

术前护理

Benney Wong讲师
benneycw@hku.hk





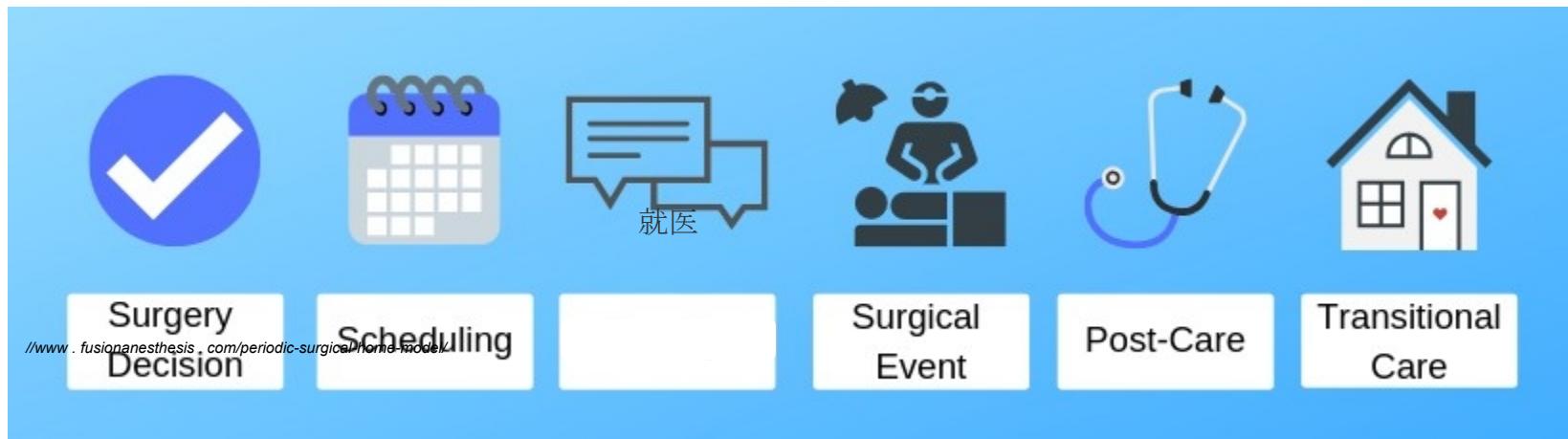
学习成果

在本课结束时，学生应该能够：

- 定义围手术期护理；
- 识别围手术期护理的阶段；
- 区分住院手术和日间手术的区别；
- 识别不同类别的手术；
- 对不同类型的手术进行分类；
- 识别麻醉的类型；
- 识别重要的术前评估数据；
- 描述病房护士在术前护理中的作用；
- 为手术前阶段的病人提供适当的护理；

围手术期

围手术期始于**患者被告知**手术需求，包括手术程序和恢复，继续到出院，并在患者达到他或她的要求时结束**最佳水平**手术后的功能。





围手术期护理阶段

01. 手术前
外科手术

02. 术中
病人接受手术的时间

03. 术后
手术程序完成后的时间

手术的不同目的

1. **诊断的**-确定紊乱的起源和原因
 - 例如: 乳房肿块活检(去除细胞或组织进行检查) 剖腹探查术(打开腹部区域)
2. **有疗效的**-通过修复或去除病因(即癌组织)来治愈疾病
 - 例如: 阑尾切除术(切除阑尾) 胆囊切除术(切除胆囊)
3. **改造的**-恢复正常外观和功能
身体部位畸形
 - 例如: 乳房再造唇腭裂修复术

- 4. 化妆品—通过整形和调整来改善正常解剖结构的外观
 - 例: 隆胸
- 5. 缓和的—缓解症状或疾病进程，但并不能治愈病因
 - 任何减轻多发性转移癌患者症状的手术

手术环境

1. 日间手术

- 患者入院或日间手术中心，并在当天接受手术后回家
- 通常是简单的手术
- 例如：白内障摘除、输卵管结扎、活组织检查



2. 住院手术

- 病人入院并至少过夜
- 例如：脑外科手术、肠切除术、全髋关节置换



医院环境中的手术类别

1. 突发事件

- 因为危及生命，需要立即关注后果。手术应该立即进行。
 - 例: 因急性胆囊炎行胆囊切除术交通事故后的止血手术

2. 选举的

- 这是一个根据计划的外科手术。患者和医生在评估他们的临床情况后决定手术。手术时机取决于病人病情的紧急程度。病人根据他们的病情得到治疗疾病的严重程度，而不是按添加的时间顺序。
 - 白内障手术
 - 全髋关节置换手术

3. 可选择的

- 患者要求的手术
 - 任何整容手术

手术类型

1. 微创手术
2. 传统/开放手术

手术类型

1. 微创手术

- 使用小切口和少量缝线的外科手术。
- 可能导致更少的疼痛、疤痕和对健康组织的损伤，并且患者可能比传统手术恢复得更快。
 - 腹腔镜手术内窥镜手术机器人手术

腹腔镜手术

- 外科医生制造一个或多个小切口。这些允许外科医生插入腹腔镜、小型手术工具和用于将气体泵入腹部的管子。这使得外科医生更容易四处看看然后操作。



内窥镜手术

- 放**光纤柔性内窥镜**变成中空的器官
例如:食道、胃、胆管、结肠
或者泌尿器官



机器人手术

- 外科医生通过以下方式进行外科手术的显微外科手术**操纵机器人的手**
- 考虑到**更加精确**让外科医生可以看到
3D图像



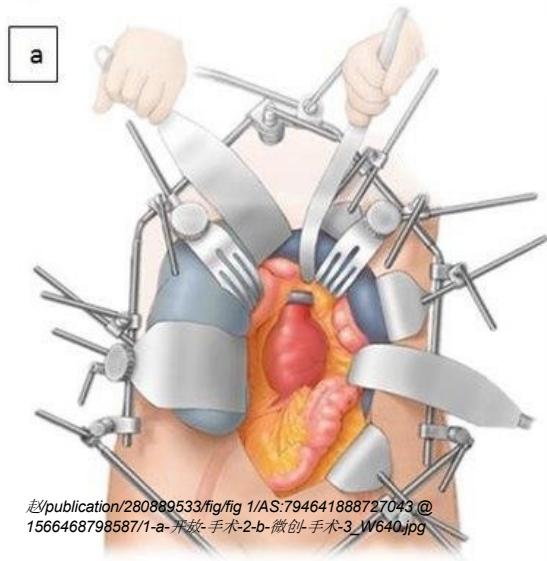
微创手术后伤口



手术类型

2. 传统/开放手术

- 用解剖刀切开的传统外科手术





管理信息系统的优势

- 缩短住院时间
- 较小的切口
- 减少伤口感染
- 降低并发症的风险
- 提高准确性
- 手术后疼痛减轻
- 疤痕更少
- 更快的恢复时间

麻醉类型

1. 全身麻醉

- 患者将失去知觉的
- 消除了对事件的所有感觉和意识或记忆
- 途径:吸入剂(麻醉气体吸入肺部, 然后到大脑经血液), 静脉注射

2. 区域麻醉

- 患者将神志清醒的但是没有痛苦
- 在神经束附近注射麻醉剂, 这些神经束将信号从身体的该区域传送到大脑。
- 途径:硬膜外(EA)/脊髓(SA)(用于下半身手术, 如剖腹产、膀胱手术或置换髋关节等。)

麻醉类型

3. 局部麻醉

- 患者将神志清醒的但是没有痛苦
- 对于小手术(例如:切口后的伤口缝合)
- 当滴剂容易到达神经时使用,
喷雾剂、软膏或注射剂

4. 监控麻醉护理(MAC)

- 病人将处于半昏迷状态
- 也被称为清醒镇静或黄昏睡眠
- 患者通常是清醒的，但是昏昏沉沉的，并且能够根据需要遵循指示。
- 患者接受局部麻醉以及镇静和止痛。

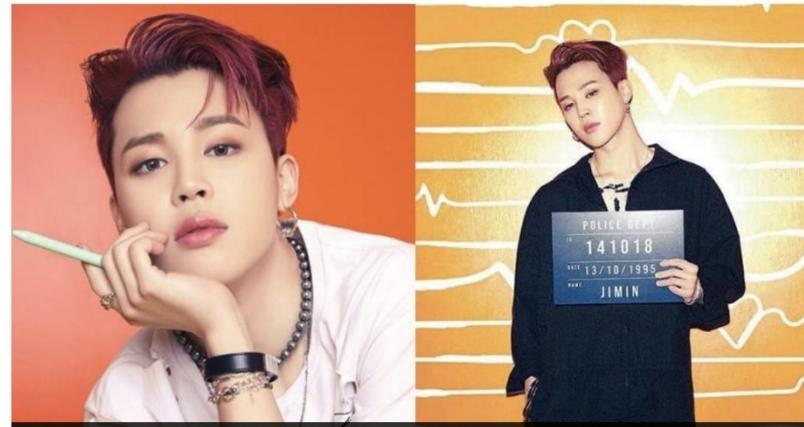
术前护理-开始 阶段

方案

BTS成員Jimin染疫兼患急性盲腸炎 需入院做手術 (16:02)

文章日期：2022年02月01日

| Share



BTS成員Jimin因染疫及患急性盲腸炎，要入院做手術。（網上圖片）

护士在术前护理中的作用

1. 遵循医生的术前医嘱
 - 按照医生的指示，协调并协助筛查试验
2. 手术前评估
 - 收集基线评估
 - 解释实验室结果
3. 确保知情同意书准备就绪
4. 准备所有文件，包括操作前清单
5. 准备患者
 - 提供教学/教育
 - 提供心理支持

术前医嘱

你是姬敏的个案护士

医生看过姬敏，并在病历上写下了手术前的医嘱
进度表如下：

HKU School of Nursing

Progress & Management Sheet			Patient Name Jimin	
Date/ Time	Discipline	Progress & Management	Hospital Number HN1234567	HKID No. Z123456(0)
1/9/2022	NX	"E" admitted x abdominal pain	Sex/Age M/22	Ward/Bed A3/Bed 1
1000		Urgent CT scan shown acute appendicitis		
		麻醉 Laparoscopic appendectomy under GA		
		CXR, ECG		
		Blood x CBC, LRFT, Clotting Profile, Type&Screen		
		Keep NPO		
		Consent		
				Dr. Anson Lo

操作名称

...类型
麻醉

Progress & management sheet



手术前评估-目标

1. 决定**生理因素**直接或间接与可能导致手术风险因素的外科手术
2. 建立**基线数据**用于术中和术中的比较
术后时期
3. 确定患者的心理状态为了在外科手术过程中加强应对策略的使用
4. 确定患者是否接受了**充分的信息**从
外科医生在知情的情况下决定进行手术

手术前评估

1. 健康史

- 内科和外科病史
- 用药史
- 过敏史
- 吸烟和饮酒习惯
- BW&BH

2. 心理状况

- 焦虑和恐惧
- 学习需求

3. 认知和神经评估

- 意识水平
- 心智能力

4. 呼吸评估

- CXR, RR, SpO2

5. Cardiovascular评估

- 血压、心电图(特别是对有心脏问题的病人)

6. 胃肠评估

- 肝功能

7. 皮肤完整性评估

- 记录并报告损伤、压力损伤、坏死皮肤组织、红斑等。

8. 筛选试验

- 验血/成像或医生要求的其他检查

筛选试验

1. 验血

- 加拿大广播公司(全血细胞计数)
- 肝功能试验(Liver Function Test)(肝功能测试)

2. 验尿

- R&M(常规和显微镜)

4. X射线

- CXR(胸透)
- 多stix•AXR(腹部x光)



<https://www.realwire.com/releases/Can-Urinalysis-for-COVID-19-detects-severe-infection-risk>

- 射频变压器(肾功能测试)
- 凝血曲线
- 类型和屏幕(血型)

3. 心电图

<https://stock.adobe.com/images/ecg-test-of-男性患者/203381280>



L

知情同意

- A法律文件所有侵入性手术、需要镇静/麻醉的手术都需要
- 知情同意的要素
 - 病人有做出理性决定的能力；否则，需要一名法定监护人
 - 病人理解医生对疾病的解释风险,利益，以及供选择的可用的
 - 病人在演戏凭他或她自己的自由没有强迫的意志或者恐吓威胁
- 护士角色:核实患者是否理解知情同意书
- 同意的类型
 - 需要麻醉
 - 不需要麻醉

知情同意的类型

接受手術／醫療程序／
治療同意書 (須要麻醉科醫生參與)

一、 簽署人資料

病人的名字在本表格右上方。

簽署本同意書之人士為：(請在適當空格內加上✓號)

- 病人本人
- 病人（未成年，但能理解同意書的內容及有關解釋）（見註二）
- 未成年病人的父母或監護人
- 根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意，接受院方建議的治療的法定監護人

姓名（中文）_____ (英文) _____

香港身份證／身份證明文件號碼 _____

地址 _____

電話號碼（日）_____ (夜) _____

與病人關係：(請在適當空格內加上✓號)

- 未成年病人的父母或監護人
- 根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意，接受院方建議的治療的法定監護人

二、 解釋手術／醫療程序／治療的性質、影響／效果及風險／併發症

簽署本同意書的醫生已對病人／病人的父母或監護人／根據「精神健康條例」下為病人所委任的法定監護人，就手術／醫療程序／治療的性質、影響／效果及風

醫院管理局
接受手術／醫療程序／
治療同意書 (毋須麻醉科醫生參與)

入院／門診號碼_____ 身份證號碼_____
姓名(英文)_____
性別_____年齡_____ 姓名(中文)_____
部門_____ 病房_____ 床號_____

註一 本同意書用以記錄病人／病人的父母或監護人／根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意接受治療的法定監護人同意醫護人員建議進行的手術／醫療程序／治療。這同意書只適用於無需麻醉科醫生參與的手術／醫療程序／治療（例如需要有書面同意的藥物治療）。在其他情況下，註冊醫生／醫療專業人員須採用「醫院管理局接受手術／醫療程序／治療同意書(須要麻醉科醫生參與)」。

註二 若病人未成年（未滿十八歲），而能夠理解本同意書的內容及有關解釋，病人可自行簽署此同意書。在可能的情況下，病人及其父母或監護人應一同簽署此同意書。

註三 任何成年人、或根據「精神健康條例」定義下「精神上無行為能力的人」而沒有法定監護人的成年人。若不能理解同意書的內容及有關解釋，須用醫院管理局的「無能力給予同意接受手術／醫療程序／治療」表格。

註四 本同意書應由負責向病人、病人的父母或監護人、或根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意接受治療的法定監護人解釋的醫生／醫療專業人員簽署。

註五 見證人（可以是醫院職員或第三者，如病人之親友）須全程參與，即從解釋至同意書簽妥為止。若無見證人，請於見證人欄註明“無”。

知情同意

接受手術／醫療程序／治療同意書（須要麻醉科醫生參與）

Patient Name	Jimin
Hospital Number	HN1234567
HKID No.	Z123456(0)
Sex/Age	M/22
Ward/Bed	A3/Bed 1

一、 簽署人資料

病人的名字在本表格右上方。

簽署本同意書之人士為：（請在適當空格內加上✓號）

- 病人本人
 病人（未成年，但能理解同意書的內容及有關解釋）（見註二）
 未成年病人的父母或監護人
 根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意，接受院方建議的治療的法定監護人

姓名（中文） Jimin （英文）

香港身份證／身份證明文件號碼 Z123456(0)

地址 4/F WMB, 21 Sassoong Road, Pokfulam

電話號碼（日）36176610 （夜）_____

與病人關係：（請在適當空格內加上✓號）

- 未成年病人的父母或監護人
 根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意，接受院方建議的治療的法定監護人

二、 解釋手術／醫療程序／治療的性質、影響／效果及風險／併發症

簽署本同意書的醫生已對病人／病人的父母或監護人／根據「精神健康條例」／病人所委任的法定監護人，就手術／醫療程序／治療的性質、影響／效果／風險／併發症解釋如下：

適應症及手術／醫療程序／治療的性質及影響／效果

病人就手術／醫療程序／治療的診斷／適應症：

i) Acute appendicitis

病人接受的手術／醫療程序／治療名稱及性質：

註：請以[✓] 表示將會進行的額外醫療程序或 [+/-] 表示需要因應手術情況再作外醫療程序。

Laparoscopic appendectomy under GA

病人就手術／醫療程序／治療得到的預期影響／效果：

提供治療 / 減輕痛楚 / 改善原有的關節變形和僵硬 / 改善原有的肢體長度不對稱

七、 以下資訊單張（手術／醫療程序）已提供予病人／病人的父母或監護人／根據「精神健康條例」下為病人所委任的法定監護人

八、 同意接受手術／醫療程序／治療

作為病人／病人的父母或監護人、或根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意接受治療的法定監護人及本同意書之簽署人，我／我們：

- 同意／同意病人接受列於本同意書二部的手術／醫療程序／治療。負責簽署本同意書的醫生已向我／我們詳細解釋此項手術／醫療程序／治療的影響、效果、風險及併發症。我／我們完全明白有關的解釋。
- 同意／同意病人在醫生認為必須或有需要的情況下，接受其他或進一步的手術／醫療程序／治療。
- 同意／同意病人接受醫生認為必須或有需要的檢驗及檢查。
- 同意院方可用其認為適當的方式，處理由手術／醫療程序／治療下切除的身體器官或組織。
- 明白院方並無保證有關手術／醫療程序／治療、以及進一步的手術／醫療程序／治療將由特定的醫生進行。但此項手術／醫療程序／治療將會由合資格的醫生執行。
- 同意如上述手術／醫療程序／治療改期，本同意書仍然有效。
- 明白如果我／我們有其他問題，可以向院方詢問；我／我們在簽署這份文件後有權改變主意。

傳譯員（如適用）：姓名：

Paul

語言／方言：

病人簽署 見註一、二、三及五

Jen

病人的父母或監護人／根據
「精神健康條例」下為病人所委任的法定監護人簽署
見註一、二、三及五

醫生姓名正楷及職員職級

見證人簽署 見註六

見證人姓名
(及職員職級，如適用)

08/02/2021

日期

有附加資料記錄於「治療同意書附頁」

十二、 同意接受麻醉程序

作為病人／病人的父母或監護人、或根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意接受治療的法定監護人，及本同意書之簽署人，我／我們：

- 同意／同意病人接受列於本同意書二部的手術／醫療程序／治療而需要的麻醉程序。負責解釋的麻醉科醫生已向我／我們詳細解釋此項麻醉程序的影響、風險及併發症。我／我們完全明白有關的解釋。
- 同意／同意病人在麻醉科醫生認為必須或有需要的情況下，接受局部／全身或其他麻醉程序。
- 同意／同意病人接受麻醉科醫生認為必須或有需要的檢驗及檢查。
- 明白院方並無保證有關麻醉程序以及進一步的麻醉程序將由合資格的麻醉科醫生執行。但此項麻醉程序將會由合資格的麻醉科醫生執行。
- 同意如上述手術／醫療程序／治療改期，本同意書仍然有效。
- 明白如果我／我們有其他問題，可以向麻醉科醫生詢問；我／我們在簽署這份文件後有權改變主意。

傳譯員（如適用）：姓名：

語言／方言：

Paul

病人簽署 見註一、二、三及五

Jen

麻醉科醫生簽署 見註五

見證人簽署 見註六

08/02/2021

日期

有附加資料記錄於「治療同意書附頁」

病人的父母或監護人／根據
「精神健康條例」下為病人所委任的法定監護人簽署
見註一、二、三及五

麻醉科醫生姓名正楷及職員職級

見證人姓名
(及職員職級，如適用)

准备所有文件

1. 最新的血液测试结果

- 全血细胞计数
- LRFT(肝和肾功能试验)
- 凝血曲线
- T&S(类型和屏幕)

2. 最新成像报告

- CXR(胸透)
- AXR(腹部x光)
- 超声波检查
- CT扫描(计算机断层扫描)

3. Others最新报告和病人的记录

- 心电图
- 进度说明, 3月

4. 签署的同意书

- 有患者、外科医生和麻醉师签名

5. 麻醉记录

- 麻醉顺序

6. 手术前清单

- 将于年月日完成
外科手术

麻醉记录

TO BE COMPLETED BY NURSING STAFF



ANAESTHETIC RECORD

Date of operation: / /

Page 1				
Name: _____ Sex: _____ Age: _____ Hosp. No.: _____ I.D. No.: _____ Ward: _____ Bed: _____ Unit: _____				
Pre-operative diagnosis: Proposed operation: (Elective/Emergency)				
B.P.:	B.W.:	kg	Urine: Albumin	Last food taken at
Denture:			Acetone Sugar	Last drink taken at
Blood Crossmatch:		Units	Platelets:	Units
Premedication	Dosage	Route	Time and Date given	Signature N.O. i/c Ward

PRE-ANÆSTHETIC ASSESSMENT Date _____ Time _____

Previous anaesthetic consultation: Yes/No P/E: G.C.

Prev. surg./anaes.: Airway

Relevant History: R.S.

Drugs: C.V.S.: B.P.

Heart Pulse

Allergy Smoking Alcohol

TO BE COMPLETED BY ANAESTHETIC STAFF

INVESTIGATIONS:	Na ⁺	HBsAg	ABG:	Pulm. Function:
Hgb	Platelet	K ⁺	Bilirubin	F ₁ O ₂
CXR		Urea	A/G	pH
		Creatinine	AST/GGT	PaCO ₂
ECG			ALK. Phos.	PaO ₂
			P.T./P.T.T.	HCO ₃
			B.S.L.	BE
				SaO ₂

- CLINICAL PROBLEMS: 1. 4.
2. 5.
3. 6.
- | | | | | | |
|---------------|----|-----|----|---|---|
| A.S.A. Status | | | | | |
| I | II | III | IV | V | E |

SUGGESTIONS/COMMENTS/PREMEDICATION:

麻醉顺序

Name: _____ Signature: _____ (Cont. on Page 4 if required)

麻醉记录

TO BE COMPLETED BY NURSING STAFF



ANAESTHETIC RECORD

19 2022

Date of operation: 急性阑尾炎

Pre-operative diagnosis:

Proposed operation: 腹腔镜阑尾切除术
择期/Emergent

115/75 毫米汞柱 62 2022年9月1日

B.P.: B.W.: kg

Urine: Albumin Last food taken at 2022年9月1日

Denture: 无

Acetone Sugar Last drink taken at

Blood Crossmatch: / / /

Units Platelets: Units F.F.P.: Units

Premedication 无 Dosage Route Time and Date given Signature N.O. i/c Ward

PRE-ANÆSTHETIC ASSESSMENT Date _____ Time _____

Previous anaesthetic consultation: Yes/No P/E: G.C.

Prev. surg./anaes.: Airway

Relevant History: R.S.

Drugs: C.V.S.: B.P.

Heart Pulse

Allergy Smoking Alcohol

Patient Name Jimin	
Hospital Number HN1234567	HKID No. Z123456(0)
Sex/Age M/22	Ward/Bed A3/Bed 1

Page 1

TO BE COMPLETED BY ANAESTHETIC STAFF

INVESTIGATIONS:	Na ⁺	HBsAg	ABG:	Pulm. Function:
Hgb	Platelet	K ⁺	Bilirubin	F ₁ O ₂
CXR		Urea	A/G	pH
		Creatinine	AST/GGT	PaCO ₂
ECG			ALK. Phos.	PaO ₂
			P.T./P.T.T.	HCO ₃
			B.S.L.	BE
				SaO ₂

- CLINICAL PROBLEMS: 1. 4.
2. 5.
3. 6.
- | | | | | | |
|---------------|----|-----|----|---|---|
| A.S.A. Status | | | | | |
| I | II | III | IV | V | E |

SUGGESTIONS/COMMENTS/PREMEDICATION:

麻醉顺序

Name: _____ Signature: _____ (Cont. on Page 4 if required)

手术前清单

目的:在将患者送至手术室前进行验证

1. 患者姓名、医院编号、病房、出生日期
2. 已经检查并记录了以下项目
 - 过敏史(过敏带是正确的)
 - 生命体征(加班日)
 - 保证禁食时间
3. 皮肤/肠道准备已经完成
4. 患者已移除:
 - 指甲油、眼镜、隐形眼镜、假牙、发夹和珠宝等。
5. 病人只穿着病号服,发帽和长袜
6. 已经给了预先用药
7. 核实同意书

IMP/NCA3/21 Student Name: _____ Student No: _____	Patient Name Jimin Hospital Number HN1234567 HKID No. Z123456(0)	Sex/Age M/22 Ward/Bed A3/Bed 1																																																																																																																																																																																																
Pre-operative checklist sample																																																																																																																																																																																																		
HKU, School of Nursing - For teaching purpose																																																																																																																																																																																																		
Perioperative Nursing Documentation																																																																																																																																																																																																		
*This form is just part of the patients perioperative documentation. Other perioperative documentations include but not limited to: 1. Operation notification form; 2. Perioperative instrument checklist; 3. Surgical safety checklist; 4. Operation record; 5. Post-operative orders; 6. Anaesthetic record; 7. Recovery room nursing record; 8. Blood transfusion notes; 9. Intra-operative monitoring record; 10. Perioperative LASER checklist																																																																																																																																																																																																		
Please tick or circle as appropriate (A/V = available; N/A = not applicable; w = with; wo = without; PPDH = Prince Philip Dental Hospital)																																																																																																																																																																																																		
Part A: Pre-operative checklist Operation date: / / To be filled in by ward nurse / OT nurse for case directly from A&E																																																																																																																																																																																																		
OTS Remarks																																																																																																																																																																																																		
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">1 Patient identification</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> Verbal / N/A</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> ID bracelet on</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> Lt. / Rt. Wrist</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> Lt. / Rt. Ankle</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>Consent</td> <td><input type="checkbox"/> A/V</td> <td><input type="checkbox"/> Not A/V</td> <td colspan="3">Remarks: _____</td> </tr> <tr> <td>Operative procedure</td> <td><input type="checkbox"/> Confirmed</td> <td><input type="checkbox"/> Verbal / N/A</td> <td colspan="3">Remarks: _____</td> </tr> <tr> <td>Laterality</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Marking</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Marking N/A</td> </tr> <tr> <td>2 Body weight</td> <td><input type="checkbox"/> A/V</td> <td><input type="checkbox"/> Not A/V</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><u>kg</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Body temperature</td> <td style="text-align: center;"><u> </u> °C</td> <td><input type="checkbox"/> Tympanic</td> <td><input type="checkbox"/> Oral</td> <td><input type="checkbox"/> Rectal</td> <td><input type="checkbox"/> Axilla</td> </tr> <tr> <td>LMP</td> <td style="text-align: center;"><u> </u> / <u> </u></td> <td><input type="checkbox"/> Not A/V</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td>Conscious level</td> <td><input type="checkbox"/> Awake</td> <td><input type="checkbox"/> Drowsy</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Unconscious</td> </tr> <tr> <td>Fall risk</td> <td><input type="checkbox"/> Not at risk</td> <td><input type="checkbox"/> At risk</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> High risk</td> </tr> <tr> <td>History of allergy</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes, please specify _____</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Not A/V</td> </tr> <tr> <td>3 Fasting</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>Premedication</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>Antibiotic on induction</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>Drugs to OT</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>Pre-anaesthetic orders</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>Pre-operative order</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>4 Type & screen</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> A/V</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>A/V blood product</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Blood unit(s)</td> <td><input type="checkbox"/> FFP unit(s)</td> <td><input type="checkbox"/> Platelets unit(s)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 Undesirable items</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Removed:</td> <td><input type="checkbox"/> Dentures</td> <td><input type="checkbox"/> Contact lens</td> <td><input type="checkbox"/> Nail polish</td> <td><input type="checkbox"/> Ornaments</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Intact</td> <td><input type="checkbox"/> Dentures</td> <td><input type="checkbox"/> Artificial nails</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Others</td> </tr> <tr> <td>6 Loose teeth</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Yes, please specify _____</td> </tr> <tr> <td>7 Implants</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Fixation implants, please specify _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Pacemaker</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> AICD</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cochlear implant</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Deep brain stimulation</td> </tr> <tr> <td>8 Document to OT</td> <td><input type="checkbox"/> Medical records</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> PPDH folder</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> X-ray : x _____ Film</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> CT / MRI / PET / private films</td> </tr> <tr> <td>9 Essential accessories or devices to OT</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Obturator</td> <td><input type="checkbox"/> Articular</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Orthognathic model</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Hearing aid</td> <td><input type="checkbox"/> Others</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>10 Equipments to OT</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilator</td> <td><input type="checkbox"/> Resuscitator</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Incubator</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Monitor w/o cable</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Pressure infusor(s)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> </td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Syringe pump(s) w/o cable</td> </tr> <tr> <td>11 Immobilization devices to OT</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> <td><input type="checkbox"/> Abduction pillow</td> <td><input type="checkbox"/> Splint</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Neck collar</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Bivalve POP</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Others</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name & signature of ward nurse</td> <td colspan="3">Name & signature of OT nurse</td> </tr> </table>			1 Patient identification	<input type="checkbox"/> Verbal / N/A	<input type="checkbox"/> ID bracelet on	<input type="checkbox"/> Lt. / Rt. Wrist	<input type="checkbox"/> Lt. / Rt. Ankle		Consent	<input type="checkbox"/> A/V	<input type="checkbox"/> Not A/V	Remarks: _____			Operative procedure	<input type="checkbox"/> Confirmed	<input type="checkbox"/> Verbal / N/A	Remarks: _____			Laterality	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Marking	<input type="checkbox"/> Marking N/A			2 Body weight	<input type="checkbox"/> A/V	<input type="checkbox"/> Not A/V	<u>kg</u>			Body temperature	<u> </u> °C	<input type="checkbox"/> Tympanic	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Rectal	<input type="checkbox"/> Axilla	LMP	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> Not A/V	<input type="checkbox"/> N/A			Conscious level	<input type="checkbox"/> Awake	<input type="checkbox"/> Drowsy	<input type="checkbox"/> Unconscious			Fall risk	<input type="checkbox"/> Not at risk	<input type="checkbox"/> At risk	<input type="checkbox"/> High risk			History of allergy	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes, please specify _____	<input type="checkbox"/> Not A/V			3 Fasting	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	Premedication	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	Antibiotic on induction	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	Drugs to OT	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	Pre-anaesthetic orders	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	Pre-operative order	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	4 Type & screen	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> A/V				A/V blood product	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Blood unit(s)	<input type="checkbox"/> FFP unit(s)	<input type="checkbox"/> Platelets unit(s)		5 Undesirable items	<input type="checkbox"/> N/A						Removed:	<input type="checkbox"/> Dentures	<input type="checkbox"/> Contact lens	<input type="checkbox"/> Nail polish	<input type="checkbox"/> Ornaments		Intact	<input type="checkbox"/> Dentures	<input type="checkbox"/> Artificial nails	<input type="checkbox"/> Others		6 Loose teeth	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes, please specify _____				7 Implants	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Fixation implants, please specify _____					<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> AICD					<input type="checkbox"/> Cochlear implant	<input type="checkbox"/> Deep brain stimulation				8 Document to OT	<input type="checkbox"/> Medical records	<input type="checkbox"/> PPDH folder					<input type="checkbox"/> X-ray : x _____ Film	<input type="checkbox"/> CT / MRI / PET / private films				9 Essential accessories or devices to OT	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Obturator	<input type="checkbox"/> Articular	<input type="checkbox"/> Orthognathic model			<input type="checkbox"/> Hearing aid	<input type="checkbox"/> Others				10 Equipments to OT	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Ventilator	<input type="checkbox"/> Resuscitator	<input type="checkbox"/> Incubator			<input type="checkbox"/> Monitor w/o cable	<input type="checkbox"/> Pressure infusor(s)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Syringe pump(s) w/o cable				11 Immobilization devices to OT	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Abduction pillow	<input type="checkbox"/> Splint	<input type="checkbox"/> Neck collar			<input type="checkbox"/> Bivalve POP	<input type="checkbox"/> Others				Name & signature of ward nurse			Name & signature of OT nurse		
1 Patient identification	<input type="checkbox"/> Verbal / N/A	<input type="checkbox"/> ID bracelet on	<input type="checkbox"/> Lt. / Rt. Wrist	<input type="checkbox"/> Lt. / Rt. Ankle																																																																																																																																																																																														
Consent	<input type="checkbox"/> A/V	<input type="checkbox"/> Not A/V	Remarks: _____																																																																																																																																																																																															
Operative procedure	<input type="checkbox"/> Confirmed	<input type="checkbox"/> Verbal / N/A	Remarks: _____																																																																																																																																																																																															
Laterality	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Marking	<input type="checkbox"/> Marking N/A																																																																																																																																																																																															
2 Body weight	<input type="checkbox"/> A/V	<input type="checkbox"/> Not A/V	<u>kg</u>																																																																																																																																																																																															
Body temperature	<u> </u> °C	<input type="checkbox"/> Tympanic	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Rectal	<input type="checkbox"/> Axilla																																																																																																																																																																																													
LMP	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> Not A/V	<input type="checkbox"/> N/A																																																																																																																																																																																															
Conscious level	<input type="checkbox"/> Awake	<input type="checkbox"/> Drowsy	<input type="checkbox"/> Unconscious																																																																																																																																																																																															
Fall risk	<input type="checkbox"/> Not at risk	<input type="checkbox"/> At risk	<input type="checkbox"/> High risk																																																																																																																																																																																															
History of allergy	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes, please specify _____	<input type="checkbox"/> Not A/V																																																																																																																																																																																															
3 Fasting	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	Premedication	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes																																																																																																																																																																																													
Antibiotic on induction	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	Drugs to OT	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes																																																																																																																																																																																													
Pre-anaesthetic orders	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	Pre-operative order	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes																																																																																																																																																																																													
4 Type & screen	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> A/V																																																																																																																																																																																																
A/V blood product	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Blood unit(s)	<input type="checkbox"/> FFP unit(s)	<input type="checkbox"/> Platelets unit(s)																																																																																																																																																																																														
5 Undesirable items	<input type="checkbox"/> N/A																																																																																																																																																																																																	
	Removed:	<input type="checkbox"/> Dentures	<input type="checkbox"/> Contact lens	<input type="checkbox"/> Nail polish	<input type="checkbox"/> Ornaments																																																																																																																																																																																													
	Intact	<input type="checkbox"/> Dentures	<input type="checkbox"/> Artificial nails	<input type="checkbox"/> Others																																																																																																																																																																																														
6 Loose teeth	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes, please specify _____																																																																																																																																																																																																
7 Implants	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Fixation implants, please specify _____																																																																																																																																																																																																
	<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> AICD																																																																																																																																																																																																
	<input type="checkbox"/> Cochlear implant	<input type="checkbox"/> Deep brain stimulation																																																																																																																																																																																																
8 Document to OT	<input type="checkbox"/> Medical records	<input type="checkbox"/> PPDH folder																																																																																																																																																																																																
	<input type="checkbox"/> X-ray : x _____ Film	<input type="checkbox"/> CT / MRI / PET / private films																																																																																																																																																																																																
9 Essential accessories or devices to OT	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Obturator	<input type="checkbox"/> Articular	<input type="checkbox"/> Orthognathic model																																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> Hearing aid	<input type="checkbox"/> Others																																																																																																																																																																																																
10 Equipments to OT	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Ventilator	<input type="checkbox"/> Resuscitator	<input type="checkbox"/> Incubator																																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> Monitor w/o cable	<input type="checkbox"/> Pressure infusor(s)																																																																																																																																																																																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Syringe pump(s) w/o cable																																																																																																																																																																																																
11 Immobilization devices to OT	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Abduction pillow	<input type="checkbox"/> Splint	<input type="checkbox"/> Neck collar																																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> Bivalve POP	<input type="checkbox"/> Others																																																																																																																																																																																																
Name & signature of ward nurse			Name & signature of OT nurse																																																																																																																																																																																															

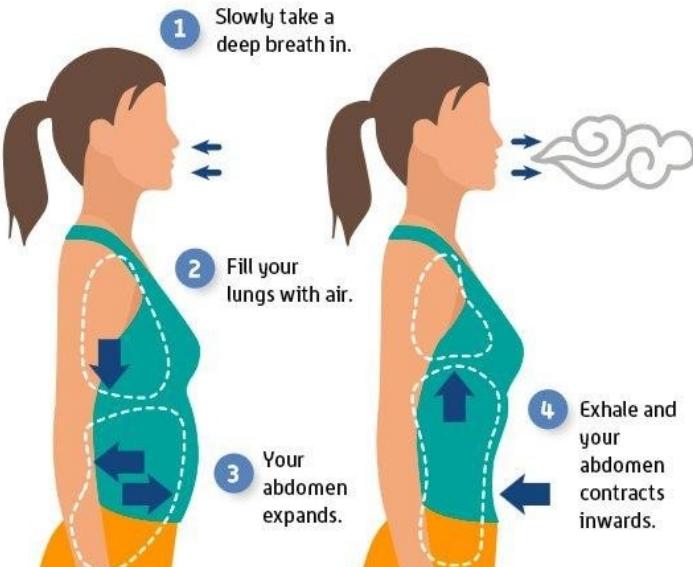
耐心教育

1. 评估患者的需求和准备情况
2. 根据患者需求制定个性化教学计划
需要
3. 提供必要的信息
 - 如果可能，提供教育传单
 - 加班前的安排(实验室检查、调查、饮食限制、皮肤准备等)。)
 - 术后常规和计划
4. 教病人如何表演深呼吸和咳嗽练习也腿部锻炼以避免术后并发症。

深呼吸和咳嗽练习

1. 如果可以忍受，坐直
2. 将手放在胸腔的下边缘/将手放在切口位置(+/-枕头旁)，作为支撑夹板
3. **用鼻子深深吸气**允许胸部和腹部发展
4. 屏住呼吸，数到5
5. **通过噘起的嘴唇完全呼气**，让胸部和腹部放气
6. 深呼吸5次后，深呼吸，屏住呼吸咳嗽
收缩腹部肌肉时一次或两次
7. 醒着的时候，每1-2小时重复一次锻炼

深呼吸和咳嗽练习



How to Brace Your Incision When Coughing After Surgery



深呼吸和咳嗽练习

- 为了促进最佳的肺扩张
- 松开、移动和清除肺部分泌物
- 目的减少呼吸道并发症。例如:肺炎
- 辅助设备:**激励肺活量测定法**



<https://www.omnia-health.com/product/volumetric-incentive-lung-volume-measurement-device-5000ml>



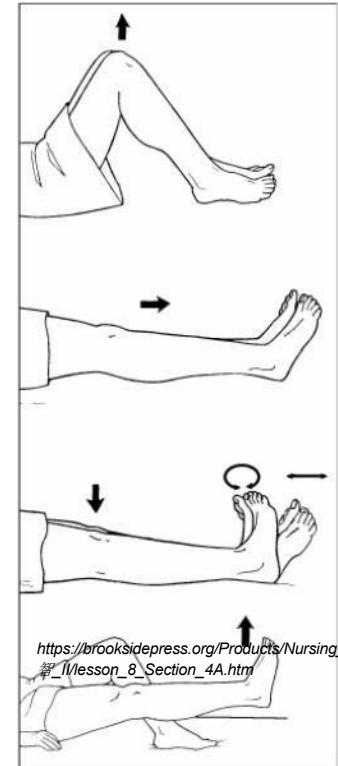
<https://www.mdedge.com/chestphysician/article/130186/>
减肥-手术/术后-激励-肺活量测定-had-
最小影响



<https://www.healthline.com/health/incentive-lung-volume-measurement-device>

腿部锻炼

1. 仰卧或半坐卧位
2. 弯曲膝盖，向胸部方向抬高
3. 伸直腿，保持几秒钟
放下腿
4. 用一条腿练习5次，另一条腿重复这个过程
5. 脚趾向床底伸展，然后向床头弯曲
6. 脚踝先向左转圈，
然后向右
7. 练习一只脚的脚趾和脚踝运动5次，另一只脚重复练习



腿部锻炼

- 帮助促进血液循环
- 旨在降低开发风险**深静脉血栓(深静脉血栓)**
- +/- T.E.D .长袜



<https://www.hindustanlifecare.com/ted.htm> <https://www.veno-care.ie/product/ted-防栓塞-长袜-齐膝/>





术前护理- 手术前一天

护士在术前护理中的作用—— 手术前一天

1. 确保禁食/NPO(无口服/
无口服)
 - 减少呕吐和误吸的可能性
 - 术前至少保持NPO 8-10小时(取决于手
术类型)
2. 确保水合作用
 - 按医嘱开始静脉输液



<https://anmj.org.au/intravenous-therapy-and-medications/>

3. 肠道准备(如果需要的话)(对于涉及肠道的手术)

- 目的:
 - 允许更好地观察肠道
 - 预防术后便秘
 - 防止肠道内粪便的污染
- 肠道准备的类型:
 - 灌肠剂
 - 栓剂
 - 口头的



栓剂口服灌肠剂

<https://cdn-prod.medicalnewstoday.com/content/images/ar>
<https://www.kite.gr/rx-products/gastroenterological/?lang=en>



<https://www.sciencephoto.com/media/934019/view/fleet-灌肠剂>

4. 皮肤准备

- 目的:减少细菌, 避免感染
- 如有必要, 用剪刀剪去手术部位周围的毛发
- 用抗菌肥皂淋浴
- 所有化妆品都应该去除

5. 其他准备

- 确保指甲没有指甲油
- 如果需要, 由外科医生标记手术部位(例如:腿、乳房、眼睛、等等)



<https://www.aezq.de/high-5s-工具箱>
森/马克龙指南-英国-库尔茨-昂-朗法
森/马克龙指南-
eingriffsverwechslung-lang.pdf



<https://www.semanticscholar.org/paper/Current-实践>
手术前-正确位置-Masud-Moore/3 b 0 bfdb 978 a 50 e
072 a3 b 3317 c 944 dc2d 417d 223 c

术前护理-手术 前一刻

护士在术前护理中的作用—— 手术前

- 当病房护士接到手术室呼叫时，病人可以被送到手术室
- 获取最新的生命体征
- 帮助患者改变加班长衫，穿上OT股票还是TED股票和帽子
- 检查并取下患者的假牙、眼镜、隐形眼镜、身体穿孔、珠宝和假发以及内衣
 - 如果身体穿孔和珠宝不能移除，用胶带覆盖以保护皮肤免受电弧伤害，电弧会导致皮肤烧伤



护士在术前护理中的作用—— 手术前

- 个人贵重物品处理(如:现金、手机)
 - 建议亲属尽可能将其带回家
 - 如果不可能，按照医院的政策处理病人的贵重物品
- 最后检查所有文件是否准备就绪
 - 完成术前核对表
 - 麻醉记录
 - 已签署的同意书
 - 有效类型和筛查 (如需要)
 - 包含最新化验结果和成像报告的患者记录
- 术前用药**如需要**如果需要

管理术前药物

随叫随到/术前用药

- 在手术室通知病房时给病人用药，让病人为 OT 做好准备

上岗时 用药

- 将药物带至手术室，并在患者在加护病房接受上岗培训时给药
病人在手术室上岗时给药

Admit	IV A	L. admitted & abdominal pain
1000		Urgent CT scan shown acute appendicitis
		PPPx Laparoscopic appendectomy under GA
		CXR, ECG
		Ventolin 4 puff on call to OT
		Keep NPO
		Consent
		Dr. Anson Lo

IV A. DFTF QID, I&O
PPP: for sigmoid colectomy +/- colostomy under GA
CXR, ECG, Type & Screen & X-match
Routine blood for R/LFT, CBC and clotting profile
Klean-Prep 2 packs → pm the day before OT
Consent, Clear fluid diet, FAMN
BW x1
IV Cefazolin 1g on induction

MP/NCA3/21

Student Name: _____ Student No: _____

Pre-operative checklist sample

HKU, School of Nursing - For teaching purpose

Patient Name Jimin		
Hospital Number HN1234567	HKID No. Z123456(0)	
Sex/Age M/22	Ward/Bed A3/Bed 1	

Perioperative Nursing Documentation

*This form is just part of the patients perioperative documentation.

Other perioperative documentations include but not limited to:

1. Operation notification form; 2. Perioperative instrument checklist; 3. Surgical safety checklist; 4. Operation record;
5. Post-operative orders; 6. Anaesthetic record; 7. Recovery room nursing record; 8. Blood transfusion notes;
9. Intra-operative monitoring record; 10. Perioperative LASER checklist

Please tick or circle as appropriate

(A/V = available; N/A = not applicable; w = with; wo = without; PPDH = Prince Philip Dental Hospital

Part A: Pre-operative checklist

Operation date: ____ / ____ / ____

To be filled in by ward nurse /OT nurse for case directly from A&E

			OTS	Remarks
1 Patient identification	<input type="checkbox"/> Verbal / N/A	<input type="checkbox"/> ID bracelet on	<input type="checkbox"/> Lt. / Rt. Wrist	<input type="checkbox"/> Lt. / Rt. Ankle
Consent	<input type="checkbox"/> A/V	<input type="checkbox"/> Not A/V	Remarks: _____	
Operative procedure	<input type="checkbox"/> Confirmed	<input type="checkbox"/> Verbal / N/A	Remarks: _____	
Laterality	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Marking	<input type="checkbox"/> Marking N/A	
2 Body weight	<input type="checkbox"/> A/V	<input type="checkbox"/> Not A/V	_____ kg	
Body temperature	_____ °C	<input type="checkbox"/> Tympanic	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Rectal
LMP	____ / ____	<input type="checkbox"/> Not A/V	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Axilla
Conscious level	<input type="checkbox"/> Awake	<input type="checkbox"/> Drowsy	<input type="checkbox"/> Unconscious	
Fall risk	<input type="checkbox"/> Not at risk	<input type="checkbox"/> At risk	<input type="checkbox"/> High risk	
History of allergy	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes, please specify	<input type="checkbox"/> Not A/V	
3 Fasting	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Premedication	<input type="checkbox"/> N/A
Antibiotic on induction	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes	
Pre-anaesthetic orders	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Drugs to OT	<input type="checkbox"/> N/A
Type & screen	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> A/V	<input type="checkbox"/> Pre-operative order	<input type="checkbox"/> N/A

参考文献

- Hinkle, J., & Cheever, K. (2018). 布鲁纳和苏达斯的内外科护理教科书 (14^第 ed.). Wolters Kluwer. ([M_617.0231 H663 b89](#))
- Smith, S. F., Duell, D., Martin, B. C., Aebersold, M. L., & Gonzalez, L. (2016). 临床护理技能：从基础到高级技能》（第九版）。(第九版)。Pearson.
- Bickley, L., Szilagyi, P., Hoffman, R., & Soriano, R. (2021). 贝茨体格检查和病史采集指南和病史采集 (13^{ed.} ed.). Wolters Kluwer。[电子资源]
- Bauldoff, G., LeMone, P., Gubrud-Howe, P. M., & Carno, M.-A. (2020). (2020). LeMone & Burke's medical- surgical nursing : clinical reasoning in patient care (Seventh edition.). (第七版) 。 Pearson Education.

