注射 术前 0.5 小时	
青霉素皮试	

注：胃大部切除后吻合口梗阻，一般经禁食、胃肠减压、维持水电解质平衡和营养等非手术疗法后都可以恢复，若经非手术疗法梗阻仍不能解除，胃肠道稀钡 X 线检查，钡剂不能通过吻合口，且患者有频繁呕吐的症状，需再次手术探查，解除梗阻，恢复胃肠道通畅。注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

1. 吻合口梗阻有机械性梗阻和胃排空障碍两种：①机

械性梗阻胃吻合口过小、胃壁及肠内翻太多及伴有手术引起的水肿所致，X线吞稀钡检查证实后，需再次手术扩大原吻合口，解除梗阻；②胃排空障碍多系功能性，经非手术治疗后多可治愈。

2. 输入段肠管梗阻有急性完全性梗阻和慢性不完全性梗阻两类：①急性完全性梗阻常由输入段肠段太长、扭曲、压迫和内疝引起，可导致肠坏死、穿孔等，诊断明确后需急诊手术行输入段、输出段空肠吻合或Y形吻合；②慢性不完全性梗阻如经非手术治疗不能缓解，亦应手术解除梗阻，手术方式同急性完全性梗阻。

3. 输出段肠管梗阻多系粘连、大网膜炎性水肿或坏死压迫、横结肠系膜裂孔未固定或固定不良等引起，须手术治疗解除梗阻原因，或将毕Ⅱ式手术改为毕Ⅰ式手术。

胃十二指肠溃疡瘢痕性幽门梗阻

术前医嘱

长期医嘱		临时医嘱
普通外科常规护理		查：血常规 + 血型
二级护理		尿常规、便常规
禁食		出凝血时间
留置胃管		肝功能、肾功能
每晚抽净胃内潴留液体		血钾、钠、钙、氯等电解质
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml	ivgtt bid	血糖
西咪替丁 0.8g		乙肝两对半
10% 氯化钾 15ml		肝炎系列
10% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd	抗 HIV 抗体
庆大霉素 16 万 U		梅毒抗体
维生素 C 2g		胸腹部 X 线透视或摄片
		心电图
		纤维胃镜检查
		胃肠道钡餐检查
		与患者本人及家属谈话并签字
		在硬膜外麻醉下行胃大部切除术
		备皮
		查血型及交叉配血、备血 800ml
		术前留置导尿管
		苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
		阿托品 0.5mg /
		肌内注射 术前 0.5 小时
		青霉素皮试

注：

1. 幽门梗阻常使病人发生营养障碍，造成贫血、低蛋白血症及水电解质紊乱，术前应充分准备，可给予输注全血或血浆，以纠正贫血和低蛋白血症；积极补液、补钾，纠正缺水和低氯低钾性碱中毒；加强营养，必要时可予胃肠外营

养，改善病人营养状况。

2. 幽门梗阻致使胃黏膜严重水肿，潴留的食物腐败常致胃内发生粘膜充血、炎症，不利于手术，术前应留置胃管，术前2~3天每晚抽尽胃内潴留液体，用温生理盐水洗胃；梗阻严重的病人术前3~5天开始禁食，持续胃肠减压，加强胃肠外营养。

3. 幽门梗阻，可使胃酸潴留，同时潴留的食物腐败常致胃内发生粘膜充血、炎症，应给予抑制胃酸分泌的药物，如西咪替丁、奥美拉唑等均可选用。

4. 诊断不明确时，可予纤维胃镜检查及胃肠道钡餐检查。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
半卧位（6小时、血压平稳后）	血生化
留置胃管接负压瓶并计量	5%葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
留置尿管接消毒瓶	止血芳酸 0.4g /
5%葡萄糖氯化钠注射液 250ml / ivgtt bid	血浆 200~400ml ivgtt（必要时）
氨苄西林 3g	
5%葡萄糖注射液 500ml / ivgtt bid	
庆大霉素 16万U	
乳酸林格注射液 500ml / ivgtt qd	
10%氯化钾 10ml	
0.5%甲硝唑 100ml ivgtt bid	
10%葡萄糖注射液 500ml / ivgtt qd	
维生素C 2g	

注：

1. 十二指肠溃疡瘢痕性幽门梗阻是外科治疗的绝对适

应证，手术方法是胃大部切除术。对胃酸高、疼痛剧烈的年轻病人，可做迷走神经切断加胃窦切除术。

2. 对胃酸低、全身情况差的老年病人，以做胃空肠吻合术为宜。

3. 手术较大，病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。

4. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，加强胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复。

5. 预防性使用抗菌药，可选用2、3代头孢菌素或氟喹诺酮类，必要时可联用氨基糖苷类，同时应加用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。

6. 处理合并症，防治并发症的发生。如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

应激性溃疡

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	查：血常规 + 血型
一级护理	尿常规、大便常规
禁食	出凝血时间
病危	肝功能、肾功能
平卧	血钾、钠、钙、氯等电解质
测血压、呼吸、脉搏 1 次/0.5 小时	血糖
留置胃管接负压瓶并记量	乙肝两对半
冰 0.9% 氯化钠注射液 200ml /	肝炎系列
去甲肾上腺素 8mg	抗 HIV 抗体
洗胃 2 ~ 4 次/日 (必要时)	梅毒抗体
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml	急诊纤维胃镜检查 and 内镜下止血
西咪替丁 0.8g	与患者本人及家属谈话并签字
10% 葡萄糖注射液 500 ~ 1000ml	在硬膜外麻醉 (或全麻) 下行胃大部切除术
维生素 C 2g	备皮
新鲜血 200 ~ 400ml ivgtt qd (或 qod)	查血型及交叉配血、备血 400 ~ 800ml
	查心电图
	术前留置导尿管
	苯巴比妥 (鲁米那) 0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌内注射 术前 0.5 小时
	青霉素皮试

注：

1. 应积极治疗引起应激性溃疡的原发病，如大面积烧伤、严重脑外伤及严重感染性疾病等。
2. 密切观察生命体征（脉搏、呼吸、血压）及周围循环状况。
3. 避免应用可以诱发应激性溃疡出血的药物，如乙酰

水杨酸（阿司匹林）、糖皮质激素等。

4. 纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

5. 纠正凝血机制紊乱，有胃出血者，予输新鲜血浆、胃肠减压、抽空胃液和反流的胆汁。

6. 术前应用抑制胃酸分泌的药物，可选用 H_2 受体阻滞剂，如西咪替丁，或质子泵抑制剂，如奥美拉唑。

7. 经胃肠减压管灌注冰生理盐水 200ml 加去甲肾上腺素 8mg。

8. 预防感染可选用头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类等抗菌药。

9. 术前应用胃粘膜保护剂，如硫糖铝、氢氧化铝或前列腺素类药物（米索前列醇）等。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉（或全麻）后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
病危	血生化
半卧位（6 小时、血压平稳后）	5% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
留置胃管接负压瓶并记量	PAMBA 0.4g
留置尿管接消毒瓶	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
测血压、脉搏、呼吸 1 次/2 小时	
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml	ivgtt bid
氨苄西林 2g	
0.5% 甲硝唑 100ml	ivgtt bid
10% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt bid
庆大霉素 16 万 U	
10% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd
维生素 C 2g	

注：

1. 应激性溃疡出血经非手术治疗，出血仍不能控制时，应迅速采用手术疗法。溃疡位于胃近侧或十二指肠者，缝合止血后做迷走神经切断加胃空肠吻合术；溃疡位于胃远侧者，可用迷走神经切断加胃窦切除术，也可行胃大部切除术。全胃切除仅限于大片黏膜广泛出血、而第一次手术又未能止血者。

2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

3. 术后预防性使用抗菌药，可选用头孢菌素类或氟喹诺酮类，必要时可联用氨基糖苷类，同时应加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑。

4. 防治并发症的发生，如术后持续发热要注意有无盆腔积液，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

胃十二指肠溃疡大出血

术前医嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理
 一级护理
 禁食
 病重
 平卧（上身及下肢各抬高 20° ）
 测血压、脉搏、呼吸 1 次/0.5 小时
 留置胃管接负压瓶
 冰 0.9% 氯化钠注射液 200ml /
 去甲肾上腺素 4 ~ 8mg /
 洗胃 2 ~ 4 次/天
 Losec 40mg iv 2 次/天
 5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml / ivgtt
 西咪替丁 0.8g / qd
 5% 葡萄糖注射液 500ml /
 庆大霉素 24 万 U / ivgtt qd
 维生素 C 2g /
 10% 葡萄糖注射液 1000ml /
 10% 氯化钾 30ml / ivgtt qd
 维生素 K 30ml /
 5% 葡萄糖注射液 500ml /
 止血敏 2 ~ 4g / ivgtt qd
 止血芳酸 0.4g /
 0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid

查：血常规 + 血型
 尿常规、便常规
 出凝血时间
 肝功能、肾功能
 血钾、钠、钙、氯等电解质
 血糖
 乙肝两对半
 肝炎系列
 抗 HIV 抗体
 梅毒抗体
 查血型及交叉配血、备血 800 ~ 1200ml
 乳酸林格注射液 500ml 静脉快速滴注 即刻
 全血 800 ~ 1000ml 静脉滴注 即刻
 与患者本人及家属谈话并签字
 在全身麻醉下行胃大部切除术
 备皮
 查血型及交叉配血、备血 800ml
 术前留置导尿管
 苯巴比妥（鲁米那）0.1g / 肌内注射
 阿托品 0.5mg / 术前 0.5h
 先锋霉素 VI 2g, 0.5% 甲硝唑 100ml
 术中静脉滴注

注：

1. 密切观察生命体征（脉搏、呼吸、血压）及周围循环状况。

2. 纠正休克：立即建立可靠的静脉输液通道，快速滴注平衡液，失血量达全身总血量的 20%，应输注右旋糖酐或血浆代用品 6% 羟乙基淀粉 100 ~ 1500ml/d、佳乐施，一般 1

~3 小时输注 500 ~ 1000ml, 或输注血浆代用品海脉素。出血量较大时可输注浓缩红细胞, 必要时也可输全血, 应保持血细胞比容不低于 30%, 输入液体中晶体与胶体之比为 3:1。

3. 经胃肠减压管灌注冰生理盐水 200ml 加去甲肾上腺素 8mg; 静脉给 H_2 受体拮抗剂, 如西咪替丁, 或质子泵抑制剂, 如奥美拉唑; 必要时给予生长抑素奥曲肽 (善得定) 0.1mg 静脉注射, 6 ~ 8 小时一次。

4. 急诊纤维胃镜可明确诊断和局部止血, 应用云南白药、抗酸剂 (氢氧化铝凝胶)、粘膜保护剂 (硫糖铝) 等。

5. 预防感染可选用头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类等抗菌药。

6. 注意维持水、电解质和酸碱平衡紊乱。

上述处理未能止血者, 应当机立断剖腹探查, 行胃大部分切除。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
全身麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
半卧位 (6 小时、血压平稳后)	血生化
留置胃管接负压瓶并记量	5% 葡萄糖注射液 500ml
留置尿管接消毒瓶	止血芳酸 0.4g
高舒达 20 毫克 iv bid	10% 氯化钾 10ml
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml	ivgtt
氨苄西林 3g	血浆 200 ~ 400ml ivgtt (必要时)
5% 葡萄糖注射液 500ml	
庆大霉素 16 万 U	
乳酸钠林格注射液 500ml	
10% 氯化钾 15ml	
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
10% 葡萄糖注射液 500ml	
维生素 C 2g	
维生素 K 30mg	

注：

1. 胃十二指肠溃疡大出血多数经内科治疗可止血，但下列应紧急手术：①出血量大，早期即出现休克；②经短期（6~8小时）输血600~800ml，血压仍不能稳定，或稳定后不久血压又下降，或24小时内输血>1000ml才能维持血压及血细胞比容者；③有类似大出血史；④在溃疡药物治疗中出现大出血；⑤60岁以上，伴有动脉硬化症；⑥同时存在幽门梗阻，或并发急性穿孔；⑦急诊内镜见溃疡活动性出血难以止住；⑧球后溃疡或胃小弯溃疡（附近为大血管）。

2. 应做包括溃疡在内的胃大部切除，切除溃疡有困难时，应贯穿缝扎溃疡底部的出血动脉，做溃疡旷置术。病情危重，不能耐受胃大部切除术时，可采用单纯缝扎止血。

3. 近来也有人主张，对十二指肠溃疡大出血，在贯穿缝扎出血处后，施行迷走神经切断加引流术（幽门成形或胃空肠吻合），或迷走神经切断加胃窦切除术。

4. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

5. 术后预防性使用抗生素，可选用头孢菌素类或氟喹诺酮类，必要时可联用氨基糖苷类，同时应加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑。

6. 防治并发症的发生，如术后持续发热要注意有无盆腔积液，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

胃十二指肠溃疡急性穿孔

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理 一级护理 病重 禁食 留置胃管 半卧位（无休克） 测血压、脉搏、呼吸 1 次/小时 鼻导管吸氧 3 ~ 5L/min（必要时） 5% 葡萄糖注射液 250ml / 先锋霉素 VI 2g / ivgtt bid 乳酸钠林格注射液 500ml / 维生素 C 2g / ivgtt qd 维生素 K 30mg / 10% 葡萄糖注射液 500ml / 10% 氯化钾 15ml / ivgtt qd 0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	血常规 + 血型 尿常规 便常规 出凝血时间 血生化 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 梅毒抗体 立位胸腹部 X 线透视或摄片 心电图 腹腔穿刺、穿刺液常规检查 与患者本人及家属谈话并签字 即刻在硬膜外或气管内麻醉下 行胃大部切除或穿孔修补术 备皮 查血型及交叉配血、备血 400ml 苯巴比妥（鲁米那）0.1g / 阿托品 0.5mg / 肌内注射 术前 0.5 小时 先锋霉素 VI 2g, 0.5% 甲硝唑 100ml 术中静脉滴注

注：

1. 密切观察生命体征（脉搏、呼吸、血压）及周围循环状况。

2. 溃疡急性穿孔，原则上应及早手术治疗。非手术治疗适应证是：①腹膜炎症轻、局限；②年轻患者，一般情况良好，无休克；③单纯性，无出血、梗阻或癌变；④空腹穿孔。非手术治疗主要措施是禁食、胃肠减压，配合输液和抗

感染。要注意的是，若在严密观察6~8小时后症状、体征不见减轻，或反而有加重者，应立即手术治疗。

3. 溃疡穿孔后手术病人的三大危险因素：主要脏器严重疾病、术前休克和穿孔时间>24小时。

4. 由于穿孔后会发生腹膜炎，抗菌药可选用头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类等。

5. 应使用抑制胃酸分泌的药物，静脉给予H₂受体阻滞剂，如西咪替丁，或质子泵抑制剂，如奥美拉唑。

6. 如伴贫血应输血。可适当选用针灸镇痛。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
病重（或病危）	血生化
半卧位（6小时、血压平稳后）	5%葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
留置胃管接负压瓶并计量	酚磺乙胺 2g
留置尿管接袋	血浆 200~400ml ivgtt（必要时）
腹腔引流管接负压瓶	
记24小时出入量	
测血压、脉搏、呼吸 1次/小时	
5%葡萄糖氯化钠注射液 250ml / 先锋霉素VI 2g	ivgtt bid
10%葡萄糖注射液 500ml / 庆大霉素 24万U	ivgtt qd
10%氯化钾 10ml / 乳酸钠林格注射液 500ml	ivgtt qd
10%氯化钾 10ml / 0.5%甲硝唑 100ml	ivgtt bid
10%葡萄糖注射液 500ml / 维生素C 2g	ivgtt qd
维生素K 30mg / 10%葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd
10%氯化钾 10ml	

注：

1. 一期溃疡治愈性手术（胃大部切除术或高选择性迷走神经切断术）：适用于穿孔时间短、腹腔污染轻、胃肠道水肿不明显、患者体质状态好、有恶变可能（尤其史胃溃疡）、出血或幽门狭窄、多发性溃疡。另一种方法是溃疡切除，缝合胃切口，进行迷走神经切断合并幽门成形术。

2. 单纯穿孔缝合修补术：不适用于一期溃疡治愈性手术的病例，可选择单纯穿孔缝合修补术。由于十二指肠溃疡内科治疗效果的改善，目前对十二指肠溃疡穿孔也多主张做单纯穿孔缝合修补术。

3. 病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至呼吸循环稳定。

4. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

5. 术后应加强抗感染，可选用头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类，同时应加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑。

十二指肠损伤

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科护理常规 一级护理 禁食 病危 平卧（上身及下身各抬高 20°） 留置胃管接负压瓶 测脉搏、呼吸、血压 1 次/小时 5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml 酚磺乙胺（止血敏）2g 氨甲苯酸（止血芳酸）0.4g 5% 葡萄糖注射液 250ml 氨苄西林 3g 10% 葡萄糖注射液 500ml 庆大霉素 32 万 U 10% 氯化钾 10ml 0.5% 甲硝唑 100ml 乳酸钠林格注射液 500ml 10% 氯化钾 10ml 10% 葡萄糖注射液 500ml 维生素 C 2g 10% 氯化钾 10ml	查：血常规 + 血型、 尿常规、便常规 出凝血时间 血细胞比容 肝功能、肾功能 血钾、钠、钙、氯等电解质 血糖 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 梅毒抗体 诊断性腹腔穿刺 摄胸腹部 X 线平片 口服水溶性造影剂，胃、十二指肠 X 线检查（必要时） B 超查肝、胆、胰、脾 腹部 CT（必要时） 青霉素皮试 与患者本人及家属谈话并签字 在全麻下行剖腹探查术及十二指肠修补吻合术 备皮 查血型及交叉配血、备血 800ml 留置导尿管 苯巴比妥（鲁米那）0.1g 阿托品 0.5mg 肌肉注射 术前 0.5 小时

注：

1. 密切观察生命体征（脉搏、呼吸、血压）。
2. 有内出血者，予应用止血药物，如酚磺乙胺（止血敏）、氨甲苯酸（止血芳酸）等，及时补充血容量，纠正休克。内出血、低血压不能纠正者，立即剖腹探查。

3. 积极应用抗生素，可联合应用青霉素类（或头孢菌素类）和氨基糖苷类抗生素，同时应用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。

4. 安置胃肠减压，建立胃肠外营养通道，加强全身支持治疗。

5. 诊断不明确时，可予口服水溶性造影剂胃、十二指肠 X 线检查及腹部 CT。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科护理常规	血常规
全麻后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
病危	血生化
半卧位（清醒、血压平稳后）	
鼻导管吸氧 3 ~ 5L/min	
测血压、呼吸、脉搏 1 次/2 小时	
胃管接负压瓶	
腹腔引流管接负压瓶	
导尿管接消毒瓶	
记 24 小时出入量	
10% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd
酚磺乙胺（止血敏）2g	
氨甲苯酸（止血芳酸）0.4g	
乳酸钠林格注射液 500ml	ivgtt qd
10% 氯化钾 15ml	
5% 葡萄糖注射液 250ml	ivgtt bid
氨苄西林 3g	
10% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd
庆大霉素 32 万 U	
10% 氯化钾 15ml	
0.5% 甲硝唑 100ml	ivgtt bid
10% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd
维生素 C 2g	
全血 200ml	ivgtt qod

注：

1. 十二指肠损伤一经诊断，应紧急手术剖腹探查。

2. 十二指肠损伤裂口不大时，可予以修补。

3. 损伤十二指肠周径 $3/4$ 以上者，可行十二指肠损伤口和空肠的 Roux - en - Y 吻合术，或视情况缝闭十二指肠远断端，十二指肠近断端与空肠行端侧吻合，恢复肠道通畅。肠管内外放引流减压。术后行持续鼻胃管引流，也可在术中行高位空肠造瘘，将造瘘管逆行插入十二指肠内用于术后减压，并加用全肠外营养。

4. 十二指肠损伤手术后，应于损伤附近置管行负压引流，保持引流通畅。

5. 胃肠减压管应放至十二指肠损伤的稍上端肠管内，或在十二指肠上另外造口引流减压。

6. 保持营养供给（通常做高位空肠造瘘或全胃肠外营养）。如此可减少术后吻合口瘘的发生率，加快吻合口愈合。

7. 术后注意抗感染、抗休克及维持水与电解质平衡。

8. 处理合并症，防治并发症的发生。如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

十二指肠憩室

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规 + 血型
三级护理	尿常规、便常规
半流质饮食（或软食）	出凝血时间
侧卧位（体位引流）	肝功能
甲氧普胺（胃复安）5 ~ 10mg	肾功能
（或多潘立酮 10mg）po tid	血钾、钠、钙、氯等电解质
雷尼替丁 150mg po bid	血糖
庆大霉素片 80 万 U po tid	乙肝两对半
	抗 HIV 抗体
	肝炎系列
	梅毒抗体
	胸部 X 线透视或摄片
	心电图
	X 线钡餐十二指肠低张造影
	上消化道纤维内镜检查
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行十二指肠憩室
	切除术或憩室旷置术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400ml
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌肉注射 术前 0.5 小时
	地西洋（安定）10mg 肌肉注射
	术前晚
	青霉素皮试

注：

- 1. 调节饮食，避免干、硬、难消化的食物，予易消化的软食。
- 2. 术前应用抗酸药物，可选用 H₂ 受体拮抗剂，如西咪替丁；或质子泵抑制剂，如奥美拉唑。
- 3. 由于憩室内食物潴留，引流不畅而发生急性或慢性炎症，可予使用抗生素抗炎，抗菌药可选用头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类等。
- 4. 可采用体位引流减少憩室内潴留的食物，减轻患者的症状。
- 5. 术前可使用胃肠动力药减轻患者的症状，胃肠动力药可选用甲氧氯普胺（胃复安）5～10mg，一天3次；或多潘立酮 10mg，一天3次。
- 6. 术前注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
半卧位（6 小时、血压平稳后）	血生化
留置胃管接负压瓶并记量	5% 葡萄糖注射液 500ml /
留置尿管接消毒瓶	止血芳酸 0.4g / ivgtt
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml /	
氨苄西林 3g /	ivgtt bid
10% 葡萄糖注射液 500ml /	
庆大霉素 16 万 U /	ivgtt bid
10% 氯化钾 10ml /	
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
10% 葡萄糖注射液 500ml /	
维生素 C 2g /	ivgtt qd

注：

1. 十二指肠憩室在并发出血、梗阻、穿孔时必须行外科手术治疗。若无并发症，一般不必治疗。术中确认壶腹部极为重要。若辨认有困难，应果断切开胆总管，置入探子或导管确认。然后才开始分离切除憩室。

2. 可根据憩室部位、大小选择憩室切除缝合术或小憩室内翻缝合术；切除困难的憩室行憩室旷置术（胃大部切除加胃空肠吻合术）。

3. 十二指肠憩室合并胆、胰管梗阻时，应分别再做胆肠、胰肠吻合术。

4. 十二指肠憩室穿孔（炎症穿孔或胆总管探查时探子进入十二指肠造成）常常是致命性的。此时，应行毕氏Ⅱ式胃肠吻合和胆管切断、胆管空肠端侧 Roux - en - Y 吻合术，穿孔周围引流术。对术中发现的憩室穿孔可行修补术。

5. 术后应加强抗感染，可选用头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类，同时应加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑。

6. 术后注意维持水、电解质和酸碱平衡紊乱。

良性十二指肠淤滞症 (肠系膜上动脉压迫综合征)

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规 + 血型
二级护理	尿常规、便常规
半流质	出凝血时间
餐后俯卧位 (或左侧卧位)	血细胞比容
多潘立酮 (吗丁林) 10mg po tid	肝功能、肾功能
	血钾、钠、钙、氯等电解质
	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	X 线钡餐检查
	选择性肠系膜上动脉造影 (必要时)
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行十二指肠空肠 Roux - en - Y 吻合术或十二指肠悬肌 (屈氏韧带) 松解术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400ml
	术前当晚灌肠
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥 (鲁米那) 0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌内注射 术前 0.5 小时
	青霉素皮试

注:

1. 发作期间应休息、禁食;插胃管胃肠减压、洗胃;静脉营养。
2. 发作期间应用胃肠解痉药物,如阿托品等减轻患者症状。
3. 患者在发作症状缓解后宜少食多餐,进容易消化稀软饮食,餐后俯卧或左侧卧位 30min。
4. 术前可应用胃肠动力药减轻患者症状,如多潘立酮(吗丁林) 10mg,一天 3 次。
5. 术前营养不良者予高热量、高蛋白质及高维生素饮食。
6. 术前诊断不明确时,可行选择性肠系膜上动脉造影。
7. 术前注意纠正水、电解质和酸碱平衡失调。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
半卧位(6 小时、血压平稳后)	血生化
留置胃管接负压瓶并计量	5% 葡萄糖注射液 500ml /
留置尿管接消毒瓶	氨甲苯酸 0.4g / ivgtt
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml /	
氨苄西林 6g /	ivgtt qd
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml /	
青霉素 400 万 U /	ivgtt qd
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
10% 葡萄糖注射液 1000ml /	
维生素 C 2g /	ivgtt qd
10% 氯化钾 30ml /	

注：

1. 良性十二指肠淤滞症（肠系膜上动脉综合征）一般采用内科治疗。内科治疗无效时可行手术治疗。常用的手术方法为十二指肠横部与空肠 Roux - en - Y 吻合术、十二指肠悬韧带（屈氏韧带）松解术或胃空肠吻合。

2. 术后抗感染，可选用头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类，同时应加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑。

3. 术后加强患者营养，予胃肠外营养，直至胃肠功能恢复。

4. 注意维持水、电解质和酸碱平衡。

5. 防治并发症的发生。如术后持续发热要注意有无盆腔积液及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

（中山大学附属第六医院胃肠外科 吴小剑）

二、常见外科急腹症

急性肠系膜上动脉缺血

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科护理常规	查：血常规 + 血型、
一级护理	尿常规、便常规
禁食	出凝血时间
病重或病危	肝功能
留置胃管接负压瓶并记量	肾功能
留置导尿管记录尿量	血钾、钠、钙、氯等电解质
监测生命体征（疑有休克）	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列抗体
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	动脉血气分析
	心电图
	胸部 X 线摄片
	腹部立、卧位 X 线摄片
	乳酸钠林格注射液 1000ml
	庆大霉素 24 万 U
	维生素 C 2g
	与患者本人及家属谈话并签字
	立即在硬膜外或气管内麻醉下行剖腹探查术
	备皮
	查血型及交叉配血、备血 400 ~ 1000ml
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g
	阿托品 0.5mg
	肌内注射 术前 0.5 小时

注：

1. 急性肠系膜上动脉缺血往往在很短时间内即可发生小肠坏死，确诊后应立即进行补液、肝素化，病人即送手术

室。争取在肠坏死以前解除梗阻，并积极改善全身情况。纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱，才能挽救病人生命。对术后长期不能进食者，可给予全肠外营养（TPN）。

2. 密切监测病人生命体征。

3. 诊断不明确时，可行选择性肠系膜上动脉造影，该检查可显示其动脉近端正常，而远侧分支变细而光滑。

4. 首先纠正诱发因素，如心瓣膜病、心房纤颤、心内膜炎等。

5. 血细胞比容增高时应补给晶体、胶体溶液或输注低分子右旋糖酐。

6. 可经选择性肠系膜上动脉插管注罂粟碱、妥拉苏林等血管扩张药物。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉（或全麻）后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	出、凝血功能
病重	血生化
半卧位（6小时、血压平稳后）	
鼻导管吸氧3~5L/min	
留置胃管接负压瓶	
留置尿管接消毒瓶	
记24小时出入量	
测血压、呼吸、脉搏（1次/小时）×8次	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50~100mg 肌肉注射	
1次/8小时（必要时）	
低分子右旋糖酐500ml	ivgtt 慢 qd
肝素1.0~1.5mg/千克体重	
5%葡萄糖氯化钠注射液250ml	ivgtt bid
先锋霉素VI 2g	

长期医嘱		临时医嘱
5% 葡萄糖氯化钠注射液 1000ml	/	ivgtt qd
10% 氯化钾 30ml		
维生素 C 2g		
5% 葡萄糖注射液 500ml		ivgtt qd
10% 氯化钾 15ml	/	ivgtt bid
0.5% 甲硝唑 100ml		

注：

1. 急性肠系膜上动脉缺血包括肠系膜上动脉栓塞和肠系膜上动脉血栓形成。

2. 肠系膜上动脉栓塞的栓子多位于动脉分叉处，常见的部位是胰十二指肠下动脉或结肠中动脉分叉处。一般在横结肠系膜下方找到肠系膜上动脉，阻断栓子近远侧动脉，用 Fogarty 管取栓。

3. 肠系膜上动脉血栓形成的病人多有动脉粥样硬化的基础。内脏动脉造影有助于诊断，但闭塞的部位比 X 线所显示的往往要广泛得多。治疗要点是恢复肠道血液灌注。

4. 对有肠管坏死的病人应切除坏死肠管，对慢性缺血的部分也要用人造血管或自体静脉做血管再通手术。

5. 术后应积极抗休克治疗，可予补给晶体、胶体溶液或输注低分子右旋糖酐，必要时可输注血浆。

6. 术后应积极抗感染治疗，抗菌药可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类，同时应加用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。

7. 术后加强支持治疗，可予胃肠外营养，促使病人早日康复。

8. 注意维持水、电解质和酸碱平衡紊乱。

急性阑尾炎

术前医嘱

长期医嘱

普通外科常规护理
二级护理
禁食
卧床休息
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml / ivgtt bid
先锋霉素VI 2g
5% 葡萄糖注射液 1000ml /
维生素 C 2g ivgtt qd
10% KCl 30ml

临时医嘱

查：血常规 + 血型、
尿常规、便常规
出凝血时间
血细胞比容
肝功能、肾功能
血钾、钠、钙、氯等电解质
血糖
乙肝两对半
肝炎系列抗体
抗 HIV 抗体
梅毒抗体
胸部 X 线透视
心电图
与患者本人及家属谈话并签字
在硬膜外麻醉下行阑尾切除术
备皮
术前 12 小时禁食、4 小时禁水
苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
阿托品 0.5mg
肌肉注射 术前 0.5 小时
先锋霉素VI 2g /
0.5% 甲硝唑 100ml / 术中静滴

注：

1. 急性单纯性阑尾炎原则上应行阑尾切除术，但对发病时间短、症状体征轻、血象正常或稍高者，可采用非手术治疗。

2. 积极抗感染，可联合应用青霉素类（或头孢菌素类）和氨基糖苷类抗生素，同时应用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。

3. 注意与其他急腹症鉴别。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
二级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
半卧位（6 小时、血压平稳后）	血生化
测血压、呼吸、脉搏（1 次/小时）×4 次	脓液细菌培养 + 药敏
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml / 氨苄西林 3g	5% 葡萄糖注射液 500ml / 维生素 C 2g
	ivgtt bid
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
5% 葡萄糖注射液 500ml / 庆大霉素 24 万 U	
	ivgtt qd
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml / 10% 氯化钾 10ml	
	ivgtt qd
5% 葡萄糖注射液 500ml / 10% 氯化钾 10ml	
	ivgtt qd
维生素 C 2g	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im q8h	
（必要时）	

注：

1. 非手术过程中如症状体征重，应立即手术治疗。急性化脓性或坏疽性阑尾炎，应及早手术切除阑尾。

2. 阑尾周围脓肿已局限于右下腹、病情平稳者，可非手术治疗治疗，加强抗感染；若脓肿进行性增大，症状、体征加重，则应手术切开引流，3 个月后再行二期手术。

3. 术后放置腹腔引流的指征：①局限性脓肿形成；②坏死组织及脓性分泌物不易清除干净；③阑尾基部炎性水肿，缝合后有泄漏可能；④阑尾未能切除；⑤局部感染、手术时已切开后腹膜。

4. 特殊类型阑尾炎的处理原则为：①小儿急性阑尾炎

应及早手术；②妊娠期阑尾炎治疗原则同急性阑尾炎，术后适当予以镇静及安胎治疗；③老年人阑尾炎应早期手术治疗，但术前、术后应注意心、肺、肾、糖尿病等的检查和治疗；④异位阑尾炎较难诊断，可根据心、肝、盲肠的位置及症状和体征予以诊断，必要时剖腹探查。

5. 阑尾穿孔时，可用大量 0.9% 氯化钠注射液冲洗腹腔，至冲洗液清洁为止，最后腹腔内放入抗生素溶液关腹。

6. 术后须用抗生素抗感染，若阑尾穿孔，腹腔污染严重时，可用第 3 代头孢抗生素或联合应用抗生素。

7. 处理合并症，防治并发症的发生。如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

慢性阑尾炎

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	查：血常规 + 血型
三级护理	尿常规、便常规
普通饮食	出凝血时间
甲硝唑片 0.4g po tid（必要时）	肝功能
	肾功能
	血钾、钠、钙、氯等电解质
	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列抗体
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	胸部 X 线透视
	心电图
	B 超查右下腹（包括女性的子宫及附件）
	X 线钡剂灌肠检查
	全消化道 X 线钡餐检查（必要时）
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行阑尾切除术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌内注射 术前 0.5 小时
	青霉素皮试

注：

1. 注意抗感染，主要应用抗肠道细菌的抗菌药，如甲硝唑。
2. 如患者由于腹部隐痛或不适影响睡眠，可予地西洋

5mg, qn 或思诺思 10mg, qn, 改善睡眠。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
二级护理	血肾功能
流质饮食	凝血功能
半卧位 (6 小时、血压平稳后)	血生化
测血压、呼吸、脉搏 (1 次/2 小时) ×4 次	5% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml / 氨苄西林 3g	PAMBA 0.4g / ivgtt
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
5% 葡萄糖注射液 500ml / 庆大霉素 24 万 U	ivgtt qd
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml / 10% 氯化钾 10ml	ivgtt qd
5% 葡萄糖注射液 500ml / 10% 氯化钾 10ml	ivgtt qd
维生素 C 2g	
5% 葡萄糖注射液 500ml / 10% 氯化钾 10ml	ivgtt qd
哌替啶盐酸盐 (杜冷丁) 50 ~ 100mg im q8h (必要时)	

注:

1. 无典型急性阑尾炎病史者, 术前应详细检查盲肠、附件 (妇女)、右侧输尿管、胃十二指肠及肠道有无病变, 最后才考虑慢性阑尾炎的诊断。慢性阑尾炎的手术应慎重考虑。

2. 术中发现阑尾病变与临床症状、体征不符时, 应探查附近脏器有无病变。

3. 术后注意维持水、电解质和酸碱平衡。

4. 术后患者若疼痛剧烈, 可予哌替啶 (杜冷丁) 50 ~

100mg, im, q8h。

5. 术后抗感染, 可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类。同时应用抗肠道细菌的药物, 如甲硝唑。

腹股沟疝

术前医嘱

长期医嘱

普通外科护理常规
三级护理
普通饮食

临时医嘱

查：血常规 + 血型、
尿常规、便常规
出凝血时间
肝功能、肾功能
血钾、钠、钙、氯等电解质
血糖
乙肝两对半
肝炎系列抗体
抗 HIV 抗体
梅毒抗体
胸部 X 线透视或摄片
心电图
与患者本人及家属谈话并签字
在硬膜外麻醉下行疝囊高位结扎
及修补术
备皮
青霉素皮试
术前 12 小时禁食、4 小时禁水
术前当晚灌肠
苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
阿托品 0.5mg
肌内注射 术前 0.5 小时

注：

1. 术前有慢性咳嗽应给予相应的处理，有感染者应控制感染，常用青霉素、红霉素、氨基糖苷类、氟喹诺酮类、头孢菌素类等；应祛痰、镇咳，常用氯化铵合剂、溴己新，应避免应用强镇咳药，如可待因等。

2. 术前有便秘也应给予相应处理，高纤维饮食有助改善便秘，可适当应用半纤维素或亲水胶体类泻药，如欧车前

子制剂和天然高分子多聚糖等。

3. 术前患者如有前列腺肥大，亦应给予处理，控制病情，可应用 α_1 受体阻滞剂，如特拉唑嗪、阿夫唑嗪、坦索罗辛等；亦可用 5α 还原酶抑制剂，如非那雄胺。

4. 术前有腹腔积液者，可服用氢氯噻嗪、螺内酯、呋塞米；若合并血白蛋白低应予补充，可输白蛋白后用呋塞米。

5. 绞窄性疝在应注意纠正水、电解质、酸碱平衡失调，同时给予甲硝唑和广谱抗生素（可选用二、三代头孢或氟喹诺酮类）治疗。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
外科护理常规	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
二级护理	血肾功能
半流质饮食	凝血功能
切口局部沙袋加压 6 小时	血生化
青霉素 80 万 U im bid	
链霉素 0.5g im bid	

注：

1. 1 岁以内婴儿可暂不手术。年老体弱、有手术禁忌证者，可用疝带。

2. 将疝内容物还纳腹腔、疝囊高位结扎和修补腹壁缺损是腹股沟疝手术的基本原则。手术方式的选择应根据 Nyhus 腹股沟疝分型：单纯高位结扎适用于 1 型腹股沟疝（内环正常的斜疝）；高位结扎加内环缩小缝合适用于 2 型腹股沟疝（内环口扩大，但腹股沟管后壁完整，腹壁下动脉无移位的斜疝）；3 型腹股沟疝（腹股沟管后壁有缺损的斜疝、直疝和股疝）和 4 型腹股沟疝（复发疝、直疝和股疝），除高位结扎加内环缩小缝合外，还要注意修补腹股沟管后壁。

3. 对3型和4型疝，修补腹股沟管后壁的经典方法有Bassini法、McVay法和Shouldice法。此外，尚有无张力疝修补术（Lichtenstein法）和经腹腔镜疝修补术，但这两种修补方式不适用于小儿。

4. 嵌顿性疝原则上应做急诊疝松解术，以防肠坏死。

5. 对绞窄性疝已经发生肠坏死或渗出物多的病人，手术后切口有可能感染时，仅做疝囊高位结扎，视情况分别行肠回纳、肠局部切除术或肠段切除吻合术，一般不宜做一期疝修补术。腹外疝发生嵌顿或绞窄，其手术选择及医嘱请参考“肠梗阻”医嘱。

6. 术后预防性抗菌药可选用青霉素类、氨基糖苷类、2、3代头孢菌素或氟喹诺酮类。

7. 术后避免劳累和负重。

肠 结 核

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	查：血常规 + 血型、
二级护理	尿常规、便常规
无渣半流质饮食	出凝血时间
卧床休息	肝功能
异烟肼 0.3g po qd	肾功能
对氨基水杨酸钠 2g po qid	血钾、钠、钙、氯等电解质
链霉素 0.75g im qd	血糖
甲硝唑 0.4g po tid 术前 3 日开始	乙肝两对半
链霉素 1g po tid 术前 3 日开始	肝炎系列抗体
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	结核菌素试验
	血沉
	C 反应蛋白 (CPR)
	胸部 X 线摄片
	心电图
	B 超查肝、肠系膜淋巴结
	腹部立、卧位 X 线摄片 (必要时)
	纤维结肠镜检查 (必要时)
	胃镜或 X 线钡餐检查 (必要时)
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行剖腹探查 (肠切除、右半结肠切除、腹腔引流) 术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400 ~ 1000ml
	术前当晚及术晨清洁灌肠
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥 (鲁米那) 0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌内注射 术前 0.5 小时
	青霉素皮试

注:

1. 对能进食者,可口服抗结核药物。经典治疗以链霉素、异烟肼、对氨基水杨酸为首选,疗程在1~2年。目前常用“异烟肼 0.3g + 利福平 0.45g + 乙胺丁醇 0.75g, 1日1次,口服,疗程为6~9个月”。

2. 腹痛可用阿托品或其他抗胆碱能药物。摄入不足或腹泻严重者应注意水、电解质与酸碱平衡。

3. 发生肠外瘘应行抗结核支持治疗,结核病稳定后再切除病变肠段。

4. 术前应用抗厌氧菌的药物,预防厌氧菌感染,可选用甲硝唑。

5. 术前应加强营养(高热量、高蛋白质、高维生素饮食),积极全身支持治疗。

6. 术前诊断不明确时,可行纤维结肠镜检查、腹部立卧位X线摄片、胃镜或X线钡餐检查。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
病重	血生化
半卧位(6小时、血压平稳后)	5%葡萄糖注射液 500ml /
留置胃管接负压瓶	止血芳酸 0.4g / ivgtt
留置尿管接消毒瓶	
记24小时出入量	
测血压、脉搏、呼吸(1次/小时) × 6次	
乳酸钠林格注射液 500ml /	
10%氯化钾 15ml / ivgtt bid	
0.5%甲硝唑 100ml ivgtt bid	
10%葡萄糖注射液 500ml /	
维生素C 2g / ivgtt qd	

长期医嘱	临时医嘱
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im q8h（必要时） 链霉素 0.75g 肌肉注射 1 次/日 5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml / 氨苄西林 3g / ivgtt bid 5% 葡萄糖注射液 500ml / 异烟肼 0.2 ~ 0.4g / ivgtt qd	

注：

1. 肠结核主要采用内科抗结核治疗和全身支持疗法。手术治疗适应证为：①完全性肠梗阻；②急性肠穿孔或慢性肠穿孔引起肠外瘘者；③肠道大量出血经积极抢救不能满意止血者。

2. 小肠结核应切除病变肠段做端端吻合术。

3. 回盲部结核做右半结肠切除术，将回肠末端与横结肠做端侧吻合，避免单纯回肠横结肠捷径侧侧吻合术。

4. 急性肠穿孔应将病变肠段切除行端端吻合，加腹腔引流术。

5. 术后应密切监测生命体征。

6. 术后患者如疼痛剧烈，可予应用哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg，im，q8h。

7. 术后继续抗结核治疗 1 ~ 2 年。

8. 术后应注意维持水、电解质和酸碱平衡；继续加强营养（高热量、高蛋白质、高维生素饮食）及全身支持治疗。

9. 术后抗感染，可选用青霉素类、头孢菌素类、氟喹诺酮类或氨基糖苷类，同时继续抗厌氧菌治疗。

放射性小肠炎

术前医嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理
一级（或二级）护理
半流质饮食
病重
卧床休息
维生素 C 0.2g po tid
复合维生素 B 2 片 po tid

查：血常规 + 血型、
尿常规、便常规
出凝血时间
肝功能
肾功能
血钾、钠、钙、氯等电解质
血糖
乙肝两对半
肝炎系列抗体
抗 HIV 抗体
梅毒抗体
胸部 X 线摄片
心电图
肺功能检查
X 线钡剂灌肠检查
腹部立、卧位 X 线摄片
与患者本人及家属谈话并签字
在硬膜外麻醉下或全麻下行剖腹
探查（肠切除或回肠造口）术
备皮
术前 12 小时禁食、4 小时禁水
查血型及交叉配血、备血 600
~ 1000ml
术前留置胃管
术前留置导尿管
术前晚及术晨清洁灌肠
苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
阿托品 0.5mg /
 肌肉注射 术前 0.5 小时
0.9% 氯化钠注射液 40ml /
头孢三嗪 1g /
 静脉注射 术前 0.5 小时

二、常见外科急腹症

注：

1. 注意监测患者生命体征。
2. 必要时可使用抗生素预防感染，抗菌药可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类。同时应加用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。
3. 加强全身支持治疗，改善患者营养状况。
4. 应注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
病危	血生化
半卧位（6 小时、血压平稳后）	5% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
留置胃管接负压瓶	止血芳酸 0.4g
留置尿管接消毒瓶	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
记 24 小时出入量	
鼻导管吸氧 3 ~ 5L/min	
测血压、呼吸、脉搏（1 次/小时）×8 次	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im q8h（必要时）	
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml / 氨苄西林 3g	ivgtt bid
5% 葡萄糖注射液 500ml / 庆大霉素 24 万 U	ivgtt qd
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
5% 葡萄糖注射液 500ml / 10% 氯化钾 15ml	ivgtt qd
维生素 C 2g	
5% 葡萄糖注射液 500ml / 10% 氯化钾 15ml	ivgtt qd
20% 脂肪乳剂 250ml ivgtt qd	
复方氨基酸注射液 250ml ivgtt qd	

注：

1. 小肠放射性肠炎又称小肠放射性损伤，分急慢性二期：急性期损伤仅当发生出血和穿孔时才需要手术处理；慢性损伤效应见于数月或数年以后，其本质是肠缺血，在切口下和回盲部等肠袢比较固定的部位损伤尤重。手术适应证是肠梗阻（胃肠减压无效者）、穿孔、脓肿、瘘和出血。由于缺血所致的纤维化瘢痕严重，手术操作极为困难。在行肠切除或肠捷径术时，要利用正常的未受放射伤的小肠做吻合。即使如此，由于肠缺血、全身营养差、肠愈合能力差，术后吻合口或切口裂口的发生率仍较高，易发生瘘或其他并发症。因此，保证吻合口愈合和术后营养支持是两个重要环节。

2. 术后注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

3. 术后预防性使用抗菌药，可选用头孢菌素类或氟喹诺酮类，必要时可联用氨基糖苷类，同时应加用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。

4. 术后应加强营养支持治疗，可予胃肠外营养。

5. 术后若患者疼痛剧烈，可予哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg，im，q8h。

6. 防治并发症的发生，如术后持续发热要注意有无盆腔积液，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

阿米巴病肠穿孔

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	查：血常规 + 血型、
一级（或二级）护理	尿常规、便常规
禁食	出凝血时间
病重	肝功能
半卧位（休克时例外）	肾功能
留置胃管接负压瓶	血钾、钠、钙、氯等电解质
测血压、脉搏、呼吸 1 次/小时	血糖
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml	乙肝两对半
氨苄西林 3g	肝炎系列抗体
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	艾滋病（HIV）抗体
乳酸钠林格注射液 1000ml	梅毒抗体
10% 氯化钾 30ml	粪检阿米巴滋养体或包囊
	粪阿米巴培养（必要时）
	胸部 X 线透视或摄片
	心电图
	腹部 B 超查腹腔积液、肝、胆、
	胰、脾
	腹部 X 线摄片（必要时）
	青霉素皮试
	全血 200ml ivgtt st
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行剖腹探查（穿
	孔修补、腹腔引流）术
	备皮
	查血型及交叉配血、备血 400
	~1000ml
	术前留置导尿管
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌肉注射 术前 0.5 小时

注：

1. 单个小穿孔可行穿孔修补术；若穿孔大或成片肠壁坏死，在全身情况允许时，可做病变肠段切除，近端肠断端造口，待稳定后再做肠吻合；若全身及局部情况不允许，则将穿孔处肠外置，待病情稳定后，再做二期手术还纳外置肠段行端端吻合。

2. 术前均应予抗感染和抗阿米巴治疗，抗感染可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类。抗阿米巴治疗以甲硝唑为首选，400mg，口服，4次/日；双碘喹啉600mg，口服，3次/日，疗程5~7日，效果亦很好。

3. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

4. 密切观察生命体征（脉搏、呼吸、血压）。

5. 及时补充血容量，纠正休克。内出血、低血压不能纠正者，立即剖腹探查。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
病危	血生化
半卧位（6小时、血压平稳后）	5%葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
留置胃管接负压瓶	止血芳酸 0.4g
留置尿管接消毒瓶	血浆 200ml ivgtt（必要时）
记24小时出入量	
鼻导管吸氧 3~5L/min	
测血压、呼吸、脉搏（1次/小时）×8次	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50~100mg im q8h（必要时）	
5%葡萄糖氯化钠注射液 250ml / 氨苄西林 3g	ivgtt bid

续 表

长期医嘱	临时医嘱
10% 葡萄糖注射液 500ml 庆大霉素 24 万 U	ivgtt qd
乳酸钠林格注射液 500ml 10% 氯化钾 15ml	ivgtt qd
0.5% 甲硝唑 100ml	ivgtt bid
10% 葡萄糖注射液 500ml 10% 氯化钾 15ml 维生素 C 2g	ivgtt qd

注：

1. 病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至呼吸循环稳定。

2. 无论何种手术都应放置腹腔引流，而且术后应行抗阿米巴治疗（甲硝唑为首选，400mg，口服，4次/日。双碘喹啉 600mg，口服，3次/日，疗程 5~7 日，效果亦很好）和全身支持治疗。

3. 术后要用大剂量抗生素，污染严重时，可用第三代头孢抗生素。

4. 术后若患者疼痛剧烈，可予哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50~100mg，im，q8h。

5. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

6. 防治并发症的发生，如术后持续发热要注意有无盆腔积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

肠道损伤

术前医嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理		查：血常规 + 血型、
一级护理		尿常规、便常规
禁食		出凝血时间
病危		肝功能、肾功能
平卧（上身及下身抬高 20°）		血钾、钠、钙、氯等电解质
测血压、脉搏、呼吸 1 次/小时		血糖
留置胃管接负压瓶		乙肝两对半
乳酸钠林格液 500ml	ivgtt bid	肝炎系列抗体
庆大霉素 16 万 U		抗 HIV 抗体
5% 葡萄糖氯化钠注射	ivgtt bid	梅毒抗体
液 500ml		诊断性腹腔穿刺、穿刺液常规
青霉素 320 万 U		检查
5% 甲硝唑 100ml	ivgtt bid	胸腹部 X 线摄片
		B 超查肝、胆、胰、脾及腹腔
		游离液体
		青霉素皮试
		与患者本人及家属谈话并签字
		在硬膜外麻醉下行剖腹探查肠
		修补、肠切除吻合术
		备皮查血型及交叉配血、备血
		400 ~ 800ml
		留置尿管
		苯巴比妥（鲁米那）0.1g
		阿托品 0.5mg
		肌内注射 术前 0.5 小时

注：

1. 密切观察生命体征（脉搏、呼吸、血压）。
2. 及时补充血容量，纠正休克。内出血、低血压不能纠正者，立即剖腹探索。

3. 积极抗感染，可联合应用青霉素类（或头孢菌素类）和氨基糖苷类抗生素，同时应用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。

4. 安置胃肠减压，建立胃肠外营养通道，加强全身支持治疗。

5. 诊断不明确时，可行诊断性腹腔穿刺、穿刺液常规检查，B超查肝、胆、胰、脾及腹腔游离液体。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
病危	血生化
半卧位（6小时、血压平稳后）	5%葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
鼻导管吸氧 3~5L/min	止血芳酸 0.4g /
留置胃管接负压瓶	血浆 400ml ivgtt（必要时）
留置尿管接消毒瓶	
腹腔引流管接负压瓶	
记 24 小时出入量	
5%葡萄糖注射液 250ml /	ivgtt bid
氨苄西林 3g	
10%葡萄糖注射液 500ml /	ivgtt bid
庆大霉素 16 万 U	
10%氯化钾 10ml	
0.5%甲硝唑 100ml ivgtt bid	
乳酸钠林格注射液 500ml	
酚磺乙胺（止血敏）2g	ivgtt qd
氨甲苯酸（止血芳酸）0.4g	
5%葡萄糖注射液 250ml /	ivgtt qd
10%氯化钾	10ml

注：

1. 肠破裂一旦诊断明确，应立即手术剖腹探查。腹部穿入伤，腹膜穿破者，应常规剖腹探查。

2. 小肠破裂以简单修补为主。有以下情况时，则应采用部分小肠切除对端吻合：①裂口较大或裂口边缘肠壁挫伤严重；②小段肠管有多处破裂；③肠管大部或完全断裂；④肠系膜损伤影响该段肠管血供。

3. 结肠损伤：①一般认为受伤在4~6小时内、休克时间不长、输血未超过1000ml、血流动力学紊乱不大的小的结肠伤口均可以一期修补闭合；②严重右半结肠戳伤或右半结肠钝性伤，如无休克、腹内污染不严重，可行右半结肠切除、末端回肠横结肠吻合术；否则应行末端回肠造瘘术；③由于左半结肠血供差、细菌量多，因此对严重的左半结肠损伤不主张行一期切除吻合术，而提倡行左半结肠切除，近端结肠造瘘术，等4周后病情稳定时，再次手术关闭瘘口；④横结肠损伤可视病情行一期修补、修补后横结肠袢外置或行横结肠切除造瘘术。

4. 腹膜反折以上的直肠损伤的诊断与处理与左半结肠损伤相同；腹膜反折以下、齿状线以上的直肠损伤应行直肠全层缝合修补、充分引流直肠周围加结肠造瘘，使粪便改道；齿状线以下的肛管损伤在清创后引流即可，不必常规行结肠造瘘术。

5. 术中要顺序检查整个小肠，遇到破口先用血管钳夹闭，防止在检查中有肠内容继续外溢污染腹腔，待最后修补，一般主张用一层缝合，防止吻合后肠管狭窄。肠道损伤污染严重，手术时应彻底冲洗并放置引流物。

6. 术后要用大剂量抗生素。污染严重时，可用第3代头孢抗生素。

7. 禁食时间长者，宜采用胃肠外营养。

8. 术后注意维持水、电解质和酸碱平衡。

9. 肠管损伤腹腔内肠内容物多时，损伤处理完毕后，可用大量0.9%氯化钠注射液冲洗腹腔，至冲洗液清洁为止，最后腹腔内放入抗生素溶液关腹。

10. 处理合并症，防治并发症的发生。如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

急性坏死性肠炎

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科护理常规	查：血常规 + 血型、尿常规、便常规
一级护理	出凝血时间
禁食、禁饮	血细胞比容
留置尿管接袋	肝功能、肾功能
留置胃管接负压瓶	血钾、钠、钙、氯等电解质
半卧位（休克时例外）	血糖
测血压、脉搏、呼吸 1 次/小时	乙肝两对半
记 24 小时出入量（必要时）	丙肝抗体
5% 葡萄糖氯化钠注射	抗 HIV 抗体
液 250ml	梅毒抗体
氨苄西林 3g	腹部立、卧位 X 线摄片
乳酸钠林格注射	胸部 X 线透视或摄片
液 500ml	心电图
庆大霉素 16 万 U	B 超查腹腔有无脓肿、肝、胆、胰、脾
0.5% 甲硝唑 100ml	青霉素皮试
10% 葡萄糖注射	与患者本人及家属谈话并签字
液 1000ml	在硬膜外麻醉下或全麻下行剖腹探查（肠切除、肠造口）术
10% 氯化钾 30ml	备皮
全血（或血浆）200ml	查血型及交叉配血、备血 600 ~ 1000ml
如合并出血：	苯巴比妥（鲁米那）0.1g
10% 葡萄糖注射	阿托品 0.5mg
液 1000ml	肌内注射 术前 0.5 小时
止血敏 2g	0.5% 甲硝唑 100ml
止血芳酸 0.4g	头孢曲松钠 2g
立止血 1kU iv	术中静脉滴注

注：

1. 密切监测患者生命体征。
2. 应给予禁食，插胃管行胃肠减压。进行胃肠外营养，加强全身支持治疗。
3. 积极抗感染，抗菌药可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类。同时应加用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。
4. 积极进行抗休克治疗，立即建立可靠的静脉输液通道，快速滴注平衡液，失血量达全身总血量的 20%，应输注右旋糖酐或血浆代用品 6% 羟乙基淀粉 100 ~ 1500ml/d，一般 1 ~ 3 小时输注 500 ~ 1000ml，或输注血浆代用品海脉素。出血量较大时可输注浓缩红细胞，必要时也可输全血，应保持红细胞比容不低于 30%，输入液体中晶体与胶体之比为 3 : 1。
5. 应注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
6. 小儿患者要注意对药物剂量和输液量进行调整。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
半卧位（6 小时、血压平稳后）	血生化
留置胃管接负压瓶	腹腔液细菌培养 + 药敏
留置尿管接消毒瓶	5% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
腹腔引流管接负压吸引	止血芳酸 0.4g
记 24 小时出入量	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
鼻导管吸氧 3 ~ 5L/min	
测血压、呼吸、脉搏（1 次/小时）×8 次	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im q8h（必要时）	

长期医嘱	临时医嘱
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml 先锋霉素VI 2g	ivgtt bid
乳酸钠林格注射液 500ml 庆大霉素 24 万 U	ivgtt qd
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
10% 葡萄糖注射液 1000ml 10% 氯化钾 30ml 维生素 C 2g	ivgtt qd

手术选择:

1. 一般采用内科治疗和全身支持疗法,重点时抗感染和处理休克。当出现腹膜炎表现,疑有肠坏死或穿孔;肠道大出血;肠梗阻,且进行性加重;或非手术治疗无效时应考虑手术治疗。

2. 手术时发现病变肠段可疑坏死时,可用 0.25% 普鲁卡因作系膜根部封闭;已有肠坏死、穿孔或出血时,如病变肠段较局限,可做肠切除吻合术,切除范围应达到正常肠黏膜的部位;如果全身情况严重,病变范围过于广泛,无法全部切除,则将严重病变肠段切除,并做近侧肠祥造口术,待病情稳定以后再做二期手术。

3. 术后注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。引流通畅和引流的量和颜色。

4. 术后预防性使用抗菌药,可选用头孢菌素类或氟喹诺酮类,必要时可联用氨基糖苷类,同时应加用抗厌氧菌的药物,如甲硝唑。

5. 防治并发症的发生,如术后持续发热要注意有无盆腔积液,泌尿系感染及切口感染,并予引流、加强抗感染等治疗。

伤寒肠穿孔

术前医嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科护理常规	查：血常规 + 血型、
一级护理	尿常规、便常规
禁食	出凝血时间
病重	肝功能
半卧位（休克时例外）	肾功能
留置胃管接负压瓶	血钾、钠、钙、氯等电解质
测血压、脉搏、呼吸 1 次/小时	血糖
记 24 小时出入量	乙肝两对半
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml /	肝炎系列抗体
氯霉素 1 ~ 1.5g / ivgtt qd	抗 HIV 抗体
乳酸钠林格注射液 500ml /	梅毒抗体
10% 氯化钾 15ml / ivgtt bid	血、尿、粪伤寒杆菌培养及药敏
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	试验
10% 葡萄糖注射液 500ml /	骨髓伤寒杆菌培养及药敏试验
10% 氯化钾 15ml / ivgtt qd	（必要时）
	肥达试验
	胸部 X 线透视或摄片
	腹部 X 线摄片（必要时）
	心电图
	B 超查肝、胆、胰、脾
	青霉素皮试
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行剖腹探查（穿
	孔修补、腹腔引流）术
	备皮
	查血型及交叉配血、备血 400
	~ 600ml
	术前留置导尿管

二、常见外科急腹症

续 表

长期医嘱	临时医嘱
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g / 阿托品 0.5mg / 肌内注射 术前 0.5 小时 0.5% 甲硝唑 100ml 头孢三嗪 2g 术中静脉滴注

注：

1. 密切观察生命体征（脉搏、呼吸、血压）。急诊剖腹探查。
2. 及时补充血容量，纠正休克。内出血、低血压不能纠正者，立即剖腹探查。
3. 积极抗感染，可联合应用青霉素类、头孢菌素类、氟喹诺酮类或氨基糖苷类抗菌药，同时应用抗厌氧菌的抗菌药，如甲硝唑。
4. 安置胃肠减压，建立胃肠外营养通道，加强全身支持治疗。
5. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
6. 诊断未明确时，可行骨髓伤寒杆菌培养及药敏试验及腹部 X 线摄片。

术后医嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理
 硬膜外麻醉后护理
 一级护理
 禁食
 半卧位（6 小时、血压平稳后）
 留置胃管接负压瓶
 留置尿管接消毒瓶
 记 24 小时出入量
 鼻导管吸氧 3 ~ 5L/min
 测血压、呼吸、脉搏（1 次/小时）× 8 次
 哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im
 q8h（必要时）
 5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml / ivgtt bid
 氨苄西林 3g
 10% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt qd
 氯霉素 1 ~ 1.5g
 乳酸钠林格注射液 500ml / ivgtt bid
 10% 氯化钾 15ml
 0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid
 10% 葡萄糖注射液 1000ml / ivgtt qd
 10% 氯化钾 15ml
 维生素 C 2g

血常规
 血肝功能
 血肾功能
 凝血功能
 血生化
 5% 葡萄糖注射液 500ml /
 止血芳酸 0.4g / ivgtt
 维生素 K₁ 30mg
 血浆 200ml ivgtt（必要时）

注：

1. 伤寒肠穿孔病人诊断明确后应及时手术治疗，因伤寒病人身体虚弱，肠穿孔的治疗原则时行穿孔修补术，但对肠壁很薄接近穿孔的其他病变处，也应做浆肌层缝合，以免术后再度穿孔。腹腔内应放置烟卷引流。

2. 病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至呼吸循环稳定。

3. 术后要用大剂量抗生素，污染严重时，可用第三代头孢抗生素或联合用药。

4. 在病人能进食后，氯霉素应改为 0.25 ~ 0.5g，口服，每日 4 次。体温正常且稳定 3 天，剂量减半，总疗程 2 ~ 3 周。使用氯霉素时，应每隔 1 ~ 2 天查白细胞和分类，如白细胞 $<3 \times 10^9/L$ 应更换抗生素。

5. 禁食时间长者，宜采用胃肠外营养，加强全身支持治疗。

6. 肠管损伤腹腔内肠内容物多时，损伤处理完毕后，可用大量 0.9% 氯化钠注射液冲洗腹腔，至冲洗液清洁为止，最后腹腔内放入抗生素溶液关腹。

7. 术后若患者疼痛剧烈，可予哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg，im，q8h。

8. 处理合并症，防治并发症的发生。如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

肠 梗 阻

术 前 医 嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理

一级护理

禁食、禁水

半卧位

留置胃管接负压瓶

记录 24 小时出入量

测量腹围 qd

乳酸钠林格注射液 1000ml

庆大霉素 24 万 U

维生素 C 2g

0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid

5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml

头孢曲松钠 2g

5% 葡萄糖注射液 1000ml

10% 氯化钾 20ml

10% 葡萄糖注射液 500ml

10% 氯化钾 10ml

ivgtt qd

ivgtt bid

ivgtt qd

ivgtt qd

查：血常规 + 血型、

尿常规、便常规

出凝血时间

血细胞比容

肝功能、肾功能

血生化

血糖

乙肝两对半

肝炎系列抗体

抗 HIV 抗体

梅毒抗体

动脉血气分析

心电图

胸部 X 线透视或摄片

腹部立、卧位 X 线摄片

结肠 X 线充气造影(必要时)

B 超查腹部有无实质性包块
(急诊)

与患者本人及家属谈话并
签字

在硬膜外麻醉(或全麻)下
行剖腹探查术(粘连松解、
肠切除、扭转复位等)

备皮

查血型及交叉配血、备血 400
~1000ml

术前留置导尿管

苯巴比妥(鲁米那) 0.1g

阿托品 0.5mg

肌肉注射 术前 0.5 小时

注：

1. 准确记录出入量，如病情严重可口头或医嘱下病重通知。
2. 肠梗阻的病理变化复杂，如绞窄性肠梗阻往往在很短时间内即可发生小肠坏死，治疗上应争取时间，在肠坏死以前解除梗阻，并积极改善全身情况，才能挽救病人生命。
3. 注意脱水程度、电解质及酸碱平衡紊乱，常用静脉输注葡萄糖、等渗盐水加以纠正；如梗阻已存在数日，也需补钾。输液所需容量和种类须根据呕吐情况、缺水体征、血液浓缩程度、尿排出量和比重，并结合血清钾、钠、氯和血气分析监测结果而定。
4. 需通过持续胃肠减压吸出胃肠道内的气体和液体，可以减轻腹胀，降低肠腔内压力，减少肠腔内的细菌和毒素，改善肠壁血循环，有利于改善局部病变和全身情况。

病人烦躁或疼痛剧烈时可适当应用镇静剂（如安定），亦可应用解痉剂（如阿托品），慎用哌替啶、吗啡等强烈镇痛药，以免掩盖病情变化。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉（或全麻）后护理	血肝功能
一级或特级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
鼻导管吸氧3~5L/min	血生化
半卧位（6小时、血压平稳后）	输血浆200~400ml（必要时）
腹腔引流管持续低负压吸引	
留置胃管接负压瓶	
留置尿管接消毒瓶	

续 表

长期医嘱	临时医嘱
记 24 小时出入量	
测血压、呼吸、脉搏（1 次/小时） ×8 次	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁） 50 ~ 100mg im q8h（必要时）	
术后镇痛管护理（如需放置）	
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml 氨苄西林 3g	ivgtt bid
乳酸钠林格注射液 1000ml 10% 氯化钾 20ml 维生素 C 2g	ivgtt qd
5% 葡萄糖注射液 500ml 10% 氯化钾 10ml	ivgtt qd
5% 葡萄糖注射液 500ml 庆大霉素 24 万 U	ivgtt qd
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
5% 碳酸氢钠 125ml ivgtt qd	

注：

1. 急性肠梗阻剖腹探查适应证如下：①机械性肠梗阻经保守治疗未能缓解；②绞窄性肠梗阻；③疑有肠管血循环障碍；④诊断尚不清但有外科急腹症的手术指征。

2. 单纯粘连性不完全肠梗阻和麻痹性肠梗阻，采用非手术疗法可以缓解；而对完全性机械性肠梗阻、绞窄性肠梗阻、肿瘤及先天畸形引起的肠梗阻，以及非手术治疗无效或反复频繁发作的不完全性肠梗阻，都应手术治疗。由于引起肠梗阻病理性质及病变程度各异，因此手术治疗多针对引起梗阻的原因：①由肠粘连、肠套叠、肠扭转、粘连索带压迫或肠道内异物等引起的肠梗阻，若肠管尚未发生血运障碍，可采取松解粘连、复位套入或扭转的肠段、切除黏连索带以及切开肠管取出异物等方法出去引起肠梗阻的原因；②对因肿瘤压迫浸润、急慢性炎症等引起的肠管狭窄梗阻或肠袢因

扭转绞窄而缺血坏死等形成的肠梗阻，都应做肠切除吻合术；③如果肠梗阻的原因无法解除（晚期肿瘤浸润固定、炎性包块与周围重要脏器愈着，无法分离时），可将梗阻近端肠管和远端肠管做短路吻合或造口术，以恢复肠道通畅。若梗阻的原因是良性病变，则可考虑在3个月后再做二期手术，切除病灶；④梗阻部位肠道病变复杂，病人高龄或全身情况差，不能耐受时间长而复杂的手术时，可做肠造口术（或外置术），待二期手术切除梗阻病变；⑤小儿肠套叠的早期，可用空气灌肠复位，如病程较长，疑有肠坏死时，或成人肠套叠都应及时手术治疗。蛔虫引起的肠梗阻，并发肠扭转或出现腹膜刺激征时，应及时手术治疗。

3. 手术原则：①去除病因：松解黏连、解除疝环压迫、扭转复位、取蛔虫、切除病变肠管（肿瘤、坏死、狭窄）；②排尽梗阻近侧肠道内的积气积液，减少毒物吸收；③恢复肠道通畅，修补腹壁缺损；④腹腔清洗、引流；⑤对肠切除后可能发生短肠综合征的病人，可将“坏死”的肠管放入腹腔，待24小时再次探查，此时往往有部分“坏死”的肠管恢复了活力。

4. 术后保持引流管通畅，注意引流液的量和颜色等。

5. 对术后长期不能进食者，可给予完全肠外营养（TPN）。

6. 术后病人如果疼痛剧烈，可予哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50~100mg，im，q8h。

7. 术后应加强抗感染，预防并发症，可选用头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类，同时应加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑、奥硝唑等。

急性弥漫性腹膜炎

术前医嘱

长期医嘱

普通外科常规护理
一级或特级护理
病重（必要时）
禁食、禁饮
留置胃管接负压瓶
半卧位（无休克）
测血压、脉搏、呼吸 1 次/小时
鼻导管或面罩吸氧 3 ~ 5L/min（必要时）
记录 24 小时出入量
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml / iv bid
氨苄西林 3g
乳酸钠林格注射液 500ml / ivgtt qd
庆大霉素 24 万 U
10% 葡萄糖注射液 1000ml /
10% 氯化钾 30ml / ivgtt qd
维生素 C 2g
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid

临时医嘱

查：血常规 + 血型、尿常规
便常规
出凝血时间
血生化、肝功能
乙肝两对半
肝炎系列抗体
抗 HIV 抗体、梅毒抗体
立位胸腹部 X 线透视或摄片
心电图
腹腔穿刺、穿刺液常规检查
细菌培养加药物敏感试验
血气分析
青霉素皮试
与患者本人及家属谈话并签字
即刻在硬膜外或气管内麻醉下行
剖腹探查
备皮
查血型及交叉配血、备血 600ml
苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
阿托品 0.5mg /
肌内注射 术前 0.5 小时
氨苄西林 3g 0.5% 甲硝唑 100ml
术中静脉滴注

注：

1. 急性弥漫性腹膜炎多为继发性，常见的原因因为腹腔内器官破裂穿孔和脏器炎症的扩散，需急诊手术治疗。
2. 术前应纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
3. 因为急性腹膜炎的高代谢率（为正常人的 140%），要补充足够的热量和营养支持，补充白蛋白、氨基酸和脂肪

乳等，长期不能进食的病人应用静脉高营养。

4. 抗生素应针对主要为大肠杆菌、肠球菌和厌氧菌引起的混合感染。世界卫生组织推荐基本用药方案为氨苄西林加庆大霉素再加甲硝唑，药敏结果明确后改用更有效的抗生素。

5. 对于病情轻，症状和体征有缓解趋势的病例可采用非手术疗法。手术疗法注意以下情况：①经非手术治疗6~8小时后腹膜炎加重者；②脏器穿孔破裂引起的腹膜炎；③出现严重的肠麻痹或中毒症状，甚至休克者；④腹膜炎病因未明，无局限趋势者。

6. 手术的原则为处理原发病、彻底清理腹腔和充分引流。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外或全麻后护理	血肝功能
一级或特级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
病重（或病危）	血生化
半卧位（6小时、血压平稳后）	腹腔引流液细菌培养加药
留置胃管接负压瓶并计量	物敏感试验
留置尿管接袋	5%葡萄糖注射液 500ml
腹腔引流管接负压瓶	ivgtt
记24小时出入量	血浆 200~400ml ivgtt（必要时）
测血压、脉搏、呼吸 1次/小时	
5%葡萄糖氯化钠注射液 250ml ivgtt bid	
先锋霉素 VI 2g	
10%葡萄糖注射液 500ml	
庆大霉素 24万 U	ivgtt qd
10%氯化钾 10ml	
乳酸钠林格注射液 500ml	
10%氯化钾 15ml	ivgtt qd
0.5%甲硝唑 100ml iv bid	

续 表

长期医嘱		临时医嘱
10% 葡萄糖注射液 500ml	/	ivgtt qd
维生素 C 2g		
维生素 K 30mg		
10% 葡萄糖注射液 500ml	/	ivgtt qd
10% 氯化钾 15ml		

注：

1. 术后根据病因做相应处理，应重视改善全身状况，如水、电解质和酸碱平衡紊乱。

2. 术后仍加强抗感染，可以联合用药，原则上应根据细菌培养结果调整抗生素。

3. 补充足够的热量和营养支持，输注葡萄糖的同时输注脂肪乳、氨基酸和支链氨基酸。长期不能进食的病人尽早予静脉高营养；手术已做空肠造口的病人，可用肠内营养。

4. 保证引流管通畅。

5. 注意术后并发肝或肾功能衰竭、呼吸衰竭和弥散性血管内凝血，并做相应处理。

6. 术后可用哌替啶类、吗啡等强止痛药。

7. 术中发现已形成局限脓肿者，可放置双腔管充分引流，并定期冲洗。

急性胰腺炎

术前医嘱

长期医嘱		临时医嘱
普通外科常规护理		查：血常规 + 血型、尿常规、便常规、出凝血时间
一级或特级护理		肝功能
禁食		肾功能
病重（重症胰腺炎）		血钾、钠、钙、氯等电解质
卧床（重症胰腺炎）		血糖、血尿淀粉酶、血钙
监测心率、血压、呼吸		乙肝两对半
1 次/15 分钟或 30 分钟		肝炎系列抗体
鼻导管或面罩吸氧、监测血氧饱和度		抗 HIV 抗体
3 ~ 5L/min		梅毒抗体
留置胃管接负压瓶		胸部 X 线透视
留置尿管接袋		心电图
记录 24 小时出入量		血气分析
奥美拉唑 40mg iv qd 或 bid		诊断性腹腔穿刺，穿刺液常规检查、淀粉酶、细菌培养
乌司他叮 15 万 U		与患者本人及家属谈话并签字
0.9% 葡萄糖氯化钠注射液 100ml	ivgtt bid	在气管内麻醉下行剖腹探查、腹腔引流术
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml	ivgtt qd	备皮
5 - FU 500mg		交叉配血 1000ml
0.5% 甲硝唑 100ml	ivgtt bid	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml	ivgtt bid	苯巴比妥（鲁米那）0.1g
环丙沙星 0.4g		阿托品 0.5mg
		先锋必 2g
		5% 葡萄糖注射液 500ml
		术中静滴
		0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt

续 表

长期医嘱		临时医嘱
5% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd	
维生素 C 2g		
山莨菪碱 (654-2) 10mg		
10% 葡萄糖注射液 1000ml	ivgtt qd	
10% KCl 30ml		
胰岛素 16 ~ 20U		

注:

1. 急性胰腺炎分为水肿型和出血坏死性胰腺炎, 又称为轻型和重型。水肿型采用非手术疗法可以治愈, 急性重症胰腺炎目前都主张采用非手术疗法, 但非手术疗法无效、合并感染、胰腺周围脓肿、腹腔脓肿和胆源性胰腺炎时应手术治疗。

2. 非手术疗法包括禁食、胃肠减压、有效的抗生素、全胃肠外营养和纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱。应严格禁食、应用静脉营养 5 ~ 7 天。

3. 监测血钙和血糖, 以决定是否补钙和应用胰岛素及用量。

4. 重症胰腺炎治疗中, 抑制胃酸分泌的药物应用如雷尼替丁、法莫替丁、奥美拉唑等。抑制胰酶分泌的药物还有生长抑素 (八肽和十四肽) 等。

5. 注意重症胰腺炎合并症休克、ARDS、急性化脓性感染等的防治。

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理
全麻后护理
特级护理
禁食
病重
半卧位（6 小时、血压平稳后）
留置胃管接负压瓶并计量
留置尿管接袋
腹腔引流管接负压瓶
记 24 小时出入量
测血压、脉搏、呼吸 1 次/小时
监测中心静脉压 1 次/小时
鼻导管或面罩吸氧 3 ~ 5ml/min
奥美拉唑 40mg iv qd 或 bid
乌司他叮 15 万 U
0.9% 氯化钠注射液 100ml
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml
5 - FU 500mg
0.5% 甲硝唑 100ml
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml
头孢曲松钠 2g
10% 葡萄糖注射液 500ml
胰岛素 12 ~ 20U
10% 氯化钾 30ml
安达美 10ml
水乐维他 10ml

ivgtt bid

ivgtt qd

ivgtt bid

ivgtt qd

血常规
血肝功能
血肾功能
凝血功能
血生化
血尿淀粉酶
腹腔液淀粉酶和细菌培养
血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
清蛋白 50 ~ 100ml ivgtt（必要时）

续 表

长期医嘱		临时医嘱
10% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd	
维生素 C 2g		
维生素 K 30mg		
20% 脂肪乳液 500ml	ivgtt qd	
8.5% 复合氨基酸注射液 250ml		
	ivgtt qd	

注：

1. 病情较重者送外科监护室监护至呼吸循环稳定。
2. 术后监测血糖和淀粉酶，适时应用胰岛素。注意水、电解质和酸碱平衡。
3. 注意术后并发症如腹腔脓肿、肝肾衰竭、ARDS 等的防治。
4. 保持腹腔引流通畅，并进行腹腔盥洗，盥洗时可用甲硝唑、庆大霉素等。
5. 术后加强抗感染，使用容易透过血 - 胰屏障的药物如甲硝唑、3 代头孢霉素等。
6. 术后第 2 天开始应用胃肠外静脉高营养，至胃肠功能恢复后逐渐过度为正常饮食。
7. 如为胆源性胰腺炎，术中应解决胆管情况，术后注意胆管引流的颜色和量。

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	查：血常规 + 血型、
一级（或二级）护理	尿常规、便常规
半流质饮食	出凝血时间
病重	血细胞比容
卧床休息	肝功能、肾功能
柳氮磺吡啶（水杨酸偶氮磺胺吡啶）1.0 ~ 1.5g po qid	血钾、钠、钙、氯等电解质
地芬诺酯（苯乙哌啶）2.5mg po bid	血糖
泼尼松 10mg po tid（或苯丙酸诺龙 25mg im q2w）	乙肝两对半
维生素 C 0.2g po tid	丙肝抗体
复合维生素 B 2 片 po tid	抗 HIV 抗体
甲硝唑 0.4g po tid（术前 3 日开始）	梅毒抗体
链霉素 1g po bid（术前 3 日开始）	粪阿米巴原虫
肥皂水灌肠 1 次/晚（必要时）	粪细菌培养及药敏试验
	结核菌素试验
	免疫功能检查
	胸部 X 线透视
	心电图
	纤维结肠镜检查（必要时）
	X 线钡剂灌肠检查（必要时）
	腹部立、卧位 X 线摄片（必要时）
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行剖腹探查（肠切除、全结肠或直肠切除、回肠造口）术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400 ~ 800ml
	术前留置胃管
	术前留置导尿管

续 表

长期医嘱	临时医嘱
	术前晚及术晨清洁灌肠
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
	阿托品 0.5mg /
	肌内注射 术前 0.5 小时
	0.9% 氯化钠注射液 40ml /
	头孢三嗪 1g /
	静脉注射 术前 0.5 小时
	青霉素皮试

注：

1. 由于患者大多有营养不良，应给予高营养低渣饮食，适当给予叶酸、维生素 B₁₂ 等多种维生素和微量元素。如患者严重营养不良、肠痿及短肠综合征者，可予完全胃肠外营养，应用时间不宜太长。

2. 如患者腹痛剧烈，可酌情给予抗胆碱药，如阿托品 0.5mg，prn，im。

3. 患者如有腹泻，可酌情给予止泻药，如洛哌丁胺 4mg，qd 或思密达 1 包，qd 或 tid。

4. 患者若合并感染，可静脉给予广谱抗菌药，可选用青霉素类、头孢菌素类、氟喹诺酮类或氨基糖苷类，同时继续抗厌氧菌治疗。

5. 糖皮质激素是目前控制病情活动最有效的药物，适用于本病活动期，主张初始要足量、疗程偏长、维持因人而异。剂量为泼尼松 30 ~ 40mg/d，重者可达 60mg/d 病情缓解后一般以每周递减 5mg 的速度将剂量逐渐减少至停用。氨基水杨酸制剂是治疗本病的常用药物，对控制轻、中型患者的活动性有一定疗效，主要适用于病变局限在结肠者，可用柳氮磺吡啶 1g，qid，用药 3 ~ 4 周，病情缓解后可减量使用 3 ~ 4 周，然后改为维持量 1g，bid，维持 1 ~ 2 年。免疫抑制剂适用于对糖皮质激素治疗效果不佳或糖皮质激素依赖的慢性活动性病例有效，可用硫唑嘌呤 2mg/（kg · d）或巯嘌呤

1. $5\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，该类药显效时间约需 3 ~ 6 月，维持用药一般 1 ~ 2 年。

6. 如患者睡眠较差，可予加用地西洋 5mg ，qn。

7. 本病如出现梗阻、腹膜炎、大出血，可参阅有关疾病的医嘱执行。

8. 病变在直、乙状结肠者，可用 5 - 氨基水杨酸 1 ~ 2 克，灌肠，1 次/日。近来用肠外营养加环孢素 A 治疗，疗效好。

9. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
病危（或病重）	血生化
半卧位（6 小时、血压平稳后）	5% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
鼻导管吸氧 3 ~ 5L/min	止血芳酸 0.4g /
留置胃管接负压瓶	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
留置尿管接消毒瓶	
记 24 小时出入量	
测血压、呼吸、脉搏（1 次/小时）× 8 次	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im q8h（必要时）	
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml / 氨苄西林 3g	ivgtt bid
乳酸钠林格注射液 500ml / 10% 氯化钾 15ml	ivgtt qd
维生素 C 2g	
5% 葡萄糖注射液 500ml / 10% 氯化钾 15ml	ivgtt bid

续 表

长期医嘱	临时医嘱
5% 葡萄糖注射液 500ml 庆大霉素 16 万 U 0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	ivgtt bid

注：

1. 溃疡性结肠炎主要是内科治疗，但在下列情况时应手术治疗：①急性肠穿孔；②肠道大出血；③急性中毒性结肠扩张；④癌变或可疑癌变；⑤脓肿瘘管形成；⑥内科治疗无效。

2. 病变局限者，可做病变肠段切除；如病变广泛，累及全部结肠和直肠，标准术式是全结肠切除加回肠造瘘术。其他术式有：全结肠切除、回肠直肠吻合术、全直肠结肠切除加可控回肠袋造瘘术，以及直肠结肠切除、直肠远端黏膜剔除加回肠袋肛管吻合术。病人情况差，不能一次耐受根治手术时，可采用分次手术切除。

3. 中毒性巨结肠结肠穿孔后死亡率将从原来的 4% 猛增至 24%，应做回肠、横结肠或乙状造口减压术。待病情好转后，再做二期手术切除病变肠段。

4. 术后应密切监测生命体征。

5. 术后患者如疼痛剧烈，可予应用哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im, q8h。

6. 术后应注意维持水、电解质和酸碱平衡；继续加强营养（高热量、高蛋白质、高维生素饮食）及全身支持治疗。

7. 术后抗感染，可选用青霉素类、头孢菌素类、氟喹诺酮类或氨基糖苷类，同时继续抗厌氧菌治疗。

克罗恩病

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	查：血常规 + 血型、
一级（或二级）护理	尿常规、便常规
半流质饮食	出凝血时间
病重	血细胞比容
卧床休息	肝功能、肾功能
柳氮磺吡啶（水杨酸偶氮磺胺吡啶）1.0 ~ 1.5g po qid	血钾、钠、钙、氯等电解质
泼尼松 10mg po tid	血糖
左旋咪唑 50mg po tid	乙肝两对半
甲硝唑 0.4g po tid（术前 3 日开始）	丙肝抗体
链霉素 1g po bid（术前 3 日开始）	抗 HIV 抗体
肥皂水灌肠 1 次/晚（必要时）	梅毒抗体
	粪细菌培养及药敏试验
	结核菌素试验
	免疫功能检查
	胸部 X 线透视
	心电图
	B 超查腹腔有无脓肿或包块
	纤维结肠镜检查（必要时）
	X 线钡剂灌肠检查（必要时）
	腹部立、卧位 X 线摄片（必要时）
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下或全麻下行剖腹探查（肠切除、脓肿切开引流、腹腔引流）术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400 ~ 800ml
	术前留置胃管
	术前留置导尿管

术前晚清洁灌肠

苯巴比妥（鲁米那）0.1g /

阿托品 0.5mg

肌肉注射 术前 0.5 小时

0.9% 氯化钠注射液 40ml /

头孢三嗪 1g

静脉注射 术前 0.5 小时

青霉素皮试

注：

1. 由于患者大多有营养不良，应给予高营养低渣饮食，适当给予叶酸、维生素 B₁₂ 等多种维生素和微量元素。如患者严重营养不良、肠痿及短肠综合征者，可予完全胃肠外营养，应用时间不宜太长。

2. 如患者腹痛剧烈，可酌情给予抗胆碱药，如阿托品 0.5mg，pm，im。

3. 患者如有腹泻，可酌情给予止泻药，如洛派丁胺 4mg，qd 或思密达 1 包 qd 或 tid。

4. 患者若合并感染，可静脉给予广谱抗菌药，可选用青霉素类、头孢菌素类、氟喹诺酮类或氨基糖苷类，同时继续抗厌氧菌治疗。

5. 糖皮质激素是目前控制病情活动最有效的药物，适用于本病活动期，主张初始要足量、疗程偏长、维持因人而异。剂量为泼尼松 30 ~ 40mg/d，重者可达 60mg/d 病情缓解后一般以每周递减 5mg 的速度将剂量逐渐减少至停用。氨基水杨酸制剂对控制轻、中型患者的活动性有一定疗效，主要适用于病变局限在结肠者，可用柳氮磺吡啶 1g，qid，用药 3 ~ 4 周，病情缓解后可减量使用 3 ~ 4 周，然后改为维持量 1g，bid，维持 1 ~ 2 年。免疫抑制剂适用于对糖皮质激素治疗效果不佳或糖皮质激素依赖的慢性活动性病例有效，可用硫唑嘌呤 2mg/（kg · d）或巯嘌呤 1.5mg/（kg · d），该类药

显效时间约需 3~6 月，维持用药一般 1~2 年。

6. 某些抗菌药物对本病有一定疗效，如甲硝唑（对肛周瘘管者疗效好）、环丙沙星等。

7. 如患者睡眠较差，可予加用地西泮 5mg，qn。

8. 本病如出现梗阻、腹膜炎、大出血，可参阅有关疾病的医嘱执行。

9. 病变在直、乙状结肠者，可用 5-氨基水杨酸 1~2 克，灌肠，1 次/日。近来用肠外营养加环孢素 A 治疗，疗效好。

10. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

术后医嘱

长期医嘱

普通外科常规护理
硬膜外麻醉后护理
一级护理
禁食
病危（或病重）
半卧位（6 小时、血压平稳后）
留置胃管接负压瓶
留置尿管接消毒瓶
记 24 小时出入量
测血压、呼吸、脉搏（1 次/小时）×8 次
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50~100mg im
q8h（必要时）
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml /
氨苄西林 3g / ivgtt bid
乳酸钠林格注射液 1000ml /
庆大霉素 24 万 U / ivgtt qd
10% 氯化钾 30ml /
10% 葡萄糖注射液 500ml /
地塞米松 5~10mg / ivgtt qd
维生素 C 2g /
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid

临时医嘱

血常规
血肝功能
血肾功能
凝血功能
血生化
5% 葡萄糖注射液 500ml /
PAMBA 0.4g / ivgtt
血浆 200~400ml ivgtt（必要时）

注：

1. 克罗恩病一般采用内科治疗，外科治疗适应证是：①顽固性克罗恩病；②梗阻；③慢性穿孔后形成腹腔脓肿、肠内（外）瘘；④大出血；⑤中毒性巨结肠；⑥急性穿孔；⑦严重肛周病变；⑧癌变。

2. 手术应切除病变肠管，包括近远端正常肠管 5 ~ 10cm，做肠端端吻合。如局部粘连严重、无法分离，则在病变近侧 5 ~ 10cm 处切断正常肠管，内翻关闭远端，以近侧肠管与横结肠做端侧吻合。3 ~ 6 个月后二期手术切除病变肠段。

3. 术后应密切监测生命体征。

4. 术后患者如疼痛剧烈，可予应用哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg，im，q8h。

5. 术后应注意维持水、电解质和酸碱平衡；继续加强营养（高热量、高蛋白质、高维生素饮食）及全身支持治疗。

6. 术后抗感染，可选用青霉素类、头孢菌素类、氟喹诺酮类或氨基糖苷类，同时继续抗厌氧菌治疗。

结 肠 癌

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	查：血常规 + 血型、
二级护理	尿常规、便常规
无渣半流质饮食	出凝血时间
肥皂水灌肠 1 次/晚（必要时）	肝功能
维生素 K ₁ 10mg im bid	肾功能
甲硝唑 0.4g po tid（术前 3 日	血钾、钠、钙、氯等电解质
开始）	血糖
链霉素 1g po tid（术前 3 日开	乙肝两对半
始）	肝炎系列抗体
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	癌胚抗原（CEA）
	胸部 X 线摄片
	B 超查肝脏及腹腔淋巴结
	心电图
	纤维结肠镜检查
	X 线钡剂灌肠检查
	腹部立、卧位 X 线摄片（必要时）
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行右半结肠（或
	左半结肠、横结肠、乙状结肠）
	根治性切除术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400
	~1000ml
	术前留置胃管
	术前留置导尿管

续 表

长期医嘱

临时医嘱

番泻叶 5 ~ 10g 冲服 (或 25% 硫酸
镁 30 ~ 40ml 口服) 2 次日
术前晚及术晨清洁灌肠
苯巴比妥 (鲁米那) 0.1g /
阿托品 0.5mg /
肌内注射 术前 0.5 小时
青霉素皮试

注:

1. 术前使用抗菌药预防感染, 可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类。同时应加用抗肠道细菌的药物, 如甲硝唑。
2. 对术前诊断不明确者, 可行纤维肠镜检查加病理检查。
3. 建立胃肠外营养通道, 加强全身支持治疗。
4. 如患者睡眠较差, 可予加用地西泮 5mg, qn。
5. 术前营养不良者予高热量、高蛋白质、高维生素饮食。

术后医嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	血生化
病危 (或病重)	凝血功能
半卧位 (6 小时、血压平稳后)	5% 葡萄糖注射液 500ml /
留置胃管接负压瓶	氨甲苯酸 (PAMBA) 0.4g / ivgtt
留置尿管接消毒瓶	血浆 200 ~ 400ml ivgtt (必要时)
记 24 小时出入量	
测血压、呼吸、脉搏 (1 次/小时) × 8 次	

长期医嘱

临时医嘱

哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im

q8h（必要时）

5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml / ivgtt bid

氨苄西林 3g

乳酸林格液 1000ml

10% 氯化钾 30ml / ivgtt qd

维生素 C 2g

5% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt bid

庆大霉素 16 万 U

0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid

手术选择：

1. 结肠癌根治术应切除包括癌肿在内的肠袢及其系膜和淋巴结：盲肠、升结肠、结肠肝曲肿瘤，应行右半结肠切除（包括升结肠、右半横结肠、盲肠和 15cm 回肠）；横结肠则应切除全部横结肠，包括肝曲和脾曲；脾曲和降结肠癌，切除左半横结肠和降结肠，或部分乙状结肠；乙状结肠癌，切除全部乙状结肠或部分降结肠和部分直肠。

2. 右侧结肠并发急性肠梗阻时，可做右半结肠切除一期回肠横结肠吻合术；如病人情况不允许，则先做盲肠造口解除梗阻，二期手术再根治切除。左侧结肠癌并发急性梗阻时，首选肿瘤根治切除、横结肠造口术，在肠道充分准备后，二期手术恢复肠道通畅。若肿瘤已不能切除，则在癌肿的近端行姑息性结肠造口术。

3. 放疗对结肠癌无效，结肠癌根治切除后均配合术后辅助化疗，目的是杀灭残留的微转移灶，提高总生存率。常用 LF 方案 6 个月，或 5 - 氟尿嘧啶加左旋咪唑方案 12 个月。（LF 方案：5 - 氟尿嘧啶 $500\text{mg}/\text{m}^2$ 加 5% 葡萄糖注射液 1000ml，静脉滴注维持 8 ~ 10 小时，第 1 ~ 5 天；四氢叶酸钙 $20\text{mg}/\text{m}^2$ 加 5% 葡萄糖注射液 250ml，在用氟尿嘧啶前半小时开始静脉滴注维持 2 小时，第 1 ~ 5 天；每 4 周重复，共 5 ~

6 次。5-氟尿嘧啶加左旋咪唑方案：5-氟尿嘧啶 $500\text{mg}/\text{m}^2$ 加 5% 葡萄糖注射液 1000ml，静脉滴注维持 8~10 小时，第 1~5 天，休息 2 周后重复，共 48 周；左旋咪唑 50mg，每天 3 次 $\times$ 3 天，休息 2 周后重复，共 1 年)。

4. 术后预防性使用抗生素，可选用头孢菌素类或氟喹诺酮类，必要时可联用氨基糖苷类，同时应加用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。

5. 术后第二天开始使用胃肠外营养 (PN)，直至胃肠功能恢复。

6. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

7. 术后患者如疼痛剧烈，可酌情给予哌替啶盐酸盐 (杜冷丁) 50~100mg，im，q8h。

8. 防治并发症的发生，如术后持续发热要注意有无盆腔积液，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

直 肠 癌

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	查：血常规 + 血型
二级护理	尿常规、便常规
无渣半流质饮食	出凝血时间
甲硝唑片 0.4g po tid（术前 3 日开始）	肝功能
	肾功能
链霉素 1g po bid（术前 3 日开始）	血钾、钠、钙、氯等电解质
	血糖
维生素 K ₁ 10mg im bid（术前 3 日开始）	乙肝两对半
	肝炎系列抗体
肥皂水灌肠 1 次/晚（术前 3 日开始）	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	癌胚抗原（CEA）
	甲胎蛋白（AFP）
	胸部 X 线摄片
	心电图
	B 超查肝脏、盆腔淋巴结
	X 线钡剂灌肠检查
	纤维结肠镜检查
	腹部立、卧位 X 线摄片
	CT 查盆腔（必要时）
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉或全麻下行直肠癌根治术
	备皮
	查血型及交叉配血、备血 400 ~ 1000ml
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	术前留置胃管
	术前留置导尿管

长期医嘱	临时医嘱
	番泻叶 5 ~ 10g 冲服 (或 25% 硫酸镁 30 ~ 40ml 口服), 2 次/日, 术前 1 日
	术前晚及术晨清洁灌肠
	苯巴比妥(鲁米那) 0.1g
	阿托品 0.5mg
	青霉素皮试
	肌内注射 术前 0.5 小时

注:

1. 术前使用抗生素预防感染, 可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类。同时应加用抗肠道细菌的药物, 如甲硝唑。

2. 对术前诊断不明确者, 可行直肠镜或乙状结肠镜检查加病理检查。

3. 建立胃肠外营养通道, 加强全身支持治疗。

4. 患者由于便血而常有贫血, 可酌情输注浓缩红细胞或全血。

5. 术前营养不良者予高热量、高蛋白质、高维生素饮食。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	血生化
病危（或病重）	凝血功能
半卧位（6小时、血压平稳后）	5%葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
留置胃管接负压瓶	止血芳酸 0.4g
留置尿管接消毒瓶	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
记 24 小时出入量	
测血压、呼吸、脉搏（1次/小时）×8次	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im q8h（必要时）	
5%葡萄糖氯化钠注射液 250ml	ivgtt bid
氨苄西林 3g	
乳酸钠林格注射液 1000ml	ivgtt qd
10%氯化钾 30ml	
维生素 C 2g	
5%葡萄糖注射液 500ml	ivgtt bid
庆大霉素 16 万 U	
0.5%甲硝唑 100ml ivgtt bid	

注：

1. 根治性直肠癌切除术是直肠癌的主要治疗方法。凡能切除的直肠癌及无禁忌证者，应尽早施行直肠癌根治术。癌肿局限于直肠壁，仅有局部淋巴结转移者，都适宜于根治切除，如癌肿已侵犯子宫、阴道壁，可同时切除。对有孤立性肝转移者，亦可同时行肝叶肝段切除或肝楔形切除。

2. 手术方法及切除范围：①腹会阴联合直肠癌根治术

(Miles 手术)。适应于距肛缘 6cm 以内的直肠癌, 切除范围应为直肠全部、乙状结肠下端及其系膜、肠系膜下动脉和周围淋巴结、肛门及周围 3cm 以内的全部组织。乙状结肠下端在左腹壁做永久性造瘘; ②经腹腔直肠癌切除术 (Dixon 手术)。适应于距肛缘 6cm 以上的直肠癌, 癌肿切除后有足够的直肠在腹腔内与乙状结肠行对端吻合。对距肛缘 6~9cm 的直肠癌, 则需要借助闭合器和吻合器才能完成 Dixon 手术。③乙状结肠造口术。适应于直肠癌并发急性肠梗阻时的一期减压手术, 或晚期直肠癌不宜于根治切除, 以及年老体弱不能耐受较大手术者的姑息性手术。

3. 对不能切除的直肠癌用 LF 方案 (5-氟尿嘧啶 $500\text{mg}/\text{m}^2$ 加 5% 葡萄糖注射液 1000ml, 静脉滴注维持 8~10 小时, 第 1~5 天; 四氢叶酸钙 $20\text{mg}/\text{m}^2$ 加 5% 葡萄糖注射液 250ml, 在用氟尿嘧啶前半小时开始静脉滴注维持 2 小时, 第 1~5 天) 治疗 1 周, 然后在 50.4Gy 盆腔放疗的同时进行第 2 疗程的化疗, 89% 变得可切除; 单独术前放疗 (35.0~60.0Gy) 使 52% 变得可切除。

4. 与术后单纯放疗相比, 术后放化疗结合, 可明显降低 $\geq T_3$ 和 $\geq N_1$ 的病人的局部复发率, 延长生存时间。对 $\geq T_3N_0$ 的病人术后应该用盆腔放疗 (45.0~50.4Gy) 加 LF 方案化疗, 每 4 周重复, 共 5~6 次。也可用氟尿嘧啶加左旋咪唑方案 (5-氟尿嘧啶 $500\text{mg}/\text{m}^2$ 加 5% 葡萄糖注射液 1000ml, 静脉滴注维持 8~10 小时, 第 1~5 天, 休息 2 周后重复, 共 48 周; 左旋咪唑 50mg, 每天 3 次 $\times$ 3 天, 休息 2 周后重复, 共 1 年)。

5. 术后预防性使用抗菌药, 可选用头孢菌素类或氟喹诺酮类, 必要时可联用氨基糖苷类, 同时应加用抗肠道细菌的药物, 如甲硝唑。

6. 术后第 2 天开始使用胃肠外营养 (PN), 直至胃肠功能恢复。

7. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

8. 防治并发症的发生, 如术后持续发热要注意有无盆腔积液, 泌尿系感染及切口感染, 并予引流、积极抗感染等治疗。

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	查：血常规 + 血型
二级（或三级）护理	尿常规、便常规
无渣半流质饮食	出凝血时间
	肝功能
	肾功能
	血钾、钠、钙、氯等电解质
	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列抗体
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	胸部 X 线透视
	心电图
	超声检查或 CT 检查（深部脓肿时）
	纤维结肠镜检查（必要时）
	与患者本人及家属谈话并签字
	在局部麻醉或硬膜外麻醉下行脓肿切开引流术
	备皮
	查血型及交叉配血、备血 400 ~ 1000ml
	术前 12 小时禁食
	术前清洁灌肠（必要时）
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌内注射 术前 0.5 小时
	青霉素皮试

二、常见外科急腹症

注：

1. 积极抗生素治疗，联合选用 2 ~ 3 种对革兰阴性杆菌有效的抗生素，可选用青霉素类、头孢菌素类或氨基糖苷类抗生素。
2. 可予温水坐浴及局部理疗，以促进局部血液循环。
3. 口服缓泻剂或石蜡油以减轻排便时疼痛。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
局部麻醉（或硬膜外麻醉）后护理	血生化
二级护理	
无渣半流质饮食	
平卧	
测血压、呼吸、脉搏（1 次/2 小时）× 3	
次（硬膜外麻醉或鞍麻后）	
甲硝唑片 0.4g po tid	
庆大霉素 8 万 U im bid	
液体石蜡 20 ~ 30ml po qn	
温水坐浴（肤阴洁或 1‰高锰酸钾溶液）2	
次/日	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im	
q8h（必要时）	

注：

1. 浅表脓肿做肛周放射状切开引流。
2. 坐骨肛管间隙脓肿、骨盆直肠间隙脓肿应在穿刺定位下距肛缘 3 ~ 5cm，做前后方向略偏后的弧形切口，逐层切开直达脓腔，通畅引流。
3. 向直肠突出的骨盆直肠后间隙脓肿、直肠壁脓肿、括约肌间脓肿、直肠后间隙脓肿可经直肠切开引流。
4. 所有肛管直肠脓肿确诊后都应立即切开引流，等其出现波动或自行穿破往往需要时间，在此期，脓肿会突破更

多组织扩散，形成复杂肛瘘，甚至发生便失禁。

5. 表浅的直肠肛管周围脓肿确诊后可在局麻下切开引流，不必住院。深部脓肿都应在硬膜外麻醉或全身麻醉下切开引流，切开应够大，切开后置管引流，以保证引流通畅，避免遗留肛门瘘管的后遗症。

6. 注意维持水、电解质和酸碱平衡。

7. 术后继续温水坐浴。

8. 术后患者若疼痛剧烈，可给予哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg，im，q8h。

9. 切开引流时取脓液送培养及药敏试验，选用敏感的抗菌药物。

直肠脱垂

术前医嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理	血常规 + 血型
三级护理	尿常规、便常规
无渣半流质饮食	出凝血时间
甲硝唑片 0.4g po tid (术前 3 日开始)	肝功能
链霉素 1g po bid (术前 3 日开始)	肾功能
会阴部清洗 1 次/日 (术前 3 日开始)	血钾、钠、钙、氯等电解质
	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列抗体
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	胸部 X 线透视
	心电图
	结肠镜检查 (必要时)
	与患者本人及家属谈话并签字
	在局部麻醉或硬膜外麻醉下行
	肛门环缩或直肠悬吊术
	备皮
	查血型及交叉配血、备血 400ml (必要时)
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	番泻叶 5 ~ 10g 冲服 (或 25% 硫酸镁 30 ~ 40ml 口服) 2 次/日
	术前 1 天
	术晨清洁灌肠
	苯巴比妥 (鲁米那) 0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌内注射 术前 0.5 小时 (硬膜外麻醉时)

二、常见外科急腹症

注：

1. 术前有慢性咳嗽应给予相应的处理，有感染者应控制感染，常用青霉素、红霉素、氨基糖苷类、氟喹诺酮类、头孢菌素类等；应祛痰、镇咳，常用氯化胺合剂、溴己新，应避免应用强镇咳药，如可待因等。

2. 术前有便秘也应给予相应处理，高纤维饮食有助改善便秘，可适当应用半纤维素或亲水胶体类泻药，如欧车前子制剂和天然高分子多聚糖等。

3. 术前患者如有前列腺肥大，亦应给予处理，控制病情，可应用 α_1 受体阻滞剂，如特拉唑嗪、阿夫唑嗪、坦索罗辛等；亦可用 5α 还原酶抑制剂，如非那雄胺。

4. 术前有腹腔积液者，可服用氢氯噻嗪、螺内酯、呋塞米；若合并血白蛋白低应予补充，可输白蛋白后用呋塞米。

5. 加强营养，改善病人全身情况。

6. 注意纠正水、电解质、酸碱平衡失调。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
局部麻醉（或硬膜外麻醉）后护理	血肝功能
二级护理	血肾功能
无渣半流质饮食	凝血功能
平卧	血生化
测血压、呼吸、脉搏（1次/2小时）×4次（硬膜外麻醉后）	
1%高锰酸钾溶液 温热坐浴 2次/日	
双醋酚汀 5 ~ 10mg（或液体石蜡 20 ~ 30ml）口服 1次/晚	
甲硝唑 0.4g po tid	
庆大霉素 8万 U im bid	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg im q8h（必要时）	

注：

1. 幼儿直肠脱垂有自愈的可能，应注意缩短排便时间，便后立即将脱出直肠复位，取俯卧位，用胶布固定双臀。

2. 儿童或体弱者的轻度黏膜脱垂或年迈不能耐受手术者，可采用黏膜下硬化剂注射疗法。黏膜有急性感染、溃疡或坏死者忌用。

3. 老年人肛门松弛，或会阴部肌肉神经功能紊乱者，可行肛门环缩术。轻度的直肠脱垂可用硬化剂注射疗法。

4. 原发性直肠全层脱垂或原发性直肠、乙状结肠脱垂，应行直肠悬吊固定术。

5. 术后抗感染，抗生素可选用青霉素类、头孢菌素类或氨基糖苷类抗生素。

6. 注意维持水、电解质和酸碱平衡。

直肠息肉

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	查：血常规 + 血型
二级护理	尿常规、便常规
无渣半流质饮食	出凝血时间
甲硝唑片 0.4g po tid (术前 3 日开始)	肝功能
链霉素 1g po bid (术前 3 日开始)	肾功能
维生素 K ₁ 10mg im bid (术前 3 日开始)	血钾、钠、钙、氯等电解质
肥皂水灌肠 1 次/晚 (术前 3 日开始)	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列抗体
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	癌胚抗原 (CEA)
	甲胎蛋白 (AFP)
	胸部 X 线摄片
	心电图
	B 超查肝脏、盆腔淋巴结
	X 线钡剂灌肠检查
	纤维结肠镜检查
	腹部立、卧位 X 线摄片
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下经腹直肠息肉切除
	除术
	备皮
	查血型及交叉配血、备血 200ml
	术晨清洁灌肠
	苯巴比妥 (鲁米那) 0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌内注射 术前 0.5 小时
	青霉素皮试

注：

- 1. 术前使用抗菌药预防感染，可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类。同时应加用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。
- 2. 对术前诊断不明确者，可行直肠镜或乙状结肠镜检查加病理检查。
- 3. 为预防术后大量出血，术前可使用维生素 K₁ 10mg, im, bid。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血生化
二级护理	
流质饮食	
平卧	
测血压、呼吸、脉搏（1次/小时）×4次	
甲硝唑 0.4g po tid	
庆大霉素 8 万 U im bid	

手术选择：

- 1. 电灼切除：息肉位置较高，无法自肛门切除者，可通过直肠镜、乙状结肠镜或纤维结肠镜显露息肉，有蒂息肉可经窥镜用圈套器套住蒂部予以电灼。广基的息肉电灼不安全。
- 2. 经肛门切除：适用于直肠下段息肉。广基息肉，应切除包括息肉四周的部分黏膜，缝合创面；若属绒毛状腺瘤，切线距肉眼所见腺瘤缘不少于 1cm。
- 3. 肛门镜下显微手术切除：适用于直肠上段的腺瘤和早期直肠癌的局部切除术。
- 4. 开腹手术：高位息肉无法经肛门切除者，需经腹切开直肠前壁切除息肉。有癌变的直肠息肉要按直肠癌治疗。
- 5. 多发的家族性息肉病，应根据息肉的分布决定直肠

(或结肠) 切除的范围。

6. 炎性息肉以治疗原发病为主；增生性息肉，症状不明显，不需特殊治疗。

7. 术后抗感染，抗生素可选用青霉素类、头孢菌素类或氨基糖苷类抗生素。

8. 注意维持水、电解质和酸碱平衡。

痔

术前医嘱

普通外科常规护理	查：血常规 + 血型
三级护理	尿常规、便常规
无渣半流质饮食	出凝血时间
甲硝唑片 0.4g po tid（术前 3 日开始）	肝功能
	肾功能
链霉素 1g po bid（术前 3 日开始）	血钾、钠、钙、氯等电解质
	血糖
会阴部清洗 1 次/日（术前 3 日开始）	乙肝两对半
	肝炎系列抗体
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	胸部 X 线透视
	心电图
	纤维结肠镜检查（必要时）
	与患者本人及家属谈话并签字
	在局部麻醉或骶管麻醉下行痔疮胶圈套扎术
	备皮
	术前 12 小时禁食
	术晨清洁灌肠
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
	阿托品 0.5mg /
	肌内注射 术前 0.5 小时（骶管麻醉时）

注：

1. 保持大便通畅，养成定时排便的习惯，多食蔬菜和富含维生素食物。
2. 便秘时可用石蜡油或缓泻剂。
3. 应用 1 : 5000 高锰酸钾温水坐浴，保持肛门口清洁。

4. 可在肛管内注入含吲哚美辛药物的油膏或栓剂，起消炎、润滑作用。

5. 及时治疗直肠炎症性疾病。

6. 术前使用抗菌药预防感染，可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类。同时应加用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
局部麻醉（或骶管麻醉）后护理	血生化
二级护理	
无渣半流质饮食	
平卧	
测血压、呼吸、脉搏（1次/小时）×4次 （骶管麻醉或鞍麻后）	
温水坐浴（肤阴洁或1‰高锰酸钾溶液）2 次/日（必要时）	
甲硝唑片 0.4g po tid	
庆大霉素 8万 U im bid	
双醋酚汀 5～10mg（或液体石蜡 20～ 30ml）口服 1次/晚	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50～100mg im q8h（必要时）	

注：

1. I期或II期合并出血的、较小的痔块，可用注射硬化疗法、胶圈套扎或微波热凝，无需住院。更大的孤立痔块，可行痔梭形切除术；严重的环形痔，应行痔环形切除术。疼痛严重的血栓性外痔，可行外痔血栓剥离术。血栓性外痔若未手术，1～3周或血栓可消退，症状缓解。

2. 术后抗感染可选用青霉素类、头孢菌素类或氨基糖

苷类抗生素。

3. 术后继续保持排便通畅。
4. 术后继续用 1 : 5000 高锰酸钾温水坐浴。
5. 注意维持水、电解质和酸碱平衡。
6. 术后病人如果疼痛剧烈，可给予哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg，im，q8h。

术 前 医 嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理

三级护理

无渣半流质饮食

甲硝唑片 0.4g po tid (术前3
日开始)

会阴部清洗 1 次/日 (术前1
日)

血常规 + 血型

尿常规、便常规

出凝血时间

肝功能

肾功能

血钾、钠、钙、氯等电解质

血糖

乙肝两对半

肝炎系列抗体

抗 HIV 抗体

梅毒抗体

胸部 X 线透视

心电图

纤维结肠镜检查

与患者本人及家属谈话并签字

在局部麻醉或骶管麻醉下行肛裂
切除术

备皮

查血型及交叉配血、备血 400
~ 1000ml

术前 12 小时禁食

术前晚及术晨清洁灌肠

苯巴比妥 (鲁米那) 0.1g /

阿托品 0.5mg

肌内注射 术前 0.5 小时 (骶
管麻醉时)

注:

1. 保持大便通畅, 多吃蔬菜等富含纤维素的食物。

2. 溃疡局部涂麻醉油膏或用 10% ~ 20% 硝酸银溶液烧灼溃疡面，促进伤口愈合。

3. 排便前后用 1:5000 高锰酸钾温水坐浴，保持局部清洁，解除括约肌痉挛。

4. 口服缓泻剂或石蜡油，使大便松软、润滑。

5. 增加饮水和多纤维食物，以纠正便秘，保持大便通畅。

6. 防治感染可用抗肠道细菌的抗菌药，如甲硝唑。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
局部麻醉（或骶管麻醉）后护理	血生化
三级护理	
无渣半流质饮食	
平卧（骶管麻醉后）	
测血压、呼吸、脉搏（1 次/2 小时）	
×4 次（骶管麻醉后）	
庆大霉素 8 万 U po bid	
液体石蜡 20 ~ 30ml 口服 1 次/晚	
温水坐浴 2 次/日	

说明

1. 轻症病人可用非手术方法，经久不愈反复发作、保守治疗无效、且持续疼痛症状较重者可采用手术治疗。

2. 扩肛术：扩肛可解除括约肌痉挛，溃疡基底部纤维组织被裂开，扩大创面，有利于肉芽组织新生，促进裂口愈合。肛裂局部麻醉后，使患者侧卧位，先用示指扩肛后，逐渐伸入两中指，维持扩张 5 分钟。

3. 肛门括约肌切断术：切断肛裂基底部外括约肌皮下部或切开部分肛门内括约肌，以消除肛门括约肌痉挛，促进溃疡愈合。

4. 肛裂切除术：切除肛裂及上端肥大的肛乳头、下端皮垂、外痔等，切断创面底部的外括约肌皮下部，必要时切断部分痉挛的内括约肌，创面引流换药，直至愈合。

5. 术后抗感染可选用青霉素类、头孢菌素类或氨基糖苷类抗生素。

6. 术后继续保持大便通畅。

7. 术后继续用 1 : 5000 高锰酸钾温水坐浴。

术前医嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理

三级护理

无渣半流质饮食

甲硝唑片 0.4g po tid (术前3日开始)

链霉素 1g po bid (术前3日开始)

会阴部清洗 1次/日 (术前3日开始)

血常规 + 血型

尿常规、便常规

出凝血时间

肝功能

肾功能

血钾、钠、钙、氯等电解质
血糖

乙肝两对半

肝炎系列抗体

抗 HIV 抗体

梅毒抗体

胸部 X 线透视

心电图

纤维结肠镜检查 (必要时)

与患者本人及家属谈话并签字

在局部麻醉或骶管麻醉下行瘻管
切开或切除术

备皮

术前 12 小时禁食

术晨清洁灌肠

苯巴比妥 (鲁米那) 0.1 /

阿托品 0.5mg

肌内注射 术前 0.5 小时
(骶管麻醉时)

注:

1. 保持排便通畅, 多吃蔬菜等富含纤维素的食物。

2. 排便后用 1 : 5000 高锰酸钾温水坐浴, 保持局部
清洁。

3. 抗感染治疗，抗生素可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类，同时应加用抗肠道细菌的药物，如甲硝唑。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
局部麻醉（或骶管麻醉）后护理	血生化
二级护理	
无渣半流质饮食	
平卧	
测血压、呼吸、脉搏（1次/小时）×4次（骶管麻醉或鞍麻后）	
温水坐浴（肤阴洁或1‰高锰酸钾溶液）2次/日	
甲硝唑片 0.4g po bid	
庆大霉素 8万 U im bid	
双醋酚汀 5～10mg（或液体石蜡 20～30ml）po qn	
哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50～100mg im q8h（必要时）	

注：

1. 低位单纯性肛瘘和复杂瘘的皮下支可行瘘管切开术，要求创口呈“V”形敞开，术中应先确定内口位置和瘘管行经方向，再行切开或切除术。对大而深的伤口可一期缝合一部分，以缩短愈合时间。

2. 高位单纯性瘘和复杂性瘘的内管可用挂线疗法；复杂性高位瘘管往往需分次手术，两次挂线的间隔时间应在3～6个月，观察肛门部瘢痕的形成和括约肌的功能，据此，考虑下一步治疗。肛门瘘管除复杂者外，一般可在门诊治疗。

3. 结核性肛瘘先行抗结核治疗再行手术治疗。

4. 术后发生尿潴留较常见，可对症处理。伤口应每天早晨及便后用高锰酸钾溶液坐浴及换药，使伤口从基底向上逐渐愈合，否则肛瘘易复发。

5. 术后患者如果疼痛剧烈，可给予哌替啶盐酸盐（杜冷丁）50 ~ 100mg，im，q8h。

先天性肥厚性幽门狭窄

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
新生儿常规护理	查：血常规 + 血型、
一级护理	尿常规、便常规
母乳喂养	出凝血时间
阿托品 1 : 4000 新鲜注射液 1 ~ 6	肝功能
滴 口服 授乳前 20 分钟	肾功能
维生素 K ₁ 5mg im qd	血钾、钠、钙、氯等电解质
静脉补液（必要时）	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列抗体
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	X 线钡餐检查
	B 超查幽门肌厚度、幽门管长度
	与患儿家长谈话并签字
	在全麻下行黏膜外幽门环肌切
	开术
	备皮
	查血型及交叉配血、备血 100ml
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	术前留置胃管
	术前留置尿管
	苯巴比妥（鲁米那）1.5 ~ 2.5mg/
	千克体重
	阿托品 0.01 ~ 0.02mg/千克体重
	肌内注射 术前 0.5 小时
	0.9% 氯化钠注射液 20ml /
	头孢三嗪 25mg/千克体重 /
	静脉注射 术前 1 小时

注：

1. 由于梗阻、呕吐，患儿常有营养不良、脱水、碱中

毒和电解质紊乱，术前应积极纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，补充钾盐，要求血碳酸氢盐低于 28mmol/L ，或血氯高于 92mmol/L ，才能手术。

2. 必要时采用静脉内营养，改善患儿营养状况。无小儿外科的医院，术前、术后可会同儿科医师处理。

3. 前述“长期医嘱”中的阿托品 $1:4000$ 新鲜注射液是将阿托品 0.5mg (1ml) 用注射用水稀释成 2ml 而成。用量应逐滴增加至患儿面部皮肤潮红为止。

4. 一般于术后 24 小时即可全量口服进食，并且可以出院。若术中有粘膜穿破，应推迟进食。

5. 凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K_1 或输血浆。

6. 术前诊断不明确时，可予 B 超查幽门肌厚度、幽门管长度，必要时可行钡餐检查。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
新生儿护理常规	血常规
全麻后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
留置尿管接消毒瓶	凝血功能
禁食 (12 小时后可饮葡萄糖水 5ml 1 次/2 小时; 24 小时后喂奶 5ml 1 次/2 小时, 逐次增加 5ml ; 48 小时后正常喂奶)	血生化
测体温、心率、呼吸 (1 次/小时) $\times 6$ 次	动脉血气分析 (必要时)
5% 葡萄糖注射液 500ml 10% 氯化钠 10ml	混合后按 $80 \sim 120\text{ml/千克}$ 体重 ivgtt qd
0.9% 氯化钠注射液 20ml 头孢三嗪 25mg/千克体重	ivgtt qd

注：

1. 本病确诊后经 3~5 天术前准备，可做 Ramstedt 黏膜外幽门环肌切开术。

2. 病情较重的患儿术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。

3. 术后密切监测患儿生命体征。

4. 术后预防性使用抗生素，选用 2、3 代头孢菌素。

5. 术后注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

6. 术后加强患儿营养，促使患儿早日恢复。

7. 术后加强护理，防治并发症的发生，如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

先天性肠旋转不良

术前医嘱

长期医嘱

临时医嘱

小儿外科护理常规

一级护理

禁食

病重（或病危）

留置胃管接负压瓶

记 24 小时出入量

面罩吸氧 3 ~ 5 升/分钟（必要时）

10% 葡萄糖注射液 300ml

10% 氯化钠 6ml

10 氯化钾 3ml

ivgtt qd

查：血常规 + 血型、

尿常规、便常规

出凝血时间

肝功能

肾功能

血钾、钠、钙、氯等电解质

血糖

乙肝两对半

肝炎系列抗体

抗 HIV 抗体

梅毒抗体

动脉血气分析

胸部 X 线透视

腹部立、卧位 X 线摄片

心电图

X 线钡剂灌肠检查

B 超查肝、脾位置

与患者家长谈话并签字

在全麻下行剖腹探查（梗阻松解或肠切除加端端吻合）术

备皮

术前 12 小时禁食、4 小时禁水

查血型及交叉配血、备血 200ml

术前留置胃管

术前留置导尿管

苯巴比妥（鲁米那）2mg/千克体重

阿托品 0.02mg/千克体重

肌肉注射 术前 0.5 小时

0.5% 甲硝唑 7.5mg/千克体重

静脉滴注 术前 1 小时

青霉素皮试

注：

1. 1岁以内小儿液体补充，每日每千克体重按 110 ~ 120ml 计算。累积损伤的补充，用 1/3 ~ 1/2 张液体；生理需要量的补充，用 1/5 ~ 1/4 张液体。有休克时，全血或血浆每日每千克体重按 10ml 计算；手术中额外损伤的量照加。

2. 注意补钾，维持酸碱平衡。

3. 长期不能进食者应采用全胃肠外营养（TPN）治疗。

4. 无小儿外科专业的医院，婴幼儿手术前后的治疗，最好请儿科医师协助。术后处理并不复杂，由于远端肠段的废用性变细，因而胃肠功能恢复缓慢，需要的是耐心。最好能进行静脉营养支持。胃肠减压不仅有利于吻合口愈合，还可防止消化液误吸入肺内。

术后医嘱

术前医嘱	术后医嘱
小儿外科护理常规	血常规
全麻后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	血生化
病危	凝血功能
面罩吸氧 3 ~ 5L/min	动脉血气分析（必要时）
留置胃管接负压瓶	
留置尿管接消毒瓶	
记 24 小时出入量	
测血压、呼吸、脉搏（1 次/0.5 小时） ×8 次	
10% 葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd
10% 氯化钠 10ml	
10 氯化钾 5ml	
氨苄西林 2 ~ 3g	
0.5% 甲硝唑 7.5mg/千克体重 ivgtt q8h	

注：

1. 单纯性肠扭转不良用 Ladd 术式：松解纤维性索带，解除对十二指肠的压迫，显露全部十二指肠；将盲肠置于右上腹，十二指肠置于右侧腹部；检查腹内其他脏器有无先天异常（如十二指肠隔膜）。

2. 肠旋转不良伴肠扭转的手术：先按逆时针方向将扭转的中肠复位，然后检查小肠的活力，确定坏死范围；若坏死范围小，可切除之，然后用 Ladd 术式处理，若中肠坏死范围大，则不应切除太多肠段，可将扭转之小肠复位后放入腹腔，缝合腹腔，待 24 小时后再次手术进腹。如此可发现边缘区有部分组织存活，从而减少切除范围。

3. 术后注意监测生命体征。

4. 术后预防性使用抗生素，可选用青霉素类或头孢菌素类，同时加用抗肠道细菌的抗菌药，如甲硝唑。

5. 术后注意维持水、电解质和酸碱平衡。

6. 术后加强营养支持治疗，采用全胃肠外营养。

7. 患儿如有呼吸困难，口唇发绀等缺氧症状时，可进行动脉血气分析，以了解患儿血氧情况。

8. 术后加强护理，防治并发症的发生，如：术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

先天性肠闭锁和肠狭窄

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
小儿外科护理常规	查血常规 + 血型、
一级护理	尿常规、便常规
禁食	出凝血时间
病重（或病危）	肝功能
留置胃管接负压瓶（必要时）	肾功能
记 24 小时出入量	血钾、钠、钙、氯等电解质
面罩吸氧 3 ~ 5L/min（必要时）	血糖
10% 葡萄糖注射液 300ml	乙肝两对半
10% 氯化钠 6ml	ivgtt qd 肝炎系列抗体
10 氯化钾 3ml	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	动脉血气分析
	胸部 X 线透视
	腹部 X 线摄片
	心电图
	X 线钡剂灌肠检查
	全消化道 X 线钡餐检查
	与患者家长谈话并签字
	在全麻下行十二指肠空肠吻合术或
	肠切除加肠端端吻合术
	备皮
	查血型及交叉配血、备血 200ml
	术前留置导尿管
	苯巴比妥（鲁米那）2mg/千克体重
	阿托品 0.02mg/千克体重
	肌内注射 术前 0.5 小时
	0.5% 甲硝唑 7.5mg/千克体重 静

注：

1. 1岁以内小儿液体补充，每日每千克体重按 110 ~ 120ml 计算。晶体液的补充，应根据每日体液丢失总量，用 1/5 ~ 1/3 张液体补充之。有休克时，全血或血浆每日每千克体重按 10ml 计算；手术中额外损失的量照加。

2. 注意补钾，维持酸碱平衡。

3. 长期不能进食者应采用完全胃肠外营养（TPN）治疗。

4. 无小儿外科专业的医院，婴幼儿手术前后的治疗，最好请儿科医师协助。术后处理并不复杂，由于远端肠段的废用性变细，因而胃肠功能恢复缓慢，需要的是耐心。最好能进行静脉营养支持。胃肠减压不仅有利于吻合口愈合，还可防止消化液误吸入肺内。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
小儿外科护理常规	血常规
全麻后护理	血肝功能
禁食	血肾功能
病危	血生化
面罩吸氧 3 ~ 5L/min（必要时）	凝血功能
留置胃管接负压瓶	动脉血气分析（必要时）
留置尿管接消毒瓶	
记 24 小时出入量	
测血压、呼吸、脉搏（1 次/0.5 ~ 1 小时）×8 次	
10% 葡萄糖注射液 300ml	ivgtt qd
10% 氯化钠 6ml	
10 氯化钾 3ml	
氨苄西林 2 ~ 3g	
0.5% 甲硝唑 7.5mg/千克体重 ivgtt q8h	

注：

1. 本病常伴有其他严重的先天异常，术前必须排除肠

旋转不良，因为肠旋转不良不允许花长时间做术前准备。先天性肠狭窄或闭锁诊断明确后都须手术治疗，重建一个通畅的胃肠道。

2. 十二指肠狭窄或闭锁时，可做十二指肠 - 空肠吻合术；若有十二指肠隔膜，可在此处切开十二指肠，切去隔膜，然后缝闭十二指肠。但术中应查清壶腹开口位置，因为开口也位于隔膜的系膜侧。若有环状胰腺，术中应注意勿伤及胰腺，千万不要将环状胰腺切开，环状胰腺切断后的病死率极高，环状胰腺的处理方法是行十二指肠侧侧吻合，形成旁路。

3. 空回肠狭窄或闭锁，行肠切除端端吻合术；结肠狭窄或闭锁，行结肠切除加近端结肠造口术，待以后视情况行二期手术。由于近侧肠袢扩张，远侧肠袢废用性变细，对端吻合有一定困难。此时可采用二点法缝合；也可将远侧肠管口的对系膜缘切开，使该口扩大，以便吻合。

4. 术后注意监测生命体征。

5. 术后预防性使用抗生素，可选用青霉素类或头孢菌素类，同时加用抗肠道细菌的抗菌药，如甲硝唑。

6. 术后注意维持水、电解质和酸碱平衡。

7. 术后加强营养支持治疗，采用全胃肠外营养。

8. 患儿如有呼吸困难，口唇发绀等缺氧症状时，可进行动脉血气分析，以了解患儿血氧情况。

9. 术后加强护理，防治并发症的发生，如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

先天性巨结肠

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
小儿外科护理常规	查：血常规 + 血型、
一级护理	尿常规、大便常规
流质或无渣半流质饮食	出凝血时间
温盐水灌肠 1 次/晚	肝功能
10% 葡萄糖注射液 300ml	肾功能
10% 氯化钠 5ml	血钾、钠、钙、氯等电解质
10 氯化钾 3ml	血糖
ivgtt qd	乙肝两对半
甲硝唑肛栓 0.3g 肛塞 1	肝炎系列抗体
次/晚（术前 3 日开始）	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	胸部 X 线透视
	腹部 X 线摄片
	直肠括约肌测压（必要时）
	直肠镜检查加活检（必要时）
	与患者家长谈话并签字
	在全麻下行 Soave（直肠后结肠拖出术）
	或 Duhamel（直肠肌鞘内拖出术）术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 200ml
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥（鲁米那）2mg/千克体重
	阿托品 0.02mg/千克体重
	肌肉注射 术前 0.5 小时
	0.5% 甲硝唑 7.5mg/千克体重
	静脉滴注 术前 1 小时
	青霉素皮试

注：

1. 决定手术治疗的患儿，手术前应充分准备，每日扩肛及温盐水灌肠，开塞露塞肛，补充营养，维持水、电解质平衡。手术后应定时扩肛锻炼排便。

2. 1岁以内小儿液体补充，每日每千克体重按 110 ~ 120ml 计算。稍大小儿每日维持液需要量一般按下表计算。例如，15kg 小儿日需水计算：第一个 10kg $[100\text{ml}/(\text{kg} \cdot \text{d}) \times 10]$ 为 1000ml/d，加第二个 5kg $[50\text{ml}/(\text{kg} \cdot \text{d}) \times 5]$ 为 250ml/d，合计为 1250ml/d。注意，这种计算方法仅供参考，输液时必须密切观察病人的体征，及时发现容量的缺失或过多。晶体液的补充，应根据每日体液丢失的总量，用 $1/5 \sim 1/3$ 张液体补充之。有休克时，全血或血浆每日每千克体重按 10ml 计算；手术中额外损失的量照加。

体重区段	液体需求量
0 ~ 10kg	100ml/ (kg · d) A
10 ~ 20kg	50ml/ (kg · d) B
> 20kg	20ml/ (kg · d) C

$$\text{维持液需求量} = A + B + C$$

3. 长期不能进食者应采用全胃肠外营养 (TPN) 治疗。

4. 胃肠减压不仅有利于吻合口愈合，还可防止消化液误吸入肺内。

术后医嘱

长期医嘱

临时医嘱

小儿外科护理常规

全麻后护理

一级护理

禁食

病危（或病重）

面罩吸氧 3 ~ 5L/min

留置胃管接负压瓶

留置尿管接消毒瓶

记 24 小时出入量

测血压、呼吸、脉搏 1 次/0.5 小时

10% 葡萄糖注射液 500ml

10% 氯化钠 15ml

10% 氯化钾 10ml

氨苄西林 2 ~ 3g

0.5% 甲硝唑 7.5mg/千克体重

ivgtt q8h

血常规

血肝功能

血肾功能

血生化

凝血功能

动脉血气分析（必要时）

ivgtt qd

注：

1. 诊断已经明确的先天性巨结肠症应行手术治疗。手术要求切除狭窄的病变肠段和明显扩张肥厚的部分结肠，以达到正常排便的功能。手术的方式很多，可根据病变情况及医生的经验选择。对必须手术而病情过重者，可先行结肠造口术以改善病情，以后再行根治术。

2. 术后注意监测生命体征。

3. 术后预防性使用抗生素，可选用青霉素类或头孢菌素类，同时加用抗肠道细菌的抗菌药，如甲硝唑。

4. 术后注意维持水、电解质和酸碱平衡。

5. 术后加强营养支持治疗，采用全胃肠外营养。

6. 患儿如有呼吸困难，口唇发绀等缺氧症状时，可进行动脉血气分析，以了解患儿血氧情况。

7. 术后加强护理，防治并发症的发生，如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

先天性直肠肛管畸形

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
小儿外科护理常规	查：血常规 + 血型、
一级护理	尿常规、便常规
禁食	出凝血时间
病重	肝功能
记 24 小时出入量	肾功能
面罩吸氧 3 ~ 5L/min (必要时)	血钾、钠、钙、氯等电解质
10% 葡萄糖注射液 300ml	血糖
10% 氯化钠 5ml	ivgtt qd 乙肝两对半
10 氯化钾 3ml	肝炎系列抗体
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	胸部 X 线透视
	腹部 X 线摄片或倒悬位腹部 X 线摄片
	瘘管造影 (必要时)
	与患者家长谈话并签字
	在全麻下行肛膜切除或肛管直肠成形术
	备皮
	查血型及交叉配血、备血 200ml
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥 (鲁米那) 2mg/千克体重
	阿托品 0.02mg/千克体重
	肌内注射 术前 0.5 小时
	0.5% 甲硝唑 7.5mg/千克体重
	静脉滴注 术前 1 小时
	青霉素皮试

注：

1. 1 岁以内小儿液体补充，每日每千克体重按 110 ~ 120ml 计算。累积损失的补充，用 1/3 ~ 1/2 张液体；生理需要量的补充，用 1/5 ~ 1/4 张液体。有休克时，全血或血浆每日每千克体重按 10ml 计算；手术中额外损失的量照加。
2. 长期不能进食者应采用全胃肠外营养（TPN）治疗。
3. 注意维持水、电解质和酸碱平衡。
4. 无小儿外科专业的医院，婴幼儿手术前后的治疗，最好请儿科医生协助。

术 后 医 嘱

长期医嘱		临时医嘱
小儿外科护理常规		血常规
全麻后护理		血肝功能
一级护理		血肾功能
禁食		血生化
病危（或病重）		凝血功能
面罩吸氧 3 ~ 5L/min		动脉血气分析（必要时）
留置胃管接负压瓶		
留置尿管接消毒瓶		
记 24 小时出入量		
测血压、呼吸、脉搏 1 次/0.5 小时		
10% 葡萄糖注射液 300ml	ivgtt qd	
10% 氯化钠 6ml		
10 氯化钾 3ml		
氨苄西林 2 ~ 3g		
0.5% 甲硝唑 7.5mg/千克体重	ivgtt q8h	

注：

1. 肛管直肠闭锁均须手术治疗。单纯肛膜闭锁仅需切除肛膜；低位直肠闭锁可经会阴游离直肠盲端，自肛门拖出行肛管成形术；高位直肠闭锁则做结肠造口，以后行二期手术。

2. 术后处理并不复杂，由于远段肠道的废用性变细，胃肠功能恢复缓慢，临床上需要的是耐心。最后能进行静脉营养支持。胃肠减压不仅有利于吻合口愈合，还可防止消化液误吸入肺内。

3. 术后注意监测生命体征。

4. 术后预防性使用抗生素，可选用青霉素类或头孢菌素类，同时加用抗肠道细菌的抗菌药，如甲硝唑。

5. 术后注意维持水、电解质和酸碱平衡。

6. 术后加强营养支持治疗，采用全胃肠外营养。

7. 患儿如有呼吸困难，口唇发绀等缺氧症状时，可进行动脉血气分析，以了解患儿血氧情况。

8. 术后加强护理，防治并发症的发生，如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

(中山大学附属第六医院 黄美近)

三、颈部外科

甲 亢

术前医嘱

长期医嘱

按甲亢术前外科常规护理
Ⅱ级护理
普食
Lugol 液 10gtt tid
普萘洛尔片 10mg tid

临时医嘱

血常规 + 血型
尿常规
血肾功能
血肝功能
凝血功能
乙肝两对半
肝炎系列
心电图
胸透（或胸片）
甲状腺 B 超
声带检查

注：

1. 患者已在门诊服用抗甲状腺药物，使基础代谢率和甲状腺功能在正常范围。
2. 术前准备应在手术前 10 ~ 14 天开始服用 Lugol 液 10gtt, tid, 普萘洛尔片 10mg, tid。
3. 如甲状腺较大或有气管压迫症状，应拍颈部正侧位片，了解气管受压、移位情况。
4. 必要时行 CT 检查了解有无胸骨后甲状腺肿。

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻下甲状腺双叶次全切	10% GS 1000ml /
除术后常规护理	维生素 C 2.0g / ivgtt
I 级护理	5% GNS 500ml ivgtt
禁食	地塞米松 10mg iv
常规喷喉 bid	床边备气管切开包
颈部引流管接袋记量	
0.9% 生理盐水 20ml /	iv q12h
Rocephin 1.0g	
Lugol 液 10gtt tid	
普萘洛尔片 10mg tid	

注：

1. 术后预防甲状腺危象可予 Lugol 液和普萘洛尔片，连续服用 5~7 天。
2. 术后第一天可予半流饮食，第二天可予普食。
3. 术后咳嗽、咳痰可予铵远合剂 10ml，tid，沐舒坦 30mg，bid，口服。
4. 预防性抗生素可选用 1、2 代头孢菌素 1~2 天。

结节性甲状腺肿

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按结节性甲状腺肿术前外科常规	血常规 + 血型
护理	尿常规
Ⅱ级护理	肾功能
普食	肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	心电图
	胸透（或胸片）
	甲状腺 B 超
	声带检查

注：

- 1. 如甲状腺较大或有气管压迫症状，应拍颈部正侧位片，了解气管受压、移位情况。
- 2. 必要时行 CT 检查了解有无胸骨后甲状腺肿。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻下甲状腺双叶次全切	10% GS 1000ml /
除术后常规护理	维生素 C 2.0g / ivgtt
I 级护理	5% GNS 500ml ivgtt
禁食	床边备气管切开包
常规喷喉 bid	
颈部引流管接袋记量	
0.9% 生理盐水 20ml /	iv q12h
头孢曲松钠 1.0g	

注：

1. 术后第一天可予半流饮食，第二天可予普食。
2. 术后咳嗽、咳痰可予铵远合剂 10ml，tid，沐舒坦 30mg，tid，口服。
3. 预防性抗生素可选用 1、2 代头孢菌素 1~2 天。
4. 出院时予优甲乐片 50 μ g，qd 口服。

甲状腺癌

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按甲状腺癌术前外科常规护理 Ⅱ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 心电图 胸片 甲状腺 B 超 声带检查

注：

1. 如甲状腺较大或有气管压迫症状，应拍颈部正侧位片，了解气管受压、移位情况。
2. 必要时行 CT 检查了解有无胸骨后甲状腺肿。
3. 甲状腺 B 超应包括颈部淋巴结检查，了解有无颈淋巴结肿大。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻下甲状腺右叶全切、左叶次全切除术后常规护理 Ⅰ级护理 禁食 常规喷喉 bid 颈部引流管接袋记量 0.9% 生理盐水 20ml / 头孢曲松钠 1.0g	10% GS 1000ml / 维生素 C 2.0g / 5% GNS 500ml 床边备气管切开包 ivgtt ivgtt iv q12h

注：

1. 术后第1天可予半流饮食，第2天可予普食。
2. 术后咳嗽、咳痰可予铵远合剂 10ml，tid，沐舒坦 30mg，bid，口服。
3. 预防性抗生素可选用1、2代头孢菌素1~2天。
4. 出院时予优甲乐片 50 μ g，bid 或 tid，口服。

(中山大学附属第一医院血管外科 姚 陈)

四、乳 腺 外 科

乳 腺 癌

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按乳腺癌术前外科常规护理 Ⅱ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 心电图 胸片 乳腺 B 超

注:

1. 乳腺 B 超应包括双侧乳腺及腋窝淋巴结。

2. 对术前诊断不明者, 根据医院条件行穿刺活检, 或在手术当天根治术前先行肿物切除, 送病理冷冻检测。

术 后 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻下左乳腺癌根治术后 常规护理 Ⅰ级护理 禁食 常规喷喉 bid 腋窝引流管接持续负压吸引记量 胸壁引流管接持续负压吸引记量 停留尿管接袋 0.9% 生理盐水 20ml / 头孢曲松钠 1.0g /	10% GS 1000ml / 维生素 C 2.0g / 5% GNS 500ml / 止血芳酸 0.4g / ivgtt ivgtt iv q12h

注：

1. 术后第 1 天可予半流饮食，第 2 天可予普食。
2. 预防性抗生素可选用 1、2 代头孢菌素。
3. 注意术侧上肢有无肿胀或缺血表现，及时处理。如肿胀、疼痛明显，宜行血管彩色多普勒检查，排除静脉血栓形成。

（中山大学附属第一医院血管外科 姚 陈）

五、血管外科

五、
血管外科

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腹主动脉瘤术前外科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	肾功能
测血压 bid (必要时)	肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	心电图
	胸片
	肺功能检测
	腹主动脉彩色多普勒检查
	腹部 CT 或 MRA 检查
	腹主动脉造影 (必要时)

注：

- 1. 术前如有血压高者，应予相应降压药物控制血压。
- 2. 术前严重贫血、血小板降低应予相应成分输血纠正。
- 3. 对术前有腹痛、腰痛者，高度怀疑动脉瘤濒临破裂，应简化相关检查尽快手术治疗。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻下腹主动脉瘤切除、人造血管移植术后常规护理	血常规
特级护理	血肾功能
禁食	血肝功能
吸氧（低氧血症时）	凝血功能
常规喷喉 bid	动脉血气分析（必要时）
右锁骨下静脉穿刺护理	10% GS 1000ml / ivgtt
测 CVP bid（必要时）	维生素 C 2.0g /
胃管接一次性负压吸引记量	5% GNS 500ml ivgtt
尿管接袋记量	贺斯 500ml ivgtt（必要时）
盆腔双腔引流管接持续负压吸引记量	
雷尼替丁 0.15g iv bid	
0.9% 生理盐水 20ml /	
头孢曲松钠 1.0g /	iv q12h

注：

1. 手术后宜送外科重症监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。
2. 预防性抗生素可选用 2、3 代头孢菌素。
3. 如血压偏低、心率快、CVP 低，注意补充血容量；如血压偏高，注意控制血压。
4. 术后第二天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复。
5. 注意双下肢血供情况，如有缺血表现及时处理。
6. 监测肾功能变化；注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

下肢静脉曲张

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按下肢静脉曲张术前外科常规 护理 Ⅱ级护理 普食	血常规+血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 心电图 胸片 下肢静脉彩色多普勒检查 下肢静脉造影（必要时）

注：

- 彩色多普勒检查了解深静脉瓣膜功能，有无反流及反流程程度，明确诊断是下肢深静脉瓣膜功能不全还是单纯性静脉曲张，以决定是否行深静脉瓣膜修复成形术。
- 小腿明显曲张的浅静脉，应于术前画线定位。

术后医嘱

（1）下肢深静脉瓣膜功能不全

长期医嘱	临时医嘱
按硬膜外麻下左股浅静脉瓣膜修复成形、大隐静脉高位结扎抽剥、小腿曲张静脉皮下连续环形缝扎术后常规 护理 Ⅰ级护理	10% GS 1000ml / 维生素 C 2.0g / 5% GNS 500ml ivgtt

续 表

长期医嘱	临时医嘱
禁食	
停留尿管接袋	
速避凝或克赛 0.4ml ih qd	
贺斯 500ml ivgtt qd	
0.9% 生理盐水 20ml /	iv q12h
头孢曲松钠 1.0g	

(2) 单纯性静脉曲张

长期医嘱	临时医嘱
按硬膜外麻下左大隐静脉高位结扎 抽剥、小腿曲张静脉皮下连续环形 缝扎术后常规护理 I 级护理	10% GS 1000ml / 维生素 C 2.0g / ivgtt 5% GNS 500ml ivgtt
禁食	
停留尿管接袋	
贺斯 500ml ivgtt qd	
0.9% 生理盐水 20ml /	iv q12h
头孢曲松钠 1.0g	

注：

1. 手术当天晚上可予半流饮食，术后第 1 天可予普食。
2. 预防性抗生素可选用 1、2 代头孢菌素。
3. 术后患肢宜予抬高，减轻水肿。
4. 如下肢明显肿胀、疼痛，应行下肢静脉彩色多普勒检查，排除深静脉血栓形成。
5. 术后注意观察患肢运动、感觉情况。如有异常，考虑缝扎过深误伤神经，及时拆除相应部位缝扎线。

(中山大学附属第一医院血管外科 姚 陈)

六、肝胆胰脾外科

原发性肝癌

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按原发性肝癌术前外科常规 护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流质饮食	血常规、血型 尿常规 便常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 胎甲球蛋白 (AFP) 心电图 OGTT (葡萄糖耐量试验) 或 ICG 试验 胸片 上腹部 B 型超声 上腹部 CT 或磁共振成像或 PET 选择性肝动脉造影 (必要时)

注:

1. 术前有腹腔积液者, 可服用氢氯噻嗪、螺内酯、呋塞米。
2. 术前血清蛋白低应予补充, 合并有腹水者使用清蛋白后用速利尿尿。
3. 凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K_1 或输血浆。
4. 有癌性发热或疼痛者加用吲哚美辛 25mg 或其他非甾体类消炎药, 每日 1~3 次。
5. 对术前诊断不明确者, 根据医院条件作特殊项目检查, 如肝穿刺活组织检查。

6. 术前营养不良者予高热量、高蛋白质、高维生素及低脂饮食。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下肝癌切除术后	血常规
常规护理	血肾功能
I 级护理	血肝功能
禁饮食	凝血功能
吸氧（低氧血症时）	动脉血气分析（必要时）
常规喷喉 q12h	乳酸林格液 500ml ivgtt
右锁骨下静脉穿刺护理	10% 葡萄糖液 500ml /
测 CVP bid（必要时）	止血芳酸 0.4g / ivgtt
胃管接一次性负压吸引瓶	10% 葡萄糖液 500ml /
尿管接引流袋	维生素 C 2.0g / ivgtt
腹腔双腔引流管接持续低负压	贺斯 500ml ivgtt（必要时）
吸引	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
记 24 小时出入水量	
0.9% 生理盐水 20ml /	
头孢曲松钠 1.0g / iv q12h	
5% 葡萄糖 20ml /	
易善复 10ml / iv bid	
雷尼替丁 0.15g iv bid	
维生素 K ₁ 10mg im bid	

注：

1. 手术较大，病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。

2. 若血压偏低，心率快，CVP 低，注意补充血容量。

3. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，监测血糖水平。

4. 术后第一天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复（一般为 5 ~ 7 天）。

5. 预防性抗生素可选用2、3代头孢菌素或氟喹诺酮类。
6. 监测肝功能变化，术后应予补充清蛋白。肝功能较差，有肝昏迷倾向者加用精氨酸或谷氨酸钠，并改用支链氨基酸，监测血氨水平。
7. 处理合并症，防治并发症发生。如术后持续发热原因要注意有无膈下积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等处理。

长期医嘱	临时医嘱
按肝囊肿术前外科常规护理	血常规、血型
Ⅱ或Ⅲ级护理	尿常规
普食或半流质饮食	便常规
	血肾功能
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	上腹部 B 型超声
	上腹部 CT 或磁共振成像

注：

1. 肝囊肿直径小于 5cm 而又无临床症状的囊肿不需手术治疗；直径在 5 ~ 10cm 者根据有无症状，决定是否处理；直径 > 10cm 者应予以切除。

2. 有症状者，如周围器官压迫、囊内感染或出血，明确后可手术治疗。

3. 凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。

4. 囊肿巨大需要行肝叶切除术时，术前可行 OGTT 或 ICG 试验。

5. 疑为肝包虫囊肿时，病灶严禁诊断性穿刺，手术中注意防止囊液外溢。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下肝囊肿切除术后	血常规	
常规护理	血肾功能	
I 级护理	血肝功能	
禁饮食	凝血功能	
吸氧（低氧血症时）	乳酸林格液 500ml	ivgtt
常规喷喉 q12h	10% 葡萄糖液 500ml	ivgtt
右锁骨下静脉穿刺护理	止血芳酸 0.4g/	
胃管接一次性负压吸引瓶	10% 葡萄糖液 500ml	ivgtt
尿管接引流袋	维生素 C 2.0g/	
腹腔双腔引流管接持续低负压吸引		
记 24 小时出入水量		
0.9% 生理盐水 20ml	iv q12h	
头孢曲松钠 1.0g		
雷尼替丁 0.15g		bid

注：

1. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
2. 凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。
3. 预防性抗生素可选用 2、3 代头孢菌素或氟喹诺酮类，术后使用 1~2 天。
4. 监测肝功能变化，低白蛋白血症时应予补充白蛋白。
5. 处理合并症，防治并发症发生。

细菌性肝脓肿

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按细菌性肝脓肿术前外科常规 护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流质饮食 0.9% 生理盐水 100ml ivgtt q12h 哌拉西林 2.0g 青霉素皮试 0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	血常规、血型 尿常规 便常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 甲胎蛋白 (AFP) 血培养 + 药敏 心电图 试探性穿刺 (脓液培养 + 药敏) 胸片 上腹部 B 型超声 上腹部 CT 或磁共振成像 放射性核素扫描 (必要时) 肝动脉造影 (必要时)

注：

1. 术前营养不良者予全身支持治疗，改善病人一般情况。
2. 致病菌未能确定前先应用广谱抗生素，待细菌培养及抗生素敏感试验结果再决定是否调整抗生素。
3. 较大的单个脓肿可行脓肿置管引流或切开引流术，慢性厚壁脓肿可行肝叶切除术。
4. 注意防治膈下脓肿，脓胸及化脓性心包炎脓毒败血症等危及生命的并发症。

术后医嘱

长期医嘱

临时医嘱

按 B 超引导下肝脓肿置管引流	血常规	
术后常规护理	肾功能	
I 级护理	肝功能	
禁饮食	凝血功能	
脓腔引流管接引流袋、记量	乳酸林格液 500ml	ivgtt
0.9% 生理盐水 20ml iv q12h	10% 葡萄糖液 500ml	ivgtt
头孢曲松钠 1.0g	止血芳酸 0.4g	
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	10% 葡萄糖液 500ml	ivgtt
	维生素 C 2.0g	
	血浆 200 ~ 400ml	ivgtt (必要时)

注：

1. 继续给予全身支持治疗，改善病人一般情况。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
3. 根据培养及药敏结果应用广谱抗生素，可用三代头孢菌素或氟喹诺酮类 + 甲硝唑。
4. 凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。
5. 注意处理合并症，防治并发症发生。

肝 血 管 瘤

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肝血管瘤术前外科常规护理	血常规、血型
Ⅱ或Ⅲ级护理	尿常规
普食或半流质饮食	便常规
	血肾功能
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	甲胎蛋白 (AFP)
	心电图
	OGTT (葡萄糖耐量试验) 或 ICG 试验
	胸片
	上腹部 B 型超声
	上腹部 CT 或磁共振成像检查
	ECT 血池扫描 (必要时)
	选择性肝动脉造影 (必要时)

注:

1. 肿瘤直径 $> 5\text{cm}$, 可行肝叶或肝段切除术或行肝血管瘤剥脱术。
2. 对术前诊断不明确者, 可行肝穿刺活组织检查。
3. 肝血管瘤巨大, 出现凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K_1 或输血浆。
4. 对手术切除困难的巨大肝脏海绵状血管瘤或多发性肝脏海绵状血管瘤可作肝动脉结扎或栓塞术, 术后加放射治疗。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下肝血管瘤切除术	血常规
后常规护理	血肾功能
I 级护理	血肝功能
禁饮食	凝血功能
吸氧（低氧血症时）	动脉血气分析（必要时）
常规喷喉 q12h	乳酸林格液 500ml ivgtt
右锁骨下静脉穿刺护理	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
测 CVP bid（必要时）	止血芳酸 0.4g /
胃管接一次性负压吸引瓶	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
尿管接引流袋	维生素 C 2.0g /
腹腔双腔引流管接持续低负压吸引	贺斯 500ml ivgtt（必要时）
记 24 小时出入水量	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
0.9% 生理盐水 20ml /	
头孢曲松钠 1.0g / iv q12h	
5% 葡萄糖 20ml /	
易善复 10ml / iv bid	
雷尼替丁 0.15 iv bid	
维生素 K ₁ 10mg im bid（必要时）	

注：

1. 手术较大，病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，注意补充血容量。
3. 预防性抗生素可选用二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类。
4. 术后第一天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复（一般为 5 ~ 7 天）。
5. 监测肝功能变化，术后应予补充白蛋白。
6. 处理合并症，防治并发症发生。

肝 外 伤

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肝外伤术前外科常规 护理 I 级护理 禁饮食 测神志、血压、脉搏、呼吸 q1h 病重通知	急查血常规、血型 急查凝血功能 急查肾功能 急查胸腹平片 急查上腹部 B 型超声 右下腹腔穿刺（必要时） 乳酸林格液 500ml ivgtt 贺斯 500ml ivgtt（必要时） 血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时） 配输同型血 200 ~ 400ml ivgtt（必要时） 尿常规 便常规 血肝功能 心电图 上腹部 CT 或磁共振成像检查（必要时） 选择性肝动脉造影（必要时）

注：

1. 若血压偏低，心率快，CVP 低有休克表现，注意快速输液输血，补充血容量。
2. 有明显内出血和休克的病人，在抗休克同时作手术前准备。
3. 凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。
4. 急诊手术处理原则：彻底止血、清创、引流。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下肝部分切除术后常规护理
I 级护理
禁饮食
吸氧（低氧血症时）
常规喷喉 q12h
右锁骨下静脉穿刺护理
测 CVP bid（必要时）
胃管接一次性负压吸引瓶
尿管接引流袋
腹腔双腔引流管接持续低负压吸引
记 24 小时出入水量
0.9% 生理盐水 20ml /
头孢曲松钠 1.0g / iv q12h
5% 葡萄糖 20ml /
易善复 10ml / iv bid
雷尼替丁 0.15 iv bid
维生素 K₁ 10mg im bid（必要时）

血常规
血肾功能
血肝功能
凝血功能
动脉血气分析（必要时）
乳酸林格液 500ml ivgtt
10% 葡萄糖液 500ml /
止血芳酸 0.4g / ivgtt
10% 葡萄糖液 500ml /
维生素 C 2.0g / ivgtt
贺斯 500ml ivgtt（必要时）
血浆 200 ~ 400ml ivgtt
（必要时）

注：

1. 术后病情较重者送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。
2. 注意监测生命体征、凝血机制、血糖水平。
3. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
4. 术后第一天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复（一般为 5 ~ 7 天）。
5. 预防性抗菌药可选用二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类。
6. 术后予护肝治疗，监测肝功能变化，术后应予补充白蛋白。
7. 处理合并症，防治胆道出血、感染、胆瘘、肝脓肿等并发症发生。

门脉高压症，脾大、脾功能亢进

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按门脉高压症，脾大、脾功能亢进术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流质饮食	血常规、血型 尿常规 便常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 OGTT（葡萄糖耐量试验）或 ICG 试验 胸片 上腹部 B 型超声 电子纤维胃镜检查或食道吞钡检查

注：

1. 门脉高压症，脾大、脾功能亢进并发上消化道出血的病人按上消化道大出血处理。
2. 术前血小板计数小于 $5.0 \times 10^9/L$ ，术前半小时输注血小板 15 ~ 30U 后才开始手术。
3. 出现凝血功能有障碍或有出血倾向者术前使用维生素 K_1 或输血浆。
4. 手术方式可采用断流术或分流术。

术后医嘱

长期医嘱

按气管内麻醉下，脾切除、门奇
静脉断流术后常规护理
I 级护理
禁饮食
吸氧（低氧血症时）
常规喷喉 q12h
右锁骨下静脉穿刺护理
测 CVP bid（必要时）
胃管接一次性负压吸引瓶
尿管接引流袋
腹腔引流管接引流袋
记 24 小时出入水量
0.9% 生理盐水 20ml /
头孢曲松钠 1.0g / iv q12h
雷尼替丁 0.15 iv bid
维生素 K₁ 10mg im bid（必要时）

临时医嘱

血常规
血肾功能
血肝功能
凝血功能
动脉血气分析（必要时）
乳酸林格液 500ml ivgtt
10% 葡萄糖液 500ml /
止血芳酸 0.4g / ivgtt
10% 葡萄糖液 500ml /
维生素 C 2.0g / ivgtt
贺斯 500ml ivgtt（必要时）
血浆 200~400ml ivgtt（必要时）
冷沉淀 5~10U ivgtt（必要时）

注：

1. 手术较大，病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。

2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，注意补充血容量。

3. 预防性抗生素可选用二、三代头孢菌素或青霉素类。

4. 术后第一天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复（一般为 5~7 天）。

5. 监测血小板计数变化，术后血小板计数大于 $30.0 \times 10^9/L$ 应予抗凝药物，如双嘧达莫、阿司匹林。

6. 处理合并症，防治并发症发生。

先天性胆管囊状扩张症

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按先天性胆管囊状扩张症术前外科常规护理	血常规、血型
Ⅱ或Ⅲ级护理	尿常规
普食或半流质饮食	便常规
	血肾功能
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	OGTT（葡萄糖耐量试验）或 ICG 试验
	胸片
	上腹部 B 型超声
	上腹部 MRCP 或 CT 检查
	PTC 或 ERCP 检查（必要时）

注：

- 1. 因为 PTC 或 ERCP 检查为侵入性检查，易引发胆道感染，应慎用。
- 2. 对术前严重黄疸的病人，可行 PTBD 引流减黄。
- 3. 术前因黄疸出现凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。
- 4. 对先天性胆总管囊肿，应彻底切除囊肿，行肝总管 - 空肠 Roux - en - Y 吻合术；对单发肝内胆管囊状扩张可选择肝部分切除手术。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下胆总管囊肿切除，肝总管 - 空肠 Roux - en - Y 吻合术术后常规护理	血常规
I 级护理	血肾功能
禁饮食	血肝功能
吸氧（低氧血症时）	凝血功能
常规喷喉 q12h	动脉血气分析（必要时）
右锁骨下静脉穿刺护理	乳酸林格液 500ml ivgtt
测 CVP bid（必要时）	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
胃管接一次性负压吸引瓶	止血芳酸 0.4g / ivgtt
尿管接引流袋	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
腹腔引流管接引流袋	维生素 C 2.0g / ivgtt
记 24 小时出入水量	贺斯 500ml ivgtt（必要时）
0.9% 生理盐水 20ml / iv q12h	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
头孢曲松钠 1.0g	
雷尼替丁 0.15g iv bid	
维生素 K ₁ 10mg im bid（必要时）	

注：

1. 手术较大（需要切肝），病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，注意补充血容量。
3. 预防性抗菌药可选用二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类。
4. 术后第一天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复（一般为 5 ~ 7 天）。
5. 黄疸病人术后继续使用 Vit K₁ 或输血浆。
6. 处理合并症，防治并发症发生。

胆 囊 结 石

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胆囊结石术前外科常规护理	血常规、血型
Ⅱ或Ⅲ级护理	尿常规
普食或半流质饮食	便常规
	血肾功能
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	肝胆 B 型超声检查
	肝胆 CT 检查（必要时）

注：

1. 胆囊结石 B 型超声检查已能确诊，对诊断有怀疑时再行 CT 检查。
2. 对术前有胆绞痛的病人，予对症处理。
3. 具体手术方式（开腹或腹腔镜）依病人的具体情况来定。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下胆囊切除术后常规护理	血常规
I 级护理	血肾功能
禁饮食	血肝功能
吸氧（低氧血症时）	乳酸林格液 500ml ivgtt
常规喷喉 q12h	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
记 24 小时出入水量	止血芳酸 0.4g /
0.9% 生理盐水 20ml /	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
对孢曲松钠 1.0g / iv q12h	维生素 C 2.0g /
雷尼替丁 0.15 iv bid	

注：

1. 预防性抗生素可选用二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
3. 胃肠功能恢复后即可进食物。
4. 处理合并症，防治并发症发生。

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肝外胆管结石术前外科常规 护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流质饮食	血常规、血型 尿常规 便常规 肾功能 肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸片 上腹部 B 型超声 上腹部 CT 检查（必要时） PTC 或 ERCP 检查（必要时）

注：

1. 首选 B 型超声检查，对诊断有困难可选 CT、PTC 或 ERCP 检查。
2. 对术前有胆道梗阻者按急性梗阻性化脓性胆管炎处理。
3. 术前因黄疸出现凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。
4. 对结石数量不多，病人不能耐受手术者行 ERCP 内镜下取石术，术后置 ENBD 管引流。
5. 手术主要是取净结石，解除胆道梗阻和通畅引流。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下胆总管切开探查	血常规
取石，T管引流术后常规护理	血肾功能
I级护理	血肝功能
禁饮食	凝血功能
常规喷喉 q12h	乳酸林格液 500ml ivgtt
胃管接一次性负压吸引瓶	10%葡萄糖液 500ml / ivgtt
尿管接引流袋	止血芳酸 0.4g / ivgtt
腹腔引流管接引流袋	10%葡萄糖液 500ml / ivgtt
T管引流管接引流袋	维生素 C 2.0g / ivgtt
记24小时出入水量	血浆 200~400ml ivgtt (必要时)
0.9%生理盐水 20ml /	
头孢曲松钠 1.0g /	iv q12h
雷尼替丁 0.15g iv bid	
维生素 K ₁ 10mg im bid (必要时)	

注：

1. 术后保持T管引流通畅，2周左右行T管造影及拔除T管，发现有残留结石于术后6周行胆道镜取石术。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
3. 预防性抗菌药可选用二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类。
4. 术后第一天开始使用胃肠外营养(PN)，直至胃肠功能恢复(一般为5~7天)。
5. 黄疸病人术后继续使用维生素K₁或输血浆。
6. 处理合并症，防治并发症发生。

肝内胆管结石

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肝内胆管结石术前外科常规 护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流质饮食	血常规、血型 尿常规 便常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 OGTT（葡萄糖耐量试验）或 ICG 试验 心电图 胸片 上腹部 B 型超声 上腹部 CT 或 MRCP 检查 PTC 或 ERCP 检查

注：

1. 首选 B 型超声检查，对诊断有困难可选 CT、PTC 或 ERCP 检查
2. 对术前有肝胆道梗阻者按急性梗阻性化脓性肝胆管炎处理。
3. 术前因黄疸出现凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。
4. 手术明显较肝外胆管结石复杂，主要原则是切除病灶，取净结石，解除梗阻和通畅引流。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下左肝外叶切除，血常规	
胆总管切开探查取石，T管引流	血肾功能
术后常规护理	血肝功能
I级护理	凝血功能
禁饮食	乳酸林格液 500ml ivgtt
常规喷喉 q12h	10%葡萄糖液 500ml / ivgtt
右锁骨下静脉穿刺护理	止血芳酸 0.4g / ivgtt
测 CVP bid (必要时)	10%葡萄糖液 500ml / ivgtt
胃管接一次性负压吸引瓶	维生素 C 2.0g / ivgtt
尿管接引流袋	贺斯 500ml ivgtt (必要时)
腹腔引流管接引流袋	血浆 200 ~ 400ml ivgtt (必要时)
T管引流管接引流袋	
记 24 小时出入水量	
0.9%生理盐水 20ml /	iv q12h
头孢曲松钠 1.0g /	
5%葡萄糖 20ml /	iv bid
易善复 10ml /	
雷尼替丁 0.15g iv bid	
维生素 K ₁ 10mg im bid (必要时)	

注：

1. 术后保持 T 管引流通畅，2 周左右行 T 管造影及拔除 T 管，发现有残留结石于术后 6 周行胆道镜取石术。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，注意补充血容量。
3. 预防性抗生素可选用二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类。
4. 术后第一天开始使用胃肠外营养 (PN)，直至胃肠功能恢复 (一般为 5 ~ 7 天)。
5. 黄疸病人术后继续使用维生素 K₁ 或输血浆。
6. 处理合并症，防治并发症发生。

急/慢性胆囊炎

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按急/慢性胆囊炎术前外科常规护理	血常规、血型
I 或 II 级护理	尿常规
禁饮食或半流质饮食	便常规
	血肾功能
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	肝胆 B 型超声检查
	肝胆 CT 检查（必要时）

注：

1. 临床症状 + B 型超声检查已基本能确诊，对诊断有怀疑时再行 CT 检查。
2. 急性胆囊炎术前予禁食、抗感染、补液、对症处理。
3. 具体手术方式（开腹或腹腔镜）依病人的具体情况来定，但急性化脓、坏疽性胆囊炎不宜用腹腔镜手术。

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下胆囊切除术后	血常规
常规护理	血肾功能
I 级护理	血肝功能
禁饮食	乳酸林格液 500ml ivgtt
吸氧（低氧血症时）	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
常规喷喉 q12h	止血芳酸 0.4g /
记 24 小时出入水量	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
0.9% 生理盐水 20ml / iv q12h	维生素 C 2.0g /
头孢曲松钠 1.0g /	
雷尼替丁 0.15g iv bid	

注：

1. 抗菌药可选用针对 G⁻ 杆菌的 3、4 代头孢菌素或氟喹诺酮类；有厌氧菌感染迹象时加用甲硝唑。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
3. 胃肠功能恢复后即可进食物。
4. 处理合并症，防治并发症发生。

急性梗阻性化脓性胆管炎

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按急性梗阻性化脓性胆管炎术前 外科常规护理 I 级护理 禁饮食 测神志、血压、脉搏、呼吸 q2h 病重通知 0.9% 生理盐水 20ml / 头孢曲松钠 1.0g / iv q12h 0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	急查血常规、血型 急查凝血功能 急查肾功能 急查胸腹平片 急查心电图 急查上腹部 B 型超声 尿常规 便常规 血肝功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 置 PTBD 或 ENBD 管（必要时） 乳酸林格液 500ml ivgtt 贺斯 500ml ivgtt（必要时）

注：

1. 临床症状 + 急诊 B 型超声检查已基本能确诊。
2. 若血压偏低、心率快、CVP 低有休克表现，注意快速输液输血，补充血容量，在抗休克同时作手术前准备。
3. 术前因黄疸出现凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。
4. 对病人不能耐受手术者可先置 PTBD 管引流或行 ER-CP 内镜下取石术及置 ENBD 管引流。
5. 急诊手术处理原则：主要是取出结石，解除胆道梗阻，通畅引流胆道。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下胆总管切开探	血常规
查取石，T 管引流术后常规护理	血肾功能
I 级护理	血肝功能
禁饮食	凝血功能
吸氧（低氧血症时）	乳酸林格液 500ml ivgtt
常规喷喉 q12h	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
右锁骨下静脉穿刺护理	止血芳酸 0.4g /
测 CVP bid（必要时）	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
胃管接一次性负压吸引瓶	维生素 C 2.0g /
尿管接引流袋	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
腹腔引流管接引流袋	贺斯 500ml ivgtt（必要时）
T 管引流管接引流袋	
记 24 小时出入水量	
0.9% 生理盐水 20ml /	iv q12h
头孢曲松钠 1.0g /	
雷尼替丁 0.15g iv bid	
维生素 K ₁ 10mg im bid（必要 时）	

注：

1. 术后保持 T 管引流通畅，2 周左右行 T 管造影，有残留结石可于术后 6 周行胆道镜取石术。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
3. 抗菌药可选用针对 G⁻ 杆菌的三、四代头孢菌素或氟喹诺酮类；有厌氧菌感染迹象时加用甲硝唑。
4. 术后第一天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复（一般为 5 ~ 7 天）。
5. 黄疸病人术后继续使用维生素 K₁ 或输血浆，肝功能不全时予护肝治疗及补充白蛋白。
6. 处理合并症，防治胆道出血、感染、胆瘘、肝脓肿等并发症发生。

长期医嘱	临时医嘱
按原发性肝癌术前外科常规护理 Ⅱ 或Ⅲ级护理 普食或半流质饮食	血常规、血型 尿常规 便常规 肾功能 肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 肿瘤四项 (CEA、CA125、 CA199、AFP) 心电图 胸片 上腹部 B 型超声 上腹部 CT 或 MRI 或 PET 检查 选择性肝动脉造影 (必要时)

注：

- 1. 术前营养不良者予高热量、高蛋白质、高维生素及低脂饮食。
- 2. 术前血白蛋白低者应予补充，合并有腹水者使用白蛋白后用呋塞米利尿。
- 3. 术前因黄疸出现凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。
- 4. 有癌性发热或疼痛者加用吲哚美辛 25mg 或其他非甾体类消炎药，每日 1~3 次。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下胆囊切除、肝部分切除术后常规护理
I 级护理
禁饮食
吸氧（低氧血症时）
常规喷喉 q12h
右锁骨下静脉穿刺护理
测 CVP bid（必要时）
胃管接一次性负压吸引瓶
尿管接引流袋
腹腔双腔引流管接持续低负压吸引
记 24 小时出入水量
0.9% 生理盐水 20ml /
头孢曲松钠 1.0g / iv q12h
5% 葡萄糖 20ml /
易善复 10ml / iv bid
雷尼替丁 0.15g iv bid
维生素 K₁ 10mg im bid

血常规
血肾功能
血肝功能
凝血功能
动脉血气分析（必要时）
乳酸林格液 500ml ivgtt
10% 葡萄糖液 500ml /
止血芳酸 0.4g / ivgtt
10% 葡萄糖液 500ml /
维生素 C 2.0g / ivgtt
贺斯 500ml ivgtt（必要时）
血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）

注：

1. 手术较大，病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，注意补充血容量。
3. 术后第一天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复（一般为 5 ~ 7 天）。
4. 预防性抗生素可选用二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类。
5. 监测肝功能变化，术后应予补充白蛋白。肝功能较

差，有肝昏迷倾向者加用精氨酸或谷氨酸钠，并改用支链氨基酸，监测血氨水平。

6. 处理合并症，防治并发症发生。如术后持续发热原因要注意有无膈下积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等处理。

胆 管 癌

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按原发性肝癌术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流质饮食	血常规、血型 尿常规 便常规 肾功能 肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 肿 瘤 四 项 (CEA、CA125、 CA199、AFP) 心电图 胸片 上腹部 B 型超声 上腹部 MRCP 或 CT 检查 置 PTBD 或 ENBD 管(必要时)

注:

1. 术前凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。
2. 对黄疸较深 (总胆红素 $>171\mu\text{mol/L}$) 或不能耐受手术者可先置 PTBD 管引流 (可置多条) 或行 ERCP 置 ENBD 管引流。
3. 术前血白蛋白低应予补充, 合并有腹腔积液者使用白蛋白后用速利尿尿。
4. 术前应有清晰的胆道树造影片。
5. 术前营养不良者予高热量、高蛋白质、高维生素及低脂饮食。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下左半肝切除，
左尾叶切除，右肝管 - 空肠
Roux - en - y 吻合术术后常规
护理

I 级护理

禁饮食

吸氧（低氧血症时）

常规喷喉 q12h

右锁骨下静脉穿刺护理

测 CVP bid（必要时）

胃管接一次性负压吸引瓶

尿管接引流袋

腹腔双腔引流管接持续低负压
吸引

胆肠吻合口支架管接引流袋

记 24 小时出入水量

0.9% 生理盐水 20ml / iv q12h

头孢曲松钠 1.0g

5% 葡萄糖 20ml / iv bid

易善复 10ml

雷尼替丁 0.15 iv bid

维生素 K₁ 10mg im bid

血常规

血肾功能

血肝功能

凝血功能

动脉血气分析（必要时）

乳酸林格液 500ml ivgtt

10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt

止血芳酸 0.4g

10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt

维生素 C 2.0g

贺斯 500ml ivgtt（必要时）

血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）

注：

1. 手术较大，病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。

2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，注意补充血容量。

3. 术后第一天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复（一般为 5 ~ 7 天）。

4. 预防性抗菌药可选用二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类。

5. 监测肝功能变化，术后应予补充白蛋白。手术后黄疸加深，有肝昏迷倾向者加用精氨酸或谷氨酸钠，并改用支链氨基酸，监测血氨水平。
6. 术后继续使用维生素 K₁ 或输血浆。
7. 处理合并症，防治并发症发生。

假性胰腺囊肿

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按假性胰腺囊肿术前外科常规 护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流质饮食	血常规、血型 尿常规 便常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸片 上腹部 B 型超声 上腹部 CT 或 MRI

- 注：
- 1. 囊肿形成超过 6 周仍然不吸收时需手术治疗。
 - 2. 继发严重感染症状时可先穿刺置管引流。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下囊肿 - 空肠 Roux - en - y 吻合术后常规护理 Ⅰ级护理 禁饮食 常规喷喉 q12h 胃管接一次性负压吸引瓶 尿管接引流袋 腹腔引流管接引流袋 记 24 小时出入水量 0.9% 生理盐水 20ml / 头孢曲松钠 1.0g / iv q12h 雷尼替丁 0.15g iv bid	血常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 血、尿淀粉酶测定 乳酸林格液 500ml ivgtt 10% 葡萄糖液 500ml / 止血芳酸 0.4g / ivgtt 10% 葡萄糖液 500ml / 维生素 C 2.0g / ivgtt

六、肝胆胰脾外科

注：

1. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
2. 抗生素可选用二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类。
3. 监测淀粉酶变化，有胰腺炎症倾向时应予生长抑素。
5. 处理合并症，防治并发症发生。

长期医嘱	临时医嘱
按胰头癌/壶腹周围癌术前外科 常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流质饮食	血常规、血型 尿常规 便常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 肿瘤四项 (CEA、CA125、CA199、 AFP) 心电图 胸片 上腹部 B 型超声 上腹部 MRCP 或 CT 检查 置 PTBD 或 ENBD 管 (必要时)

注：

- 1. 对黄疸较深（总胆红素 > 171 μmol/L）或不能耐受手术者可先置 PTBD 管引流或行 ERCP 置 ENBD 管引流。
- 2. 病人术前凝血功能有障碍或有出血倾向者使用维生素 K₁ 或输血浆。
- 3. 术前血白蛋白低应予补充，合并有腹腔积液者使用白蛋白后用速利尿尿。
- 4. 超声内镜检查可提高诊断率。
- 5. 术前营养不良者予高热量、高蛋白质、高维生素及低脂饮食。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下 Whipple 术后常	血常规
规护理	血肾功能
I 级护理	血肝功能
禁饮食	凝血功能
吸氧（低氧血症时）	动脉血气分析（必要时）
常规喷喉 q12h	乳酸林格液 500ml ivgtt
右锁骨下静脉穿刺护理	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
测 CVP bid（必要时）	止血芳酸 0.4g / ivgtt
胃管接一次性负压吸引瓶	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
尿管接引流袋	维生素 C 2.0g / ivgtt
腹腔引流管接引流袋	贺斯 500ml ivgtt（必要时）
胆肠吻合口支架管接引流袋	血浆 200 ~ 400ml ivgtt（必要时）
胰管支架管接引流袋	
记 24 小时出入水量	
0.9% 生理盐水 20ml / iv q12h	
头孢曲松钠 1.0g / ivgtt bid	
5% 葡萄糖 250ml / ivgtt bid	
思美泰 1.0	
雷尼替丁 0.15g iv bid	
维生素 K ₁ 10mg im bid	

注：

1. 手术较大，病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，注意补充血容量。
3. 术后第一天开始使用胃肠外营养(PN)，直至胃肠功能恢复(一般为5~7天)。必要时置空肠造瘘管行肠内营养(EN)。
4. 预防性抗菌药可选用二、三代头孢菌素或氟喹诺酮类。
5. 补充白蛋白，监测黄疸变化，有肝昏迷倾向者加用精氨酸或谷氨酸钠，并改用支链氨基酸，监测血氨水平。
6. 术后继续使用维生素 K₁ 或输血浆。
7. 处理合并症，防治并发症发生。

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胰岛素瘤术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流质饮食	血常规、血型 尿常规 便常规 肾功能 肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 血胰岛素测定 血清 C 肽测定 饥饿试验或胰岛素抑制试验 心电图 胸片 上腹部 B 型超声 上腹部 CT 或 MRI 检查 放射性核素 (¹²⁵ I 和 ¹¹¹ In) 扫描 (必要时) 选择性动脉造影 (必要时)

注：

- 1. 超声内镜检查可提高术前诊断率。对诊断仍不明确者，必要时可行穿刺活组织检查。
- 2. 术中超声检查对术中定位有较大帮助。
- 3. 可行肿瘤摘除术、局部切除术或胰体尾切除术，术中常规监测血糖变化。

六、肝胆胰脾外科

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下胰岛素瘤切除术	血常规
后常规护理	血肾功能
I 级护理	血肝功能
禁饮食	凝血功能
吸氧（低氧血症时）	动脉血气分析（必要时）
常规喷喉 q12h	乳酸林格液 500ml ivgtt
右锁骨下静脉穿刺护理	5% 葡萄糖液 500ml
胃管接一次性负压吸引瓶	止血芳酸 0.4g
尿管接引流袋	胰岛素 8U
腹腔引流管接引流袋	5% 葡萄糖液 500ml
记 24 小时出入水量	维生素 C 2.0g
测四段血糖	胰岛素 8U
0.9% 生理盐水 20ml	iv q12h
头孢曲松钠 1.0g	
雷尼替丁 0.15g iv bid	

注：

1. 监测血糖变化，注意处理术后“反跳性高血糖”。
2. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，注意补充血容量。
3. 预防性抗生素可选用 2、3 代头孢菌素或氟喹诺酮类。
4. 术后第一天开始使用胃肠外营养（PN），直至胃肠功能恢复（一般为 5~7 天）。
5. 处理合并症，防治并发症发生。

（中山大学附属第一医院肝胆外科 赖佳明 梁力建）

七、移植外科

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按原发病术前外科常规护理	血常规、血型
Ⅱ或Ⅲ级护理	尿常规
高蛋白、低盐、低脂饮食	便常规
记24小时尿量	血肾功能
测腹围 qd（肝硬化患者）	血肝功能
肝安 250ml / iv drip	凝血功能
TAD 1.2 / qd	乙肝两对半
甲硝唑 0.4g / bid qd	肝炎系列
庆大霉素 8万 U / 术前2~3日	HBV - DNA
螺内酯 40mg tid	抗 HIV 抗体
氢氯噻嗪 12.5mg tid	血 CMV - Ag 或 CMV - PP67
20%人血白蛋白 50g iv drip qd	AFP
呋塞米 20mg iv 输注清蛋白后	胃肠道肿瘤标志物
拉米夫定（Lamivudine）0.1g qd	血氨（肝硬化病人）
（e 抗原阳性或 HBV - DNA 阳性患者）	心电图
凝血酶原复合物 400U ivdrip qd	OGTT（葡萄糖耐量试验）或 ICG 试验
纤维蛋白原 1.0g ivdrip qd	胸片
维生素 K ₁ 20mg ivdrip qd	超声心动图（选用）
冷冻血浆 200~400ml ivdrip qd	呼吸功能检查（选用）
	血、尿、痰细菌学培养（选用）
	腹部彩色多普勒超声（肝脏极其血流）
	上腹部 CT 或 MRI 或 PET 检查
	食管钡餐造影或胃镜（肝硬化病人）
	选择性腹腔干或肝动脉造影（必要时）

注：

1. 氢氯噻嗪、螺内酯、呋塞米等药物适用于术前有腹腔积液者。

2. 术前应充分纠正低白蛋白血症，合并有腹腔积液者白蛋白后用呋塞米。

3. 肝硬化合并凝血功能障碍者使用凝血酶原复合物、纤维蛋白原、维生素 K₁、冷冻血浆、血小板、冷沉淀以及维生素 K₁ 等。

4. 根据病情选用肝得健、阿拓莫兰、美能、思美泰等护肝药物以及能量合剂。

5. 对肝硬化病人应积极预防上消化道大出血和肝性脑病。对肝性脑病患者可选用精氨酸、乙酰谷氨酰胺以及谷氨酸钠等药物。

6. 注意保护肾功能，纠正水、电解质平衡紊乱。对于尿少或肝肾综合征患者，除应用呋塞米外，还可以选用利尿合剂和可利新等药物。

7. 肝移植供体检查需包括以下项目：血型、肝功能、肝炎系列、乙肝两对半、血 CMV - Ag、HIV 以及梅毒等传染病。

8. 对于活动性乙肝患者，术前除应用拉米夫定（Lamivudine）外，还可根据情况应用乙肝免疫球蛋白。

术后医嘱

长期医嘱

按肝移植术后常规
特级护理
禁食
胃肠减压
尿管护理
记 24 小时出入量
记每小时尿量
肝门双腔引流管负压引流

临时医嘱

急查血常规
急查血生化
急查凝血功能
急查动脉血气分析
急查血糖
急查血乳酸
急查血氨

长期医嘱	临时医嘱
右膈下双腔引流管负压引流	第二日查:
温氏孔双腔引流管负压引流	血常规
气管插管护理	血生化
呼吸机辅助呼吸	凝血功能
深静脉穿刺管护理	肝功能
桡动脉穿刺测压护理	动脉血气分析
漂浮导管护理	血乳酸
测血糖 q6h	血氨
测腹围 q8h	FK506 谷值浓度
5% GS 20ml / 泵 iv q12h	凝血功能
更昔洛韦 0.25 / 20ml/h	动脉血气分析
纤维蛋白原降解物	多巴胺 200mg / iv pump
(FDP) 10g / iv drip bid	5% GS 50ml / 依据血压调节
阿拓莫兰 1.2	20% 人血白蛋白 50ml / iv drip
5% GS 20ml / 泵 iv q12h	5% GS 250ml
乌司他丁 20 万 U / 20ml/h	生理盐水 40ml / iv pump
泮立苏 40mg iv bid	胰岛素 40U / 依据血糖调节
维生素 K ₁ 20mg iv bid	5% GS 50ml
肝得健 20mg iv bid	吗啡 10mg / iv pump
拉米夫定 0.1 qd 经胃管注入	力月西 10mg
大扶康 0.15 qd 经胃管注入	乳酸林格液 500ml ivgtt
迪先 10ml tid 经胃管注入	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
乙肝免疫球蛋白 400 单位 im qd	胰岛素 8U
耐能 250ml	5% GS 10ml / ingot
潘南金 50ml / iv drip qd	精氨酸 100ml (必要时)
25% 硫酸镁 4ml	贺斯 500ml ivgtt (必要时)
10% 氯化钾 5ml / 经胃管注入	血浆 200 ~ 400ml ivgtt (必要时)
FK505 2mg	
5% GS 100ml / iv drip q8h	
特治星 4.5g / AST (-)	

注:

1. 肝移植病人在手术后需在重症监护病房监护治疗直至病情平稳。监护内容包括呼吸功能维持、心血管功能维持、水电解质及酸碱平衡、血糖的监测、腹腔引流情况、营养支持以及免疫抑制药物应用等。

2. 肝移植病人手术后应用吗啡 20mg + 5% GS50ml, 以 2 ~ 5ml/h 速度微泵输注进行镇痛治疗, 并加用力月西镇静。

3. 及早拔除气管插管。在拔除气管插管前应明确以下指标: 病人神智清醒, 自主呼吸正常; 停机数小时后氧饱和度及血气分析结果正常; 血流动力学稳定; 应通过 X 线了解患者肺部情况。

4. 术后根据凝血功能情况, 使用抗凝药物, 预防肝动脉血栓栓塞。定期通过彩色多普勒超声检查了解肝血管情况。

5. 肝移植术后血糖常处于较高水平, 需常规使用胰岛素。开始以微泵推注胰岛素 0.05 ~ 0.1U/ (kg · h), 并根据血糖浓度调节, 控制血糖在 12mmol/L 以下。

6. 术后早期开始静脉营养 [TPN, 20 ~ 30kcal/ (kg · d)]。

7. 免疫抑制方案: 可选用 CsA + Pred、FK506 + Pred、CsA + MMF + Pred 或 FK506 + MMF + Pred 等方案。使用塞呢哌的病人, 除术前 24 小时内或术中予以塞呢哌 50mg 外, 术后第四天再次应用塞呢哌 50mg, 并开始使用 FK506 或 CsA。

8. CsA 应在肾功能和尿量正常后才开始使用, 静脉用药 (1 ~ 1.5mg/kg) 维持 24 小时, 口服制剂 (5mg/kg) 可采用每日两次的方式给药。早期应隔日监测血 CsA 谷值浓度, 维持在 200 ~ 300ng/L, 根据测得值及时调整用量。

9. 对应用 FK506 的病人, 在移植肝脏复流后经胃管注入 FK506 3 ~ 4mg, 术后第一天即经胃管注入 FK506 [0.1 ~ 0.2mg/ (kg · d)], 分每天两次给药。根据所测得 FK506 血药谷值浓度调整用药剂量, 术后第一个月浓度维持在 10 ~ 12 ng/L, 并密切注意患者的精神状态以及血糖水平等。

10. 甲基泼尼松龙用法:

术后第一天 250mg + 5% GS 50ml iv pump q12h

术后第二天 60mg + 5% GS 50ml iv pump q6h

术后第三天 50mg + 5% GS 50ml iv pump q6h

之后每日递减 10 mg, 至 10mg + 5% GS 50ml iv pump q6h 后再递减为 10mg + 5% GS 50ml iv pump q12h, 改为口服 48mg qd, 每 3 日递减 8mg qd, 递减至 4mg qd 后, 维持 3 个月。

11. 术前乙肝表面抗原阳性患者在肝移植术后应用 Lamivudine 和乙肝免疫球蛋白 (HBIG)。

HBIG 用法:

第一周	400U	im	qd
第二周	400U	im	qod
第三、四周	400U	im	周一周四
第一至三月	400U	im	每周 1 次
第四至六月	400U	im	每两周 1 次
第七至十二月	400U	im	每月 1 次

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
尿毒症移植外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 低盐饮食 记 24 小时尿量 促红细胞生成素 10000U 皮下注 射 qw（必要时）	血、尿、粪常规，血型 血肾功能 血肝功能 凝血功能 肝炎系列 乙肝两对半 血脂 抗 HIV 抗体 HLA 群体抗原（PRA） 供体 HLA 胸片 心电图 上消化道钡餐 清洁灌肠（术前）

注：

- 1. 对尿毒症病人，应积极改善一般状况，加强支持治疗，纠正贫血、低蛋白血症、酸碱平衡紊乱等。
- 2. 对于一般情况较好的病人，在完善术前检查尤其是组织配型及抗原相关检查后可在居家生活中等待手术。一旦供、受体配型合适，即通知来院手术。

七、移植外科

长期医嘱	临时医嘱
硬膜外麻醉下肾移植术后常规	血常规
特级护理	血肾功能
禁食	血肝功能
测 BP, P, R, T q1h	凝血功能
尿管护理	动脉血气分析 (必要时)
记录尿量 q1h	乳酸林格液 500ml ivgtt
双腔引流管低负压吸引并记量	10% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
生理盐水 100ml /	维生素 C 2.0g /
更昔洛韦 0.25g / iv drip	贺斯 500ml ivgtt (必要时)
雷尼替丁 0.15g iv bid	血浆 200 ~ 400ml ivgtt (必要时)
生理盐水 100ml /	
青霉素 480 万 U / iv drip	
骁悉 0.5 bid	
甲基泼尼松龙 0.5 qd	
20% 人血白蛋白 50ml iv drip qd	

注:

1. 术后转送移植监护室监护至病情稳定。
2. 认真记录尿量。注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
3. 术后补液应根据尿量进行调节, 以达到出入量的平衡。考虑到不显性失水等因素, 入液量可以稍微多于出量 500ml 左右。补液遵循糖盐交替的原则, 按 1:1 糖盐比例给予; 当尿量大于 300ml/h 后, 可以增加盐液入量, 如 1:2 的糖盐比例。
4. 免疫抑制剂的应用是肾移植术后药物治疗的重要环节, 各地免疫抑制剂的方案不尽相同。在肾移植术中麻醉诱导时静脉应用塞呢哌 50mg, 甲基泼尼松龙 (MP) 500mg。
5. 术后即开始应用骁悉 (MMF 0.5 ~ 0.75 bid)。
6. 在术后 1 ~ 3 天肾功能好转后开始根据情况选用环孢素 (CsA) 或他可莫司 (KF506)。

7. 甲基泼尼松龙用法:

术中 500 mg 静脉注射;
术后第 1、第 2 天 500 mg 静脉注射;
术后第 3 天开始改为口服制剂,
30mg qd, 连续应用两周;
25mg qd, 连续应用一个月;
20mg qd, 连续应用三个月;
15mg qd, 连续应用半年;
10mg qd, 连续应用一年;
5mg qd, 终身应用;

8. 环孢素用法: 术后 1 ~ 3 天肾功能好转后开始应用, 用量为 5mg/ (kg · d), 并根据定期检测血药物浓度 (谷值) 进行剂量调节。术后前 3 个月维持环孢素谷值浓度在 200ng/L, 3 个月后至一年内维持环孢素谷值浓度在 150 ~ 200ng/L, 一年后维持在 100 ~ 150 ng/L。

(中山大学附属第一医院移植外科 王东平)

八、神经外科

颅 骨 骨 折

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按急性颅骨骨折常规护理	血常规、血型
I 级或 II 级护理	尿常规
禁食或半流质饮食	血肾功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸	血肝功能
	凝血功能
	心电图
	胸部 X 线照片
	急诊头颅正侧位片
	急诊头颅 CT 平扫
	乳酸林格液 500ml /
	止血芳酸 0.4g / iv drip
	5% GS 500ml /
	维生素 K ₁ 20mg / iv drip

注：

- 1. 要密切观察神志、瞳孔的变化，必要时急诊复查头颅 CT 以了解是否合并颅内出血。
- 2. 鼻孔、外耳孔、口咽如有液体流出，要考虑有脑脊液漏的可能，应给予抬高头位，加强抗生素预防颅内感染。
- 3. 凹陷性骨折如骨折片压迫脑重要部位引起神经功能障碍或骨折深度超过 1cm，应进行手术。
- 4. 如合并较严重原发性颅脑损伤，要给予雷尼替丁或洛赛克（Losec）等制酸药预防应激性溃疡发生。

八、神经外科

脑挫裂伤

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按脑挫裂伤外科常规护理	血常规、血型
特级或Ⅰ级护理	尿常规
禁食或半流质饮食	肾功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸	肝功能
德巴金 0.5g po Bid	凝血功能
乳酸林格液 500ml /	心电图
胞二磷胆碱 0.5g / iv drip qd	胸部 X 线照片
20% 甘露醇 125ml iv drip q8h	急诊头颅 CT 平扫
生理盐水 20ml /	乳酸林格液 500ml /
呋塞米 20mg / iv q8h	止血芳酸 0.4g / iv drip
生理盐水 20ml /	
地塞米松 5mg / iv bid	
生理盐水 20ml /	
雷尼替丁 0.15g / iv bid	

注：

1. 要密切观察神志、瞳孔的变化，警惕急性脑疝的出现，必要时急诊复查头颅 CT 以了解脑中线结构移位的情况。
2. 应用德巴金等药物预防癫痫发生，以避免因癫痫而进一步加重脑缺血和脑水肿。
3. 甘露醇既可减轻脑水肿，亦有保护脑细胞的作用，与速尿合用效果更明显。
4. 由于脑挫裂伤往往引起较明显的颅内高压，常规应给予雷尼替丁或洛赛克等制酸药预防应激性溃疡的发生。

外伤性颅内血肿

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按颅内血肿外科常规护理	血常规、血型
特级或Ⅰ级护理	血肾功能
禁食	血肝功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸	凝血功能
	心电图
	配血
	急诊头颅 CT 平扫
	留置导尿管
	20% 甘露醇 250ml iv drip st
	生理盐水 20ml / iv st
	呋塞米 20mg /
	生理盐水 20ml / iv st
	地塞米松 10mg /
	生理盐水 20ml / iv st
	洛赛克 40mg /

注：

1. 颅内血肿病情严重，有手术指征者，应在急诊室一边进行上述处理一边做好其他术前准备，并尽快进入手术室。

2. 如病情较重，但尚未达到手术指征者，有条件的应在重症监护病房进行密切监护，必要时急诊复查头颅 CT 以了解颅内血肿和脑中线结构移位的变化，并做好必要的术前准备。

3. 颅内血肿患者神志往往不清醒，尽早留置导尿管可以避免尿潴留而进一步加重脑水肿。

4. 患者如神情烦躁往往提示较严重的颅内高压，应慎用镇静药以免抑制呼吸功能。

5. 不能使用腰椎穿刺进行辅助检查。

长期医嘱		临时医嘱
按气管内麻下颅内血肿清除术后		血常规
常规护理		尿常规
特级护理		血肾功能
禁食		血肝功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸		凝血功能
		胸部 X 线照片
20% 甘露醇 125ml	iv drip q8h	乳酸林格液 500ml /
生理盐水 20ml	iv q8h	止血芳酸 0.4g /
呋塞米 20mg		乳酸林格液 500ml /
生理盐水 20ml	iv bid	胞二磷胆碱 0.5g /
地塞米松 5mg		
生理盐水 20ml	iv qd	
洛赛克 40mg		
生理盐水 20ml	iv bid	
立止血 1ku		
头孢曲松钠 1.0g	iv q8h	

注：

1. 患者术后应在重症监护病房密切监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸。
2. 估计神志昏迷短时间内难以恢复且痰量较多者，应及时进行气管切开术，并进行肺部理疗。
3. 出现偏瘫的患者，术后应进行康复治疗。
4. 神志昏迷者可选择应用促醒药如醒脑静、苏诺等。
5. 常规应用雷尼替丁或洛赛克等制酸药以预防应激性溃疡。

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按脑胶质瘤术前外科常规护理	血常规、血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	血肾功能
德巴金 0.5g po bid	血肝功能
	凝血功能
	心电图
	胸部 X 线照片
	头颅 CT 平扫 + 增强
	头颅 MRI
	脑血管造影（必要时）
	20% 甘露醇 125ml ivdrip q12h
	（必要时）

注：

- 1. 脑胶质瘤术前进行头颅 MRI 检查是必要的，若肿瘤侵犯大血管应考虑进行脑血管造影。
- 2. 患者头痛明显或影像提示脑中线结构移位明显时，应静滴甘露醇以降低颅内压。
- 3. 应使用德巴金等药物预防癫痫发生。

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻下脑胶质瘤切除术	血常规
后常规护理	血肾功能
特级护理	血肝功能
禁食	凝血功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸	乳酸林格液 500ml / iv drip
20%甘露醇 125ml ivgtt q8h	止血芳酸 0.4g / iv drip
生理盐水 20ml / iv bid	5% GS 500ml / iv drip
地塞米松 5mg / iv bid	德巴金 1.2g / iv drip
生理盐水 20ml / iv bid	
雷尼替丁 0.15g / iv bid	
头孢曲松钠 1.0g iv q8h	

注：

1. 脑胶质瘤切除术后术野周围脑水肿较明显，应使用甘露醇脱水。
2. 脑胶质瘤为恶性肿瘤，一般尽量不要静滴白蛋白等高营养物质，饮食保持清淡均衡。
3. 肿瘤恶性级别较高或术后肿瘤残留者要给予放疗或化疗等辅助治疗。
4. 肿瘤位于脑皮层或术前已有癫痫者，术后要给予抗癫痫治疗。

长期医嘱	临时医嘱
按脑膜瘤术前外科常规护理	血常规、血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	血肾功能
德巴金 0.5g po bid	血肝功能
	凝血功能
	心电图
	胸部 X 线照片
	头颅 CT 平扫 + 增强
	头颅 MRI
	脑血管造影（必要时）
	20% 甘露醇 125ml ivdrip q12h （必要时）

注：

- 1. 脑膜瘤术前行脑血管造影术有助于了解肿瘤血供，当供血动脉明显时可于造影时予栓塞以减少术中出血。
- 2. 患者头痛明显或影像提示脑中线结构移位明显时，应静滴甘露醇以降低颅内压。
- 3. 术前使用德巴金等药物预防癫痫发生。

长期医嘱		临时医嘱
按气管内麻下脑膜瘤切除术后常		血常规
规护理		血肾功能
特级护理		血肝功能
禁食		凝血功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、		乳酸林格液 500ml /
呼吸		止血芳酸 0.4g / iv drip
20%甘露醇 125ml	iv drip q8h	5% GS 500ml /
生理盐水 20ml /		德巴金 1.2g / iv drip
地塞米松 5mg /	iv bid	
生理盐水 20ml /		
雷尼替丁 0.15g /	iv bid	
头孢曲松钠 1.0g	iv q8h	

注：

- 1. 脑膜瘤术中损伤神经者，术后要给予神经营养药物治疗。
- 2. 术后肿瘤残留者可予放射治疗。
- 3. 术后一般给予抗癫痫治疗一段时间。

长期医嘱	临时医嘱
按垂体瘤术前外科常规护理	血常规、血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	肾功能
溴隐亭 2.5mg po bid	肝功能
	凝血功能
	血 PRL
	血 ACTH
	血 GH
	甲功五项
	心电图
	胸部 X 线照片
	鞍区正侧位照片
	鞍区薄层 CT 平扫 + 冠、矢状重建
	头颅 MRI
	氯霉素滴眼液 2 滴 滴鼻 tid

注：

1. 垂体瘤术前应详细了解患者内分泌情况。
2. 鞍区薄层 CT 平扫 + 冠、矢状重建及头颅 MRI 有助于了解蝶窦气化、肿瘤鞍上扩展情况，并与动脉瘤或颅咽管瘤等疾病鉴别。
3. 术前使用溴隐亭对部分患者有减少肿瘤血供的作用。
4. 术前使用氯霉素滴眼液滴鼻有助于治疗或预防鼻咽部炎症，从而减少术中颅内感染的机会。

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻下垂体瘤切除术后	血常规
常规护理	肾功能
特级或Ⅰ级护理	肝功能
禁食	凝血功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸	乳酸林格液 500ml / iv drip
记 24 小时尿量	止血芳酸 0.4g /
喷喉	
5% GS 500ml /	iv drip qd
地塞米松 10mg /	
生理盐水 20ml /	iv drip qd
雷尼替丁 0.15g /	
头孢曲松钠 1.0g	iv q8h

注：

1. 垂体瘤术后易出现一过性多尿或尿崩，要注意观察尿量，必要时给予口服弥凝或肌注血管加压素。
2. 术后如出现脑脊液漏，要给予抬高头位，增加营养支持及抗生素预防感染。
3. 术后如有明显视力减退或意识变差，应急诊复查头颅 CT 以了解是否有瘤腔出血等可能原因。

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按听神经瘤术前外科常规护理	血常规、血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	血肾功能
	血肝功能
	凝血功能
	电测听
	听觉诱发电位
	心电图
	胸部 X 线照片
	颅底薄层 CT 平扫 + 增强
	头颅 MRI

注：

- 1. 术前应详细了解患者听力情况，包括电测听及听觉诱发电位等检查，对术中肿瘤的处理有参考意义。
- 2. 颅底薄层 CT 扫描帮助了解肿瘤对颅底骨质的影响和内听道孔扩张的情况，并与脑膜瘤及蛛网膜囊肿等疾病鉴别。

长期医嘱		临时医嘱
按气管内麻下听神经瘤切除术		血常规
后常规护理		肾功能
特级护理		肝功能
禁食		凝血功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸		乳酸林格液 500ml / iv drip
20%甘露醇 125ml	iv drip q8h	止血芳酸 0.4g / iv drip
生理盐水 20ml	iv bid	乳酸林格液 500ml / iv drip
地塞米松 5mg		胞二磷胆碱 0.5g / iv drip
生理盐水 20ml	iv bid	
雷尼替丁 0.15g		
头孢曲松钠 1.0g	iv q8h	
生理盐水 20ml	iv qd	
洛赛克 40mg		
生理盐水 20ml	iv bid	
立止血 1ku		

注：

1. 听神经瘤术中如损伤后组脑神经而出现饮水呛咳等，应留置胃管给予鼻饲流质。

2. 如术中损伤面神经致眼睑闭合不全，术后应予以抗生素眼膏保护角膜，必要时行眼睑闭合术。

高血压脑出血

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按高血压脑出血外科常规 护理 特级或 I 级护理 禁食 监测神志、瞳孔、血压、 脉搏、呼吸 20% 甘露醇 250ml iv drip q8h 生理盐水 20ml / 呋塞米 20mg / iv q8h 生理盐水 20ml / 地塞米松 10mg / iv bid 生理盐水 20ml / 洛赛克 40mg / iv qd	血常规、血型 血肾功能 血肝功能 凝血功能 心电图 配血 急诊头颅 CT 平扫 留置导尿管 乳酸林格液 500ml / iv drip 硝酸甘油 50mg / (根据血压调整)

注：

1. 高血压脑出血一般病情危重。有手术指征者，应在急诊室一边进行上述处理一边做好其他术前准备，并尽快进入手术室。

2. 病情较重，但尚未达到手术指征者，有条件的应在重症监护病房进行密切监护，必要时急诊复查头颅 CT 以了解血肿和脑中线结构移位的变化，并做好必要的术前准备。

3. 患者神志往往不清醒，尽早留置导尿管可以避免尿潴留而进一步加重病情。

4. 患者往往伴有其他器官疾病，如冠心病、心律不齐、肾功能不全、糖尿病等，术前应予积极处理。

5. 术前要注意与动脉瘤、动静脉畸形等疾病鉴别。

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻下高血压脑出血血	血常规
肿清除术后常规护理	尿常规
特级护理	肾功能
禁食	肝功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、	凝血功能
呼吸	胸部 X 线照片
20% 甘露醇 250ml iv drip q8h	乳酸林格液 500ml / iv drip
生理盐水 20ml /	硝酸甘油 50mg / (根据血压调整)
呋塞米 20mg / iv q8h	乳酸林格液 500ml /
生理盐水 20ml /	止血芳酸 0.4g / iv drip
地塞米松 10mg / iv bid	乳酸林格液 500ml /
生理盐水 20ml /	胞二磷胆碱 0.5g / iv drip
洛赛克 40mg / iv qd	
生理盐水 20ml /	
立止血 1kU / iv bid	

注：

1. 患者术后应在重症监护病房密切监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸。
2. 如神志昏迷短时间内难以恢复且痰量较多者，应及时进行气管切开术，并进行肺部理疗。
3. 出现偏瘫的患者，术后应进行康复治疗。
4. 神志昏迷者可选择应用促醒药如醒脑静、苏诺等。
5. 常规应用雷尼替丁或洛赛克等制酸药以预防应激性溃疡。
6. 积极处理并发疾病如冠心病、心律不齐、肾功能不全、糖尿病等。
7. 使用甘露醇要密切监测血生化，因甘露醇对年老患者易引起肾损害。

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按颅内动脉瘤术前外科常规护理	血常规、血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	肾功能
地西洋 5mg qn	肝功能
	凝血功能
	心电图
	胸部 X 线照片
	头颅 CT 平扫 + 增强
	头颅 MRI
	全脑血管造影

注：

1. 颅内动脉瘤尚未破裂出血患者，术前要保持心情平静和良好的睡眠以及针对其他疾患如高血压病等的对症治疗。
2. 颅内动脉瘤如出现急性破裂出血，患者一般病情危重，应在重症监护病房密切监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸。保持病房安静，给予强效镇静镇痛药，必要时给予适量甘露醇脱水，并尽早行全脑血管造影，根据动脉瘤情况及病情选择开颅夹闭术或经血管内栓塞术。
3. 颅内动脉瘤术前要注意和其他疾患鉴别，以防出现漏诊或误诊。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻下颅内动脉瘤开颅夹 闭术后常规护理 特级护理 禁食 监测神志、瞳孔、血压、脉搏、 呼吸 地西洋 5mg qn 生理盐水 20ml / 高舒达 20mg / iv bid	血常规 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 尼莫通 50ml iv 2ml/h 乳酸林格液 500ml / 胞二磷胆碱 0.5g / iv drip

注：

1. 患者术后应在重症监护病房密切监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸。
2. 保持病房安静，并给予必要的镇静镇痛药。
3. 积极处理并发疾病如冠心病、心律不齐、肾功能不全、糖尿病等。

颅内动静脉畸形

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按颅内动静脉畸形术前常规护理	血常规、血型
特级或 I 级护理	肾功能
禁食	肝功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸	凝血功能
20% 甘露醇 250ml iv drip q8h	心电图
生理盐水 20ml / 呋塞米 20mg / iv q8h	配血
生理盐水 20ml / 地塞米松 10mg / iv bid	急诊头颅 CT 平扫
生理盐水 20ml / 洛赛克 40mg / iv qd	留置导尿管
	全脑血管造影

注：

1. 颅内动静脉畸形往往在急性破裂出血时才发现，一般病情危急，有条件应在重症监护病房密切监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸。
2. 如病情允许，应尽早行全脑血管造影，而后决定手术方案。
3. 术前要注意与动脉瘤、高血压脑出血等疾病鉴别。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻下颅内动静脉畸形切除	血常规
术后常规护理	尿常规
特级护理	血肾功能
禁食	血肝功能
监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸	凝血功能
20%甘露醇 250ml iv drip q8h	生理盐水 20ml / iv drip
生理盐水 20ml / iv q8h	立止血 1kU / iv drip
呋塞米 20mg / iv q8h	乳酸林格液 500ml / iv drip
生理盐水 20ml / iv bid	止血芳酸 0.4g / iv drip
地塞米松 5mg / iv bid	乳酸林格液 500ml / iv drip
生理盐水 20ml / iv qd	胞二磷胆碱 0.5g / iv drip
洛赛克 40mg / iv qd	

注：

1. 患者术后应在重症监护病房密切监测神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸。
2. 术后要注意再出血的可能，必要时急诊复查头颅 CT。
3. 出现偏瘫的患者，术后应进行康复治疗。
4. 神志昏迷者可选择应用促醒药如醒脑静、苏诺等。
5. 常规应用雷尼替丁或洛赛克等制酸药以预防应激性溃疡。

(中山大学附属第一医神经外科 柯春龙)

九、烧 伤

烧 伤

长期医嘱	临时医嘱
1. 按 xx (部位) 轻/中/重/特重 烧伤常护 * *	血常规、血型 急做! 尿常规、大便常规 急做!
2. II / I / 特级护理	肾功能 急做!
3. 普食/半流/禁食 ★	血气分析 急做!
4. 隔离病房常护	肝功能
5. 保持室内干燥, 室温 28 ~ 32℃	乙肝两对半
6. 左右侧卧位, q4h *	肝炎系列
7. 停置尿管接床边袋	抗 HIV 抗体
8. 记尿量、pH、SG q2 ~ 4h	凝血功能
8. 记 24 小时出入量	心电图
9. 气管切开常规护理	胸透
10. 超声雾化吸入 q4h	清创换药 xx% (面积)
11. 红霉素眼膏 ou qn	5% GNS 500ml
12. 氯霉素眼水 / ou qid	维生素 C 2g iv drip
13. 5% GS 100ml / iv drip *	10% KCl 10ml × 2 次
西咪替丁 0.4 q12hr	肌苷 0.4
14. 10% GS 100ml / iv drip 9am	5% 碳酸钠 125ml iv drip × 2 次
阿米卡星 0.2g q12h 9pm	新鲜血浆 200ml iv drip × 3 次
15. 10% GS 100ml / iv drip 3pm	10% GS 500ml
头孢拉定 4g q12h 3am	维生素 C 2g
	10% KCl 10ml iv drip
	ATP 40mg × 4 次
	CoA 100U
	胰岛素 10U

注:

1. 本医嘱以 60kg 成年男性、20% TBSA 烧伤并吸入性损伤后, 1st 24 小时为例。

2. 中度以上须补充液体, 总量按上海公式计算。晶、胶、水序贯输入。

3. 常规使用二联抗生素, 对抗球菌及杆菌。

4. 应使用制酸剂，防止应激性溃疡。
5. 严重病人应测量每小时尿量，随时调整补液。
6. 头面部烧伤，应予超声雾化吸入，湿化呼吸道、减轻呼吸道水肿；并保护眼部。
7. 有吸入性损伤，或头面部水肿严重，应行气管切开术。
8. * 大面积烧伤，尤其是背侧有创面，应上翻身床治疗，有条件者应予气体悬浮床治疗。
9. ★休克期过后，应尽早逐渐恢复饮食，以利消化道功能恢复。
10. * * 手术后医嘱基本相同，注意调整补液量。
(中山大学附属第一医院烧伤科 朱 斌)

十、骨 外 科

锁骨骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按锁骨骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	肾功能
“∞”字绷带外固定	肝功能
伤科接骨片 4片 tid	凝血功能
对乙酰氨基酚 1片 bid	乙肝二对半 + 肝炎系列
	心电图
	胸片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按锁骨骨折切开复位、钢板内固定术后骨科常规护理	乳酸林格液 500ml ivgtt (术后当日)
I级护理	10%葡萄糖液 1000ml ivgtt (术后当日)
禁食, 8小时后半流	
常规喷喉 bid	
0.9%生理盐水 100ml	
头孢呋辛 1.5g	
伤科接骨片 4片 tid	
对乙酰氨基酚 1片 bid	

注:

1. 幼儿青枝骨折可用三角巾悬吊 8 周。
2. 一般多用手法复位“∞”字带外固定, 无需过分强调解剖复位。固定期间须注意血管神经状态, 4~6 周解除固定, 进行功能锻炼。
3. 下述情况可选择切开复位 + 内固定 (如钢板、记忆合金环抱器等) 治疗:

- 1) 开放性骨折、骨折伴神经血管损伤或经闭合复位仍有骨折端分离。
- 2) 锁骨骨折合并同侧肩胛颈骨折，形成浮动肩者。
- 3) 有喙锁韧带断裂的锁骨外端骨折或外 1/3 有移位骨折。
- 4) 多发性损伤，肢体需要早期开始功能锻炼者，以及并发有神经系统或神经血管病变，如帕金森病等，不能长期忍受非手术制动时。
- 5) 手法复位失败，畸形严重者。
- 6) 骨折不愈合。

肱骨外科颈骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肱骨外科颈骨折骨科常规 护理 Ⅱ级护理 普食 屈肘 90°位三角巾悬吊 伤科接骨片 4 片 tid 对乙酰氨基酚 1 片 bid	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝二对半 + 肝炎系列 心电图 胸片 + 患侧肱骨上段正侧位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肱骨外科颈骨折切开复位、钢板内固定术后骨科常规护理 Ⅰ级护理 禁食，8 小时后普食 肱骨旁胶管引流接袋记量 屈肘 90°位三角巾悬吊 0.9% 生理盐水 100ml 头孢呋辛 1.5g 伤科接骨片 4 片 tid 对乙酰氨基酚 1 片 bid	乳酸林格液 500ml ivgtt 10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt 维生素 C 2.0g

注：

1. 对于裂缝骨折、嵌插骨折、无需手法复位的外展型骨折，骨折轻度移位、成角畸形不明显的内收型骨折，可用三角巾悬吊、超肩小夹板外固定等非手术方式。

2. 骨折移位明显的内收型骨折，手法复位失败，可采用尺骨鹰嘴骨牵引复位。仍不理想则行开放复位内固定手

术。操作时注意避免内固定物进入肩关节，内固定不确切者应辅以外展架固定。

3. 对于手法复位失败、或不能用其他外固定方法维持复位的骨折，以及治疗较晚不能手法复位者，可切开复位，并选择单纯松质骨螺钉或肱骨近端钢板等器械行内固定治疗。

肱骨干骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肱骨干骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
屈肘 90°位三角巾悬吊	血肝功能
左上臂小夹板外固定	凝血功能
对乙酰氨基酚 1 片 bid	乙肝二对半 + 肝炎系列
伤科接骨片 4 片 bid	心电图
	胸透 + 左肱骨正侧位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肱骨干骨折切开复位、钢板 内固定术后骨科常规护理	乳酸林格液 500ml ivgtt
I 级护理	10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt
禁食, 8 小时后普食	维生素 C 2.0g
肱骨旁胶管引流接袋记量	
屈肘 90°位三角巾悬吊	
0.9% 生理盐水 100ml	
头孢呋辛 1.5g	
伤科接骨片 4 片 tid	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注:

1. 无移位者, 小夹板固定 6~8 周。
2. 小于 30°之成角移位, 不超过横断面 1/3 的侧方移位, 以及短缩移位 2cm 以内的斜形或螺旋形骨折, 可于局麻或臂丛麻醉下手法复位, 小夹板或悬垂石膏外固定。

3. 不稳定骨折、软组织嵌入骨折端、经反复手法复位不满意、多段骨折、同一肢体有多处骨与关节损伤时，或合并神经血管损伤时可在探察术同时行切开复位内固定（髓内钉或钢板）术。

4. 闭合骨折并桡神经损伤先试行手法复位，若骨折复位、固定满意，可保守观察2~3月，如果神经功能无恢复则行手术探查。

5. 疑有桡神经嵌于骨折端者，不宜强行手法复位，应急诊手术探查。

肱骨髁上骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肱骨髁上骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	肾功能
注意患肢桡动脉搏动及末梢血运	肝功能
屈肘 90°位三角巾悬吊	凝血功能
伤科接骨片 4 片 tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
对乙酰氨基酚 1 片 bid	心电图
	胸透 + 患侧肘关节正侧位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肱骨髁上骨折切开复位、钢板内固定术后骨科常规护理	乳酸林格液 500ml ivgtt
Ⅰ级护理	10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt
禁食, 8 小时后普食	维生素 C 2.0g
肱骨旁胶管引流接袋记量	
注意患肢末梢血运	
屈肘 90°位三角巾悬吊	
0.9% 生理盐水 100ml	
头孢呋辛 1.5	
伤科接骨片 4 片 tid	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注：除按照一般骨折的处理原则外，必须及时、准确地复位，恢复骨折的对位和对线，防止肘部畸形愈合，纠正神经、血管损伤等严重合并症，治疗尽量要求达到解剖复位，尽早恢复患肢功能。

1. 青枝骨折及不完全骨折、骨折轻、中度移位者，肘

部肿胀较轻，桡动脉搏动正常可采用手法复位，小夹板或石膏托外固定。复位可在臂丛麻醉下进行，力求一次成功。复位时应先纠正旋转移位，再矫正侧方移位，对尺偏型处理时可稍“矫枉过正”，保持轻度桡偏，防止发生肘内翻。

2. 肿胀明显者，先行尺骨鹰嘴骨牵引3~5天，待肿胀消退后再作外固定。

3. 内固定方式可选择交叉克氏针或“Y”型重建钢板，手术指征包括：

1) 并发神经、血管损伤者，在予相应手术同时处理骨折。

2) 骨折移位严重，估计难以手法复位或手法复位失败，特别是伸展尺偏型肱骨髁上骨折。

3) 骨折畸形愈合，有肘内翻畸形。

4. 局部严重挫伤，肿胀明显，说明组织内有大量液性渗出，可能进一步压迫周围组织及血管，影响血液及组织液回流，有发生骨筋膜室综合征的可能。应解除压迫，抬高患肢，应用脱水剂及血管扩张剂，6~12小时缺血不缓解者，则应行切开减张术。

5. 骨折复位后，出现肢体远端剧痛、苍白、麻痹、无脉、感觉异常等早期缺血性挛缩表现时，应不失时机地手术探查。

6. 合并神经损伤者，原则上先行骨牵引，如在牵引过程中神经或血管损伤加重或无明显改善者，应手术探查，并作进一步处理。

前臂双骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按前臂双骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
手法复位小夹板外固定	血肝功能
屈肘 90°位三角巾悬吊	凝血功能
注意患肢末梢血运	乙肝二对半 + 肝炎系列
伤科接骨片 4 片 tid	心电图
对乙酰氨基酚 1 片 bid	胸透
	患侧桡、尺骨正侧位片（含肘、腕关节）
	破伤风抗毒素（TAT） 1500U im AST（有伤口时）

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按前臂双骨折切开复位、髓内针内固定术后骨科常规护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
Ⅰ级护理	5% 葡萄糖液 1000ml ivgtt
禁食，8 小时后普食	维生素 C 2.0g / ivgtt bid
桡骨旁胶管引流接袋记量	20% 甘露醇 125ml /
患侧上肢功能位石膏外固定	（术后当日）
注意患肢末梢血运	
抬高患肢	
0.9% 生理盐水 100ml / iv bid	
头孢呋辛 1.5g	
伤科接骨片 4 片 tid	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注：

1. 治疗关键在于恢复前臂的旋转功能。

2. 无移位的骨折，可作夹板或石膏外固定。

3. 尺、桡骨干双骨折，若其中有一骨干为横形或锯齿形的稳定骨折，而另一骨干为不稳定骨折时，应先整复稳定的骨折；若两骨干骨折的稳定性均相同，一般先整复尺骨；若两骨干均为不稳定骨折时，如骨折在上段，则先整复尺骨，如骨折在下段，可先整复桡骨，骨折在中段时，应根据两骨干骨折的相对稳定性来决定整复方案。

4. 内固定方式可选择髓内钉或钢板，手术指征为：

1) 开放性骨折伤后在 8 小时以内，或软组织损伤严重者。

2) 多发性骨折，特别一个肢体多处骨折者。

3) 多段骨折或不稳定性骨折手法复位不满意或不能维持整复骨折端的对位者。

4) 尺、桡骨上 $1/3$ 骨折手法复位失败，或难以外固定者。

5) 对位不良或畸形愈合的陈旧性骨折。

6) 合并神经血管损伤者。

5. 注意防治前臂筋膜室综合征。

桡骨下端骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按桡骨下端骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
手法复位石膏外固定	血肝功能
伤科接骨片 4 片 tid	凝血功能
对乙酰氨基酚 1 片 bid	乙肝二对半
	心电图
	胸透
	腕关节正侧位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按桡骨下端骨折切开复位、钢板内固定术后骨科常规护理	乳酸林格液 500ml ivgtt (术后当日)
I 级护理	10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt (术后当日)
禁食，8 小时后普食	
腕关节功能位前臂石膏托外固定	
抬高患肢	
注意患肢末梢血运	
0.9% 生理盐水 100ml 头孢呋辛 1.5g 伤科接骨片 4 片 tid 对乙酰氨基酚 1 片 bid	iv bid

注：

- 绝大多数桡骨下端骨折可经手法复位外固定而治愈，无需住院治疗。
- 常见的 Collee’s 骨折的复位标准包括：桡骨茎突应位

于尺骨茎突远端 1 ~ 1.5cm, 各种畸形消失, 桡骨远端背侧平坦, 掌侧弧度凹陷恢复, X 线片示掌倾角及尺偏角恢复。

3. 手法复位失败, 或复位后不能维持对位者可考虑切开复位, 钢板内固定术, 尤其是 Barton 骨折闭合复位不易保持复位, 需手术解剖复位关节内骨折。

4. 对陈旧性 Collee 骨折畸形愈合影响前臂旋转活动者, 考虑手术治疗:

1) 骨折再复位适用于年轻患者, 骨折不超过 3 ~ 4 周。

2) 以旋转功能障碍为主者, 可行尺骨小头切除。

3) 对明显畸形愈合病例, 可行 Campbell 手术。即切除尺骨小头尺侧半, 桡骨畸形处作截骨矫正, 术后石膏固定 8 ~ 10 周。

4) 年龄大的患者, 对生活无明显影响者, 保守治疗。

手部骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按手部骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
手法复位石膏外固定	血肝功能
伤科接骨片 4片 tid	凝血功能
对乙酰氨基酚 1片 bid	乙肝二对半
	心电图
	患手正斜位片
	TAT 1500U im AST
	(有伤口时)

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按第2、3掌骨骨折切开复位、微型钢板螺钉内固定术后骨科常规护理	乳酸林格液 500ml ivgtt (术后当日)
I级护理	10%葡萄糖液 1000ml ivgtt (术后当日)
禁食，8小时后普食	
掌腕功能位石膏外固定	
抬高患肢	
注意患肢末梢血运	
0.9%生理盐水 100ml	
头孢呋辛 1.5g	
伤科接骨片 4片 tid	
对乙酰氨基酚 1片 bid	

注：

1. 对于掌、指骨骨折，首先应区分稳定与不稳定骨折：

一般来说,稳定骨折包括闭合性嵌插骨折、无移位或移位很少的骨折、大部分远节指骨骨折、大部分单独的掌骨干骨折。而另一些骨折一般被认为是不稳定骨折,如有旋转移位的螺旋骨折、粉碎骨折、有较大移位的骨折、一些斜形骨折、多段骨折、近节指骨颈骨折、中节指骨掌侧基底骨折、骨折伴有广泛软组织损伤、Bennett 骨折等。

2. 一般无移位的稳定骨折,外固定 3~4 周后即可做轻度的主动活动。移位的掌、指骨骨折复位后应固定 6~8 周。切开复位内固定者,如内固定坚强、稳定,则术后可不用外

3. 特殊情况处理原则如下:

1) 第一掌骨基底部骨折:新鲜骨折在手法复位后用石膏固定拇指于外展位 4~6 周。不稳定的骨折可行内固定。轻度成角的陈旧骨折,对拇指功能影响不大者,可不处理。如成角大,虎口过小,可行第一掌骨基底部楔形截骨术。

2) 第一掌骨基底部骨折脱位 (Bennett 骨折):手法复位后若能保持稳定,可于拇指外展位固定 4~6 周。否则可用经皮克氏针固定或开放复位用一克氏针固定小骨块,另克氏针固定掌骨基底部于第二掌骨保持复位。术后石膏固定 4~6 周。

3) 末节指骨基底背侧撕脱骨折 (锤状指):新鲜病例将侧指间关节屈曲 60°,远侧指间关节过伸,消除对骨片的牵拉,以铝夹板外固定 6 周;如为远侧指间关节脱位或骨片过关节面 1/3,应切开复位克氏针固定。

手部肌腱损伤

术前医嘱

长期医嘱

临时医嘱

按手部肌腱损伤骨科常规护理
Ⅱ级护理
普食

血常规 + 血型
尿常规
血肾功能
血肝功能
凝血功能
乙肝二对半 + 肝炎系列
心电图
胸透
患手正斜位片
TAT 1500U im AST
(有伤口时)

术后医嘱

长期医嘱

临时医嘱

按手部肌腱损伤修复术后骨科
常规护理
Ⅰ级护理
禁食, 8 小时后普食
无张力位石膏外固定
抬高患肢
注意患肢末梢血运
0.9% 生理盐水 100ml /
头孢呋辛 1.5g / iv bid
对乙酰氨基酚 1 片 bid

乳酸林格液 500ml ivgtt (术后
当日)
10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt (术
后当日)

注:

1. 肌腱损伤后, 一般应争取一期修复, 除非伤后时间超过 24 小时、污染严重甚至已有感染、火器伤、咬伤及肌腱损伤严重有较大缺损者, 则不宜一期修复。因各种原因没有

行一期修复，应争取在伤愈后 3 ~ 4 周进行延迟一期修复或二期修复。

2. 肌腱修复时的缝合方法应尽可能减少对肌腱内部血液循环的影响，保护好腱系膜、腱纽及腱周组织等肌腱血供来源，注意无创缝合技术，保持缝接处平整光滑，减少肌腱粗糙面外露。

3. 在鞘管区较整齐的切割伤，应争取同时修复屈指深浅肌腱并修复腱鞘。肌腱修复后应置于健康组织中，不可置于瘢痕组织中或贴于骨面。肌腱表面应有良好的皮肤覆盖，不可在肌腱表面行游离植皮。

4. 肌腱修复后，应在无张力位外固定 3 ~ 4 周。重视早期功能锻炼及术后理疗的应用。

股骨颈骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按股骨颈骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
患肢持续皮牵引	血肝功能
伤科接骨片 4 片 tid	凝血功能
对乙酰氨基酚 1 片 bid	乙肝二对半 + 肝炎系列
	心电图
	胸片
	髋关节及股骨上段正侧位 X 线片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按股骨颈骨折牵引复位、空心钉内固定术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
I 级护理	乳酸林格液 500ml ivgtt
禁食，8 小时后半流	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
0.9% 生理盐水 100ml / 头孢呋辛 1.5g /	维生素 C 2.0g
iv bid	
低分子右旋糖酐 500ml qd	ivgtt
伤科接骨片 4 片 tid	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	
阿司匹林 50mg qd	

注：

1. 外展型骨折及无明显移位的嵌插型骨折，可持续皮牵引 6~8 周，3 个月后考虑扶拐杖部分负重，6 个月后脱离

拐杖行走。

2. 内收型骨折或有移位的骨折，皮牵引患肢于外展内旋位，7~10天行内固定手术。固定方法根据患者实际情况可选择：闭合复位空心钉、三翼钉、多根斯针或滑槽加压螺钉接骨板等；全髋关节置换术或人工股骨头置换术多适用于年龄超过60岁以上的头下型骨折、不稳定型骨折、经颈型且有移位的骨折，或骨折不愈合，股骨头坏死患者，或髋臼已有退变的股骨颈骨折（需行全髋关节置换术）等。

3. 儿童骨折无移位可用髋“人”字石膏固定，有移位可用多针内固定。

4. 陈旧性骨折畸形愈合者考虑截骨术。伴有股骨头坏死者可选择带血管或肌蒂骨瓣植骨术，难以恢复或老年患者考虑人工关节置换术。

5. 术后禁止侧卧，患肢“丁”字鞋外固定，早期股四头肌功能锻炼，踝、趾伸屈活动。

股骨粗隆间骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按股骨粗隆间骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
患肢持续皮牵引	血肝功能
伤科接骨片 4 片 tid	凝血功能
对乙酰氨基酚 1 片 bid	乙肝二对半 + 肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	髋关节及股骨上段正侧位 X 线片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按股骨粗隆间骨折牵引复位、 DHS 内固定术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
I 级护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
禁食，8 小时后半流	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
股骨旁胶管引流接袋记量	维生素 C 2.0g
0.9% 生理盐水 100ml / iv bid	
头孢呋辛 1.5g	
低分子右旋糖酐 500ml indrip qd	
低分子肝素钙 0.4ml ih qd	
伤科接骨片 4 片 tid	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注：

1. 稳定型骨折可用皮牵引或骨牵引治疗。对不稳定骨

折且不适于手术者可用手法复位后骨牵引 8 ~ 10 周。

2. 对于手法复位不理想、骨折不稳定、不能耐受长期卧床牵引者，可用手术治疗。内固定可选择 DHS、r 钉、股骨近端内固定系统或多根斯钉等，如有条件，可在牵引床上操作，闭合复位后于 X 线透视下进行内固定操作。

股骨干骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按股骨干骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
持续胫骨结节骨牵引	血肝功能
测量患肢长度 qd	凝血功能
伤科接骨片 4片 tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
对乙酰氨基酚 1片 bid	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片 + 股骨正侧位 X 线片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按股骨干骨折切开复位、交锁髓内钉内固定术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
I级护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
禁食，8 小时后半流	5% 葡萄糖液 1500ml / ivgtt
股骨旁胶管引流接袋记量	维生素 C 2.0g /
0.9% 生理盐水 100ml / iv bid	血常规
头孢呋辛 1.5g	血电解质
伤科接骨片 4片 tid	
对乙酰氨基酚 1片 bid	

注：

1. 部分股骨骨折可以经非手术治疗愈合，唯住院及不负重时间长。一般行 8 ~ 12 周骨牵引。3 岁以内的儿童股骨干骨折一般均可采用垂直悬吊法牵引。
2. 切开复位内固定手术的适应证为：①股骨上中段横形、短斜形、蝶形或粉碎性骨折；②股骨多段骨折，多发性

骨折或多发伤，需经常变动体位不能应用牵引者；③伴有神经血管损伤需要修复者；④非手术治疗不能达到功能复位的标准或不能维持功能复位者；⑤陈旧性骨折，延迟愈合、不愈合或畸形愈合者；⑥病理性骨折；⑦老年人不宜长时间卧床者。

3. 内固定器械根据情况可选择交锁髓内钉、钢板等。

4. 功能锻炼，早期股四头肌的收缩练习，正确进行膝关节的屈伸锻炼。

5. 股骨干骨折创伤大，易发生大出血和休克，治疗时应注意，休克平稳后才能处理骨折。

髌骨骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按髌骨骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	肾功能
患肢伸膝位长腿石膏托外固定	肝功能
注意患肢末梢血运	凝血功能
对乙酰氨基酚 1片 bid	乙肝二对半
伤科接骨片 4片 tid	心电图
	胸透
	膝关节正侧位照片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按髌骨骨折切开复位、张力带内固定术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
I级护理	乳酸林格液 500ml ivgtt (术后当日)
禁食, 8 小时后半流	10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt (术后当日)
患肢伸膝位长腿石膏托外固定	
注意患肢末梢血运	
患侧膝关节腔胶管引流接袋记量	
0.9% 生理盐水 100ml / iv bid	
头孢呋辛 1.5g	
伤科接骨片 4片 tid	
对乙酰氨基酚 1片 bid	

注:

1. 对于无移位的骨折、分离在 0.5cm 以内的横行骨折, 可用长腿石膏后托或管型固定患肢于伸直位 3~4 周。如有关节腔积血, 应在无菌条件下, 抽尽血肿。固定期间练习股

四头肌收缩，去除石膏后练习膝关节屈伸活动。

2. 分离移位 0.5cm 以上的横行骨折可行切开复位和钢丝缝合或张力带钢丝内固定。术中应确定髌骨关节面的平整。若上下极撕脱，骨片很小，可切除之，将肌腱或韧带缝于骨面上。

3. 髌骨粉碎性骨折，若移位不严重，后关节面基本完整，可作髌周环行缝合。不到万不得已不采取髌骨切除术。

膝韧带及半月板损伤（以半月板损伤为例）

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按左膝半月板损伤骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝二对半 + 肝炎系列
	心电图
	胸透
	膝关节正侧位片
	膝关节 MRI（必要时）

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按左膝关节镜检查、外侧半月板部分切除术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
I 级护理	乳酸林格液 500ml ivgtt
禁食，8 小时后半流	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
注意患肢末梢血运	维生素 C 2.0g
膝关节腔胶管引流接袋记量	
0.9% 生理盐水 100ml / iv bid	
头孢呋辛 1.5g	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注：

1. 侧副韧带损伤

1) 非手术治疗：部分撕裂损伤，关节轻度不稳定者可用弹力绷带包扎或石膏固定于功能位 4 ~ 6 周，固定后早期开始股四头肌功能锻炼，解除固定后锻炼膝关节屈伸功能。

中后期患膝仍疼痛者可做局部注射封闭。

2) 手术治疗：对韧带断裂及破坏的关节囊进行修补，半月板撕裂可同时切除，腓骨小头骨折应注意维持骨片与韧带的联系，将骨片复位固定。无条件修补者可作韧带重建术。

2. 前、后交叉韧带损伤

1) 对于不完全断裂损伤，或合并胫骨棘撕脱但无移位者，可作前后石膏夹板固定于功能位 4 ~ 6 周。早期在固定下练习收缩股四头肌。

2) 韧带完全断裂并胫骨棘撕脱骨折明显移位、陈旧性断裂者，关节稳定性极差，或合并侧副韧带损伤，应考虑韧带修复骨折内固定。

3) 严重断裂无法修复的可行韧带重建术，以自体髌骨 - 髌腱 - 胫骨或自体股薄肌 + 半腱肌腱重建交叉韧带。术后石膏固定 6 ~ 8 周，逐步功能锻炼，不宜过早负重。

3. 半月板损伤

1) 急性期以治疗创伤后所致的急性滑膜炎为主，主要包括制动、股四头肌锻炼、穿刺抽液等，有交锁征时，多系半月板撕裂所致，可于关节镜下将部分半月板切除。

2) 慢性期轻症者暂无需手术，措施包括使用护膝、股四头肌锻炼及理疗等，大多可愈合。

3) 症状持续影响生活者，可在关节镜下切除罹患半月板的部分或全部。注意术后股四头肌功能锻炼。

4) 盘状半月板合并破裂者，治疗原则与一般半月板破裂相似，以局部切除、成型为主，不轻易将盘状半月板全切除。

胫腓骨干骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胫腓骨干骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	肾功能
患肢长腿石膏托外固定	肝功能
注意患肢末梢血运	凝血功能
伤科接骨片 4片 tid	抗 HIV 抗体
对乙酰氨基酚 1片 bid	乙肝二对半 + 肝炎系列
	心电图
	胸片
	患侧胫骨正侧位照片
	TAT 1500U im AST
	(有伤口时)

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胫骨骨折闭合复位、交锁髓内钉内固定术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
I级护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
禁食, 8 小时后半流	5% 葡萄糖液 1000ml /
注意患肢末梢血运	维生素 C 2.0g / ivgtt
0.9% 生理盐水 100ml /	20% 甘露醇 125ml ivgtt
头孢呋辛 1.5g / iv bid	bid (术后当日)
伤科接骨片 4片 tid	
对乙酰氨基酚 1片 bid	

注:

1. 无移位或整复后骨折面接触稳定无侧向移位趋势的横行骨折、短斜形骨折等稳定性骨折, 可行手法复位后予长

腿石膏托或小夹板外固定；对于斜行、螺旋形或轻度粉碎性的不稳定骨折，可行骨牵引治疗。

2. 对于骨折端有软组织嵌入、手法复位不能达到功能复位要求或不能耐受长期卧床的患者可选择行内固定手术，如有条件可在 X 线透视下行闭合复位、交锁髓内钉内固定。

3. 开放性胫腓骨骨折，对于 Gustilo I 型或较清洁的 II 型开放性骨折，预计伤口能够一期愈合或延迟一期闭合创面的病例，可按闭合性骨折处理原则进行治疗；对于污染严重或失去清创时机，感染可能性大的病例，单纯外固定不能维持骨折对位时，可行骨牵引或用外固定架固定。

4. 术后应警惕骨筋膜室综合征的出现，及时予相应处理。

5. 手法复位、石膏固定者 2 周内复查是否有成角或旋转畸形等的出现并及时纠正。

跟腱断裂

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按跟腱断裂骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	肾功能
对乙酰氨基酚 1片 bid	肝功能
	凝血功能
	乙肝二对半
	心电图
	胸透
	TAT 1500U im AST
	(有伤口时)

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按跟腱断裂修复术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
I级护理	乳酸林格液 500ml ivgtt
禁食，8 小时后半流	(术后当日)
踝跖屈位长腿石膏前托外固定	10 % 葡萄糖液 1000ml ivgtt
注意患肢末梢血运	(术后当日)
0.9% 生理盐水 100ml /	
头孢呋辛 1.5g / iv bid	
对乙酰氨基酚 1片 bid	

注：

1. 新鲜跟腱断裂最好采取手术治疗，缝合断端，开放性损伤应注意彻底清创。术后以长腿石膏外固定于屈膝 20° ~ 30°，踝关节跖屈位。3 周后更换踝背曲 90°位石膏，再固定 3 周。

2. 陈旧性跟腱断裂，因损伤断端瘢痕形成及回缩，多不能采用直接缝合，常用筋膜修补或腓肠肌近侧腱膜向下翻转修补缺损。术后处理同新鲜损伤。

踝部骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按踝关节骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	肾功能
短腿石膏后托外固定	肝功能
注意患肢末梢血运	凝血功能
伤科接骨片 4片 tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
对乙酰氨基酚 1片 bid	心电图
	胸透
	踝关节正侧位片
	TAT 1500U im AST
	(有伤口时)

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按踝关节骨折切开复位、内踝空心螺钉内固定 + 外踝钢板内固定术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
Ⅰ级护理	乳酸林格液 500ml ivgtt
禁食，8 小时后半流	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
短腿石膏后托外固定	维生素 C 2.0g
注意患肢末梢血运	
0.9% 生理盐水 100ml / iv bid	
头孢呋辛 1.5g	
伤科接骨片 4片 tid	
对乙酰氨基酚 1片 bid	

注：

1. 距骨与胫腓骨下端紧密接触，是骨折复位的关键。

2. 胫腓关节的分离应完全纠正。

3. 无移位的踝部骨折，可以“U”形石膏固定4~6周。

1) 手法复位失败者。

2) 内翻骨折，内踝骨折块较大，波及胫骨下关节面1/2者。

3) 外翻骨折，内踝骨折块较大，波及胫骨下关节面1/2者。

4) 骨折线通过胫骨下关节面，骨折线之

间，骨折线通过胫骨下关节面，骨折线之

间，骨折线通过胫骨下关节面，骨折线之

间，骨折线通过胫骨下关节面，骨折线之

间，骨折线通过胫骨下关节面，骨折线之

间，骨折线通过胫骨下关节面，骨折线之

间，骨折线通过胫骨下关节面，骨折线之

间，骨折线通过胫骨下关节面，骨折线之

间，骨折线通过胫骨下关节面，骨折线之

间，骨折线通过胫骨下关节面，骨折线之

跟、足骨骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按跟骨骨折骨科常规护理 II级护理 普食 靴状管形石膏外固定 注意患肢末梢血运 伤科接骨片 4片 tid 对乙酰氨基酚 1片 bid	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝二对半 + 肝炎系列 心电图 胸透 患足正侧位片 TAT 1500U im AST (有伤口时)

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按跟骨骨折切开撬拨复位、钢板内固定术后骨科常规护理 I级护理 禁食，8小时后半流 短腿石膏后托外固定 注意患肢末梢血运 0.9%生理盐水 100ml / 头孢呋辛 1.5g / iv bid 伤科接骨片 4片 tid 对乙酰氨基酚 1片 bid	蛛网膜下腔麻醉后常规护理 乳酸林格液 500ml ivgtt 5%葡萄糖液 1000ml / 维生素C 2.0g / ivgtt

注：

1. 不波及距下关节的跟骨骨折，一般只须管形石膏固定4~6周，然后开始功能锻炼。

2. 移位较多及粉碎者，麻醉下手法捏塑成型，恢复 Böhler 角后予石膏固定 4~6 周，功能锻炼。

3. 鸟嘴状骨片分离或手法复位失败者、跟距关节面塌陷及旋转者，可作切开复位，视情况撬拨塌陷骨折、植骨并尽量使关节面平滑，再以钢板、克氏针或螺丝钉固定。

4. 跟骨上后关节面严重粉碎性骨折、陈旧性骨折并发创伤性关节炎，可作距下关节融合乃至三关节融合术。

5. 无移位及可获得满意复位的足骨骨折以小腿石膏或短靴状石膏外固定 4~6 周。

6. 对于有移位的跖骨骨折：

1) 跖骨头跖屈移位，可行开放复位，如局部嵌插稳定时，以石膏外固定，复位后仍然不稳定者，则需用克氏针交叉固定，7~10 天后拔除，换小腿石膏制动。

2) 跖骨干骨折，一般移位不需手术，严重错位尤其是影响足弓者则需切开复位内固定。

3) 第 5 跖骨基底部骨折，仅极个别需行切开复位内固定，术后仍需石膏固定。

7. 趾骨骨折一般手法复位后予小夹板固定 3~4 周即可，或将其与健趾一并固定，一般畸形愈合对足趾功能亦多无影响。

颈椎骨折、脱位（无脊髓损伤） （以上颈椎损伤为例）

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按上颈椎骨折、脱位骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
半流	血肾功能
颅骨牵引	血肝功能
绝对卧硬板床	凝血功能
“一”字型翻身	乙肝二对半 + 肝炎系列
伤科接骨片 4片 tid	抗 HIV 抗体
对乙酰氨基酚 1片 bid	心电图（床边）
	胸片 + 颈椎正侧位片 + 张口位片
	上颈椎 MRI 或 CT

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按寰椎后弓切除、枕颈融合术后骨科常规护理	5% 葡萄糖液 500ml / 地塞米松 10mg / ivgtt qd × 3
Ⅰ级护理	乳酸林格液 500ml ivgtt
禁食	5% 葡萄糖液 1000ml / 维生素 C 2.0g / ivgtt
绝对卧硬板床	血常规
“一”字型翻身	
颈围外固定	
常规喷喉 bid	
椎管外胶管引流接袋记量	
0.9% 生理盐水 100ml / 头孢呋辛 1.5g / 维生素 B ₁ 20mg tid / 甲钴胺 0.5mg tid / 对乙酰氨基酚 1片 bid	iv bid

注：治疗原则与胸腰椎骨折相似

1. 颈椎半脱位：可能存在因韧带损伤后的不稳，需用外固定。如后期仍存在不稳，应手术融合，稳定脊柱。
2. 稳定性颈椎骨折采用保守治疗，如颌枕带牵引或颅骨牵引复位，复位后用外固定。无脊髓损伤的小关节脱位可考虑牵引复位，但应非常小心，以防损伤脊髓。复位不成功应手术复位固定。
3. 爆裂骨折伴脊髓损伤时，需手术减压稳定。
4. 过伸性损伤如无神经受压，采用保守治疗。
5. II型齿突骨折常需手术固定。

胸、腰椎骨折或脱位 (以胸 12 爆裂骨折为例)

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胸 12 爆裂骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
绝对卧硬板床	血肝功能
“一”字型翻身	凝血功能
伤科接骨片 4 片 tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
对乙酰氨基酚 1 片 bid	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片 + 下胸段至上腰段脊柱 正侧位片
	胸 12 为中心 MRI 或 CT

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胸 12 爆裂骨折切开复位、髂骨取骨后外侧植骨融合、椎弓根钉内固定术后骨科常规护理	5% 葡萄糖液 500ml / ivgtt qd × 3
Ⅰ级护理	地塞米松 10mg
禁食	乳酸林格液 500ml ivgtt
绝对卧硬板床	5% 葡萄糖液 1000ml ivgtt
“一”字型翻身	维生素 C 2.0g
常规喷喉 bid	血常规
椎板外胶管引流接袋记量	
0.9% 生理盐水 100ml / iv bid	
头孢呋辛 1.5g	
维生素 B ₁ 20mg tid	
甲钴胺 0.5mg tid	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注：

1. 治疗的基本原则：根据脊柱的稳定性来决定保守治疗或手术治疗，稳定性骨折采用保守治疗。手术治疗的主要目的是纠正畸形并恢复脊柱的稳定性，解除神经压迫。

2. 手术治疗的适应证：① 单纯压缩骨折大于 50%；② 爆裂骨折合并神经损伤；③ 骨折脱位；④ Chance 骨折；⑤ 屈曲 - 牵拉型骨折；⑥ 椎管压迫大于 30%。

3. 手术方式根据骨折类型、脊髓受压部位及程度来决定。术后早期功能锻炼，但负重活动要慎重。

脊髓损伤

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按颈髓损伤骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
流质饮食	血肾功能
气管切开常规护理（作气管切开后）	血肝功能
卧硬板床	凝血功能
“一”字型翻身	乙肝二对半 + 肝炎系列
防褥疮护理	心电图
停留尿管接袋	血气分析（必要时）
1/5000 呋喃西林 250ml 膀胱冲洗 bid	胸片 + 颈（胸）椎正侧位片
果导片 1片 qd（必要时）	损伤部位为中心 MRI 或 CT
头孢呋辛 0.5g bid	甲基泼尼松龙（用法见本节注意事项）
维生素 B ₁ 20mg tid	
ATP 2片 tid	

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按脊髓损伤椎板切除减压术后骨科常规护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
I级护理	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
流质饮食	维生素 C 2.0g
气管切开常规护理（作气管切开后）	血常规
卧硬板床	尿常规
	血电解质

长期医嘱

临时医嘱

“一”字型翻身

防褥疮护理

停留尿管接袋

1/5000 呋喃西林 250ml 膀胱冲

洗 bid

常规喷喉 bid

0.9% 生理盐水 100ml / iv bid

头孢呋辛 1.5g

维生素 B₁ 20mg tid

ATP 2 片 tid

甲钴胺 0.5mg tid

注:

1. 对于脊髓休克,以非手术疗法为主,密切观察病情变化,切忌轻易手术治疗。

2. 手术指征为:

1) 颈、胸、腰椎骨折脱位有关节突交锁,应切开复位。

2) X 线片显示脊髓周围有致压物者。

3) 截瘫平面不断上升,多为椎管内有活动性出血,应行椎板切除术止血。

4) 非手术疗法无效,经脊髓造影或 MRI 检查仍有前方压迫者。

5) 脊髓完全横断者,减压术虽然疗效不肯定,但对于不稳定的骨折脱位者可同时作内固定,能获得早期翻身活动的机会。从而减少局部的再损伤。

3. 损伤早期应予脱水疗法及使用甲基泼尼松龙等药物,甲基强的松龙应尽量在伤后 8 小时内应用,剂量为 30mg/kg, iv, 15 分钟内静脉滴入,之后 5.4mg/(kg·h), ivgtt, 23h, 晚期使用无意义。使用时应有心电监护及准备呼吸支持。

4. 积极预防各种并发症,尤其应注意呼吸道和尿路感染、褥疮及静脉血栓形成。

5. 可使用有利于神经细胞代谢的药物，如 ATP、维生素 B 族、CoA 等，神经节苷脂或某些相关神经营养药物可选择使用。

6. 辅助治疗如高压氧、针灸、中药或理疗等亦可采用，对四肢的功能活动与功能重建应采取积极态度及有效措施。

7. 对颈髓损伤者应注意保持呼吸道通畅，必要时可行气管切开。当排除消化道损伤后，应及时解除腹胀和便秘。加强全身支持疗法。

骨 盆 骨 折

术 前 医 嘱

长期医嘱			临时医嘱
按骨盆骨折骨科常规护理			血常规 + 血型
Ⅱ级护理			尿常规
普食			肾功能
骨盆悬吊带牵引			肝功能
伤科接骨片	4 片	tid	凝血功能
对乙酰氨基酚	1 片	tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
			抗 HIV 抗体
			心电图
			胸片 + 骨盆正位片

术 后 医 嘱

长期医嘱			临时医嘱
按耻骨联合分离切开复位、重建钢板内固定术后骨科常规护理（以耻骨联合分离为例）			乳酸林格液 500ml ivgtt
Ⅰ级护理			5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
禁食，8 小时后半流			维生素 C 2.0g
耻骨联合后胶管引流接袋记量			血常规
停留尿管接袋			尿常规
常规喷喉 bid			
0.9% 生理盐水	100ml	/ iv bid	
头孢呋辛	1.5g		
伤科接骨片	4 片	tid	
对乙酰氨基酚	1 片	bid	

注：

1. 非手术治疗

1) 骨盆环未完全断裂，如同侧耻骨上下枝骨折，耻骨

联合分离无明显移位者；或单处骨盆骨折如髂骨翼、一侧尺骨枝、坐骨枝、骶骨、尾骨骨折或撕脱骨折者；无合并症，可卧床3~4周后下地行走。

2) 骨盆环完全断裂者，且有明显移位或骶髂关节脱位，可作骨盆悬吊牵引或股骨髁上骨牵引术。

2. 手术治疗

1) 手术适应证为：骶髂关节脱位大于1cm，髂骨、骶骨骨折移位明显、耻骨联合分离大于3cm及明显耻骨枝骨折，骨折牵引治疗效果不理想也可考虑手术治疗。

2) 切开复位后可予螺钉或重建钢板内固定。

3. 合并症治疗

1) 骨盆骨折若伴有血管、膀胱、尿道或直肠损伤时，需手术探查，并作相应处理。

2) 骨盆骨折常合并严重内出血，应输血、快速补液，若快速输血900ml以上仍不能维持血压，或血压持续下降者可先结扎双侧髂内动脉及骶中动脉，再找出血原因，然后方作进一步处理。同时采用其他抗休克措施，如休克卧位、保温、吸氧、镇静等。也可经血管造影后，行介入动脉栓塞。

髌臼骨折

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按髌臼骨折骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
患侧股骨髁上骨牵引	血肝功能
注意患肢末梢血运	凝血功能
伤科接骨片 4 片 tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
对乙酰氨基酚 1 片 bid	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	骨盆正位片 + 患侧髌关节正侧位片 + 骨盆 Judet's 15°斜位片
	患侧髌关节三维重建 CT

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按髌臼骨折切开复位、重建钢板内固定术后骨科常规护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
I 级护理	5% 葡萄糖液 1500ml / ivgtt
禁食，8 小时后半流	维生素 C 2.0g
患侧骨折线旁胶管引流接袋记量	血常规
患肢持续皮牵引	血电解质
注意患肢末梢血运	
常规喷喉 bid	
0.9% 生理盐水 100ml / iv bid	
头孢呋辛 1.5g	
伤科接骨片 4 片 tid	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注：

1. 非手术治疗的适应证则包括：①骨折移位小于 3mm；②关节内无游离骨块；③骨折并未累及髌臼负重面；④稳定后壁骨折（后壁缺损 <40%）；⑤全身情况差不宜手术者。

2. 保守治疗患者牵引维持 4~6 周后，病人可在牵引下起坐活动。但牵引需维持 3 个月。

3. 手术适应证为：①骨折移位大于 3mm 致关节对应关系破坏；②移位骨折累及臼顶；③合并股骨头脱位或半脱位，特别是手法复位后再脱位者；④关节内游离碎骨块或软组织残留；⑤同侧肢体多发性骨折；⑥不稳定后壁骨折（后壁缺损 >40%）；⑦合并血管、神经损伤者。

4. 髌臼骨折位置深，损伤大，术中出血较多，术前术后应注意相应支持治疗。

髌关节脱位

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按髌关节脱位骨科常规护理 Ⅱ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝二对半 + 肝炎系列 心电图 胸透 骨盆正位片 + 患侧髌关节正侧位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按髌关节后脱位蛛网膜下腔麻醉下 手法复位后骨科常规护理 Ⅱ级护理 禁食，8 小时后半流 患肢持续外展位皮肤牵引 对乙酰氨基酚 1 片 bid	蛛网膜下腔麻醉后常规护理 骨盆正位片

注：

- 1. 髌关节脱位多发于青壮年，因劳动或交通事故中遭受强大暴力冲击而致伤，常伴有多发性损伤，近年亦偶见于关节置换术后患者中。
- 2. 手法复位适用于 I 型及部分 II 型病例，复位后常规复查 X 线片。
- 3. 复位成功后患肢伸直位皮牵引 3 周。注意在皮牵引时前脱位应将患肢稍内收，后脱位应采用稍外展位。

4. 早期股四头肌功能锻炼；解除外固定后开始髋关节屈伸锻炼，3周后负重行走；对中心性脱位不能过早负重，以免股骨头出现坏死及创伤性关节炎的发生。

5. 手术适应证包括：

1) 在全麻或硬膜外麻醉下试行手法复位不成功者。

2) 超过3周以上的陈旧性脱位病例。

3) 合并髋臼骨折的病例。

4) 陈旧性脱位，关节僵硬，软组织挛缩，关节软骨剥脱变性，无条件切开复位时，可作关节置换或融合术。

6. 伴髋臼骨折的类型按髋臼骨折的原则处理。

肩关节脱位

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按习惯性肩关节脱位骨科常规护理 Ⅱ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝二对半 + 肝炎系列 心电图 胸透 患侧肩关节正侧位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肩胛下肌及关节囊重叠缝合术后 骨科常规护理 I 级护理 禁食, 8 小时后半流 常规喷喉 肩关节囊外胶管引流接袋记量 肩关节外展架固定 0.9% 生理盐水 100ml 头孢呋辛 1.5g 对乙酰氨基酚 1 片 bid	乳酸林格液 500ml ivgtt 5% 葡萄糖液 1000ml 维生素 C 2.0g ivgtt iv bid

注:

1. 一般急诊病例, 原则上应及早予以手法复位, 复位可在无麻醉或臂丛麻醉下进行。

2. 复位成功后应予三角巾悬吊固定 3 周, 若合并肱骨大结节撕脱骨折, 则需屈肘 90°, 上臂贴胸, 用绷带把上臂

跟躯干一起包扎，再用三角巾悬吊。

3. 习惯性脱位者，考虑手术重建治疗。

4. 合并神经血管损伤者，一般需开放复位并探查神经血管。

5. 手法复位不成功者则应采取手术切开复位。合并肱骨外科颈骨折，除非有手术禁忌，一般需开放复位内固定术，并修复关节囊。

6. 陈旧性脱位因原臼盂内为血肿机化之纤维组织充填而使复位困难。不超过6周者，可先试行手法复位还纳，若失败应施行开放复位；超过6周者，因局部多已广泛粘连及瘢痕化，应考虑切开复位。

臂丛神经损伤

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按全臂丛神经损伤骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
维生素 B ₁ 20mg tid	血肝功能
维生素 B ₆ 10mg tid	凝血功能
甲钴胺 0.5mg tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
肌苷 0.2g tid	心电图
	胸片
	患侧臂丛神经 MRI（必要时）
	肌电图检查

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按臂丛神经探查、腓肠神经移植、膈神经转位代肌皮神经术后骨科常规护理	乳酸林格液 500ml ivgtt
Ⅰ级护理	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
禁食，8 小时后普食	维生素 C 2.0g
局部胶管引流接袋记量	
肩内收位绷带固定	
注意患肢末梢血运	
0.9% 生理盐水 100ml / iv bid	
头孢呋辛 1.5g	
维生素 B ₁ 20mg tid	
维生素 B ₆ 50mg bid	
甲钴胺 0.5mg tid	
肌苷 0.2g tid	
神经妥乐平 2 片 bid	

注：

1. 臂丛神经部分损伤者，神经功能停止恢复后，行神经探查松解术可能获得一定改善。必要时可行神经吻合术。
2. 对于全臂丛损伤或根性撕脱伤的病例，可考虑采用神经转位术，如膈神经代肌皮神经、副神经代腋神经、健侧颈7移位等手术，能不同程度地改善肩外展、屈肘等功能。
3. 长期神经损伤修复后功能不理想者，可行肌腱转位等功能重建手术。
4. 术后注意患肢的保护，选择应用神经营养药物，监测神经再生情况。

其他周围神经损伤（以桡神经损伤为例）

术前医嘱	
长期医嘱	临时医嘱
按桡神经损伤骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
维生素 B ₁ 20mg tid	血肝功能
维生素 B ₆ 10mg tid	凝血功能
甲钴胺 0.5mg tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
肌苷 0.2g tid	心电图
	胸透
	肌电图检查
	TAT 1500U im
	AST（有伤口时）
术后医嘱	
长期医嘱	临时医嘱
按桡神经探查松解术后骨科常规护理	乳酸林格液 500ml ivgtt
I级护理	（术后当日）
禁食，8小时后普食	10%葡萄糖液 1000ml
局部胶管引流接袋记量	ivgtt
抬高患肢	（术后当日）
注意患肢末梢血运	
屈肘 90°位三角巾悬吊	
0.9%生理盐水 100ml	iv bid
头孢呋辛 1.5g	
维生素 B ₁ 20mg tid	
维生素 B ₆ 50mg bid	
甲钴胺 0.5mg tid	
肌苷 0.2g tid	
神经妥乐平 2片 bid	

注：

1. 开放性神经损伤主张尽早修复，有条件应在伤后 4 小时内一期修复。若病人全身或局部情况不允许一期处理，可考虑延迟或二期修复。延迟修复时限在 2 ~ 18 天；二期在 18 天 ~ 3 个月。

2. 闭合性神经损伤观察 3 ~ 6 个月，神经功能无恢复者再行手术探查。

3. 根据不同神经损伤的部位及局部条件，可采取神经松解术、神经缝合术、神经移植术、神经移位。长期周围神经损伤修复后功能不理想者，可行肌腱转位等功能重建手术。

4. 术后注意患肢的保护，选择应用神经营养药物，监测神经再生情况。

断指再植（以示指中节离断伤为例）

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按示指中节离断伤骨科常规护理 II级护理 禁食	血常规 + 血型 血肾功能 凝血功能 心电图 患侧手正侧位片 断指冷藏（0° ~ 4°）

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按示指中节离断伤断指再植术后骨科常规护理 I级护理 禁食，8 小时后半流 抬高患肢 患肢腕掌功能位石膏外固定 绝对卧床 患肢照热灯保暖 注意患肢末梢血运 测量断指毛细血管反应 q2h 0.9% 生理盐水 100ml 头孢呋辛 1.5g 低分子右旋糖酐 500ml ivdrip qd 5% 葡萄糖液 250ml ivgtt 前列地尔 10μg qd 罂粟碱 30mg i. m. q8h 肠溶阿司匹林 50mg qd 双嘧达莫 25mg tid	TAT 1500U im AST 乳酸林格液 1000ml ivgtt 5% 葡萄糖液 1000ml / 维生素 C 2.0g / ivgtt 高压氧治疗（必要时）

注：

1. 断指再植的适应证为：各种原因造成的损伤平面在甲根部以近的完全性断指，或不吻合血管不能成活的不完全性断指，只要离断指有一定的完整性，远近两端无较重挫伤，全身情况无明显禁忌证者。再植后功能差者应慎重考虑。

2. 提倡伤后立即将断指干燥及冷藏，尽早再植。

3. 术后患者应绝对卧床至少两周，禁烟禁酒，病房内应尽量恒温，患肢以烤灯照射。治疗上注意抗感染、抗血管痉挛及抗凝。监测指腹张力、色泽、温度、毛细血管充盈试验等，及时处理血管危象，包括松解敷料、应用血管解痉药物、保暖、高压氧疗、臂丛麻醉等，无改善则需果断探查。

腕管综合征

术前医嘱

长期医嘱

按腕管综合征骨科常规护理
Ⅱ级护理
普食
腕关节中立位石膏外固定
维生素 B₆ 50mg bid
甲钴胺 0.5mg tid

临时医嘱

血常规 + 血型
尿常规
血肾功能
血肝功能
凝血功能
乙肝二对半
心电图
胸透
腕关节正侧位片
患手肌电图

术后医嘱

长期医嘱

按腕横韧带切开减压术后骨科常规护理
Ⅰ级护理
禁食，8 小时后普食
注意患肢末梢血运
屈肘 90°位三角巾悬吊
0.9% 生理盐水 100ml
头孢呋辛 1.5g
维生素 B₆ 50mg bid
甲钴胺 0.5mg tid
神经妥乐平 2 片 bid
对乙酰氨基酚 1 片 bid

临时医嘱

乳酸林格液 500ml ivgtt
(术后当日)
10 % 葡萄糖液 1000ml ivgtt
(术后当日)

注：

1. 早期，可用石膏或夹板将腕关节制动于中立位。非

肿瘤和化脓性炎症者，腕管内封闭疗法通常可收到较好效果。应注意不能将药物注入正中神经内。

2. 手术治疗针对腕管内探查所见采取相应处理，以达到增加腕管容积或减小腕管内容物体积的目的。

3. 对于腕管内腱鞘囊肿、病程长的慢性滑膜炎、良性肿瘤及异位的肌腹应手术切除；由于腕管壁增厚、腕管狭窄者可行腕横韧带切开减压术。手术中发现正中神经已变硬或局限性膨大或其他明显神经病变时，应做神经外膜切开，神经束间瘢痕切除神经松解术。

颈 椎 病

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按脊髓型颈椎病骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
训练病人练习推移气管（术前3日起、适用于需行前路手术的病人）	血肝功能
维生素 B ₁ 20mg tid	凝血功能
甲钴胺 0.5mg tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片 + 颈椎正侧位片
	颈椎 MRI

术 后 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按颈椎后路椎板双“开门”椎管扩大成型术后骨科常规护理	5% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
I 级护理	地塞米松 10mg / qd × 3
禁食，8 小时后半流	乳酸林格液 500ml ivgtt
椎管外胶管引流接袋记量	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
颈围外固定	维生素 C 2.0g /
常规喷喉 bid	
0.9% 生理盐水 100ml /	iv bid
头孢呋辛 1.5g	
维生素 B ₁ 20mg tid	
甲钴胺 0.5mg tid	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注：
1. 多数颈椎病可经非手术治疗好转。非手术治疗手段

包括颌枕带牵引、颈围外固定、有经验人员进行的推拿和按摩、理疗、药物（如神经营养药、皮质激素、血管扩张剂等）。

2. 手术治疗的适应证主要集中在脊髓型颈椎病和部分神经根型颈椎病。其他类型的病例仅于严格非手术治疗无效，症状反复发作时考虑手术治疗。

3. 常用手术方式包括前路减压、椎间植骨融合、自锁钢板内固定术，前路钩椎关节切除椎间孔切开及椎体间融合术，后路椎板切除或椎板“开门”式椎管扩大成形术等。术后应予颈围固定3月。定时随诊照片了解椎体融合情况。

腰椎间盘突出症

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腰椎间盘突出症骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
卧硬板床	血肝功能
维生素 B ₁ 20mg tid	凝血功能
甲钴胺 0.5mg tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
对乙酰氨基酚 1片 bid	心电图
	胸片 + 腰椎正侧位片
	下腰椎 MRI

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按椎板开窗、髓核取出术后骨科常规护理	5% 葡萄糖液 500ml / ivgtt
Ⅰ级护理	地塞米松 10mg / qd × 3
禁食，8 小时后半流	乳酸林格液 500ml ivgtt
椎管外“T”管引流接袋记量	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
卧硬板床	维生素 C 2.0g / ivgtt
0.9% 生理盐水 100ml / iv bid	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
头孢呋辛 1.5g	
维生素 B ₁ 20mg tid	
甲钴胺 0.5mg tid	
对乙酰氨基酚 1片 bid	

注：

1. 非手术治疗主要适应于：① 年轻、初次发作或病程较短者；② 休息后症状可自行缓解者；③ X 线检查无椎管狭窄者。

2. 多数患者可经保守治疗后缓解或治愈。保守治疗的手段包括：绝对卧床休息、消炎止痛药、持续牵引、理疗、硬膜外封闭等。

3. 手术适应证包括：

1) 出现马尾神经受压表现者，这是手术治疗的绝对适应证。

2) 经6周休息临床症状及体征仍无好转者。

3) 神经根受累表现进行性加重者。

4) 病史长，反复发作而保守治疗效果差者。

4. 手术方式可选择椎间盘镜下椎间盘摘除术，椎板开窗摘除术，半椎板或全椎板切除术等。术后应注意伤口渗液及引流情况，万一出现脑脊液漏表现应及时处理。

脊柱滑脱症（以成人腰椎滑脱为例）

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腰4以上Ⅱ度前滑脱骨科常规护理	血常规+血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
卧硬板床	血肝功能
维生素B ₁ 20mg tid	凝血功能
甲钴胺 0.5mg tid	乙肝二对半+肝炎系列
对乙酰氨基酚 1片 bid	抗HIV抗体
	心电图
	胸片+腰椎正侧位片+腰椎前屈、后伸动态位片
	下腰椎MRI

术 后 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按椎板开窗、髓核取出术后骨科常规护理	5%葡萄糖液 500ml / ivgtt
I级护理	地塞米松 10mg / qd × 3
禁食，8小时后半流	乳酸林格液 500ml ivgtt
椎管外“T”管引流接袋记量	5%葡萄糖液 1000ml / ivgtt
卧硬板床	维生素C 2.0g /
常规喷喉 bid	
0.9%生理盐水 100ml /	
头孢呋辛 1.5g / iv bid	
维生素B ₁ 20mg tid	
甲钴胺 0.5mg tid	
对乙酰氨基酚 1片 bid	

注：

1. 对于各种先天性、后天性的峡部裂、Ⅰ度脊柱滑脱患者，临床上无症状或症状轻微，可不需手术治疗。

2. 手术适应证为滑脱Ⅰ度以上有慢性持续腰痛及神经根或马尾受压、动态位提示腰椎不稳并有较重腰痛者及长期保守治疗无效者。手术方式常用椎板切除减压、椎间植骨融合、椎弓根钉系统复位、内固定术。

3. 术后卧床时间应在8~12周左右，若术中未予内固定则时间需延长至4~5个月。

化脓性骨髓炎

(以股骨下段急性化脓性骨髓炎)

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按股骨下段急性化脓性骨髓炎骨科 常规护理 Ⅱ级护理 普食 卧床 患肢持续皮肤牵引 乳酸林格液 500ml ivgtt qd 5% 葡萄糖液 1000ml / 维生素 C 2.0g / ivgtt qd 0.9% 生理盐水 500ml / 青霉素 480U / qd AST() (根据药敏结果调整) 5% 葡萄糖液 500ml / ivgtt 丁胺卡那霉素 0.4g / qd (根据药敏结果调整) 对乙酰氨基酚 1片 bid	血常规 + 血型 尿常规 肾功能 肝功能 凝血功能 乙肝二对半 + 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸片 + 患侧股骨下段正侧 位片 血细菌培养 + 药敏 患处抽脓液细菌培养 + 药敏

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按股骨下段急性化脓性骨髓炎开窗 减压、置管灌洗术后骨科常规护理 Ⅰ级护理 禁食, 8 小时后半流 患侧股骨下段脓腔留置灌洗管 0.9% 生理盐水 患侧股骨下段脓腔 持续潮式灌洗	蛛网膜下腔麻醉后常规护理 血常规

长期医嘱	临时医嘱
0.9%生理盐水 500ml 患侧股骨下 段脓腔灌洗 庆大霉素 8万单位 tid 患侧股骨下段脓腔留置引流管接瓶 卧床 抬高患肢 患肢持续皮牵引 注意患肢末梢血运 0.9%生理盐水 500ml / ivgtt 青霉素 480U / qd AST() (根据药敏结果调整) 5%葡萄糖液 500ml / ivgtt 丁胺卡那霉素 0.4g / qd (根据药敏结果调整) 对乙酰氨基酚 1片 bid 乳酸林格液 500ml ivgtt 5%葡萄糖液 1000ml / ivgtt 维生素C 2.0g / 对乙酰氨基酚 1片 bid	

注:

1. 非手术治疗:

1) 抗生素的应用: 首先选择对葡萄球菌有效的抗生素, 如青霉素或一代头孢菌素, 联合用药, 如果在3日内无明显疗效, 则应及时调整抗生素。尽快根据培养出的致病菌种, 找出敏感抗生素。连续用药要超过3~4周, 停用抗生素要具备下列条件: ①体温正常一周以上; ②局部症状、体征消失; ③白细胞计数及分类均正常; ④在X线片上看到修复现象。

2) 加强支持疗法及对症治疗。维持水及电解质平衡, 预防酸中毒。根据需要应用镇静、镇痛及退热药物。

3) 患肢抬高及制动: 应用石膏、夹板或牵引, 可使患

肢休息，减少扩散，减轻肌肉痉挛与疼痛，防止畸形或病理性骨折等。

2. 手术治疗：时间往往在抗生素应用 12 ~ 24 小时后，局部减压及切开引流是常用而且有效的治疗方法，早期切开引流，排出脓液，减少毒素吸收，可减少发生败血症的机会，用生理盐水冲洗髓腔，置入抗生素。也可以在髓腔内置入两根管进行灌洗。

慢性骨髓炎（以胫骨慢性化脓性骨髓炎为例）

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胫骨慢性化脓性骨髓炎骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
0.9% 生理盐水 100ml ivgtt	血肝功能
头孢哌酮 + 舒巴坦 1.0g bid（根据药敏结果调整、术前2天开始应用）	凝血功能
	乙肝二对半 + 肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片 + 患侧胫骨正侧位片
	窦道溢液细菌培养 + 药敏
	窦道溢液真菌培养 + 药敏（必要时）
	窦道溢液厌氧菌培养 + 药敏（必要时）

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胫骨慢性化脓性骨髓炎病灶清除、髂骨取骨植骨、痿管切除、皮瓣转移术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
Ⅰ级护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
禁食，8 小时后半流	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
患侧胫骨病灶旁引流管接袋记量	维生素 C 2.0g
患侧长腿石膏后托固定（必要时）	血常规
注意患肢末梢血运	
0.9% 生理盐水 100ml / ivgtt	
头孢哌酮 + 舒巴坦 1.0g / bid	
（根据药敏结果调整）	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注：

1. 慢性骨髓炎的治疗原则是尽可能清除感染组织，保留健康组织。具体是消灭死腔、摘除死骨或存留异物、切除硬化瘢痕及窦道，最后设法闭合创面。手术前应做脓液培养，找出致病菌及敏感抗生素，以便手术前后使用。

2. 慢性骨髓炎有死骨形成，有死腔及窦道、瘘管，且包壳已形成者，均应手术治疗。但因该病病期长，常合并有空洞、瘘管窦道、软组织瘢痕，甚至有溃疡或癌变，局部缺少软组织覆盖，因此，一次手术往往不能治愈。

3. 慢性骨髓炎急性发作期间不宜手术，应以抗生素治疗为主；大块死骨形成而包壳尚未充分形成者，不宜做死骨摘除术。

化脓性关节炎（以化脓性膝关节炎为例）

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按化脓性关节炎骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
患肢石膏托功能位外固定	血肝功能
0.9% 生理盐水 100ml / ivgtt	凝血功能
头孢曲松 1.0g / bid	乙肝二对半 + 肝炎系列
5% 葡萄糖液 500ml / ivgtt	抗 HIV 抗体
丁胺卡那霉素 0.4g / qd	心电图
	胸片 + 患侧膝关节正侧位片
	关节穿刺术 一次
	关节液细菌培养 + 药敏
	关节液真菌培养 + 药敏（必要时）
	关节液厌氧菌培养 + 药敏（必要时）

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按化脓性膝关节炎关节清理、置管	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
灌洗术后骨科常规护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
I 级护理	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
禁食，8 小时后半流	维生素 C 2.0g
患侧膝关节腔留置灌洗管	
0.9% 生理盐水 患侧膝关节腔持续潮式灌洗	
0.9% 生理盐水 500ml 患侧膝关节腔灌洗	
庆大霉素 8 万 U tid	

长期医嘱		临时医嘱
患侧膝关节腔留置引流管接瓶		
0.9% 生理盐水	100ml	ivgtt
头孢曲松	1.0g	bid
5% 葡萄糖液	500ml	ivgtt
丁胺卡那霉素	0.4g	qd
对乙酰氨基酚	1 片	bid

注：

1. 一般治疗措施包括加强支持治疗，应用石膏、夹板或牵引等方法固定患肢于功能位，对症治疗等。
2. 早期大剂量联合应用抗生素，并根据关节液细菌培养和药敏结果及时调整抗生素应用。
3. 轻症病例可试行关节穿刺抽出渗出液，用生理盐水冲洗后局部应用抗生素。
4. 当关节液稠厚，脓液不易抽出及其他感染表现加重、保守治疗难于控制时，应积极切开关节（亦可在关节镜下）清除脓液及坏死组织，用大量生理盐水冲洗后缝合。留置灌洗管和引流管进行关节腔持续冲洗。引流管的数量应不少于灌洗管的数量且应“入管细、出管粗”。
5. 后期病患出现关节强直于非功能位时，需以截骨矫形术、关节融合术、关节成形术等予以纠正。
6. 局部炎症消退后，及早开始肌肉收缩锻炼。可早期应用关节持续被动活动器（CPM）锻炼。

脊柱结核

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按脊柱结核骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血沉
卧硬板床（如有截瘫应予相应护理）	PPD - IgG
“一”字型翻身	血肾功能
异烟肼 0.2g tid	血肝功能
利福平 0.3g bid	凝血功能
链霉素 0.5g bid	乙肝二对半 + 肝炎系列
维生素 B ₆ 10mg tid	抗 HIV 抗体
葡醛内酯（肝泰乐） 0.1g tid	心电图
	胸片 + 腰椎（胸椎）正侧位片
	患椎为中心 MRI 或 CT

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按脊柱结核病灶清除、椎体间植骨融合术后骨科常规护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
I级护理	5% 葡萄糖液 1000ml
禁食，8 小时后半流	维生素 C 2.0g
常规喷喉 bid	肌苷 0.2g
卧硬板床（如有截瘫应予相应护理）	ivgtt
“一”字型翻身	血常规
胸腔闭式引流接瓶记量（部分胸椎病例术后）	血电解质
石膏床固定（必要时）	
0.9% 生理盐水 100ml	
头孢呋辛 1.5g	q12h iv

续 表

	长期医嘱	临时医嘱
异烟肼	0.2g tid	
利福平	0.3g bid	
链霉素	0.5g bid	
维生素 B ₆	10mg tid	
葡醛内酯（肝泰乐）	0.1g tid	
对乙酰氨基酚	1片 bid	

注：

1. 一般治疗及药物治疗：活动期骨、关节结核一般需要卧床休息，增加营养，增强体质。局部可用石膏、夹板或牵引制动关节于功能位。抗结核药物治疗是所有骨关节结核治疗的基础，应联合、规则用药，用药时间不宜过短。手术病例术前应用药 2~3 周。髋、髌髻关节及脊柱结核等病灶较大者，术后用药常达两年。

2. 若脊柱破坏有限，脊髓无受压表现，则单纯抗结核治疗已足够。若随着治疗椎体旁肿胀消退，则可能不是脓肿，则没有必要作病灶清除。但在抗结核治疗期间，受累部位应采取适当的固定措施。若肿胀未消退或疼痛持续存在，则需作病灶清除术。

3. 脊柱结核合并冷脓肿、死骨、瘘管、截瘫或其他神经受累表现者，应行病灶清除加植骨融合术，清除病灶、稳定脊柱、解除对脊髓的压迫。术后卧床时间颈椎一般为 3 个月，胸腰椎为 5~6 个月。

4. 颈椎因血运丰富，病变易吸收，常通过保守治疗可痊愈。如果病情无法控制，可行病灶清除术，前方减压、矫正畸形，前路植骨融合术。胸椎结核往往采用肋骨小头切除入路清除病灶。腰椎结核可采用肾切口或双侧倒“八”字切口的腹膜外入路进行病灶清除。

髌关节结核

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按髌关节结核骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血沉
患肢皮牵引	PPD - IgG
异烟肼 0.2g tid	肾功能
利福平 0.3g bid	肝功能
链霉素 0.5g bid	凝血功能
维生素 B ₆ 10mg tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
葡萄糖内酯 (肝泰乐) 0.1g tid	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片 + 骨盆正位 + 患侧髌关节正侧位片
	髌关节穿刺术 一次
	关节穿刺液找抗酸杆菌

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按髌关节结核病灶清除术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
I级护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
禁食, 8 小时后半流	5% 葡萄糖液 1000ml /
注意患肢末梢血运	维生素 C 2.0 ivgtt
患肢皮牵引	肌苷 0.2g
0.9% 生理盐水 100ml /	血常规
头孢呋辛 1.5g / q12h iv	血电解质
异烟肼 0.2g tid	
利福平 0.3g bid	
链霉素 0.5g bid	
维生素 B ₆ 10mg tid	
葡萄糖内酯 (肝泰乐) 0.1g tid	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注：多数患者为全关节结核。

1. 一般治疗及药物治疗见脊柱结核。

2. 原则为早期制动、抗痨，尽量保持关节功能。

3. 单纯滑膜结核可采用关节内注射抗结核药物，若疗效不佳可行滑膜切除术；单纯骨结核和早期全关节结核宜及时行病灶清除术；晚期全关节结核，根据病情采用病灶清除、关节融合、粗隆下截骨术。

膝关节结核

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按膝关节滑膜结核骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血沉
患肢皮牵引	PPD - IgG
异烟肼 0.2g ttd	血肾功能
利福平 0.3g bid	血肝功能
链霉素 0.5g bid	凝血功能
维生素 B ₆ 10mg tid	乙肝二对半 + 肝炎系列
葡醛内酯（肝泰乐） 0.1g tid	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片 + 双侧膝关节正侧位片
	膝关节穿刺术 一次
	关节穿刺液找抗酸杆菌

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按膝关节滑膜结核病灶清除术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
Ⅰ级护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
禁食，8 小时后半流	5% 葡萄糖液 1000ml
注意患肢末梢血运	维生素 C 2.0g
患肢皮牵引	肌苷 0.2g
0.9% 生理盐水 100ml	血常规
头孢呋辛 1.5g	血电解质
异烟肼 0.2g tid	
利福平 0.3g bid	
链霉素 0.5g bid	
维生素 B ₆ 10mg tid	
葡醛内酯（肝泰乐） 0.1g tid	
对乙酰氨基酚 1 片 bid	

注：易发生滑膜结核。一般治疗及药物治疗措施见脊柱结核。

1. 单纯滑膜结核：行膝关节穿刺抽液，注射抗结核药物，每周一次。非手术治疗无效者行滑膜切除术。术后可于2~3周后开始功能锻炼，必要时可应用持续被动活动（CPM）器锻炼。

2. 单纯骨结核：当病灶有破入关节形成全关节结核危险时或有明显脓肿与死骨者，行病灶清除术。

3. 早期全关节结核应及早行病灶清除术，术后固定3~5周开始关节功能锻炼。尚有活动性病变的晚期全关节结核应采取关节切除、加压融合术或截骨术矫正畸形。对于15岁以下的儿童膝关节结核，不宜行关节融合术。

膝关节骨性关节炎

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按膝关节骨性关节炎骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	血肾功能
对乙酰氨基酚 1片 bid	血肝功能
	凝血功能
	乙肝二对半 + 肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片 + 双侧膝关节正侧位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按膝关节表面置换术后骨科常规护理	蛛网膜下腔麻醉后常规护理
I级护理	乳酸林格液 1000ml ivgtt
禁食，8 小时后半流	5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
假体旁引流管接袋记 24 小时引流量	维生素 C 2.0g
注意患肢末梢血运	血常规
0.9% 生理盐水 100ml	血电解质
Rocefine 1.0g q12h	
低分子右旋糖酐 500ml ivgtt qd	
低分子肝素钙 0.4ml ih qd	
对乙酰氨基酚 1片 bid	
持续被动活动（CPM）器锻炼（术后第 3 天开始）	

注：

1. 保守治疗包括减肥、药物的应用（如 NSAIDs、氨基葡萄糖、透明质酸钠关节内注射等），关节康复功能锻炼

(注意活动的范围、姿势和强度,包括等长、等张、等力活动)。

2. 关节症状较重的患者,可行关节镜下关节清理术;若发现有导致力学改变的畸形存在,应行截骨矫形或其他矫形术以纠正力线不正。年龄较大,关节病损严重,保守治疗效果不佳者可行人工关节置换术。

3. 膝关节表面置换术常渗血较多,应注意观察术后引流情况及生命征、血象等情况,及时恢复有效循环容量。持续被动活动(CPM)器是膝关节置换术后康复治疗中十分有益而且有效的辅助手段,一般在手术后第3天或拔除引流管后开始进行,根据患者反应决定每日应用时间和进度,应力求患者出院前膝关节屈曲能不少于 90° 。

股骨头缺血坏死

术前医嘱

长期医嘱

按股骨头缺血坏死骨科常规护理
Ⅱ级护理
普食
对乙酰氨基酚 1片 bid

临时医嘱

血常规 + 血型
尿常规
血肾功能
血肝功能
凝血功能
乙肝二对半 + 肝炎系列
抗 HIV 抗体
心电图
胸片
髋关节正侧位片 + 骨盆正位片

术后医嘱

长期医嘱

按全髋关节置换术后骨科常规护理
Ⅰ级护理
禁食，8 小时后半流
假体旁引流管接袋记 24 小时引流量
避免患髋内收、外旋、过屈位
0.9% 生理盐水 100ml
Rocefine 1.0g q12h
低分子右旋糖酐 500ml
ivgtt qd
低分子肝素钙 0.4ml ih qd
对乙酰氨基酚 1片 bid

临时医嘱

蛛网膜下腔麻醉后常规护理
乳酸林格液 1000ml ivgtt
5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
维生素 C 2.0g
血常规
血电解质

注：

1. 保守治疗包括镇痛药、减轻负重（如卧床休息、减肥、拄拐活动等）、理疗、停止接触已知致病因素（如酒精、皮质醇、深潜水作业等），适用于极早期的病人，对延缓股骨头坏死进一步加重，减轻症状也有一定疗效。一般而言，当疾病进展到有 X 线表现时通常已是不可逆转的。

2. 在股骨头塌陷前，髓芯减压术对防止股骨头坏死进一步加重是有效的。对于有部分关节面坏死塌陷的病例，可选择旋转截骨术改变负重关节面或带血管蒂髂骨移植术。对于出现全股骨头塌陷、关节间隙改变的晚期病人，可选择假体置换术。

先天性肌性斜颈

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按先天性肌性斜颈骨科常规护理 Ⅱ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 肾功能 肝功能 凝血功能 乙肝二对半 心电图 胸片 + 颈椎正侧位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按患侧胸锁乳突肌切断术后骨科 常规护理 Ⅰ级护理 禁食, 8 小时后半流 引流管接袋记 24 小时引流量 颌枕带持续牵引 常规喷喉 bid 0.9% 生理盐水 100ml / 头孢呋辛 1.5g / iv bid 对乙酰氨基酚 1 片 bid	乳酸林格液 500ml ivgtt (术后当日) 10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt (术后当日)

注:

1. 非手术疗法适用于 1 岁以内的幼儿, 包括局部热敷、按摩、手法扳正。婴儿睡时用沙袋保持于矫正位。

2. 手术疗法适用于 1 岁以上患者。年龄越小, 效果越好。手术方法多用患侧胸锁乳突肌切断术。术后早期可予颌

枕带牵引减轻局部粘连和瘢痕形成。术后 4 周予头颈胸支架固定。12 岁以上患者，虽然脸部和颈部畸形已难于纠正，但手术治疗仍可能改善畸形和活动范围。

先天性髋关节脱位

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按先天性髋关节脱位骨科常规 护理 Ⅱ级护理 普食 患肢股骨髁上骨牵引（必要时）	血常规 + 血型 尿常规 肾功能 肝功能 凝血功能 乙肝二对半 + 肝炎系列 心电图 胸片 + 骨盆正位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按先天性髋关节脱位 Salter 截骨 术后骨科常规护理 Ⅰ级护理 禁食，8 小时后半流 患侧髋“人”字形石膏外固定 注意患肢末梢血运 髂骨旁引流管接袋记量 0.9% 生理盐水 100ml 头孢呋辛 1.5 g	乳酸林格液 500ml ivgtt (术后补液量据患儿体重调整) 5% 葡萄糖液 1000ml 维生素 C 2.0g / ivgtt iv bid

注：治疗方法随年龄增大而有不同选择：

1. 新生儿（出生至个 6 月）：为非手术治疗的最佳时机。方法是将两髋保持屈曲外展位，保证股骨头复位，具体方法是使用简单的支具如外展尿枕、连衣挽具等。

2. 婴儿（6 ~ 18 个月）：闭合复位或切开复位。为了使闭合复位成功，复位前应先用双下肢持续皮肤牵引 2 ~ 3 周，使股骨头下降，并使髋关节周围的肌肉、韧带松弛。手法复

位后应用外固定支架保持两髋屈曲外展位，时间3个月左右。闭合复位失败者可切开复位，切断内收肌肌腱，复位后蛙式石膏固定。每3个月更换一次，固定时间6~9个月。

3. 学步儿童（18~36个月）：若原病理改变固定，应切开复位。后以蛙式石膏固定，每3个月更换一次，固定时间6~9个月。解除固定后，应加强功能锻炼。

4. 3岁以上患儿：主要采用手术治疗，充分松解髋关节周围挛缩的肌肉、韧带组织，在切开复位的基础上，纠正髋臼、股骨上段骨性畸形，方法有：① Salter 骨盆截骨治疗术：原理是改变髋臼方向，使髋臼向前下方移位，更好地覆盖股骨头，此手术为3~6岁患儿首选的手术方法；② 骨盆内移截骨术（Chiari 截骨术）：主要适用于青少年患者；③ 髋臼成形术：也称髋臼造顶术，主要目的在于增加髋臼对股骨头的覆盖面积，恢复髋臼负重区的正常弧形结构，适用于大龄儿童髋关节脱位、髋臼发育不良、髋臼指数大于 45° 者。

先天性马蹄内翻足

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按先天性马蹄内翻足骨科常规护理 Ⅱ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝二对半 + 肝炎系列 心电图 胸透 足部正侧位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按先天性马蹄内翻足跟腱延长、内侧软组织松解及石膏外固定术后骨科常规护理 Ⅰ级护理 禁食，8 小时后半流 短腿管型石膏外固定 注意患肢末梢血运 跟腱旁引流管接袋记量 0.9% 生理盐水 100ml 头孢呋辛 1.5g 对乙酰氨基酚 1 片 bid	蛛网膜下腔麻醉后常规护理 乳酸林格液 500ml ivgtt 5% 葡萄糖液 1000ml 维生素 C 2.0g ivgtt

注：治疗为矫正畸形。早期治疗效果良好。治疗根据年龄和畸形病理改变及畸形程度，大致可分为四个时期：

1. 1 岁以内的婴儿，主要是软组织改变，而且畸形较轻，进行手法矫正（可结合跟腱延长）。

2. 1~3岁，仍为软组织改变，但病理改变已较婴儿期严重，需分期手法矫正，石膏固定（可根据病理改变程度结合跟腱延长、软组织松解和肌腱移位手术）。

3. 3~15岁，对于手法治疗失败者，可用软组织松解、挛缩肌腱延长、肌腱移位等手术治疗。管型石膏固定患足于矫枉过正位。

4. 15岁以后的治疗，由于长期畸形，已出现骨性畸形和明显的肌腱、腱膜、关节囊等软组织挛缩，手法矫正不满意，软组织松解亦不能达到预期目的，适合三关节融合、矫正畸形手术。

特发性脊柱侧凸

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按特发性脊柱侧凸骨科常规 护理 II级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝二对半 + 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸片 站立位全脊柱前后位及侧位 X 线片 卧位左右侧弯全脊柱前后位 X 线片 卧位全脊柱前后位 X 线片（必要时） 卧位牵引后全脊柱前后位 X 线片（必要时） 以顶椎为中心行 MRI 或三维 CT（必要时） 肺功能检查（必要时）

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胸腰段特发性脊柱侧凸后路矫形、关节突植骨融合术后骨科常规护理 I级护理 禁食 引流管接袋记 24 小时引流量 卧硬板床 常规喷喉 Bid 0.9% 生理盐水 100ml 头孢呋辛 1.5g 对乙酰氨基酚 1 片 bid	乳酸林格液 1000ml ivgtt 5% 葡萄糖液 1000ml / 维生素 C 2.0g / ivgtt 血常规

注：治疗目的是矫正和阻止原发性侧凸的进展，矫正和预防代偿性曲线发生结构性改变，改善脊柱躯干形状及心肺功能，预防和减少腰背痛。原则是仔细观察，尽早治疗，合理采用支具和手术矫正畸形。

1. 非手术疗法：只能控制脊柱畸形的恶化，不能减少畸形角度。方法包括采取正确的坐姿以及体操疗法、支具疗法、电刺激疗法、腰背肌、腹肌、髂肌及肩部肌锻炼等。

2. 手术治疗适应证为：①经保守治疗无效，继续加重迅速者；②明显的脊柱侧凸病人，胸椎侧凸 45° 以上、腰椎侧凸 60° 以上或呈 60° 以上“S”形畸形；③脊柱骨骼发育成熟后。目前，脊柱侧凸三维矫正的理念和方法已成为脊柱侧凸矫形手术的主流。

拇 外 翻

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按拇外翻骨科常规护理 II级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝二对半 心电图 胸透 患足正侧位片

术 后 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按第一跖骨头骨赘切除、拇内收肌切断、内侧关节囊腱膜重叠缝合术后骨科常规护理 I 级护理 禁食，8 小时后普食 拇趾矫正位石膏外固定 注意患肢末梢血运 0.9% 生理盐水 100ml / 头孢呋辛 1.5g / iv bid 对乙酰氨基酚 1 片 bid	蛛网膜下腔麻醉后常规护理 乳酸林格液 500ml ivgtt (术后当日) 10 % 葡萄糖液 1000ml ivgtt (术后当日)

注：

1. 该病重在预防，穿合适的鞋子。轻度患者可在第 1、2 趾间夹棉垫，夜间在拇趾内侧缚一直夹板矫正畸形。畸形严重且疼痛明确者，可行手术治疗。

2. 手术治疗方法较多，如第 1 跖骨头骨赘切除、拇内收肌切断或移位、内侧关节囊腱膜重叠缝合、趾骨部分切除等，根据患者情况可同时应用数种矫形术式。

良性骨肿瘤（以骨软骨瘤为例）

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胫骨近端骨软骨瘤骨科常规护理 Ⅱ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝二对半 心电图 胸片 + 患侧膝关节正侧位片

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按患侧胫骨近端骨软骨瘤切除术后 骨科常规护理 Ⅰ级护理 禁食，8 小时后半流 引流管接袋记 24 小时引流量 0.9% 生理盐水 100ml / 头孢呋辛 1.5g / iv bid 对乙酰氨基酚 1 片 bid	蛛网膜下腔麻醉后常规护理 乳酸林格液 500ml ivgtt 10 % 葡萄糖液 1000ml ivgtt

注：

- 1. 骨软骨瘤是最常见的良性骨肿瘤，无症状者可不予手术，但需要密切观察，出现下列情况者，需作彻底切除：
①出现疼痛；②成年后持续生长；③较大肿瘤合并压迫症状，或影响关节功能，肢体功能障碍者；④有其他恶变征兆者；⑤发病位于扁骨的骨软骨瘤为相对的手术适应证。
- 2. 其他骨良性肿瘤包括骨瘤、骨样骨瘤、内生性软骨

瘤、成软骨细胞瘤等。对于骨样骨瘤外科手术切除骨中的密度减低区可以根治。其他各种骨良性肿瘤手术方式主要是局部切除、刮除，同时取自体骨或同种异体骨、骨水泥填充残留骨腔。

骨巨细胞瘤

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按股骨远端骨巨细胞瘤骨科常规 护理 Ⅱ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝二对半 + 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸片 + 膝关节正侧位片 患侧股骨下段 MRI 病灶穿刺活检术 一次

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按患侧股骨远端骨巨细胞瘤病灶刮除、 骨水泥填充术后骨科常规护理 Ⅰ级护理 禁食，8 小时后半流 引流管接袋记 24 小时引流量 注意患肢末梢血运 0.9% 生理盐水 100ml 头孢呋辛 1.5g 对乙酰氨基酚 1 片 bid	蛛网膜下腔麻醉后常规 护理 乳酸林格液 500ml ivgtt 10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt 维生素 C 2.0g

注：

- 1. 骨巨细胞瘤首选外科手术治疗，应根据肿瘤的分期、部位、年龄及病人的病情评估选择适当的手术方法。
- 2. 下述情况应采用刮除术：所有Ⅰ级，多数Ⅱ级的病灶、

残存骨能够承受机械应力，并且瘤段截除是不适合的或冒功能损害很大的情况下(如脊椎部位)。

3. 节段性截除(瘤段切除)的指征为：部分Ⅱ级及多数Ⅲ级的病例，肿瘤已经广泛破坏病变骨，有病理性骨折发生，和病变位于非重要的骨骼。

4. 肿瘤清除后，可选择骨水泥、植骨术等方法修复骨缺损。大段骨缺损可行假体置换、结构性植骨等术式。桡骨远段肿瘤截除后，可选择自体带血管蒂腓骨移植。

恶性骨肿瘤（以股骨远端骨肉瘤为例）

术前医嘱

长期医嘱		临时医嘱
按锁骨骨折骨科常规护理		血常规 + 血型
Ⅱ级护理		尿常规
普食		肾功能
利血生 20mg tid		血肝功能（含碱性磷酸酶）
鲨肝醇 100mg tid		凝血功能
葡醛内酯（肝泰乐） tid	0.1g	乙肝二对半 + 肝炎系列
		抗 HIV 抗体
		心电图
		胸片 + 患侧股骨下段正侧位片（含膝关节）
		患侧股骨中下段 MRI
		病灶穿刺活检术 一次
		（新辅助化疗方案请参考相关文献及专著）

术后医嘱

长期医嘱		临时医嘱
按患侧股骨远端骨肉瘤瘤段切除、肿瘤型人工假体置换术后骨科常规护理		蛛网膜下腔麻醉后常规护理
Ⅰ级护理		乳酸林格液 1000ml ivgtt
禁食，8 小时后半流		5% 葡萄糖液 1000ml / ivgtt
引流管接袋记 24 小时引流量		维生素 C 2.0g
注意患肢末梢血运		血常规
0.9% 生理盐水 100ml	/ iv bid	
头孢呋辛 1.5g		
对乙酰氨基酚 1 片 bid		

注：

1. 对于骨肉瘤的治疗，目前倾向于在大剂量化疗的基础上尽量保肢的综合性治疗。

2. 目前，大剂量化疗作为骨肉瘤术前、术后辅助治疗，常用药物包括：异环磷酰胺、阿霉素、顺铂、长春新碱及甲氨蝶呤 + 甲酰四氢叶酸解救等，具体方案的施行较复杂，可参考相关文献及专著。

3. 手术方式包括截肢技术与保肢技术。包括其他肢体恶性骨肿瘤病例保留肢体的适应证有：

- 1) 病骨已经发育成熟（14 ~ 16 岁）。
- 2) II A 期肿瘤或对化疗敏感的 II B 期肿瘤。
- 3) 血管神经束未受累，被肿瘤机械推移者除外。
- 4) 肿瘤周围软组织条件良好。
- 5) 肿瘤能够完整切除，未发生病理性骨折。
- 6) 术后肢体功能优于义肢。
- 7) 术后局部复发率和转移率不高于截肢。
- 8) 病患要求保肢。

4. 保肢手术肢体重建方法包括瘤骨骨壳灭活再植术、异体骨结构性植骨、关节融合术、人工假体置换术和异体骨 - 假体复合体等。

骨的瘤样病损
(以股骨远端动脉瘤样骨囊肿为例)

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按股骨远端动脉瘤样骨囊肿骨 科常规护理 Ⅱ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝二对半 + 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸片 + 患侧股骨下段正侧位片 （含膝关节） 患侧股骨下段 MRI 病灶穿刺活检术 一次

术 后 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按患侧股骨远端动脉瘤样骨囊肿病 灶刮除、髂骨取骨植骨术后骨科常 规护理 Ⅰ级护理 禁食，8 小时后半流 引流管接袋记 24 小时引流量 注意患肢末梢血运 0.9% 生理盐水 100ml / 头孢呋辛 1.5g / iv bid 对乙酰氨基酚 1 片 bid	蛛网膜下腔麻醉后常规护理 乳酸林格液 1000ml ivgtt 5% 葡萄糖液 1000ml / 维生素 C 2.0g / ivgtt 血常规

注：

1. 骨的瘤样病损种类较多，如骨囊肿、动脉瘤样骨囊肿、嗜酸性肉芽肿、骨纤维性结构不良、非骨化性纤维瘤等，治疗方式包括保守治疗（如骨囊肿囊内注射皮质类固醇类药物）、放疗、手术治疗（刮除植骨或骨水泥填充、肿瘤边缘性切除）等。

2. 对于骨囊肿，手术是成年患者的首选治疗方法，以刮除植骨或骨水泥填充为主；对于儿童，特别是X线证实为活动期的，则可考虑先行保守治疗。

3. 对于动脉瘤样骨囊肿，若病变在腓骨、肋骨、桡骨远端、耻骨枝以及手、足骨等时手术切除病灶治疗常可取得较好的效果。在其他的部位，病灶内刮除、自体骨移植也是常用的方法。在刮除的过程中可能会大量出血，手术前后均应做好相应准备。对于较大病灶，可辅以放疗或介入治疗。该病复发率较高。

4. 对于骨纤维性结构不良，在儿童生长期采取保守治疗，可用适当的支具预防畸形，手术越晚做越好，如果生长期的儿童必须进行手术治疗，为防止复发，广泛切除是必要的。在成人病例中，选择边缘切除或病灶刮除即可。

5. 对于单发的嗜酸性肉芽肿，下列情况可选择病灶切除或刮除术：椎体或其他有症状的病灶、有自发性骨折危险的承重骨以及由病变导致的严重功能障碍或畸形。当疾病威胁到重要器官的功能且局部注射激素以及外科手术不能进行时，可考虑低剂量放射治疗。

强直性脊柱炎、类风湿性关节炎请参考相关内科书籍。

（中山大学附属第一医院骨外科 杨子波）

十一、泌尿外科

长期医嘱	临时医嘱
按铁蹄形肾术前外科常规护理	血常规 + 血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	便常规
测血压、脉搏 bid 或 q4h	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	双侧泌尿系统 B 超
	双肾 CT
	IVP
	输尿管逆行插管造影（必要时）
	磁共振水成像（必要时）

- 注：
- 1. 本病术前一要明确诊断，二要了解有无该病引起的反复感染、结石和积水等并发症。
 - 2. IVP 输尿管不显影的须做磁共振水成像；在手术当天做输尿管逆行插管造影。
 - 3. 术前如有尿路感染可口服抗生素。

术后医嘱

长期医嘱

临时医嘱

按硬外麻醉马蹄肾峡部切除术

后常规护理

I 级护理

禁食

吸氧（必要时）

心电监护（必要时）

绝对卧床 2 周

停留双腔导尿管接引流袋

伤口双腔引流管接持续低负压

吸引计量

雷尼替丁 0.15g iv bid

5% 葡萄糖生理盐水

注射液 500ml

酚磺乙胺 2.0g

止血芳酸 0.3g

维生素 K₁ 10mg

维生素 B₁ 10mg im qd

血常规

血生化

血肝功能

凝血功能

动脉血气分析（必要时）

10% 葡萄糖注射液

1000 ~ 1500ml

乳酸林格液 500ml

维生素 C 2.0

维生素 B₆ 0.2

iv drip

iv drip qd

注：

1. 若手术困难、失血多，病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。

2. 预防性抗生素可选用 2、3 代头孢菌素。

3. 术后密切观察有无出血情况，认真记录引流量，注意血压、心率、CVP 的变化，根据 BP、HR、CVP 情况予调整血压或补充血容量。

4. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，监测尿量及肾功能情况。

5. 病人可下床活动时才拔尿管。

长期医嘱	临时医嘱
按单纯性肾囊肿术前外科常规护理	血常规 + 血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	便常规
测血压、脉搏 bid（必要时）	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	双侧泌尿系统 B 超
	双肾 CT、MRI
	IVP

- 注：
- 1. 术前应明确诊断，并与多囊肾、肾错构瘤、囊性肾病、肾恶性肿瘤等鉴别。
 - 2. 术前如有较顽固的高血压，应予内科治疗，必要时通过介入等方法了解肾素情况。

术后医嘱

长期医嘱		临时医嘱	
按硬膜外麻醉肾囊肿去盖术后常规	护理	血常规	
I 级护理		血生化	
禁饮食		血肝功能	
停留双腔导尿管接引流袋		10% 葡萄糖注射液	
肾窝双腔引流管接持续低负压吸引		1000 ~ 1500ml	
计量		5% 葡萄糖注射液 500ml	iv drip
测血压 bid 或 q8h		乳酸林格液 500ml	
5% 葡萄糖生理盐水注射液 500ml		维生素 C 2.0g	
酚磺乙胺 2.0g		维生素 B ₆ 0.2g	
止血芳酸 0.3g	iv drip qd		
维生素 K ₁ 10mg			
维生素 B ₁ 10mg im qd			

注:

1. 手术简单, 术后病人情况多较稳定。
2. 预防性抗生素可选用二线药物。
3. 继续注意控制血压, 可口服或静脉用降压药。
4. 术后 3 ~ 5 天拔尿管。

重复肾盂和输尿管

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按重复肾盂和输尿管术前外科 常规护理 I 级或 II 级护理 普食或半流质饮食 测血压 bid	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 血脂 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸片 双侧泌尿系统 B 超 IVP 双肾 CT MRI 泌尿系统水成像 输尿管逆行插管造影（必要时）

注：

1. 术前明确诊断，应与囊性肾病变、肾上极（上盏）积水和结石鉴别。
2. 术前有尿路感染者予口服或静脉抗菌素。
3. 诊断有困难或感染难以控制者可先做肾造瘘术。
4. 必要时术前作输尿管逆行插管造影。

长期医嘱

临时医嘱

按硬脊膜外麻醉下重复肾输尿管切除术	管切除术后常规护理	I 级护理	禁饮食	吸氧	心电监护（必要时）	停留双腔导尿管接引流袋计量	肾窝双腔引流管接持续低负压吸引计量	记 24 小时出入量	雷尼替丁 0.15g iv bid	5% 葡萄糖生理盐水注射液 500ml	酚磺乙胺 2.0g	对氨苯甲酸 0.3g	维生素 B ₁ 10mg im qd	血常规	血生化	血肝功能	凝血功能	10% 葡萄糖注射液 1000 ~ 1500ml	5% 葡萄糖注射液 500ml	乳酸林格氏液 500ml	维生素 C 2.0g	维生素 B ₆ 0.2g	iv drip
-------------------	-----------	-------	-----	----	-----------	---------------	-------------------	------------	-------------------	---------------------	-----------	------------	-------------------------------	-----	-----	------	------	--------------------------	-----------------	--------------	------------	-------------------------	---------

注：

1. 手术难度中等，创伤较大。
2. 预防性抗生素可选用 2、3 代头孢菌素。
3. 注意血压和引流量的情况，必要时适当补充血容量。
4. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，监测肾功能。
5. 尿管可在术后 7 ~ 10 天拔除。

肾盂输尿管交界处狭窄

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肾盂输尿管交界处狭窄术前 外科常规护理 I 级或 II 级护理 普食或半流质饮食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 超声心动图 胸片 双侧泌尿系统 B 超 IVP MRI 泌尿系统水成像 输尿管逆行插管造影（必要时） 双肾 CT（必要时）

注：

1. 术前诊断有一定的难度，病史长的病例 IVP 检查往往患侧不显影，需做 MRI 泌尿系统水成像和（或）输尿管逆行插管造影才能确诊。

2. 患侧合并感染时要用口服或静脉抗生素控制感染，必要时可先作肾穿刺造瘘，否则容易导致整形失败。

3. 病史长、积水严重、肾实质菲薄的患者，也可先行肾穿刺造瘘术，留管并记录该侧尿量 1~2 月，评估肾功能，以确定有无整形手术的价值。

4. 一侧肾盂输尿管交界处狭窄者相当部分合并对侧的畸形。

术后医嘱

长期医嘱		临时医嘱	
按硬脊膜外麻醉下肾盂输尿管整形		血常规	
术后常规护理		血生化	
I 级护理		血肝功能	
禁饮食		凝血功能	
尿管接引流袋计量		10% 葡萄糖注射液	iv drip
肾盂旁双腔引流管接持续低负压吸		1000 ~ 1500ml	
引计量		5% 葡萄糖注射液 500ml	
肾造瘘管接袋计量		乳酸林格氏液 500ml	
记 24 小时出入量		维生素 C 2.0g	
5% 葡萄糖生理盐水		维生素 B ₆ 0.2g	
注射液 500ml			
酚磺乙胺（止血敏） 2.0g	iv drip qd		
止血芳酸 0.3g			
维生素 B ₁ 10mg im qd			

注：

1. 预防性抗生素可选用 2、3 代头孢菌素等，术前有感染的病例应加强抗感染。
2. 术中如果游离过肾脏的，术后应适当卧床1周。
3. 术后 3 ~ 5 天可拔除尿管，1 周左右拍 KUB 片了解内支架管的情况，支架管一般在术后 2 ~ 4 周拔除。

输尿管膨出

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按输尿管膨出术前外科常规 护理 I 级或 II 级护理 普食或半流质饮食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸片 双侧泌尿系统 B 超 IVP 膀胱镜检查 MRI 泌尿系统水成像（必要时） 膀胱尿道造影（必要时） 泌尿系 CT（必要时）

注：

- 1. 较大的膨出诊断较容易，膨出小时有一定的难度，膀胱镜检查最准确，但有创伤，IVP、CT、MRI 等检查还可以发现其他的泌尿系畸形或病变。
- 2. 有尿路感染时要用口服或静脉抗生素控制。

长期医嘱

临时医嘱

按硬脊膜外麻醉下输尿管膨出
切除（电切）术后常规护理
I 级护理
禁饮食
双腔尿管接引流袋记量
髂窝双腔引流管接持续低负压
吸引记量
膀胱造瘘管接袋记量
输尿管外支架管接袋记量
记 24 小时出入量
5% 葡萄糖生理盐水
注射液 500ml
酚磺乙胺 2.0g
止血芳酸 0.3g
维生素 B₁ 10mg im qd

血常规
血生化
血肝功能
凝血功能
10% 葡萄糖注射液
1000 ~ 1500ml
5% 葡萄糖注射液 500ml
乳酸林格液 500ml
维生素 C 2.0g
维生素 B₆ 0.2g

iv drip

iv drip qd

注：

1. 预防性抗生素可选用 2、3 代头孢菌素等，术前有感染的病例应加强抗感染。
2. 输尿管膨出小，仅做电切手术的病人，术后只停留尿管，一般 3 ~ 5 天可拔除。
3. 作输尿管膀胱吻合的病人创面较大，渗血多，可适当输血或血浆。
4. 开放手术病人应注意各类管道的护理，防止脱管、折管、堵管等情况，膀胱有血块时可酌情进行持续冲洗。一般 7 ~ 10 天左右拔除膀胱造瘘管，待造瘘口长好后才拔尿管，内支架管在术后 4 ~ 6 周拔除。

肾下垂

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肾下垂术前护理常规 Ⅱ级或Ⅲ级护理 普食或半流	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸片 双侧泌尿系统 B 超 KUB + IVP MRI 泌尿系统水成像 (必要时) 泌尿系 CT (必要时)

注:

1. B 超、IVP、CT、MRI 等检查可以了解有无泌尿系的其他病变。
2. 有尿路感染时要用口服或静脉抗生素控制。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腰硬外麻下肾固定术后护理常规 Ⅰ级护理 禁食 双腔尿管接袋记量 肾周双腔引流管接负压持续记量 绝对卧床 维生素 B ₁ 10mg im qd	血常规 血生化 10% 葡萄糖注射液 1000 ~ 1500ml 5% 葡萄糖注射液 500ml 乳酸林格液 500ml 维生素 C 2.0g 维生素 B ₆ 0.2g iv drip

注：

1. 静脉预防性使用抗生素，体温正常后改口服，术前有过感染的病例应加强抗感染。
2. 手术要游离肾脏，术后应卧床两周。

鞘膜积液

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按鞘膜积液术前护理常规	血常规 + 血型
Ⅱ级或Ⅲ级护理	尿常规
普食或半流	便常规
	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	双肾、输尿管、膀胱、阴囊
	B 超

注：必要时要做相应的检查了解鞘膜积液是否继发于其他疾病

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按硬脊膜外麻醉下双侧	血常规
睾丸翻转术后常规护理	血生化
I 级护理	10% 葡萄糖注射液 1000 ~ 1500ml
禁饮食	5% 葡萄糖注射液 500ml
双腔尿管接引流袋记量	乳酸林格氏液 500ml
	维生素 C 2.0g
	维生素 B ₆ 0.2g

iv drip

注：

1. 术后 3 天静脉使用抗生素预防感染，之后可改口服。
2. 鞘膜积液的术式较多，一般很快就可减少补液，进食。

精索静脉曲张

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按精索静脉曲张常规护理	血常规 + 血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	便常规
	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	双侧泌尿系统 B 超
	双侧精索彩色 B 超
	精液常规（必要时）

十一、泌尿外科

注：必要时要做相应的检查了解精索静脉曲张是否继发于其他疾病

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按硬脊膜外麻醉下精索静脉高位结扎术后常规护理	血常规
I 级护理	血生化
禁饮食	10% 葡萄糖注射液 1000 ~ 1500ml
双腔尿管接引流袋记量（必要时）	5% 葡萄糖注射液 500ml
维生素 B ₁ 10mg im qd	乳酸林格液 500ml
	维生素 C 2.0g
	维生素 B ₆ 0.2g

iv drip

注：

1. 术后 3 天静脉使用抗生素预防感染，之后可改口服；
2. 精索静脉的手术较小，一般很快就可减少补液，进食。

长期医嘱	临时医嘱
按精索静脉曲张常规护理	血常规 + 血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	便常规
	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	双侧泌尿系统 B 超
	双侧肾血管彩色 D 超
术前禁食禁饮 8 小时	
血总肾素活性测定	
KUB + IVP	
CT 或 MRI（必要时）	
肾动脉造影及分肾肾素活性测定	
肾放射性核素检查	

到肾动脉狭窄及肾性高血压的可靠证据，同时评估双侧肾的情况。
情况予以降血压和调整水电解质平衡。

- 注：
- 1. 必须找肾内科医生会诊时准确评估对侧肾情况。
 - 2. 按具体病情处理。

术后医嘱

长期医嘱		临时医嘱	
按硬脊膜外麻醉下肾切除术后		急查血常规	
常规护理		急查血生化	
I 级护理		10% 葡萄糖注射液	iv drip
禁饮食		1000 ~ 1500ml	
心电监护		5% 葡萄糖注射液 500ml	
双腔尿管接引流袋记量		乳酸林格液 500ml	
肾窝双腔引流管接持续低负压		维生素 C 2.0g	
吸引记量		维生素 B ₆ 0.2g	
记 24 小时出入量			
维生素 B ₁ 10mg	im qd		

注：

1. 术后静脉使用抗生素预防感染，体温正常后可改口服。
2. 术后血压可能仍然难以很快平稳，需要密切观察和治疗。
3. 如果是做狭窄段血管切除再吻合术或介入治疗，术后医嘱有差别。

肾 损 伤

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肾损伤术前常规护理	急查血常规 + 血型
I 级或 II 级护理	急查尿常规
半流饮食或禁饮食	急查血生化
停留尿管引流尿液	急查凝血四项
绝对卧床	急查双肾、输尿管、膀胱 B 超
测 BP、R、P q1h	双肾 CT 或 MRI (必要时急查)
记 24h 尿量	便常规
	血肝功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	尿红细胞位相 (必要时)

注:

1. 术前有休克者, 先补液扩容, 纠正休克。如因大出血不能及时纠正, 或有进行性出血倾向者, 应即时急诊手术探索。

2. 在未清楚肾损伤具体情况前, 做任何检查病人都必须保证绝对卧床。

3. 术前有凝血功能障碍应使用维生素 K_1 或输血浆。

4. 必要时术前行右锁骨下穿刺, 作 CVP 测定。

术后医嘱

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻/硬外麻下肾损伤修	急查血常规
补术/肾切除术后常规护理	急查血生化
I 级护理	乳酸林格液 1000ml iv drip
吸氧（低氧血症时）	5% 葡萄糖注射液 1000ml
常规喷喉（全麻手术后） qd	止血芳酸 0.4g
右锁骨下静脉穿刺护理	酚磺乙胺 4.0g
测中心静脉压（CVP） q8h	10% 葡萄糖注射液 500ml
（必要时）	维生素 C 2g
停留双腔尿管接引流袋	维生素 K ₁ 20mg
腹膜后引流管接低负压持续吸引	血浆 200 ~ 400ml iv drip（必要时）
维生素 B ₁ 10mg im qd	

注：

1. 如因肾损伤严重，包膜破裂粉碎，无法修补或修补后仍进行性出血，休克无法纠正，则行肾切除。

2. 如手术较大，患者病情危重，术后应送外科重症监护室（SICU）监护，至循环呼吸稳定。

3. 如血压低，心率快，CVP 低，应补液扩容，必要时输全血和（或）血浆。

4. 预防性应用泌尿系浓度高抗菌药，可选用 2 或 3 代头孢菌素或氟喹诺酮类。

5. 术后应注意 24h 尿量及血 Cr，如因肾切除后出现 Cr 持续上升或 24h 尿量 < 400ml，应考虑对侧肾功能欠佳，必要时行血液肾透析治疗。

6. 如仅做肾修补手术，术后应按损伤情况病人仍然需绝对卧床 1 ~ 2 周。

7. 密切观察切口情况及腹膜后引流管情况，如因血性液持续增多，血压下降或休克无法纠正，则考虑仍有出血，必要时再手术止血，如引流管液呈淡黄色尿液，应注意尿漏可能。

输尿管损伤

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按泌尿外科输尿管损伤 常规护理 I 级或 II 级护理 普食或半流或禁食 停留双腔尿管接引流袋 记量	血常规 + 血型(必要时急查) 尿常规(必要时急查) 血肾功能(必要时急查) 凝血功能(必要时急查) 泌尿系 B 超/CT/MRI/IVP(必要时急查) 粪便 Rt 血肝功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 EKG 胸片 膀胱镜检及逆行插管造影(必要时)

注:

1. 输尿管损伤应针对造成损伤病因处理。如因暴力外伤引起,应注意周围脏器有无损伤。如因医源性损伤,应针对病因。
2. 术前行 IVP 检查,可了解狭窄段程度及长度。如 IVP 不显影,B 超示肾积液明显,可考虑行肾穿刺造瘘,并造影检查。

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻/硬外麻下输尿管	急查血常规
修补术后常规护理	急查血生化
I 级护理	乳酸林格液 1000ml iv drip
禁饮食	10% 葡萄糖注射液 500ml
吸氧（低氧血症时）	止血芳酸 0.4g /iv drip
常规喷喉（气管内麻术后）	酚磺乙胺 4.0g
bid	10% 葡萄糖注射液 1000ml /iv drip
停留双腔尿管接引流袋记量	维生素 C 2.0g
腹膜后双腔引流管持续低压吸	
引记量	
维生素 B ₁ 10mg im qd	

注：

1. 输尿管损伤如因外伤挤压引起，多为钝挫伤，可置内支架作引流，一般放置 1 ~ 3 个月。如因刀类等利器刺伤，切口多整齐，放置内支架后对缘缝合。如为医源性所伤，如盆腔手术致输尿管缝扎或切断，应松解缝线或重新吻合，并置入内支架引流。如为输尿管镜手术或插管致假道形成，应重新找回正道并置入内支架。

2. 术后注意尿量及血肌酐，必要时作利尿性肾图检查，了解肾功能。

3. 术后预防性静脉应用抗生素至体温正常后改口服，防止感染加重损伤处致输尿管狭窄或吻合口裂开。

膀胱损伤

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按泌尿外科膀胱损伤常规护理	血常规 + 血型 (必要时急查)
I 级或 II 级护理	尿常规 (必要时急查)
普食或半流或禁食	血生化 (必要时急查)
停留双腔尿管接袋记量	凝血功能 (必要时急查)
	便常规
	血肝功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	下腹部 B 超
	肾、输尿管 B 超
	膀胱造影检查 (急性损伤时不能做)
	IVP (必要时)

注:

1. 膀胱损伤注意区分钝性挤压或利器刺伤所致。
2. 注意膀胱损伤是位于腹膜内或腹膜外或混合性破裂, 有无合并其他部位及脏器损伤。
3. 膀胱小裂口, 可停留尿管观察。如合并尿道断裂, 无法停留尿管, 则需作耻骨上膀胱造瘘。
4. 急性损伤时不宜做造影检查。
5. 必要时使用抗生素预防感染。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按硬外麻膀胱损伤修补术后常规护理	急查血常规
I 级护理	急查血生化
禁食	乳酸林格液 1000ml iv drip
停留双腔尿管接袋记量	10% 葡萄糖注射液 500ml
耻骨后双腔引流管接低压持续吸引记量	止血芳酸 0.4g
维生素 B ₁ 10mg im qd	酚磺乙胺 4.0g
	10% 葡萄糖注射液 1000ml
	维生素 C 2.0

注：

1. 术后注意耻骨后引流应充分，防止血肿形成。
2. 应保持尿管引流通畅，必要时作膀胱造瘘。
3. 术后常规静脉应用抗生素预防感染，病人体温正常后改口服。

尿道损伤

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按泌尿外科尿道损伤常规护理	血常规 + 血型（必要时急查）
I 级或 II 级护理	尿常规（必要时急查）
普食或半流或禁食	血生化（必要时急查）
停留双腔尿管或耻骨上膀胱造瘘管记量	凝血功能（必要时急查）
	便常规
	血肝功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	盆骨正斜位片（必要时）
	尿道造影（急性损伤时不能做）
	IVP（静脉肾盂造影，必要时）
	肾、输尿管、膀胱 B 超

注：

1. 急性损伤时能停留尿管则停留尿管引流尿液，如不能停留尿管应即行耻骨上膀胱造瘘。

2. 尿道造影注意了解尿道损伤部位及长度，有耻骨上膀胱造瘘管时造影效果最好。

3. 必要时使用抗生素。

长期医嘱	临时医嘱
按硬外麻下泌尿外科尿道损伤术后常规护理	急查血常规
I 级护理	急查血生化
禁食	乳酸林格液 1000ml iv drip
测 BP P R q2h	10% 葡萄糖注射液 500ml
停留双腔或三腔尿管接引流袋记量	止血芳酸 0.4g
耻骨后引流管接负压记量	酚磺乙胺 (止血敏) 4.0g
耻骨上膀胱造瘘管记量	10% 葡萄糖注射液 1000ml
维生素 B ₁ 10mg im qd	维生素 C 2.0g
	iv drip

注:

1. 预防性静脉应用抗生素至体温正常后改口服。
2. 注意防止术后吻合口血肿形成, 一旦出现血肿应及时处理, 防止吻合口瘘。
3. 前尿道损伤一般应尽量作断裂处吻合, 后尿道损伤多合并骨盆骨折, 必要时应同时作骨盆固定。
4. 尿管视损伤情况于术后 1~3 个月拔除, 耻骨上膀胱造瘘管则应在保证排尿正常后才拔除。

泌尿系结核

术前医嘱

长期医嘱

按泌尿外科护理常规

II级护理

普食

异烟肼 0.3g qd

利福平 0.45g qd

维生素 B₆ 20mg tid

临时医嘱

血常规 + 血型

尿常规

便常规

血生化

血肝功能

凝血四项

血沉

尿找抗酸杆菌 × (3 ~ 5) 次

乙肝两对半

抗 HIV 抗体

PPD 试验

心电图

胸片

泌尿系 B 超

双肾 CT

KUB + IVP

膀胱镜检查 (必要时)

逆行插管造影 (必要时)

注:

1. 诊断明确者, 术前需予正规抗结核治疗后才能进行手术治疗。

2. 诊断不明确者, 应进行检查, 找到细菌学或较典型的影像学依据后才能使用抗结核治疗。

3. 健肾积水严重致肾功能不全失代偿时, 宜先行积水肾穿刺造瘘引流, 改善肾功能, 用药时注意选用对肾功能无毒性或毒性少的药物。

长期医嘱

临时医嘱

按连续硬膜外麻右（或左）肾
输尿管切除术后护理
I 级护理
禁食
吸氧（必要时）
心电监护（必要时）
停留双腔尿管接引流袋记量
右（左）肾窝引流管接负压吸
引并记量
记 24h 出入量
0.9% 生理盐水 250ml
异烟肼 0.3g
利福平 0.45g

急查血常规
急查血生化
乳酸林格液 1000ml iv drip
10% 葡萄糖注射液 500ml
止血芳酸 0.4g
酚磺乙胺（止血敏）4.0g
10% 葡萄糖注射液 1000ml
维生素 C 2.0g
肌苷 2.0g
维生素 B₆ 0.1g

iv drip qd

qd

注：

1. 术后需继续抗结核治疗，异烟肼 2~4 天后可改口服。
2. 注意监测肾功能，及时纠正水电解质和酸碱平衡。
3. 注意药物（利福平）对肝功能损害，不用对肾功能有损害的药物。
4. 预防性静脉应用抗生素至体温正常后改口服。

良性前列腺增生

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按前列腺增生术前外科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ 或 Ⅲ 级护理	尿常规
普食或半流饮食	便常规
	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	血前列腺特异性抗原两项 (PSA)
	胸透或胸片
	双肾、输尿管、膀胱 B 超, 测残余尿
	KUB + IVP (必要时)
	尿流动力学检查

注:

1. 术前合并慢性尿潴留、肾功能不全者, 需停留尿管或膀胱造瘘, 充分引流尿液, 纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱, 待全身情况好转后才手术。

2. PSA 测定应在肛查或插尿管前进行, 若数值明显升高, 需行经直肠前列腺 B 超及穿刺活检, 以排除前列腺癌。

3. 合并尿路感染者可行中段尿细菌培养及药敏试验, 并予抗感染治疗。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腰硬外麻下前列腺摘除术	急查血常规
后常规护理	急查血生化
I 级护理	10% 葡萄糖注射液 500ml
禁饮食	5% 葡萄糖注射液 1000ml
吸氧（必要时）	乳酸林格液 500 ml
三腔尿管接瓶持续外用盐水	
冲洗	5% 葡萄糖生理盐水注
耻骨后双腔引流管接低负压	射液 500ml
吸引记量	止血芳酸 0.4g
膀胱造瘘管接袋	酚磺乙胺 4.0g
维生素 B ₁ 10mg im qd	

注：

1. 静脉使用抗菌素，体温正常 3 ~ 4 天后改口服。
2. 如行经尿道前列腺电切术（TURPT）则无膀胱造瘘管及耻骨后双腔引流管。
3. 行经尿道前列腺电切术的病人术后可能存在有效血容量过多的问题，应注意加强心、肺、脑方面的监测，必要时使用利尿剂和降压药。
4. 有条件者做术后持续硬膜外镇痛，发生膀胱痉挛时可在冲洗液中加入异搏定 10 ~ 20mg/500ml 或静脉注射、口服膀胱解痉剂。

肾 积 脓

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肾积脓术前外科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ 或 Ⅲ 级护理	尿常规
普食或半流饮食	便常规
	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	中段尿细菌培养 + 药敏
	胸透
	双肾、输尿管、膀胱 B 超
	KUB

注：

1. 若尿路完全梗阻，尿液常规检查改变不显著，尿细菌培养可为阴性。

2. 可行 CT 或 MRI 检查了解病因、双肾和输尿管情况，条件允许可行 IVP 了解肾功能。

3. 肾积脓多因上尿路结石梗阻继发感染引起。若有寒战、高热、腰痛等急性感染的表现，应先抗感染治疗，必要时做肾造瘘术引流。

4. 肾积脓量大时亦先可行肾造瘘，充分引流脓液，可缓解全身中毒症状，有利患肾功能的改善，并可通过造瘘管记录每日尿量以估计肾功能，帮助决定手术方案。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腰硬外麻下肾切除术后常规护理	急查血常规
I 级护理	急查血生化
禁饮食	10% 葡萄糖注射液 1000 ml
吸氧（必要时）	5% 葡萄糖注射液 500ml
停留尿管接袋	乳酸林格液 1000ml
肾周双腔引流管接低负压持续吸引	维生素 K ₁ 20mg
记 24 小时出入量	
维生素 B ₁ 10mg im qd	

ivgtt

注：

1. 手术方式的选择应根据详细的检查结果及患肾功能而定。对侧肾功能不理想或以后有患病风险时应尽量挽救患肾。
2. 术后严密监测血生化情况。
3. 按药敏静脉使用抗菌素，但要注意防止肾毒性，剂量要减半，体温正常 3 ~ 4 天后改口服。

肾 积 水

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肾积水术前外科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ 或 Ⅲ 级护理	尿常规
普食或半流饮食	便常规
	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	中段尿细菌培养 + 药敏
	胸透或胸片
	双肾、输尿管、膀胱 B 超
	KUB + IVP

注：

1. 肾积水多因上尿路结石梗阻引起，其他原因还有畸形、肿瘤、粘连等，如果是双侧肾、输尿管积水，应考虑下尿路梗阻引起，此时术前准备应按具体病因进行。
2. 必要时可行肾 CT 或 MRI 扫描了解肾实质破坏程度及对侧肾功能情况。
3. 肾积水量大时可行肾穿刺造瘘，充分引流尿液，有利患肾功能的改善，并可通过造瘘管记录每日尿量以估计肾功能。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腰硬外麻下肾切除术后常规护理	急查血常规
I 级护理	急查血生化
禁饮食	10% 葡萄糖注射液 1000ml
吸氧（必要时）	5% 葡萄糖注射液 500ml
尿管接袋	乳酸林格液 1000ml
肾周双腔引流管接低负压持续吸引	维生素 K ₁ 20mg
记 24 小时出入量	
维生素 B ₁ 10mg im qd	

ivgtt

注：

1. 手术方式的选择应根据详细的检查结果及患肾功能而定，其术后注意事项见各病。
2. 按药敏静脉使用抗生素，但要注意防止肾毒性，剂量要减半，体温正常 3 ~ 4 天后改口服。
3. 梗阻时间长的肾积水，术后肾小管重吸收功能较差，钠离子排出多，补液时要注意补充。

肾 结 石

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肾结石术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流饮食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸透或胸片 双肾、输尿管、膀胱 B 超 KUB + IVP

注：

1. 肾结石合并积水且积水量大时可行肾穿刺造瘘，充分引流尿液，有利患肾功能的改善，并可通过造瘘管记录每日尿量以估计肾功能。

2. 合并感染时行中段尿细菌培养 + 药敏。

3. 如血肌酐超过 $200\mu\text{mol/L}$ 时不能做 IVP 检查，只能改做 MRI 水成像、CT 等，欲了解肾功能情况时可做放射性核素检查。

长期医嘱	临时医嘱
按腰硬外麻下肾盂肾实质切	急查血常规
开取石术后常规护理	急查血生化
I 级护理	10% 葡萄糖注射液 1000ml
禁饮食	5% 葡萄糖注射液 500ml
吸氧（必要时）	乳酸林格液 1000ml
停留双腔尿管接袋	止血芳酸 0.4g
肾周双腔引流管接低负压持续吸引	ivgtt
肾造瘘管接袋	
记 24 小时出入量	结石成分分析
维生素 B ₁ 10mg im qd	

注：

1. 手术方式的选择应根据详细的检查结果及患肾功能而定。
2. 双肾结石合并梗阻、肾功能不良时，应先改善肾功能，必要时先行血透治疗。
3. 按药敏静脉使用抗生素，但要注意防止肾毒性，剂量要减半，体温正常 3~4 天后改口服。
4. 肾造瘘管留置与否视肾积水程度及术中具体情况而定。
5. 术中如有肾实质切开，术后应注意观察肾造瘘管和双腔引流管的颜色，必要时加强止血，并定期复查血常规。

输尿管结石

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按输尿管结石术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流饮食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸透或胸片 双肾、输尿管、膀胱 B 超 KUB + IVP

注：

1. 输尿管结石合并肾积水且积水量大时可先行肾穿刺造瘘，充分引流尿液，有利患肾功能的改善，并可通过造瘘管记录每日尿量以估计肾功能。
2. 合并感染时行中段尿细菌培养 + 药敏。
3. 如果诊断有疑问或是阴性结石，视具体情况选择加做逆行造影、CT 或 MRI 检查。
4. 阳性的输尿管结石手术当天一定要作术前定位 KUB 检查。

长期医嘱

临时医嘱

按腰硬外麻下输尿管切开取石
术后常规护理
I 级护理
禁饮食
停留双腔尿管接袋
输尿管旁双腔引流管接低负压
持续吸引
记 24 小时出入量
维生素 B₁ 10mg im qd

血常规
血生化
10% 葡萄糖注射液 1000ml
5% 葡萄糖注射液 500ml
乳酸林格液 1000ml
维生素 K₁ 20mg
结石石成分分析

ivgtt

注：

1. 按药敏静脉使用抗菌素，肾功能不好要注意防止肾毒性，剂量要减半，体温正常 3~4 天后改口服。
2. 手术顺利，估计发生尿漏可能性小时，可放置胶管接袋引流，而不必用双腔负压引流。
3. 双输尿管结石合并梗阻、肾功能不良导致全身情况不良时先行血透治疗。
4. 双输尿管结石在病人身体条件许可时，可同时行双侧手术。
5. 如果是输尿管镜下碎石手术，则没有引流管。

膀胱结石

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按膀胱结石术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流饮食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸透 双肾、输尿管、膀胱、前列腺 B 超, 测残余尿 KUB

注:

1. 膀胱结石多由下尿路梗阻引起, 必要时应加做膀胱尿道造影或尿流动力学检查。
2. 膀胱结石也可从肾输尿管排下来, 因此要了解上尿路是否存在结石, 必要时做 IVP 检查。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腰硬外麻下膀胱切开取石术 后常规护理 Ⅰ级护理 禁饮食 双腔尿管接袋记量 膀胱造瘘管接袋记量 记 24 小时出入量 维生素 B ₁ 10mg im qd	血常规 血生化 10% 葡萄糖注射液 1000ml 5% 葡萄糖注射液 500ml 乳酸林格液 1000ml 维生素 K ₁ 20mg 结石成分分析 ivgtt

注：

1. 静脉使用抗生素，体温正常 3~4 天后改口服。
2. 膀胱造瘘只用于膀胱切开取石术后，内镜碎石时，没有膀胱造瘘管。
3. 如果结石是由于下尿路梗阻引起，应首先或一起处理病因。

尿道结石

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按尿道结石术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流饮食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸透或胸片 双肾、输尿管、膀胱、尿道 B 超 KUB

注：

1. 如果是阴性结石，还需做尿道造影。
2. 如 KUB 片不能包括尿道结石，可加拍骨盆照片。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按骶麻下尿道碎石术后常规护理 Ⅰ级护理 禁饮食 6 小时后改普食 双腔尿管接袋记量	血常规 血生化 10% 葡萄糖注射液 1000ml 5% 葡萄糖注射液 500ml 乳酸林格液 1000ml 维生素 K ₁ 20mg 结石成分分析

ivgtt

注：

1. 尿道结石一般不做开放手术。
2. 前尿道结石碎石术后尿管留置 1 ~ 2 周，以免术后尿道狭窄。
3. 术后按手术具体情况选用静脉或口服抗生素。
4. 手术时有膀胱或尿道损伤的，术后应适当延长尿管停留时间。

肾 癌

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肾癌术前外科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ或Ⅲ级护理	尿常规
普食或半流饮食	便常规
	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	肝、胆、胰、脾 B 超
	双肾、输尿管、膀胱 B 超
	肾 CT 或 MRI
	肾动脉造影（必要时）
	肾动静脉彩超
	KUB + IVP

注：

1. 肾母细胞瘤、肾盂肿瘤术前医嘱与肾细胞癌相似。
2. 如病人有较严重的血尿，或者肿瘤较大，血管丰富，可在根治手术前行肾动脉栓塞介入治疗。
3. 体质差的病人，术前可分次少量地输注全血，调节电解质平衡。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下肾癌根治术后	急查血常规
常规护理	急查血生化
I 级护理	10% 葡萄糖注射液 500ml
禁饮食	5% 葡萄糖注射液 500ml
吸氧	乳酸林格液 1000ml
常规喷喉 bid	维生素 K ₁ 10mg
右锁骨下静脉穿刺护理	10% 葡萄糖注射液 500ml
双腔尿管接袋记量	止血芳酸 0.4g
肾周双腔引流管接低负压持续	
吸引记量	
记 24 小时出入量	
维生素 B ₁ 10mg im qd	

注：

1. 肾母细胞瘤、肾盂肿瘤术后医嘱与肾细胞癌相似。
2. 术后静脉使用抗生素，体温正常后改口服。
3. 尿管在术后 5 ~ 7 天拔除，肾盂癌病人要一起切除全段输尿管，尿管最好停留够 7 天。
4. 肾上极的肿瘤需把肾上腺也一起切除，术后要注意有无肾上腺危象出现。

膀胱肿瘤

术前医嘱

长期医嘱

按膀胱肿瘤术前外科常规护理
Ⅱ或Ⅲ级护理
普食或半流饮食

临时医嘱

血常规 + 血型
尿常规
便常规
血生化
血肝功能
凝血功能
乙肝两对半
肝炎系列
抗 HIV 抗体
心电图
胸片
肝、胆、胰、脾 B 超
双肾、输尿管、膀胱 B 超
膀胱 CT 或 MRI
KUB + IVP
膀胱尿道镜检查取活检

注：

1. 术前必须行膀胱尿道镜检查以确诊，并且以次为依据制定治疗方案。
2. 术前上尿路的 B 超检查主要了解膀胱肿瘤是原发的还是来源于上尿路。
3. 肠代膀胱术前须行胃肠道准备，包括术前 3 天开始口服肠道抗生素及清洁灌肠。

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下膀胱肿瘤切除
术后常规护理
I 级护理
禁饮食
吸氧（必要时）
常规喷喉 bid
右锁骨下静脉穿刺护理
三腔导尿管接袋记量（必要时
行膀胱冲洗）
耻骨后双腔引流管接低负压持
续吸引记量
记 24 小时出入量
维生素 B₁ 10mg im bid

急查血常规
急查生化
10% 葡萄糖注射液 500ml
5% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
乳酸林格液 1000ml
10% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
止血芳酸 0.4g

注：

1. 术后静脉使用抗生素，体温正常后改口服。
2. 膀胱部分切除时须注意如行输尿管移植应留有双 J 管或输尿管支架管。
3. 膀胱有切口时尽量不行膀胱冲洗。
4. 肠代膀胱术后须加强胃肠外营养、输血及回肠膀胱各种导管的护理，尤应注意调节水电解质平衡。
5. 尿管一般于术后 7 天拔除，输尿管支架管则要两周以上。

术 前 医 嘱

长期医嘱

临时医嘱

按膀胱肿瘤术前外科常规护理
Ⅱ 或Ⅲ级护理
普食或半流饮食

血常规 + 血型
尿常规
便常规
血生化
血肝功能
凝血功能
乙肝两对半
肝炎系列
抗 HIV 抗体
心电图
胸片
肝、胆、胰、脾 B 超
双肾、输尿管、膀胱 B 超
盆腔 CT
KUB + IVP

注：

1. 术前应做活检以明确诊断，腹股沟淋巴结有肿大时也要活检。
2. 盆腔 CT 见查主要是明确有无腹膜后淋巴结转移。
3. 阴茎肿瘤如果破溃合并感染，术前应使用抗生素。

长期医嘱

临时医嘱

按腰硬外麻醉下阴茎癌根治术
后常规护理
I 级护理
禁饮食
吸氧
导尿管接袋记量
记 24 小时出入量
维生素 B₁ 10mg im bid

血生化检查
10% 葡萄糖注射液 500ml
5% 葡萄糖注射液 500ml
乳酸林格液 1000ml
10% 葡萄糖注射液 500ml
止血芳酸 0.4g
ivgtt

注：

1. 术后静脉使用抗生素致体温正常后改口服。
2. 如果肿瘤局限没转移，仅做阴茎部分切除术。
3. 已行腹股沟淋巴清扫者须注意腹股沟局部加压包扎及引流情况。
4. 阴茎全切会阴造口者须注意会阴伤口护理。
5. 为防止尿道口狭窄，应放置较粗大的尿管，术后保留 2 周以上。

前列腺癌

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按前列腺癌术前外科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ 或Ⅲ级护理	尿常规
普食或半流饮食	便常规
	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸片
	肝、胆、胰、脾 B 超
	双肾、输尿管、膀胱 B 超
	前列腺 CT 或 MRI
	KUB + IVP
	前列腺特异性抗原两项 (PSA)
	放射性核素全身骨扫描
	经直肠 B 超检查穿刺活检

注：

1. 诊断必须以病理结果为依据，经直肠 B 超检查穿刺活检前 3 天需行肠道准备。
2. CT 和放射性核素检查是了解肿瘤的分期和有无骨转移，以制定治疗方案。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腰硬外麻醉下前列腺癌根治	急查血常规
术后常规护理	急查生化血
I 级护理	10% 葡萄糖注射液 500ml
禁饮食	5% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
吸氧	乳酸林格液 1000ml
三腔导尿管接袋记量	10% 葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
双腔引流管接低负压持续吸引	止血芳酸 0.4g
记量	
记 24 小时出入量	
维生素 B ₁ 10mg im qd	

注：

1. 晚期病人已有远处转移，一般只行双侧睾丸切除术。
2. 术后静脉使用抗生素，体温正常后改口服。
3. 加强胃肠外营养、输血及各种导管的护理。
4. 根治性手术病人尿管需停留 2 ~ 3 周以上。

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按辜丸肿瘤术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食或半流饮食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 AFP HCG 心电图 胸片 肝、胆、胰、脾 B 超 双肾、输尿管、膀胱 B 超 盆腔 CT

注：

- 1. 盆腔 CT 检查目的是了解有没淋巴结转移。
- 2. AFP、HCG 检查目的是了解肿瘤的组织来源。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腰硬外麻醉下辜丸肿瘤根治性切除术后常规护理 Ⅰ级护理 禁饮食 吸氧（必要时） 双腔导尿管接袋记量 记 24 小时出入量 维生素 B ₁ 10mg im bid	急查血常规 急查血生化 10% 葡萄糖注射液 500ml 5% 葡萄糖注射液 500ml 乳酸林格液 1000ml 10% 葡萄糖注射液 500ml 止血芳酸 0.4g ivgtt ivgtt

注：

1. 术后静脉使用抗生素，体温正常后改口服。
2. 有转移者需行腹股沟淋巴清扫，术后应注意腹股沟局部加压包扎及引流情况。
3. 精原细胞性睾丸肿瘤对放疗极敏感，术后放疗为常规。

皮质醇症

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按皮质醇症术前外科常规护理	血常规 + 血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	便常规
测血压、脉搏 bid 或 q4h	血生化
心电监护(必要时)	血肝功能
	血脂
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	葡萄糖耐量实验(OGTT)
	血 ACTH
	血浆皮质醇(0Am、8Am)
	24小时尿游离皮质醇(UFC)
	24小时尿17-羟皮质类固醇(17-OHCS)
	24小时尿17-酮类固醇(17-KS)
	24小时尿17-生酮类固醇(17-KGS)
	肾素活性(基础+激发)
	血管紧张素 II(基础+激发)
	心电图
	超声心动图
	胸片
	双侧肾上腺、泌尿系统 B 超
	肾上腺 CT
	垂体 CT(蝶鞍部冠状薄层扫描、增强)

注：

1. 本病术前诊断主要是定性定位诊断，应排除肾上腺其他疾病或异位肾上腺疾病。
2. 术前定位诊断不清者，可以通过地塞米松抑制试验、胰岛素诱发低血糖试验、甲吡酮试验、CRH 兴奋试验或静脉插管分段取血测 ACTH。
3. 术前临床表现（主要是库欣综合症）明显者如高血压、低血钾、糖耐量异常、心功能异常等应予内科调整。
4. 为避免肾上腺危象，术前可用醋酸可的松 100 ~ 200mg，po/im，q6h，术中静脉滴注氢化可的松 100 ~ 200mg。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下肾上腺肿物切除术	血常规（必要时急查）
后常规护理	血生化（必要时急查）
I 级护理	血肝功能
禁饮食	动脉血气分析（必要时）
吸氧	10% 葡萄糖注射液
心电监护	500 ~ 1000ml
常规喷喉 bid	乳酸林格液 500ml iv drip
锁骨下静脉穿刺护理	维生素 C 2.0g
测 CVP（必要时）	维生素 B ₆ 0.2g
停留双腔导尿管接引流袋	血浆 200 ~ 400ml
肾上腺窝双腔引流管接持续低负压吸引	ivdrip（必要时）
记 24 小时出入量	
5% 葡萄糖注射液 500ml	iv drip
氢化可的松 100 ~ 200mg	维持 24h
5% 葡萄糖生理盐水	
注射液 500ml	iv drip qd
酚磺乙胺 2.0g	
止血芳酸 0.3g	
维生素 K ₁ 10mg	
雷尼替丁 0.15g iv bid	

注：

1. 手术风险较大，病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。

2. 注意血压、心率、CVP 的变化，根据 BP、HR、CVP 情况予降压或补充血容量。

3. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，监测血糖水平。

4. 预防性静脉使用抗生素可选用 2、3 代头孢菌素。

5. 术后必要时监测血皮质醇。

6. 处理合并症，防治并发症发生，主要是肾上腺危象的发生，除术前、术中用激素外，术后氢化可的松的应用可以根据手术的方式和术后激素的水平来调整，术后 24 小时滴注 100 ~ 200mg 维持，以后逐渐减量，2 周后减至 20mg，并小剂量维持 6 ~ 12 个月，待下丘脑 - 垂体 - 肾上腺功能逐渐恢复后可停药。若双侧肾上腺切除，则要终生激素替代治疗。

7. 术后 3 ~ 5 天拔尿管。

原发性醛固酮增多症

术前医嘱

长期医嘱

临时医嘱

十一、泌尿外科

按原发性醛固酮增多症术前外科	血常规 + 血型
常规护理	尿常规
I 级或 II 级护理	便常规
普食或半流质饮食	血生化
测血压、脉搏 bid 或 q4h	血肝功能
心电监护（必要时）	血脂
螺内酯 80 ~ 100mg	凝血功能
tid 或 q6h	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	葡萄糖耐量实验（OGTT）
	24 小时尿钠
	24 小时尿钾
	血浆 18 - 羟皮质酮（18 - OHB）
	血浆 18 - 羟皮质醇（18 - OHF）
	血醛固酮（立卧位）
	尿醛固酮
	肾素（PRA）（立卧位）
	血管紧张素（A II）（立卧位）
	醛固酮（ALD）（立卧位）
	血 ACTH
	血浆皮质醇（0Am、8Am）
	24 小时尿游离皮质醇（UFC）
	24 小时尿 17 - 羟皮质类固醇（17 - OHCS）
	24 小时尿 17 - 酮类固醇（17 - KS）
	心电图
	超声心动图
	胸片
	双侧肾上腺、泌尿系统 B 超
	肾上腺 CT、MRI

注：

- 1. 本病术前诊断主要是定性、定位诊断，应排除肾上腺其他疾病或异位肾上腺疾病。
- 2. 术前定位、定性诊断不清者，可以通过醛固酮抑制试验、氯化钠抑制试验、地塞米松抑制试验。
- 3. 术前临床表现明显者如高血压、低血钾、糖耐量异常、心功能异常等应予内科调整。
- 4. 高血压、低血钾可用安体舒通 120 ~ 480mg/d，约 2 ~ 6 周后可使血压和血钾恢复正常。若效果不好，可辅助用甲巯丙脯酸、乙丙脯氨酸等其他降压药。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下肾上腺肿物切除术后常规护理	血常规（必要时急查）
I 级护理	血生化（必要时急查）
禁饮食	血肝功能
吸氧	动脉血气分析（必要时）
心电监护	10% 葡萄糖注射液
常规喷喉 bid	500 ~ 1000ml
锁骨下静脉穿刺护理	5% 葡萄糖注射液 500ml
测 CVP（必要时）	乳酸林格液 500ml
停留双腔导尿管接引流袋	维生素 C 2.0g
肾上腺窝双腔引流管接持续负压吸引	维生素 B ₆ 0.2g
记 24 小时出入量	血浆 200 ~ 400ml
5% 葡萄糖生理盐水注射液 500ml	ivdrip（必要时）
酚磺乙胺 2.0g	iv drip
止血芳酸 0.3g	
维生素 K ₁ 10mg	
Ranitidine 0.15g	
iv bid	

注：

- 1. 手术风险较大，病情较重者术后送外科监护室

(SICU) 监护至循环呼吸稳定。

2. 注意血压、心率、CVP 的变化, 根据 BP、HR、CVP 情况予降压或补充血容量。

3. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱, 监测血糖水平。

4. 预防性静脉使用抗生素可选用 2、3 代头孢菌素。

5. 术后监测血钾、醛固酮。

6. 术后 3 ~ 5 天拔尿管。

长期医嘱	临时医嘱
按原发性醛固酮增多症术前外科常规护理	血常规 + 血型
I 级或 II 级护理	尿常规
普食或半流质饮食	便常规
测血压、脉搏 bid 或 q4h	血生化
心电监护(必要时)	血肝功能
苯苄胺10 ~ 30mg tid	血脂
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	OGTT(葡萄糖耐量实验)
	血 VMA(多次)
	24小时尿 VMA(香草扁桃酸,多次)
	24小时尿肾上腺素(多次)
	24小时尿去甲肾上腺素(多次)
	血浆18 - 羟皮质酮(18 - OHB)
	血浆18 - 羟皮质醇(18 - OHF)
	血醛固酮(立卧位)
	尿醛固酮
	肾素(PRA)(立卧位)
	血管紧张素 II(A II)(立卧位)
	醛固酮(ALD)(立卧位)
	血 ACTH
	血浆皮质醇(0Am、8Am)
	24小时尿游离皮质醇(UFC)
	24小时尿17 - 羟皮质类固醇(17 - OHCS)
	24小时尿17 - 酮类固醇(17 - KS)
	心电图
	超声心动图
	胸片
	双侧肾上腺、泌尿系统 B 超
	肾上腺 CT、MRI

注：

1. 本病术前诊断主要是定性、定位诊断，应排除肾上腺其他疾病或异位肾上腺疾病。

2. 术前临床表现明显者如高血压、糖耐量异常、心功能异常等应予内科调整。

3. 高血压、低血钾可用苯苄胺 60 ~ 120mg/d，约 2 ~ 6 周后可使血压恢复正常。若效果不好，可辅助用甲硫丙脯酸、乙丙脯氨酸等其他降压药。

4. 术前应充分扩容，可以输血浆、贺斯等。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下肾上腺肿物切除	血常规（必要时急查）
术后常规护理	血生化（必要时急查）
I 级护理	血肝功能
禁饮食	动脉血气分析（必要时）
吸氧	10% 葡萄糖注射液
心电监护	500 ~ 1000ml
常规喷喉 bid	5% 葡萄糖注射液 500ml
锁骨下静脉穿刺护理	乳酸林格液 500ml
测 CVP（必要时）	维生素 C 2.0g
停留双腔导尿管接引流袋	维生素 B ₆ 0.2g
肾上腺窝双腔引流管接持续低负压吸引	血浆 200 ~ 400ml
记 24 小时出入量	iv drip（必要时）
5% 葡萄糖生理盐水注射液 500ml	
酚磺乙胺 2.0g	iv drip qd
止血芳酸 0.3g	
维生素 K ₁ 10mg	
雷尼替丁 0.15g	
	iv bid

注：

1. 手术风险较大，病情较重者术后送外科监护室（SICU）监护至循环呼吸稳定。

2. 注意血压、心率、CVP 的变化，根据 BP、HR、CVP

情况予降压或补充血容量。

3. 术后应充分扩容，可以输血浆、贺斯等。

4. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，监测血糖水平。

5. 预防性静脉使用抗生素可选用2、3代头孢菌素。

6. 术后3~5天拔尿管。

偶发肾上腺瘤及肾上腺转移癌

术前医嘱

长期医嘱

按原发性醛固酮增多症术前外科常规护理
I 级或 II 级护理
普食或半流质饮食
测血压、脉搏 bid 或 q4h
心电监护(必要时)

临时医嘱

血常规 + 血型
尿常规
便常规
血生化
血肝功能
血脂
凝血功能
乙肝两对半
肝炎系列
抗 HIV 抗体
OGTT(葡萄糖耐量实验)
血 VMA(多次)
24 小时尿 VMA(多次)
24 小时尿肾上腺素(多次)
24 小时尿去甲肾上腺素(多次)
血浆 18 - 羟皮质酮(18 - OHB)
血浆 18 - 羟皮质醇(18 - OHF)
血醛固酮(立卧位)
尿醛固酮
肾素(PRA)(立卧位)
血管紧张素 II(A II)(立卧位)
醛固酮(ALD)(立卧位)
血 ACTH
血浆皮质醇(0Am、8Am)
24 小时尿游离皮质醇(UFC)
24 小时尿 17 - 羟皮质类固醇(17 - OHCS)
24 小时尿 17 - 酮类固醇(17 - KS)
心电图
超声心动图
胸片
双侧肾上腺、泌尿系统 B 超
肾上腺 CT、MRI

注:

1. 肾上腺偶发瘤多为非功能性肿瘤,因此应做肾上腺皮质及髓质功能相关的生化检测,以便检出皮质醇瘤、原醛症和嗜铬细胞瘤。

2. 有高血压等症状时应予降压,调整心功能。

3. 对偶发性肿瘤是否手术要根据影像学特征、肿瘤大小和患者的年龄综合考虑。肿瘤有恶性倾向或有内分泌功能者应及时手术;明显良性倾向的肿瘤也应密切随访。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下肾上腺肿物切除 术后常规护理 I 级护理 禁饮食 吸氧 心电监护 常规喷喉 bid 锁骨下静脉穿刺护理 测 CVP (必要时) 停留双腔导尿管接引流袋 肾上腺窝双腔引流管接持续负压吸引 记 24 小时出入量 5% 葡萄糖生理盐水 注射液 500ml 酚磺乙胺(止血敏) 2.0g 止血芳酸 0.3g 维生素 K ₁ 10mg 雷尼替丁 0.15g iv bid	血常规 (必要时急查) 血生化 (必要时急查) 血肝功能 动脉血气分析 (必要时) 10% 葡萄糖注射液 500 ~ 1000ml 5% 葡萄糖注射液 500ml 乳酸林格氏液 500ml 维生素 C 2.0g 维生素 B ₆ 0.2g 血浆 200 ~ 400ml iv drip ivdrip (必要时)

注:

1. 手术风险较大,病情较重者术后送外科监护室(SICU)监护至循环呼吸稳定。

2. 注意血压、心率、CVP 的变化，根据 BP、HR、CVP 情况予降压或补充血容量。
3. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，监测血糖水平。
4. 预防性静脉使用抗生素可选用 2、3 代头孢菌素。
5. 可根据不同性质的肿瘤予具体特殊的术后治疗（具体见皮质醇症、原醛症、儿茶酚胺症的术后处理）。若为无功能性肾上腺肿瘤，术后无特殊的处理，主要是根据术中肾上腺切除的多少决定术后是否应用激素。转移性肾上腺癌要根据具体原发癌予不同的术后处理，如放疗、化疗或生物免疫治疗等。
6. 术后 3~5 天拔尿管。

（中山大学附属第一医院泌尿外科 陈 羽）

十二、胸外科

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肺癌术前胸外科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	便常规
呼吸功能锻炼	血肾功能
高龄患者：	血肝功能
地高辛 0.125mg qd	凝血功能
Asmeton 2片 tid	乙肝两对半
盐酸氨溴索 30mg tid	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸部正侧位平片
	胸部平扫 + 增强
	腹部超声
	头颅 CT
	全身骨扫描
	肺功能测定
	必要时

注：术前伴癌性发热或肺性骨关节病致疼痛者，可给予
吲哚美辛 25mg，tid，或其他非甾体类药物。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按肺癌肺叶切除（全肺切除、肿 物楔型切除）术后常规	立止血 2kU iv bid
I 级护理	10% GS 1000ml
禁食（拔气管插管后改半流饮食）	维生素 C 2.0g
	10% 氯化钾 20ml
	ivgtt

长期医嘱	临时医嘱
胸腔引流管接水封瓶负压吸引 吸氧 头孢呋辛 1.5 iv q12h 盐酸氨溴索 60mg iv tid 拔气管插管后： 常规喷喉 tid 地高辛 0.125mg qd Asmeton 2 片 tid 盐酸氨溴索 30mg tid 铵远合剂 10ml tid	林格液 500ml 6 - 氨基己酸 2.0g / ivgtt 输血 输血浆

注：

- 1. 手术创伤大、高龄、术前有心肺基础病变的患者术后送 ICU 监护至循环、呼吸稳定。
- 2. 保持胸腔引流管通畅并注意引流量变化，如术后引流量超过 200ml/h，连续 3 小时，考虑有活动性出血，应行二次手术开胸止血。
- 3. 全肺切除者应注意健侧患侧压力平衡，可选择夹闭引流管，定期开放，减少纵隔摆动机会。
- 4. 如患者进食较差，需加强营养支持治疗，补充足够的热量、蛋白及脂肪乳。

长期医嘱		临时医嘱
按肺癌术前胸外科常规护理	po 术前 3 天	血常规 + 血型
Ⅱ级护理		尿常规
普食或半流饮食		便常规
Flagyl 0.4 tid		血肾功能
Gentamycin 8 万 U tid		血肝功能
维生素 K ₄ 8mg tid		凝血功能
高龄患者：		乙肝两对半
Digoxin 0.125mg qd		肝炎系列
Asmeton 2 片 tid		抗 HIV 抗体
盐酸氨溴索 30mg tid		心电图
		胸部正侧位平片及食道 吞钡检查
		胸部 CT 平扫 + 增强
		腹部超声

注：

1. 术前应行食管镜检明确肿物性质。

2. 术前梗阻严重，进食困难至能量摄入不足者可行深静脉置管给予胃肠外营养。

长期医嘱

临时医嘱

按食道癌根治，食管上段胃主动脉弓上吻合（食管上段胃颈部吻合）	立止血 2kU iv bid
术后常规	或维生素 K ₁ 20mg iv bid
I 级护理	10% GS 1000ml
禁食	维生素 C 2.0g / ivgtt
记 24 小时出入量	10% 氯化钾 20ml /
胃管接低负压装置计	林格液 500ml / ivgtt
胸腔引流管接水封瓶负压吸引	6-氨基己酸 2.0g /
尿管接袋（硬膜外镇痛）	输血
吸氧	输血浆
常规喷喉 tid	或 20% 清蛋白 50ml ivgtt
头孢呋辛 1.5 iv q12h	0.9% NS 20ml / po 夹闭
0.5% Flagyl 100ml iv gttr q8h	亚甲蓝 2ml / 胃管 30 分钟
盐酸氨溴索 60mg iv tid	
50% GS 200ml	
10% GS 1000ml	
5% GNS 500ml	
10% 脂肪乳 500ml	
12% 复合氨基酸 500ml	加入三升袋
谷氨酰胺 100ml	ivgtt qd
水溶性维生素 2 支	
脂溶性维生素 1 支	
微量元素 1 支	
门冬氨酸钾镁 40ml	
10% 氯化钾 4ml	
常规胰岛素 56U	

注：

1. 全静脉营养从术后第一天开始执行，可根据患者不同情况调整配方、热卡、营养液组分比例等。
2. 口服亚甲蓝后注意胸腔引流管是否蓝染，是检查吻合口瘘的方法。

3. 注意胸腔引流管通畅，早期开始进行呼吸功能锻炼。

4. 肠鸣音恢复，肛门排气后再口服亚甲蓝一次，胸管无蓝染，先拔除胃管，进清水，无不适后逐渐改为清流半量、拔除胸管，再改流质饮食，最后改为半流饮食，一般3天改一次。

5. 注意乳糜胸及吻合口瘘等并发症的早期表现，及时处理。

(中山大学附属第一医院胸外科 熊迈 张希)

十三、心脏外科

先天性心脏病

(室间隔缺损、房间隔缺损、动脉导管未闭, 非肺动脉高压)

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按先天性心脏病, 室间隔缺损 (房间隔缺损、动脉导管未闭) 心外科常规护理 Ⅱ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 胸部正侧位平片 心电图 超声心动图

注:

1. 此类患者术前一般不需常规强心、利尿治疗。
2. 术前需严密排除出血病灶和感染病灶, 如有呼吸道感染等, 可予口服或静脉抗生素治疗至胸片、血常规及临床体检等全部正常后再行手术治疗。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按体外循环, 室间隔缺损/房 间隔缺损修补术 (或动脉导 管结扎术) 后常规 特级护理	立止血 2kU iv bid 10% GS 500ml 维生素 C 2.0g 10% 氯化钾 15ml ivgtt

长期医嘱	临时医嘱
禁食（拔气管插管后改半流饮食）	林格液 500ml 维生素 K ₁ 20mg / ivgtt
记 24 小时出入量	输血
心包纵隔引流管接水封瓶负压吸引	输血浆
尿管接袋	10% GS 至 50ml / iv 微泵
头孢拉定 2.0g iv q6h	多巴胺 150mg / 2 ~ 10ml/h
沐舒痰 60mg iv tid	10% GS 至 50ml / iv 微泵
拔气管插管后：	硝普钠 150mg / 1 ~ 6ml/h
常规喷喉 tid	10% GS 20ml
地高辛 0.25mg qd	毛花苷丙（西地兰） / iv 电解质正常
氢氯噻嗪 12.5mg tid	0.2mg
10% 氯化钾 10ml tid	
盐酸氨溴索 30mg tid	
铵远合剂 10ml tid	

注：

1. 以上数据均假设病人体重为 50kg 计算，如为小儿需按公斤体重减少！以下各部分亦为同样假设。

2. 术后病人送回 ICU，给予人工机械通气辅助呼吸，并进行严密的生命体征、血气及水、电解质监护。

3. 患者麻醉清醒后，呼吸恢复，血容量补充足够，生命体征正常、平稳，引流量不多，四肢末梢温暖，可予拔除气管插管。

输血指征：一般可参照 HCT，如 HCT < 30%，输浓缩红细胞。

输血浆指征：参照 CVP 水平及生命征是否平稳决定。

血管活性药物使用主要看患者术后心功能情况及血压水平决定使用 α 、 β 受体激动剂、血管扩张剂及强心剂等。血管活性药物使用方法，（患者体重 $\times 3$ ）mg 加入溶媒至 50ml，以微泵推注，1ml/h = 1 μ g/（kg $\cdot$ min）。

术后当天晶体入量计算：晶体量 = (体重第一个 10kg × 2ml + 体重第二个 10kg × 1ml + 其余公斤数 × 0.5ml) × 24，如患者体重为 50kg，则：

术后当天晶体量 = (10 × 2ml + 10 × 1ml + 30 × 0.5ml) × 24 = 1080ml。

先天性心脏病

(室间隔缺损、房间隔缺损、动脉导管未闭,肺动脉高压)

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按先天性心脏病,室间隔缺损 (房间隔缺损、动脉导管未闭), 肺动脉高压心外科常规护理 I级护理或II级护理 普食 吸氧 30min bid 地高辛 0.25mg qd 氢氯噻嗪 12.5mg tid 10%氯化钾 10ml tid 开博通 12.5mg tid 硝苯地平 10mg tid 辅酶 Q ₁₀ 10mg tid	血常规+血型 尿常规 便常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 胸部正侧位平片 心电图 超声心动图 经皮血氧饱和度(必要时) 动脉血气分析(必要时) 心血管造影(必要时)

注:

1. 肺动脉高压往往是左向右分流心脏病发展到较严重程度的表现,肺动脉高压对近远期的手术效果均有显著影响。此类病人需严格掌握手术指征、手术条件和手术时机。

2. 对于已是艾森曼格综合征患者,没有行矫治术的手术指征。

3. 对于存在肺高压,尚未至发绀的患者,术前应给予吸氧及 Capoten、硝苯地平等降肺动脉压力药物,短期内不能手术者还可给予阿司匹林。

4. 纠正患者营养状态,特别是发育较差的患儿,给予易消化、高热量饮食。

5. 纠正贫血、水电解质失衡的状态。

6. 改善心功能和控制感染，对于因为分流造成反复呼吸道感染的患儿应积极控制感染，使用静脉抗生素，结合化痰、强心、增强体液免疫等治疗，待感染痊愈再行手术治疗。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按体外循环，室间隔缺损/房间隔缺损修补术（或动脉导管结扎术）后常规 特级护理 禁食（拔气管插管后改半流饮食） 记24小时出入量 心包纵隔引流管接水封瓶负压吸引 尿管接袋 头孢呋辛 1.5 iv q12h 沐舒痰 60mg iv tid 拔气管插管后： 吸氧 常规喷喉 tid 地高辛 0.25mg qd 氢氯噻嗪 12.5mg tid 10% Pot. Chloride 10ml tid 盐酸氨溴索 30mg tid 铵远合剂 10ml tid 开博通 12.5mg tid 硝苯地平 10mg tid 辅酶 Q ₁₀ 10mg tid	立止血 2kU iv bid 10% GS 500ml 维生素 C 2.0g 10% 氯化钾 20ml 林格液 500ml 维生素 K ₁ 20mg 输血 输血浆 10% GS 至 50ml 多巴胺 150mg 10% GS 至 50ml 硝普钠 150mg 10% GS 20ml 毛花苷丙 0.2mg 10% GS 至 50ml 罂粟碱 150mg 10% GS 至 60ml 保达新 180μg 咪唑西洋 5mg 万可松 4mg 芬太尼 0.2 ~ 0.5mg/h 必要时 ivgtt ivgtt iv 微泵 2 ~ 10ml/h iv 微泵 1 ~ 6ml/h iv 电解质正常 iv 微泵 1 ~ 6ml/h iv 微泵 10 ~ 30 ml/h iv 必要时 iv 必要时 iv 微泵 必要时

注：

1. 该类患者术后容易出现的一种严重并发症是动脉肺高压危象，尤其是术前已有中度以上的肺动脉高压患者更易发生。

2. 术后当出现缺氧、疼痛、烦躁、吸痰等刺激时，患者可出现明显的血氧和血压下降，心律紊乱，严重者可出现心跳呼吸骤停，其原因主要是由于肺动脉痉挛。处理肺动脉高压危象的原则是：①彻底镇痛镇静，必要时可以联合肌松药，芬太尼对于此类病人有较好效果；②机械通气，保证供氧，过度换气，使 CO_2 排除增加；③去除诱发因素；④扩肺血管，主要有低选择性的硝普钠、罂粟碱等以及高选择性的前列腺素 E_1 和 NO 吸入。

3. 糖皮质激素由于抑制全身炎症反应综合征（SIRS），对减少肺高压的发生也有一定作用，但应用时需注意应激性溃疡的发生，多与 H_2 受体拮抗剂或质子泵抑制剂联用。一旦出现肺动脉高压危象，由于左心前负荷不足，要注意补足血容量，CVP 有时可升高至 $15 \sim 20\text{cmH}_2\text{O}$ 水平才能维持循环稳定。

先天性心脏病 (法洛四联症)

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按先天性心脏病，法洛四联症	血常规 + 血型
心外科常规护理	尿常规
I 级护理或 II 级护理	便常规
普食	血肾功能
吸氧 30min bid	血肝功能
地高辛 0.125mg qd	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	胸部正侧位平片
	心电图
	超声心动图
	经皮血氧饱和度
	Ringer's Sol. 500ml ivgtt qd × 3
	维生素 K ₁ 20mg iv bid
	立止血 2kU iv bid
	吗啡 5mg im 或 iv st!

注：

1. 对于发绀型先天性心脏病患者，术前由于代偿性红细胞增多，故不需利尿。如患者心功能较差，可酌情给予强心治疗，但由于流出道梗阻，量要小。

2. 对于由于侧支循环丰富，迂曲血管破裂应给予止血治疗。

3. 如出现缺氧大发作，晕厥，立即给予吗啡解除痉挛效果理想。

4. 术前根据 HCT 可初步判断流出道梗阻严重程度，当

HCT > 65%，提示病情较重，术前可给予血液稀释。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按体外循环，法洛四联症矫治	立止血 2kU iv bid
术后常规	维生素 K ₁ 20mg iv bid
特级护理	10% GS 500ml
禁食（拔气管插管后改半流饮食）	维生素 C 2.0g 10% Pot. Chloride 20ml / ivgttr
记 24 小时出入量	输血
心包纵隔引流管接水封瓶负压吸引	输血浆
尿管接袋	20% Human Albumin 50ml ivgttr
头孢三嗪 2.0g iv q12h	10% GS 至 50ml / iv 微泵
沐舒痰 60mg iv tid	Dopamine 150mg / 2 ~ 10ml/h
拔气管插管后：	10% GS 至 50ml / iv 微泵
常规喷喉 tid	Dobutamine 150mg / 2 ~ 8ml/h
地高辛 0.25mg qd	10% GS 至 50ml / iv 微泵
氢氯噻嗪 25mg tid	Nitroprusside 150mg / 1 ~ 6ml/h
10% 氯化钾 10ml tid	10% GS 20ml / iv 电解质正常
盐酸氨溴索 30mg tid	0.2mg / Cedilanide
铵远合剂 10ml tid	Lasix 10mg iv p. r. n
25% GS 300ml	
RI 16U	ivgttr qd
10% Pot. Chloride 9ml	
或 FDP(二磷酸果糖)10g ivgttr qd	

注：

1. 法洛四联症术后可根据 HCT 及血氧饱和度决定是否输浓缩红细胞。
2. 术后胶体需要量往往较大，CVP 有时需提高到 20cmH₂O 水平。
3. 晶体量要严格限制。
4. 足够时间的机械通气和血管活性药物维持是必需的，

有时强心和扩血管药物同时应用，一般需根据当时的血容量、心功能情况和周围血管张力决定。

5. 维持足够的尿量非常重要，要求尿量最好在 $2\text{ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 以上，间断使用利尿剂是必需的。需要时甚至可以用利尿合剂维持。如出现尿少甚至无尿，往往提示心功能差，需要血液透析治疗。

6. 法洛四联症患者术后两周内都会有右心功能不全表现，临床观察到腹胀、肝大、尿少应及时予强心、利尿等处理。

风湿性心脏病

(二尖瓣狭窄、关闭不全；主动脉瓣狭窄、关闭不全)

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按风湿性心脏病，二尖瓣狭窄 (二尖瓣关闭不全；主动脉狭窄、 关闭不全) 心外科常规护理 I 级护理或 II 级护理 普食 记 24 小时尿量 Digoxin 0.25mg qd * HCT 12.5mg tid * * 10% 氯化钾 10ml tid 辅酶 Q ₁₀ 10mg tid 25% GS 300ml RI 16U 10% 氯化钾 9ml 或 FDP(二磷酸果糖)10g ivgtt qd	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血肾功能 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 红细胞沉降率 风湿指标 胸部正侧位平片 心电图 超声心动图或经食管超声心 动图 (TEE)

注：

1. 对于严重的以二尖瓣或主动脉瓣狭窄为主的病人，由于术前梗阻因素没有解除，因此应用洋地黄类药物的时候要非常小心，在确实需要使用的情況下，一般剂量以正常剂量的 1/3 ~ 1/2 为好。

2. 对于术前需要调整心功能的患者，利尿剂应用可增加，或联用呋塞米、螺内酯，以及改为静脉使用；必要时可输以蛋白后再利尿。利尿需要注意尿量变化以及水电解质平衡。

3. 术前使用极化液 (GIK 液) 或果糖对于增加心肌能量储备有确实作用。

长期医嘱	临时医嘱
按体外循环，二尖瓣置换（主动 脉置换、双瓣置换）术后常规 特级护理 禁食（拔气管插管后改半流饮食） 记 24 小时出入量 心包纵隔引流管接水封瓶负压吸引 尿管接袋 头孢三嗪 2.0g iv q12h 沐舒坦 60mg iv tid 拔气管插管后： 常规喷喉 tid 地高辛 0.25mg qd 氢氯噻嗪 25mg tid 10% 氯化钾 10ml tid 华法林 3mg qd 盐酸氨溴索 30mg tid 铵远合剂 10ml tid 25% GS 300ml RI 16U 10% 氯化钾 9ml 或 FDP（二磷酸果糖）10g ivgtt qd	立止血 2kU iv bid 10% GS 500ml 维生素 C 2.0g 10% 氯化钾 20ml 林格液 500ml 6-氨基己酸 2.0g 输血 输血浆 20% 人白蛋白 50ml ivgtt 呋塞米 10mg iv p. r. n 10% GS 至 50ml / iv 微泵 多巴胺 150mg / 2 ~ 10ml/h 10% GS 至 50ml / iv 微泵 多巴酚丁胺 150mg / 2 ~ 8ml/h 10% GS 至 50ml / iv 微泵 硝普钠 150mg / 1 ~ 6ml/hr 10% GS 20ml Cedilanide 0.2mg / iv 电解质正常 凝血功能（手术当天下午及术 后次晨）

注：

1. 换瓣术后要求抗凝治疗，对于置换机械瓣的患者更是要求终身抗凝。抗凝目前选用药物为华法林，中国成年人起始剂量可为 2 ~ 3mg，qd，根据凝血功能结果调整。二尖瓣置换后要求国际标准化比值（INR）在 1.8 ~ 2.5，主动脉瓣置换后要求可稍微降低。需调整华法林剂量时每次以加/减 0.5mg 为宜。换瓣手术后一定要让患者明确知道抗凝治疗的重要性的华法林使用方法。

2. 因 K 族维生素对抗华法林作用，故换瓣患者禁止用 K 族维生素作术后早期止血用途，除非由于明确的华法林过

量原因致出血倾向，需要 K 族维生素对抗时。

3. 术后输血及血浆指征同前。

4. 白蛋白用于需要短时间补足血容量或需要增加胶体渗透压增加尿量时。

5. 术后由于机械瓣膜有破坏血细胞易致血栓形成，在抗凝治疗尚未达到平稳时一般要求心率在 80 次/分以上，可使用 β 受体兴奋剂。

冠状动脉粥样硬化性心脏病

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按冠心病心外科常规护理	血常规 + 血型
I 级护理或 II 级护理	尿常规
低盐低脂饮食	便常规
阿司匹林 0.1g qd	血肾功能
双嘧达莫 25mg tid 或波立维	血肝功能
75mg qd	凝血功能
异乐定 50mg qd	心肌酶学（包括肌钙蛋白）
开博通 12.5mg tid	乙肝两对半
万爽力 20mg tid	肝炎系列
辅酶 Q ₁₀ 10mg tid	抗 HIV 抗体
美托洛尔 25mg bid	胸部正侧位平片
高龄患者：	心电图
阿斯美 2 片 tid	超声心动图
盐酸氨溴索 30mg tid	术前晚：地西洋 5mg 或思诺思 10mg HS
	术晨：地西洋 5mg 美托洛尔 25mg 地尔硫草 10mg
	po

注：

1. 阿司匹林及抗血小板类药物在术前一周左右停用较合适，如有明确指征不能停用者，术中持续以抑肽酶滴注可有效减少术野渗血。

2. 除了长效硝酸异山梨酯外也可选用其他的硝酸酯类药物。

3. 术前清晨再加用一次镇静催眠药物以及 β 受体和 Ca^{2+} 拮抗剂可有效增强术前用药作用，减轻心脏氧耗，减少围术期心肌梗死的发生。

术后医嘱

长期医嘱

临时医嘱

按体外循环，冠状动脉旁路移植术后常规
 特级护理
 禁食（拔气管插管后改半流饮食）
 记 24 小时出入量
 心包纵隔引流管接水封瓶负压吸引
 尿管接袋
 头孢三嗪 2.0g iv q12h
 沐舒坦 60mg iv tid
 0.9% NS 100ml / ivgtt qd
 磷酸肌酸 2.0g /
 FDP(二磷酸果糖) 10g ivgtt qd
 拔气管插管后：
 常规喷喉 tid
 阿司匹林 0.1g qd
 双嘧达莫 25mg tid 或波立维 75mg qd
 Elantan - long 50mg qd
 Capoten 12.5mg tid
 美托洛尔 25mg bid
 地高辛 0.25mg qd
 氢氯噻嗪 25mg tid
 10% 氯化钾 10ml tid
 盐酸氨溴索 30mg tid
 铵远合剂 10ml tid

立止血 2kU iv bid
 10% GS 500ml
 维生素 C 2.0g / ivgtt
 10% Pot. Chloride 20ml /
 Ringer's Sol. 500ml / ivgtt
 六氨基己酸 2.0g /
 输血
 输血浆
 或 20% < 清蛋白 50ml iv gtt
 呋塞米 10mg iv p. r. n
 10% GS 至 50ml iv / 微泵
 硝普钠 150mg / 1 ~ 6ml/h
 10% GS 至 50ml iv / 微泵
 多巴胺 150mg / 2 ~ 10ml/h
 10% GS 至 50ml iv / 微泵
 多巴酚丁胺 150mg / 2 ~ 8ml/h
 10% GS 20ml / iv 电解质正常
 Cedilanide 0.2mg
 10% GS 至 24ml / iv 微泵
 米力农 15mg / 1ml/h
 心肌酶学
 （包括肌钙蛋白）
 心电图

术后、术后
晚及次晨

注：

1. 可用其他的 3 代头孢类抗生素。
2. 口服药物如当晚不能拔管可从胃管内注入。
3. 根据红细胞压积和血氧饱和度决定是否输血，注意

补足血容量。

4. 血管活性药物使用同其他心脏病，但要注意心脏氧耗情况，在使用正性肌力药物时，使收缩压 $\times$ 心率 ≤ 12000 。

5. 减少应激情况的发生，注意镇静和镇痛处理，可使用咪唑安定、芬太尼、吗啡等药物。糖皮质激素用法同前。

6. 监测心电图和心酶变化，有条件时作连续心排量监测。

7. 注意并发症的发生，如心脏压塞，一旦发现即刻作探查减压；出现心律失常时注意体温、电解质等内环境改变，排除后可使用洋地黄（室上性）、利多卡因（室性）或胺碘酮（广谱）等处理；如出现围术期心肌梗死致低心排综合征，应及早使用主动脉内球囊反搏（IABP）等处理。

（中山大学附属第一医院胸外科 熊迈 张希）

十四、显微、整形

手外伤

(以“右手虎口部电锯伤”为例，第2掌骨骨折并示指伸、屈肌腱，桡侧指总神经断裂)

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按右手虎口部电锯伤第2掌骨骨折并示指伸、屈肌腱，桡侧指总神经断裂骨科常规护理	右手X线正、斜位摄片 st
I级护理	血常规+血型 st
禁食禁饮	凝血功能 st
	肝炎系列
	乙肝两对半
	抗HIV抗体
	5%葡萄糖氯化钠溶液 500ml
	ivgtt st
	TAT 1500U 皮试阴性后 im
	通知手术室急诊于臂丛麻醉下行右手清创探查第2掌骨复位钢板(或克氏针等)内固定肌腱、神经修复术
	与患者本人及家属谈话并签字
	备皮
	术前常规禁食、水
	苯巴比妥(鲁米那) 0.1g 术前30分钟 im
	5%葡萄糖氯化钠溶液 500m /
	先锋VI 2.0g
	带入手术室静脉滴注用

长期医嘱

临时医嘱

按臂丛麻醉下右手清创探查第二掌骨复位钢板（或克氏针等）内固定肌腱、神经修复术后骨科常规护理	血常规
I 级护理	尿常规
术后 6 小时后饮食	血生化检查
患肢抬高制动	肝功能检查
迈之灵 2 片 po bid	5% 葡萄糖氯化钠溶液 500ml
甲钴胺 500ug po tid	酚磺乙胺（止血敏）2.0g
复合维生素 B 2 片 po tid	右手复查正、斜位 X 线摄片
曲马多 100mg po bid	
5% 葡萄糖 500ml	ivgtt qd
先锋 VI 2.0g	
甲硝唑 100ml ivgtt bid	
0.9% 生理盐水 500ml	ivgtt qd
维生素 C 2.0g	

注：

1. 复杂手外伤或估计手术时间可能超过 3 小时，术前应留置尿管。
2. 手外伤术后不伴有组织血循环障碍者，24 ~ 48 小时内不主张应用活血药物，以避免增加伤口出血和血肿形成的机会。
3. 手外伤术后引流物以胶片和半胶管为主，应在术后 24 ~ 48 小时内拔除。
4. 处理手外伤过程中易忽略的几个问题：①认为手外伤病情简单而忽略全身情况的检查，造成漏诊。这些漏诊不仅可引起医疗纠纷，严重者以至延误治疗造成患者死亡；②尽早交代患者禁食、饮，与之相对应的应该尽早给患者建立静脉通道。否则，患者可能会在等待手术的时间里进食进水，而致手术时间推迟；③忘记给患者行 TAT 注射；④不住院治疗的手外伤患者忽略交代患者按期换药，特别是未交代手部引流物的情况。

断肢（指）再植

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按断肢（指）再植骨科	断肢（指）X线正、侧位摄片 st
常规护理	血常规+血型 st
I级护理	凝血功能 st
禁食禁饮	血生化检查 st
	肝炎系列
	乙肝两对半
	抗HIV抗体
	离断肢（指）体4℃低温保存
	5%葡萄糖氯化钠溶液 500ml ivgtt st
	TAT 1500IU 皮试阴性后 im
	通知手术室急诊于臂丛或硬膜外麻醉下行断肢（指）再植备截肢（指）术
	与患者本人及家属谈话并签字
	备皮
	术前常规禁食、水
	留置尿管
	配同型血 400~1000ml
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g 术前 30 分钟 im
	5%葡萄糖氯化钠溶液 500ml /
	先锋VI 2.0g
	带入手术室静脉滴注用
	低分子右旋糖苷 500ml
	带入手术室静脉滴注用

长期医嘱

临时医嘱

按臂丛或硬外麻醉下断肢（指）	血常规	
再植术后骨科常规护理	尿常规	st
I 级护理	肝功能检查	
术后 6 小时后半流质饮食	5% 葡萄糖氯化钠	/ ivgtt qd
绝对卧床	溶液 500ml	
患肢（指）抬高制动	肌苷 0.2g	
测血压、脉搏（1 次/2 小时） × 4 次		
观察再植肢（指）端血运情况		
1 次/2 小时		
患肢（指）照灯保暖或维持室温 28℃		
尿管接袋记量		
伤口引流管接袋记量		
5% 布比卡因 5ml 每 6 小时于留置臂丛管推入或留置镇痛泵		
护理		
肠溶阿司匹林 50mg po qd		
双嘧达莫 25mg po tid		
罂粟碱 30mg im qid		
低分子右旋糖酐 500ml	ivgtt	
bid		
5% 葡萄糖 500ml	/ ivgtt	bid
先锋 VI 2.0g		
甲硝唑 100ml	ivgtt	bid
0.9% 生理盐水 500ml	/ ivgtt	qd
维生素 C 2.0g		

注：

1. 在准备再植手术的过程中，一般可先给予患者静滴补液 500 ~ 1500ml，提高患者的有效血容量，改善四肢微循环，以减少术中发生血管痉挛及血管危象的机会。

2. 术中在充分扩容的基础上，为减少吻合口血栓形成

的机会，可在吻合小血管前 10 分钟，开始静滴低分子右旋糖酐；若发生血管痉挛，可肌注罂粟碱 30mg，或 1% 利多卡因局麻药物湿敷痉挛的血管。

3. 断肢（指）再植术后的“四抗”治疗措施包括：“抗炎”、“抗凝”、“抗痉挛”、“抗痛”。“四抗”治疗的目的均为减少或避免血管危象的发生，保证再植指体的成活。其中抗小血管痉挛的罂粟碱，应逐渐减量，避免在突然停药后吻合血管痉挛发生。如成人，可按术后 3 天、5 天、7 天及 12 天，每天用药次数由 4 次、3 次、2 次至 1 次递减。臂丛或硬膜外镇痛管可在术后 3 ~ 5 天根据患者患肢（指）疼痛情况拔除。对于断指情况比较简单者（如断端整齐、污染轻等），镇痛管并非要求常规留置，可应用口服镇痛药物，如曲马多 100mg，bid。

4. 再植术后发生动脉危象的机会，远小于静脉危象的发生机会。术后发生血管危象除早期急诊行血管探查术外，亦可行再植指体末端切开放血，必要时结合全身肝素化抗凝。末端切开放血常用的方法有：①拔甲后甲床作小切口；②末节指腹侧切至真皮层的小切口；③末节指腹尖端作切至真皮层的片状切面；并以肝素溶液湿敷创口，避免创口血痂形成，每小时搔刮创口一次保证创面渗血，一般维持 5 日以后，可完全改善静脉危象。使用肝素抗凝比较安全有效的方法为：1/8 支肝素 + 5% 葡萄糖 500ml，15 ~ 20 滴/分钟，维持 24 小时。

5. 术后制动要保证切实有效的执行，特别在术后一周内。制动包括全身制动和患肢制动两部分，都不可忽视。否则，很容易诱发血管危象发生。

6. 对高位肢体离断，术前应充分评估再植手术的风险；再植术后应密切观察肾功能的变化，通过保证有效血容量、碱化尿液、尽早行筋膜切开引流等，避免肾衰竭的发生。

臂丛损伤

(以“右臂丛上、中干完全损伤”为例)

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
按右臂丛上、中干损伤骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	凝血四项
维生素 B ₁ 10mg po tid	血肾功能 (生化十一项)
维生素 B ₆ 10mg po tid	血肝功能 (肝功能十二项)
甲钴胺 500μg po tid	肝炎系列
肌苷 0.4g po tid	乙肝两对半
谷维素 10mg po tid	抗 HIV 抗体
地巴唑 10mg po tid	心电图
	胸部 X 线透视 (了解损伤侧膈肌活动度)
	颈椎正、侧位 X 线照片
	右上肢肌电图检查
	颈部核磁共振检查
	拟第二日 8AM 于气管内麻醉下行右臂丛探查松解备左腓肠神经移植桥接副神经修复肩胛上神经、膈神经修复肌皮神经术
	与患者及其家属谈话并签字
	备皮
	术前 12 小时禁食, 4 小时禁饮
	配同型红细胞 400ml 备术中用
	术前留置尿管
	鲁米那 0.1g / 术前 30 分钟 im
	阿托品 0.5mg /
	先锋 VI 2.0g /
	5% 葡萄糖氯化钠溶液 500ml /
	带入手术室静脉滴注用

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下右臂丛探查左腓肠神经移植桥接副神经修复肩胛上神经、膈神经修复肌皮神经术后骨科常规护理	吸氧 必要时 5% 葡萄糖氯化钠溶液 500ml 肌苷 0.2g
I 级护理	ivgtt qd
术后 6 小时后半流质饮食	
绝对卧床	
常规喷喉 bid 每次 15 分钟	
患肢抬高手托制动	
测血压、脉搏(1 次/2 小时) × 4 次	
尿管接袋记量	
颈部伤口引流管接袋记量	
复合维生素 B 2 片 tid	
谷维素 10mg po tid	
地巴唑 10mg po tid	
甲钴胺 500μg im qd	
5% 葡萄糖液 500ml	ivgtt bid
先锋 VI 2.0g	
甲硝唑 100ml	ivgtt bid
0.9% 生理盐水 500ml	ivgtt qd
维生素 C 2.0g	

注:

1. 为提高臂丛损伤的诊断率和指导术者术中决策,术中常采用方波直流脉冲电刺激神经观察有无靶肌肉收缩反应,近些年来逐渐有更多的单位开展了术中电生理检测。因此,为了减少麻醉药物对术中电检测的影响,需术前向麻醉操作者说明,以配合术中电检测。

2. 由于多种 B 族维生素参与神经组织营养代谢过程,因此神经组织损伤后 B 族维生素可作为神经修复过程的营养药物辅助应用。为减少单次口服药物的数量,患者住院期间

可采用维生素 3B 针肌注，每次一支，每日一次，以替代多种 B 族维生素的口服；出院后亦可用复合维生素 B、金施尔康或善存片替代。甲钴胺作为存在于血液、骨髓液中的辅酶维生素 B₁₂ 钴宾酰胺制剂，通过甲基转换反应可促进核酸 - 蛋白 - 脂质代谢，修复被损害的神经组织，目前常用的该类商品制剂有弥可保和泛敏补。谷维素和地巴唑可改善神经组织的微循环。

3. 由于采取了神经移植和修复操作，术后根据神经移植修复后的松紧程度，给予患者适当的颈、肩和上肢制动，并维持 2 ~ 3 周，以避免修复神经被牵拉断裂的危险。

4. 若患者合并有神经痛症状，可口服钠离子通道阻滞剂，如卡马西平日 300 ~ 1200mg，分 2 ~ 4 次服用，或口服利多卡因制剂美西律，400 ~ 1200mg/d；三环类抗抑郁药，如阿米替林，剂量范围 12.5 ~ 150mg/d。臂丛神经阻滞多只有短期疗效。

游离皮瓣移植修复四肢软组织缺损 (以“左股前外侧皮瓣移植修复右小腿创面”为例)

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按右小腿外伤后皮肤缺损	血常规 + 血型
骨科常规护理	尿常规
Ⅱ级护理	凝血四项
普食	肾功能 (生化十一项)
	肝功能 (肝功能十二项)
	肝炎系列
	乙肝两对半
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸部 X 线透视
	右胫骨、腓骨正、侧位 X 线照片
	右下肢动脉造影 (必要时)
	拟次晨 8 时于腰硬 (或气管内) 麻醉下行右小腿清创血管探查左股前外侧皮瓣游离移植左腹部取皮供瓣区游离植皮术
	与患者及其家属谈话并签字
	备皮
	术前 12 小时禁食, 4 小时禁饮
	配同型红细胞 400ml 备术中用
	术前留置尿管
	苯巴比妥 (鲁米那) / 术前 30 分钟
	0.1g / im
	阿托品 0.5mg
	先锋 VI 2.0g
	5% 葡萄糖氯化钠溶液 500ml /
	带入手术室静脉滴注用

术后医嘱

长期医嘱

临时医嘱

按气管内或腰硬外麻醉下右小腿
清创左股前外侧皮瓣游离移植修
复左下腹取皮左大腿游离植皮术
后骨科常规护理

I 级护理

完全清醒后半流饮食

绝对卧床

测血压、脉搏(1 次/2 小时) ×
4 次

双下肢抬高制动

观察皮瓣血运情况 1 次/2 小时

患肢照灯保暖或维持室温 28℃

尿管接袋记量

左股部伤口引流管接袋记量

右小腿伤口引流管接袋记量

腹部伤口引流管接袋记量

肠溶阿司匹林 50mg po qd

双嘧达莫 25mg po tid

罂粟碱 30mg im qid

低分子右旋糖酐 500ml ivgtt bid

5% 葡萄糖 500ml /ivgtt bid

先锋 VI 2.0g

甲硝唑 100ml ivgtt bid

0.9% 生理盐水 500ml /ivgtt qd

维生素 C 2.0g

注:

1. 术前若存在创面感染,需行创面脓液细菌培养 + 药敏试验,则术中和术后选用敏感的抗生素;并在术前加强创面换药,控制或改善局部的感染,经常需在术前一天和送手术前 1 小时换药。

2. 术前可根据股前外侧皮瓣体表标志的设计,应用超

声多普勒听诊器检查出该皮瓣轴行血管旋股外动脉降支第 1、2 肌皮穿支及横支的体表投影，并做出标记，了解皮肤穿支的情况，为术中皮瓣的设计作准备。同时皮瓣受区的血管情况也应有充分的评估，必要时可行血管造影或 MRA（磁共振血管摄影术）。

3. 游离皮瓣术后要保证每日的输入液体量 $\geq 3000\text{ml}$ ，维持 5~7 天。

痉挛性脑瘫
(以“双下肢小腿三头肌肌张力增高伴踝阵挛行选择性腰脊神经后根切除术”为例)

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按痉挛性脑瘫骨科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
普食	凝血四项
	肾功能（生化十一项）
	肝功能（肝功能十二项）
	肝炎系列
	乙肝两对半
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸部 X 线透视
	腰椎正、侧位 X 线照片
	膀胱 B 超了解残余尿量
	双下肢肌电图检查
	拟次晨 8 时于气管内麻醉下行选择性腰 4 ~ 骶 1 脊神经后根切除术
	与患儿家属谈话并签字
	备皮
	术前 12 小时禁食，4 小时禁饮
	配同型红细胞 400ml 备术中用
	术前留置尿管
	苯巴比妥（鲁米那）
	50mg
	阿托品 0.25mg
	先锋 VI 1.0g
	5% 葡萄糖氯化钠溶液 250ml /
	带入手术室静脉滴注用

长期医嘱

临时医嘱

按气管内麻醉下行选择性腰 4 ~	吸氧	必要时	
骶 1 脊神经后根切除术后骨科常	5% 葡萄糖氯化钠		
规护理	溶液 250ml		
I 级护理	酚磺乙胺（止血敏） 1.0g		ivgtt qd
术后 6 小时后半流质饮食	维生素 K ₁ 10mg		
绝对卧床			
常规喷喉 bid 每次 15 分钟			
测血压、脉搏（1 次/2 小时）×			
4 次			
尿管接袋记量			
5% 葡萄糖液 250ml		ivgtt	qd
地塞米松 5mg			
5% 葡萄糖液 250ml		ivgtt	bid
先锋 VI 1.0g			
0.9% 生理盐水 250ml		ivgtt	qd
维生素 C 1.0g			

注：

1. SPR 的选择性包含了 3 个方面的选择：一是选择合适的病例，二是拟切断的神经节段的选择，三是在术中电刺激后根诱发肢体痉挛，根据诱发阈值选择所要切除的后根及其比例。

2. 根据以往的经验，术中充分止血，认真修复硬膜，术后大多数患者可不放置胶管引流。

3. 术后即可了解双小腿三头肌肌张力改善的情况，同时密切观察双下肢感觉、运动及尿便的情况。

4. 术后应用激素的目的是减轻切除神经根断端的水肿，一般仅用 3 天。

5. 术后卧床 3 周坐起，4 周带腰围保护下床活动。

肾衰竭尿毒症期动静脉造瘘

(以“左前臂桡动脉-头静脉端侧吻合术”为例)

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按尿毒症常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ级护理	尿常规
高热量、低蛋白饮食	凝血四项
	血肾功能（生化十一项）
	血肝功能（肝功能十二项）
	肝炎系列
	乙肝两对半
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸部 X 线透视
	拟次晨 8 时于局部麻醉下行左前臂桡动脉-头静脉端侧吻合造瘘术
	与患者及其家属谈话并签字
	备皮
	苯巴比妥（鲁米那）50mg 术前
	30 分钟 im
	先锋 VI 1.0g
	5% 葡萄糖溶液 100ml
	带入手术室静脉滴注用

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按局部麻醉下行左前臂桡动脉-头静脉端侧吻合造瘘术后骨科常规护理	吸氧 必要时
Ⅰ级护理	

长期医嘱

临时医嘱

高热量、低蛋白饮食

绝对卧床

患肢抬高制动

测血压、脉搏(1次/2小时)×4次

罂粟碱 30mg im bid

5% 葡萄糖液 100ml /ivgtt bid

先锋 VI 1.0g

注:

1. 血管选择的基本要求是所用血管连接通道必须装卸简便,能够耐受频繁使用,分流通路能够保证 200ml/min 以上的血流量,对循环影响小和不妨碍病人活动。一般常用的血管为:桡动脉-头静脉、桡动脉-贵要静脉、胫后动脉-伴行静脉、足背动脉-大隐静脉等远离心脏的血管,以减轻心脏负担,必要时亦可选用腹壁下动、静脉。但以桡动脉-头静脉为首选。

2. 术前 2~4 周内应避免左侧前臂浅静脉穿刺操作。

3. 造瘘术后建议 3~5 天后再行血透治疗,过早易导致皮下血肿,但术后血透并非绝对禁忌,应根据患者全身情况决定。

4. 内瘘制成后,应在静脉动脉化一个月后方可用于血透。

5. 若患者全身情况差,且前臂浅静脉细且硬时,可采用自体大隐静脉移植或人造血管桥接在桡动脉和肘静脉间造瘘。此时,需采用臂丛+硬膜外麻醉,术前准备需要配血备用及常规禁食、水。

6. 由于内瘘形成后,回心血量增加,心脏前负荷增加,可诱发急性心力衰竭。因此,此类患者术后应严格控制补液量。

(中山大学附属第一医院显微、整形科 戚剑)

十五、外科感染

软组织急性化脓性感染

长期医嘱	临时医嘱
普通外科护理常规	血、尿、大便常规
二级护理	肝、肾功能检查
普通饮食	心电图
炎症局部热敷	青霉素皮试
复方新诺明 1g p. o Bid	脓液细菌培养
5% 葡萄糖溶液 100ml / ivdrip	
青霉素 400 万 U / q12h	
5% 葡萄糖溶液 500ml / ivdrip	
维生素 C 2.0g / qd	
10% 葡萄糖溶液 1000 ml ivdrip	

注:

1. 炎症局部应用硫酸镁湿敷,也可以进行红外线或超短波理疗。
2. 炎症局部有波动感或穿刺有脓应尽早手术切开引流。
3. 手术切开或穿刺抽取的脓液,送细菌培养并作药敏试验,根据结果选择有效抗菌药物。

破 伤 风

长期医嘱	临时医嘱
普通外科护理常规	血、尿、大便常规
特级护理	肝、肾功能检查
流质饮食或鼻饲(必要时)	血气分析
病危	心电图
隔离、安静、避光病房	青霉素皮试
复方氨基酸注射液 250ml	TAT 皮试
ivdrip Bid	破伤风抗毒素1万~6万 U 肌注
5% 葡萄糖溶液 250ml / ivdrip	或静滴(早期)
青霉素400万 U / q12h	破伤风人体免疫球蛋白3000~6000U(早期)

长期医嘱	临时医嘱
5% 甲硝唑100ml ivdrip q8h	清创术(有伤口者)
地西洋10mg iv Bid(必要时)	乳酸钠林格液500ml / ivdrip
5% 葡萄糖溶液500ml / ivdrip	维生素 C 2.0g /
TAT 2万~5万 U / (首日)	10% 葡萄糖溶液500ml /
5% 葡萄糖溶液500ml / ivdrip	10% 氯化钾10ml / ivdrip
TAT 1万~2万 U / qd(第2天起)	维生素 B ₆ 0.2g /

注:

1. 有伤口者及时行清创术,充分引流,局部用3%过氧化氢或1:1000高锰酸钾溶液冲洗、湿敷伤口。
2. 床边备吸痰机、人工呼吸机等急救设备。
3. 病情严重者,应作气管切开并停留胃管进行鼻饲。
4. 解除痉挛采用的药物有:10%水合氯醛20~40ml保留灌肠,或苯巴比妥那0.1~0.2g肌肉注射,严重者应用冬眠I号合剂持续静脉滴注。
5. 第二天起TAT减量至1万~2万U,连用5天。

气性坏疽

长期医嘱		临时医嘱
普通外科护理常规		血、尿、大便常规
特级护理		肝、肾功能检查
流质饮食		出凝血时间; 乙型肝炎两对半; 血型
病危		广泛切开、敞开伤口
隔离病房		3% 过氧化氢溶液冲洗、湿敷创口
鼻导管吸氧 3~5 升/分钟		分泌物涂片检查
高压氧治疗		分泌物细菌培养
5% 葡萄糖溶液 250ml	ivdrip	患处肢体 X 线摄片
红霉素 1.5g	qd	心电图
5% 葡萄糖溶液 250ml	ivdrip	青霉素皮试
青霉素 600 万 U	q12h	TAT 皮试
甲硝唑 100ml	ivdrip	TAT 1500U 肌肉注射
	q8h	
5% 葡萄糖氯化钠溶液 500ml	ivdrip	
维生素 C 2.0g	qd	
10% 葡萄糖溶液 500ml	ivdrip	
维生素 B ₆ 0.2g	qd	

注: 广泛切开、敞开伤口, 局部用 3% 过氧化氢或 1:1000 高锰酸钾溶液冲洗创口并湿敷。

1. 尽早紧急进行局部手术处理, 广泛、多处切开伤口, 彻底清除病变组织, 如果整个肢体广泛感染, 应截肢以挽救生命。

2. 病房应严格隔离, 用过的敷料、衣物、器械等, 应单独进行消毒或焚烧。

3. 高压氧治疗: 在感染后第 1 日做 3 次, 第 2、第 3 日各做 2 次, 凡能在最初 48 小时内做 5 次者, 预后较好。

(中山大学附属第一医院外科 ICU 陈敏英 梁力建)

十六、外科休克

低血容量性休克

长期医嘱	临时医嘱
按外科休克护理常规	血常规 + 血型
特级护理	尿、便常规
禁食	血气分析(必要时)
深静脉穿刺常规护理	配血(必要时)
测 CVP q2 ~ q4h	电解质测定
停留尿管	凝血功能检查
计每小时尿量	中心静脉穿刺术
记24小时出入量	胸、腹腔诊断性穿刺(必要时)
吸氧 3 ~ 5 L/min	胸、腹腔 B 超(必要时)
平卧,上身及下肢抬高20°	林格液1000 ~ 2000ml ivdrip
雷尼替丁 0.15g iv bid	贺斯 500 ~ 1000ml ivdrip
	5% 白蛋白 200ml ivdrip
	多巴胺 200mg / iv pump
	生理盐水50ml / 5 ~ 20 μ g/(kg · min)
	去甲肾上腺素10mg / iv pump (必要时)
	生理盐水50ml / 0.5 μ g/(kg · min)起

注:

1. 低血容量休克患者首先建立中心静脉通路,保证液体快速输入,并监测中心静脉压(CVP),保证 CVP 8 ~ 12mmHg, MAP $\geq$ 65mmHg,尿量 $\geq$ 0.5ml/(kg · h)。

2. 补充血容量需要同时应用晶体液与胶体液,胶体液可选择代血浆、白蛋白,根据临床患者情况选择。在失血量较大, HCT $\leq$ 30%时,酌情输注红细胞。

3. 大量丢失凝血因子时,补充新鲜冷冻血浆及其他凝血因子(冷沉淀、凝血酶原复合物、纤维蛋白原)。

4. 补充血容量的同时,适当应用血管活性药物,可选择 α 受体激动剂——多巴胺、去甲肾上腺素,根据血压调节。多巴胺 5 ~ 20 μ g/(kg · min),超过 20 μ g/(kg · min)时不需要继续增加剂量,酌情加用去甲肾上腺素,0.5 μ g/

- (kg · min) 开始，维持 MAP ≥ 65mmHg 以上。
5. 严重酸中毒者，BE < -10mmol/L 时，酌情输入碳酸氢钠液，但需注意输入过量导致复苏后出现碱血症。
6. 若保守治疗无效，可疑有胸腹腔活动性出血者，应该及早进行手术探查。

感染性休克

长期医嘱	临时医嘱
按外科休克护理常规	血、尿、大便常规
特级护理	血气分析
禁食	肝、肾功能检查
深静脉穿刺常规护理	电解质测定
停留尿管	细菌培养 + 药敏
计每小时尿量	中心静脉穿刺术
记24小时出入量	心电图
吸氧 3 ~ 5L/min	乳酸林格液1000 ~ 2000ml iv drip
平卧	贺斯500 ~ 1000ml ivdrip (必要时)
Losec 40mg iv qd	5%白蛋白200ml ivdrip(必要时可重复)
头孢哌酮 2.0g / iv drip	多巴胺 200mg / iv pump
生理盐水 100ml / q12h	生理盐水 50ml / 5 ~ 20μg/(kg · min)
0.5% 甲硝唑 100ml iv drip q8h	山莨菪碱 30 ~ 50mg / iv pump
	生理盐水 50ml / q6 ~ 8h

注：

1. 休克患者首先建立中心静脉通路，监测中心静脉压 (CVP)，保证 CVP8 ~ 12mmHg，平均动脉压 (MAP) ≥ 65mmHg，尿量 ≥ 0.5ml/ (kg · h)。
2. 补充血容量需要同时应用晶体液与胶体液，胶体液可选择代血浆、白蛋白，根据临床患者情况选择。
3. 适当应用血管活性药物，可选择 α 受体激动剂——多巴胺、去甲肾上腺素，根据血压调节。多巴胺 5 ~ 20μg/ (kg · min)，超过 20μg/ (kg · min) 时不需要继续增加剂

量，酌情加用去甲肾上腺素， $0.05\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 开始，维持 $\text{MAP}\geq 65\text{mmHg}$ 以上。

4. 严重酸中毒， $\text{BE} < -10\text{mmol/L}$ 时，酌情输入碳酸氢钠。

5. 革兰阴性菌感染抗生素选择 3 代头孢菌素和（或）喹诺酮类，必要时应用碳青霉烯类，革兰阳性菌感染可应用青霉素类，耐药菌感染选用糖肽类，如万古霉素（ 0.5g ，iv，drip， $q6\text{h}\sim q8\text{h}$ ）或替考拉宁（ $0.2\sim 0.4\text{g}$ ，iv，drip，qd）。真菌感染首选氟康唑 $0.2\sim 0.4\text{g}$ ，iv，drip，qd $\sim q8\text{h}$ ，致命性真菌感染选用两性霉素 B， $0.02\sim 0.1\text{mg/kg}$ 开始，每天加量 5mg ，逐步加量至 $0.6\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。溶剂使用注射用水，再加入 5% 葡萄糖溶液中，使用药物时要避光，用药期间注意有无不良反应：寒战高热、低钾血症、肝肾毒性。用药前 30 分钟给异丙嗪减轻全身性反应。

6. 顽固性休克可补充生理剂量氢化可的松 200mg/d ，连用 7 天。

7. 大剂量山莨菪碱可改善微循环，减轻组织缺血、缺氧。用药后注意副作用：心率增快，血压降低，心率增快超过 20 次/分钟时考虑暂停用药，并适当扩容。

8. 纳洛酮在感染性休克时可以拮抗 β 内啡肽作用，明显提升血压，用量：首剂 0.4mg ，iv，维持量 $0.2\sim 0.4\text{mg/h}$ ，至循环稳定后停药。副作用有烦躁、血压升高。

9. 有明确感染病灶者，在抗休克的同时应早手术治疗，清除感染灶。

（中山大学附属第一医院外科 ICU 陈敏英 梁力建）

十七、重症监护

心肺脑复苏

长期医嘱	临时医嘱
按心肺脑复苏护理常规	血常规 + 血型
特级护理	尿、便常规
停留胃管	血气分析
鼻饲流质	电解质测定
气管插管护理	凝血功能检查
呼吸机辅助呼吸	胸外心脏按压
病危	人工呼吸
吸纯氧30分钟 q6h	紧急气管插管
观察瞳孔 q4h	肾上腺素0.5 ~ 1mg iv(5分钟重复)
头部降温治疗	阿托品0.5 ~ 1mg iv(5分钟重复)
20% 甘露醇125 ~ 250ml iv drip q6h(必要时)	10% 氯化钙2.5 ~ 5ml iv(缓慢)
呋塞米20mg iv q6h	利多卡因1 ~ 1.5 mg/kg iv
20% 白蛋白50ml iv drip q8h	电除颤(必要时)
潘妥拉唑40mg iv bid	心电图
	碳酸氢钠100 ~ 150ml ivdrip(pH < 7.2)
	多巴胺 200mg / iv pump
	生理盐水 50ml / 5 ~ 20μg/(kg · min)
	5% 葡萄糖溶液100ml / ivdrip
	氢化可的松100 ~ 200mg / ivdrip

注：

1. 初期复苏主要任务是迅速有效地恢复生命器官的血液供应和供氧，要做到保持呼吸道通畅，进行有效的人工呼吸和建立有效的人工循环。

2. 胸外心脏按压按压频率 80 ~ 100 次/分，按压时间：松开时间 = 1:1。若行人工呼吸，单人复苏时，心脏按压：人工呼吸 = 15:2，双人复苏时，心脏按压：人工呼吸 = 5:1。

3. 胸外心脏按压效果不佳并超过 10 分钟，具有开胸条件者，应及时开胸心脏按压。

4. 电除颤能量：胸外除颤成人 200J，小儿 2J/kg；胸内除颤成人 20 ~ 80J，小儿 5 ~ 50J。
5. 维持血压首选多巴胺，必要时加用去甲肾上腺素和异丙肾上腺素。

急性肾衰竭（少尿期）

长期医嘱	临时医嘱
急性肾功能衰竭护理常规	血、尿、便常规
流质饮食	肝、肾功能检查
一级护理	尿渗透压测定
病危	电解质测定
记每小时尿量	24小时尿肌酐测定
记24小时出入量	血气分析
呋塞米 40 ~ 60mg iv bid	腹平片或腹部 B 超(必要时)
复方氨基酸注射液250ml iv drip bid	心电图
5% 葡萄糖溶液100ml / iv drip	25% 葡萄糖溶液100ml / iv drip
青霉素400万 U q12h	胰岛素6U
	10% 葡萄糖酸钙20ml iv(缓慢)
	5% 碳酸氢钠100ml iv drip
	青霉素皮试

急性肾衰竭（多尿期）

长期医嘱	临时医嘱
急性肾衰竭护理常规	血、尿、便常规
流质饮食	肝、肾功能检查
一级护理	电解质测定
记每小时尿量	血气分析
记 24 小时出入量	尿渗透压测定
复方氨基酸注射液 250ml iv drip Bid	青霉素 皮试

长期医嘱	临时医嘱
5% 葡萄糖溶液 100ml / 青霉素 400 万 U	iv drip q12h
5% 葡萄糖溶液 500ml / 维生素 C 2.0g	iv drip qd
10% 葡萄糖溶液 1000ml / 10% 氯化钾溶液 15ml	iv drip qd

注：

1. 外科急性肾衰竭多与手术、创伤、休克、严重感染等疾病密切相关，及时治疗原发病非常重要。

2. 避免应用有肾功能损害的药物。

3. 严格记录出入量，少尿期每日补液量 = 显性失水 + 非显性失水 - 内生水；多尿期补液量以前一天尿量的 2/3 或 1/2 计算。

4. 无尿期达到透析指征时应及时进行血液净化治疗。

急性呼吸窘迫综合征

长期医嘱	临时医嘱
急性呼吸窘迫综合征护理常规	血、尿、便常规
鼻饲流质	肝、肾功能检查
特级护理	电解质测定
病危	血气分析
记每小时尿量	胸片
记24小时出入量	心电图
中心静脉导管护理	中心静脉穿刺术
气管插管护理	青霉素 皮试
呼吸机辅助呼吸	多巴胺 200mg / iv pump
俯卧位 q4h	生理盐水50ml / 2 ~ 5μg / (kg · min)

续 表

长期医嘱	临时医嘱
前列腺素 E 20 μ g / iv pump 生理盐水50ml / bid 5% 葡萄糖溶液100ml / iv drip 青霉素400万 U / q12h 沐舒痰30mg iv bid	多巴酚丁胺 200mg / iv pump 生理盐水50ml / 2~5 μ g/(kg·min) 山莨菪碱30mg / iv pump 生理盐水50ml / q6~8h 贺斯500ml iv drip(必要时) 20% 白蛋白50ml iv drip(必要时)

注:

1. 要注重对原发病的治疗, 控制全身感染以及组织低灌注状态。

2. 积极补充血容量, 维持组织灌注, 但需要注意观察肺间质水肿有无加重, 必要时可加用利尿剂, 有条件者可放置 Swan - Ganz 导管监测肺血流动力学参数以指导治疗。

3. 呼吸功能支持多需要应用机械通气, 呼吸机模式采用压力控制, 应用小潮气量 (4~6ml/kg), 并根据临床监测结果确定最佳呼气末正压 (PEEP)。

4. 尽早开始营养支持, 尽可能应用肠内营养。

(中山大学附属第一医院外科 ICU 陈敏英 梁力建)

十八、腔 镜 外 科

胆囊结石、胆囊息肉

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按胆囊结石或胆囊息肉术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 低脂普食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸透 上腹部 B 型超声

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下腹腔镜胆囊切除术后 常规护理 Ⅰ级护理 禁食 吸氧 常规喷喉 bid 0.9% 生理盐水 100ml / ivgtt 头孢拉啶 2.0g / q12h 雷尼替丁 0.15 iv bid	乳酸林格液 500ml ivgtt 10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt

注：

1. 预防性抗生素可选用 1、2 代头孢菌素或喹诺酮类。

2. 术后第1天或第2天肛门排气后可进食流质或半流质食物。

3. 处理并发症：术后若出现腹痛并低热者注意有否膈下积液或胆漏，有黄疸者注意有否胆道损伤或胆总管残余结石。

胆总管结石

术前医嘱	
长期医嘱	临时医嘱
按胆总管结石术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 低脂普食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸透 上腹部 B 型超声

术后医嘱	
长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下腹腔镜胆囊切除、 胆总管切开取石、T 管引流术后常 规护理 Ⅰ级护理 禁食 吸氧 常规喷喉 bid 胃管接负压吸引 尿管接袋 腹腔引流管接负压吸引 T 管接袋 记 24 小时出入量 0.9% 生理盐水 100ml ivgtt 头孢拉啶 2.0g q12h 雷尼替丁 0.15g iv bid 0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt q8h	乳酸林格液 1000ml ivgtt 10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt

注：

1. 预防性抗生素可选用 1、2 代头孢菌素或喹诺酮类。
2. 术后肛门排气后可拔除胃管、进食流质或半流质食物。
3. 处理并发症：术后若出现腹痛并低热者注意有否膈下积液或胆漏，术后 11 天行 T 管造影了解有否胆总管残余结石。

慢性阑尾炎

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按慢性阑尾炎术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸透 阑尾钡剂造影

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下腹腔镜阑尾切除 术后常规护理 Ⅰ级护理 禁食 吸氧 常规喷喉 bid 0.9% 生理盐水 100ml 头孢拉啶 2.0g	乳酸林格液 500ml ivgtt 10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt / ivgtt q12h

注：

1. 预防性抗生素可选用 1、2 代头孢菌素或喹诺酮类；
2. 术后第 1 天或第 2 天肛门排气后可进食流质或半流质食物；

3. 处理并发症：术后仍有腹痛、发热、白细胞升高者，可行 B 超检查了解有否右下腹炎性包块或脓肿形成，根据 B 超结果予以相应处理。

结直肠癌

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按结直肠癌术前外科常规 护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 半流饮食（术前1天流质 饮食）	血常规+血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 胃肠肿瘤标志物四项 抗HIV抗体 心电图 胸片 结肠镜检查 钡灌肠检查 上腹部B型超声 卡那霉素 0.5g tid × 2(术前2天始) Flagyl 0.2g tid × 2(术前2天始) 恒康正清 2包 po 术前当晚8时起 温水 2000ml

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下腹腔镜辅助下结直 肠癌切除术后 常规护理 Ⅰ级护理 禁食 吸氧 常规喷喉 bid	乳酸林格液 1000ml ivgtt 10%葡萄糖液 1000ml ivgtt

长期医嘱	临时医嘱
人工肛护理（造口手术者）	
胃管接负压吸引	
尿管接袋	
腹腔引流管接负压吸引	
记 24 小时出入量	
0.9% 生理盐水 100ml	ivgtt
头孢拉啶 2.0g	/q12h
0.5% 甲硝唑 100ml	ivgtt q8h

注：

1. 预防性抗菌药可选用 1、2 代头孢菌素或喹诺酮类。
2. 术后肛门排气后可拔除胃管、进食流质或半流质食物。
3. 处理并发症：术后腹膜炎严重者应注意有否吻合口瘘的可能性。若证实为吻合口瘘，必要时开腹引流。若出现肠梗阻表现，应注意有否内疝形成可能，必要时再次手术。进行造口手术者应注意有否出现造口狭窄、回缩或缺血坏死等情况，并做相应处理。

食管裂孔疝、胃食管反流病

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按食管裂孔疝、胃食管反流病术前 外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 半流饮食(术前1天流质饮食)	血常规+血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗HIV抗体 心电图 胸片 钡餐检查 胃镜检查 24小时pH值检测 食管下段括约肌测压

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下腹腔镜食管裂孔疝 修补、胃底折叠术后常规护理 Ⅰ级护理 禁食 吸氧 常规喷喉 bid 胃管接负压吸引 尿管接袋 记24小时出入量 0.9%生理盐水 100ml 头孢拉定 2.0g	乳酸林格液 1000ml ivgtt 10%葡萄糖液 1000ml ivgtt 24小时pH值检测(术后7天) 食管下段括约肌测压(术后7天)
	ivgtt q12h

注：

1. 预防性抗菌药可选用 1、2 代头孢菌素或喹诺酮类。
2. 术后肛门排气后可拔除胃管、进食流质或半流质食物。
3. 处理并发症：术后仍有腹痛、发热、白细胞升高者，应口服水溶性造影剂以排除食管穿孔。术后出现吞咽困难者，应行钡餐检查了解梗阻部位及原因，复查食管下段括约肌测压以排除食管动力不良和胃底折叠过紧；可先行食管扩张术，若吞咽困难持续 2 个月以上，需考虑再次手术。

特发性血小板减少性紫癜

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按特发性血小板减少性紫癜术前 外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸透 血小板悬液 30U ivgtt (血小板计数 $< 50 \times 10^9/L$ 者, 前 1 天用) 丙种球蛋白 20 ~ 25g ivgtt qd × 5 天

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下腹腔镜辅助下脾切除术后常规护理 Ⅰ级护理 禁食 吸氧 常规喷喉 bid	乳酸林格氏液 1000ml ivgtt 10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt 0.9% 生理盐水 100ml /ivgtt 氢化可的松 200mg /ivgtt (术后 1 天)

长期医嘱	临时医嘱
胃管接负压吸引	
尿管接袋	
腹腔引流管接负压吸引	
记 24 小时出入量	
0.9% 生理盐水 100ml	ivgtt
头孢拉啶 2.0g	q12h
泼尼松 30 ~ 60mg	qd (术后 2 天起,
逐渐减量)	
查血常规	qd

注：

- 1. 预防性抗生素可选用一、二代头孢菌素或喹诺酮类。
- 2. 术后肛门排气后可拔除胃管、进食流质或半流质食物。
- 3. 处理并发症：术后仍有腹痛、发热、白细胞升高者，可行 B 超检查了解有否脾窝积液或脓肿，必要时行 B 超引导下膈下置管引流。对术后血小板计数 $>600 \times 10^9/L$ 者，需给予口服抗凝药物。

手汗症

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按手汗症术前外科常规护理 Ⅱ或Ⅲ级护理 普食	血常规 + 血型 尿常规 便常规 血生化 血肝功能 凝血功能 乙肝两对半 肝炎系列 抗 HIV 抗体 心电图 胸透 肺功能检查（年龄 > 50 岁者）

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下胸腔镜下胸交感神经 切断术后常规护理 Ⅰ级护理 禁食 吸氧 常规喷喉 bid 胸腔引流管接水封瓶闭式引流(必要时) 0.9% 生理盐水 100ml / ivgtt 头孢拉啶 2.0g / q12h	乳酸林格液 500ml ivgtt 10% 葡萄糖液 1000ml ivgtt

- 注：
- 1. 预防性抗菌药可选用 1、2 代头孢菌素或喹诺酮类。
 - 2. 术后第 1 天或第 2 天肛门排气后可进食流质或半流质

食物。

3. 处理并发症：术后出现胸闷、胸痛或呼吸困难者需立即行胸片检查，如出现气胸表现者可行胸腔穿刺抽气。另外，应注意观察有否出现 Horner 综合征。

腹股沟疝

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按腹股沟疝术前外科常规护理	血常规 + 血型
Ⅱ 或 Ⅲ 级护理	尿常规
普食	便常规
	血生化
	血肝功能
	凝血功能
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	心电图
	胸透

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
按气管内麻醉下腹腔镜腹股沟疝	乳酸林格液 500ml ivgtt
修补	10% 葡萄糖液 1000ml
术后常规护理	ivgtt
I 级护理	
禁食	
吸氧	
常规喷喉 bid	
胸腔引流管接水封瓶闭式引流（必要 时）	
0.9% 生理盐水 100ml	/ ivgtt q12h
头孢拉定 2.0g	

注：

- 1. 预防性抗菌药可选用 1、2 代头孢菌素或喹诺酮类。

2. 术后第1天或第2天肛门排气后可进食流质或半流质食物。

3. 处理并发症：术后若出现腹股沟血肿或积液，可行穿刺抽液引流。进行经腹腔的腹腔镜腹股沟疝修补术(TAPP)术式者应注意有否出现肠梗阻表现，必要时再次手术解除梗阻。

(中山大学附属第一医院外科腔镜外科 郑朝旭)

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名=实用外科医嘱手册

作者=梁力建，赖佳明主编

页数= 2 1

出版社=中国协和医科大学出版社

出版日期= 2 0 0 9

S S 号= 1 2 3 3 6 0 0 1

D X 号=

U R L = h t t p : / / b o o k 2 . d u x i u . c o m / b o o k D e t a i l . j s p ? d

x N u m b e r = & d = 2 0 4 0 1 8 3 5 0 E 1 5 3 A B B 9 B 7 3 F E B C 8 2 B 5 6 7 1 5

封面

书名

版权

前言

目录

一、 胃肠外科

二、 常见外科急腹症

三、 颈部外科

四、 乳腺外科

五、 血管外科

六、 肝胆胰脾外科

七、 移植外科

八、 神经外科

九、 烧伤

十、 骨外科

十一、 泌尿外科

十二、 胸外科

十三、 心脏外科

十四、 显微、整形

十五、 外科感染

十六、 外科休克

十七、 重症监护

十八、 腔镜外科