

第四章 围手术期处理

主讲教师：杨琴



扫一扫领历年真题

第四章：围手术期处理

（一）手术前准备的目的是内容

1. 手术前准备的目的是

①了解患者的全身情况，估计患者对手术的耐受力，在注意外科疾病的同时，还要注意可能影响整个病程的各种潜在因素。包括心理和营养，心、肺、肝、肾、内分泌、血液及免疫系统功能等。

②手术前准备与手术轻重缓急、范围大小有密切关系。手术性质大致分三类：择期手术、限期手术、急症手术。



第四章：围手术期处理

2. 手术前准备内容

包括一般准备和特殊准备两方面内容。

(1) 一般准备

手术前一般准备主要包括心理和生理两个方面。

①**心理准备** 医务人员就诊断、手术方法、可能发生的各种并发症以及预防措施等各方面进行充分研究讨论；对患者及家属，就施行手术的必要性、可能取得的效果、手术的危险性、可能发生的并发症以及术后恢复过程和预后等都要清楚交代，以取得患者的信任和配合，使患者能愉快地接受手术。消除患者术前恐惧、紧张及焦虑等。



第四章：围手术期处理

②**生理准备** 生理准备主要指维护生理状态的准备，使患者能够在较好的状态下安全度过手术和术后的治疗过程。



第四章：围手术期处理

适应手术后状态的锻炼：手术前让患者练习在床上大小便，教会患者正确咳嗽和咳痰的方法。有吸烟习惯的患者，术前2周应停止吸烟。

输血和补液：做好血型鉴定和交叉配血试验，备好血制品。凡有水、电解质代谢、酸碱平衡失调和贫血的，应及时纠正。

预防感染：手术前应采取各种措施预防感染。提高患者的体质，严格掌握无菌原则。在下列情况下，应预防性应用抗生素：涉及感染病灶或切口接近感染区域的手术、肠道手术的准备、操作时间长的大手术、污染的创伤、清创时间较长或难以彻底清创者，肿瘤手术和血管手术，替代物植入，器官移植。



权威成教报考站 —— 全程专业指导

1. 湖北成教杨家湾报考站，专注成人高考12年，通过率同行中遥遥领先
2. 累计专本科学员达3万余人，已成功毕业2万多人。
3. 湖北成教网 (www.hbcjw.com) ，是湖北第一家提供最全面的成教信息门户网站
4. 报名后免费提供全面精准的考前辅导资料、教学视频
5. 定制出精准，高效，专业的TOP教学体系，始终秉承着“真心、用心服务广大考生”的理念
6. 学校校内报名，上课，真实可靠，敢对考生负责
7. 一切只为学生提升学历而服务

点击了解详情

027-86647746

第四章：围手术期处理

胃肠道准备：胃肠道手术患者，手术前1~2日（结肠、直肠手术前3日起）开始进流质饮食。其他手术，饮食不必限制，但从手术前8~12 h开始，都应禁食；术前4 h开始禁止饮水，以防因麻醉或手术过程中的呕吐而引起窒息或吸入性肺炎，必要时，可用胃肠减压。对于一般性手术，手术前一日应肥皂水灌肠。如果施行的是结肠或直肠手术，应行清洁灌肠，并于手术前开始口服肠道制菌药物，以减少术后感染。



第四章：围手术期处理

热量、蛋白质和维生素：热量、蛋白质和维生素摄入或合成不足会影响组织修复和创VI愈合，削弱防御感染的能力。如果是择期手术，最好能有一周左右时间，通过口服、注射或高价静脉营养提供充分的热量、蛋白质和维生素。

其他：如发现患者有体温升高或妇女月经来潮等情况，**应延迟手术日期**。当晚可给予镇静剂，以保证充分睡眠。进手术室前，应排尽尿液；估计手术时间长的，或者施行的是盆腔手术，还应留置导尿管，使膀胱处于空虚状态，避免过度充盈。此外，应将患者的活动义齿取下，以免麻醉或手术过程中脱落或咽下。



第四章：围手术期处理

(2) 特殊准备

对手术耐受力不良的患者，除了要做好一般准备工作外，还需根据患者的具体情况，做好特殊准备。

①**营养不良** 蛋白质缺乏往往伴有血容量减少，因而耐受失血、休克的能力降低。蛋白质缺乏也常引起组织水肿，影响愈合。营养不良的患者，容易并发严重脓毒性感染，应尽可能给予补充，最好能达到正氮平衡。必要时术前行肠内或肠外营养支持。



第四章：围手术期处理

②**高血压患者** 血压在 $21.3 / 13.3$ kPa ($160 / 100$ mmHg) 以下，可不必做特殊准备。血压过高者，诱导麻醉和手术应激可并发脑血管意外和充血性心力衰竭等危险，在术前应适当用降血压药物，使血压控制在一定程度，但并不要求降至正常后才做手术。近期有脑卒中者，择期手术应推迟2~6周。



第四章：围手术期处理

③心脏病 心脏病患者手术前准备的注意事项：

a . 手术前需纠正患者长期使用低盐饮食和利尿药造成的水和电解质的紊乱。

b . 贫血患者手术前应少量多次输血纠正贫血。



第四章：围手术期处理

e. 有心律失常者，对偶发的室性期外收缩，一般不需要特别处理。如有心房颤动伴有心室率增快每分钟在100次以上者，尽可能用药物将心率控制在正常范围内。老年有冠心病者，如出现心动过缓，心室率每分钟在50次以下者，手术前可皮下注射阿托品，以增快心率。

d. 急性心肌梗死患者6个月以上，只要没有心绞痛发作，在监测条件下可施行手术（6个月内不施行择期手术）；而心力衰竭患者，最好在心力衰竭控制3~4周后，再施行手术。



第四章：围手术期处理

④**呼吸功能障碍** 呼吸功能不全的主要表现是稍微运动后就发生呼吸困难

a . 凡有呼吸功能不全的患者，都应做血气分析和肺功能检查。严重肺功能不全的患者，术前并发感染者，必须采取积极措施，控制感染，否则不能施行手术。

b . 手术前2周停止吸烟，鼓励患者多练习深呼吸和咳嗽，以增加肺通气量和引流。

c . 应用麻黄碱、氨茶碱等支气管扩张剂以及异丙肾上腺素雾化吸入等，对阻塞性肺功能不全有较好作用，可增加肺活量。



第四章：围手术期处理

d . 痰液稠厚的患者，可采用雾化吸入、口服氯化铵或碘化钾，使痰液稀薄；经常咳脓痰的患者，手术前3~5日就应使用抗生素，并做体位引流，促使脓性分泌物排出；经常发作哮喘的患者，可给口服地塞米松，以减轻支气管黏膜水肿。

e . 麻醉前给药量要少，以避免呼吸抑制和咳痰困难。



第四章：围手术期处理

⑤肝疾病常见的是肝炎和肝硬化。凡有肝病者，手术前都应做各项肝功能检查。肝轻度损害，不影响手术耐受力；肝功能损害较严重或濒于失代偿者，手术耐受力显著削弱，必须经过长时间严格准备，方可施行择期手术；至于肝功能有严重损害，表现有明显营养不良、腹腔积液、黄疸者，一般不宜施行任何手术。急性肝炎患者，除急症抢救外，多不宜施行手术。



第四章：围手术期处理

⑥**肾疾病** 应进行肾功能检查。肾功能损害的程度，可根据24 h内生肌酐廓清率和血尿素氮测定值判断，大致可分三类，即轻、中和重度，肾功能损害程度愈重，手术耐受力也愈差。一般轻、中度肾功能损害患者，经过适当的内科治疗，都能较好地耐受手术；重度损害者，只要经有效的透析治疗，仍然能相当安全地耐受手术。手术前准备要点是最大限度地改善肾功能。



第四章：围手术期处理

⑦**肾上腺皮质功能不足** 除慢性肾上腺皮质功能不足患者外，正在应用激素治疗或在6~12个月内曾用激素治疗超过1~2周者，肾上腺皮质功能可能受到不同程度的抑制，应术前2日开始，给用氢化可的松，每日100mg；第3日即手术当天，给用300 mg。在手术过程中，出现低血压者，可静脉注射100 mg。手术后根据应激反应（低血压）情况、决定所要用量及停药时间。



第四章：围手术期处理

⑧糖尿病

a . 糖尿病患者对手术的耐受力差，术前应适当控制血糖，要求患者血糖稳定于轻度升高状态（ $5.6 \sim 11.2 \text{ mmol/L}$ ）、尿糖 $+ \sim ++$ 。这样不会因胰岛素过多而发生低血糖，也不会因胰岛素过少而发生酸中毒。如果患者应用降糖药或长效胰岛素，均应改用普通胰岛素，使血糖控制在上述水平。

b . 纠正水、电解质代谢失调和酸中毒，改善营养情况。

c . 凡是施行有感染可能的手术，术前都应使用抗生素。

d . 手术应在当日尽早施行，以缩短手术前禁食时间，避免酮体生成。



第四章：围手术期处理

(二) 手术后处理要点和手术后常见并发症的防治

1. 手术后处理要点

(1) 卧位

①术后不同麻醉所需体位 全身麻醉而尚未清醒的患者，应平卧，头转向一侧，使口腔内分泌物或呕吐物易于流出，避免吸入气管。蛛网膜下腔麻醉患者，亦应平卧或头低卧位 12 h，以防头痛。全身麻醉清醒后、蛛网膜下腔麻醉12 h后、硬脊膜外腔麻醉、局部麻醉等 患者，可根据手术需要安置卧式。



第四章：围手术期处理

②术后不同手术所需体位 施行颅脑手术后，如无休克或昏迷，可取 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 头高脚低斜坡卧位。施行颈、胸手术后，多采用高半坐位卧式，便于呼吸。腹部手术后，多取低半坐位卧式，以减少腹壁张力。脊柱或臀部手术后，可采用俯卧或仰卧位。任何卧位都应使患者舒适，照顾到内脏生理活动和便于患者做适当活动。

③特殊患者所需体位 休克患者，应取下肢（床脚）抬高 20° 头部和躯干同时抬高 15° 左右的体位。肥胖患者可取侧卧位，有利于呼吸和静脉回流。



第四章：围手术期处理

(2) 活动和起床

手术后患者应该早期活动，而有休克、心力衰竭、严重感染、出血和极度衰弱等情况以及施行有特殊固定、制动要求的手术患者，则不应该强调早期活动。早期活动有增加肺活量、减少肺部并发症、改善全身血液循环、促进切口愈合、减少因下肢静脉淤血而发生血栓形成的优点：有利于肠道和膀胱功能的恢复，从而减少腹胀和尿潴留的发生。



第四章：围手术期处理

(3) 饮食和输液

开始饮食时间，可根据下列两种情况来掌握：

①非腹部手术视手术大小、麻醉方法和患者的反应来决定开始饮食的时间。小手术不引起或很少引起全身反应者，手术后即可进食。大手术需待2~4日后方可进食。在局部麻醉下施行手术者，如无任何不适或反应，手术后即可随患者要求而给予饮食。蛛网膜下腔麻醉和硬脊膜外隙麻醉患者，在手术后3~6 h可根据需要饮食。全身麻醉者，应待麻醉清醒，恶心、呕吐反应消失后，方可进食。



第四章：围手术期处理

②腹部手术尤其是胃肠道手术后，一般在24~48 h禁食；第3~4日肠道功能恢复，肛门排气后，开始进少量流质饮食，逐渐增加到全量流质饮食；第5~6日开始进半流质，一般在第7~9日可以恢复普通饮食。

禁食期间，应通过静脉输液来供给水、电解质和营养。大手术后，如禁食时间较长，还需通过静脉提供高价营养液，以节省内源性能量和蛋白质消耗。开始进食时，水分和热量往往不够，仍应从静脉途径适当补充。



第四章：围手术期处理

(4) 缝线的拆除和切口愈合的记录

①缝线的拆除时间 可根据切口部位、局部血液供应情况、患者年龄和营养状况来决定。一般头、面、颈部，4~5日拆线；下腹部、会阴部，6~7日拆线；胸部、上腹部、背部、臀部，7~9日拆线；四肢，10~12日拆线（近关节处可延长一些）；减张缝线，14日拆线。有时可先采用间隔拆线。青少年患者可缩短拆线时间，年老、营养不良患者可延迟拆线时间。



第四章：围手术期处理

②切口愈合情况记录 只限于记录初期完全缝合的切口。这种切口可分为三类：i. 清洁切口，用“Ⅰ”代表，是指缝合的无菌切口，如甲状腺大部切除术等。ii. 可能污染切口，用“Ⅱ”代表，是指手术时可能带有污染的缝合切口，如胃大部切除术等。皮肤不容易彻底灭菌的部位、6 h内的伤口经过清创术缝合、新缝合的切口又再度切开者，都属此类。iii. 污染切口，用“Ⅲ”代表，是邻近感染区或组织直接暴露于感染物的切口，如阑尾穿孔的切除术、肠梗阻坏死的手术等。



第四章：围手术期处理

③愈合的分级分为三级：i. 甲级愈合，用“甲”字代表，是指愈合优良，没有不良反应的初期愈合。ii. 乙级愈合，用“乙”字代表，是指愈合处有炎症反应，如红肿、硬结、血肿及积液等，但未化脓。iii. 丙级愈合，用“丙”字代表，是指切口化脓，需要做切开引流。



第四章：围手术期处理

按上述分类分级的方法，应于手术后密切观察切口愈合情况，作出记录。如甲状腺大部切除术后愈合优良，则记以“Ⅰ / 甲”、胃大部切除术后切口血肿，则记以“Ⅱ / 乙”，余类推。



第四章：围手术期处理

(5) 引流物的处理

引流物一般置于体腔（如胸、腹腔引流物等）和空腔脏器（如胃肠减压管、导尿管等）。要经常检查手术中放置的引流物，有无阻塞、扭曲和脱出等情况，换药时要注意继续将露在体外的部分加以固定，以防落人体内，并应观察记录引流量和颜色的变化。待引流量减少后，即可拔除。乳胶片引流一般在手术后1~2日拔除。烟卷式引流多用于渗液较多，脓液稠厚者，引流时间较长，多要在手术后4~7日才能拔除。胃肠减压管一般在肠道功能恢复、肛门排气后，即可拔除。



第四章：围手术期处理

(6) 术后常见不适

①**疼痛** 麻醉作用消失后，患者开始感觉切口疼痛，**24 h内最剧烈**。2~3日后疼痛明显减轻。疼痛除造成患者痛苦外，还可以影响各器官的生理功能，必须有效地解除。小手术后，口服止痛片或可待因，对皮肤和肌肉性疼痛都有较好效果。大手术后1~2日内，常需用哌替啶，肌肉或皮下注射（婴儿禁用），必要时可间隔4~6 h重复使用。



第四章：围手术期处理

②发热 发热是手术后最常见的症状，体温升高幅度在 $0.5 \sim 1.0^{\circ}\text{C}$ ，属于正常范围，超过 1°C 者，就应重视，注意寻找原因。可能原因是感染、致热原、脱水等。手术后24 h内发热，常常是由于代谢性或内分泌异常，低血压、肺不张和输血反应。术后3~6日的发热，要警惕感染的可能，应用塑料导管输液者，会引起静脉炎，甚至败血症；留置导尿管容易并发尿路感染；手术切口和肺部感染是常见原因。如果发热持续不退，要密切注意是否由更为严重并发症所引起，如腹部手术后的残余脓肿等。对术后发热的处理，首先应从病史和手术后不同阶段可能引起发热原因的规律进行分析，选择检查，如胸部x线片、创口分泌液的涂片和细菌培养、血培养、尿液检查等，在明确诊断的前提下行针对性治疗。



第四章：围手术期处理

③恶心、呕吐 手术后恶心、呕吐的常见原因是麻醉反应，待麻醉作用消失后，即可停止。其他原因如颅内压增高、糖尿病酸中毒、尿毒症、低钾及低钠等。如腹部手术后，反复呕吐，有可能是急性胃扩张或肠梗阻。

处理方法：应根据不同原因进行治疗。如一时原因不明，可给阿托品、奋乃静或氯丙嗪等治疗。



第四章：围手术期处理

④腹胀 手术后腹胀一般是由于胃肠功能受抑制，肠腔内积气过多所致。随着手术损伤反应的消失，胃肠道蠕动恢复，肛门排气后，即可自行缓解。如手术后数日仍未排气，兼有腹胀、肠鸣音消失，可能是腹膜炎或其他原因所致的肠麻痹。如腹胀伴有阵发性绞痛，肠鸣音亢进，甚至出现气过水声或金属音者，多是粘连性或其他原因所引起的机械性肠梗阻。



第四章：围手术期处理

严重腹胀可使膈肌升高，影响呼吸功能，也可使下腔静脉受压，影响血液回流。此外，对胃肠吻合口和腹壁切口的愈合也将发生影响，故需及时处理。

处理方法：可应用持续胃肠减压，放置肛管以及高渗低压灌肠等。有时尚需再次手术。如非胃肠道手术，亦可用新斯的明，每4 h一次，直至肛门排气。



第四章：围手术期处理

⑤呃逆 手术后发生呃逆者并不少见，多为暂时性，但有时可为顽固性。呃逆的原因可能是神经中枢或膈肌直接受刺激所引起。

处理方法：手术后早期发生者，可采用压迫眶上缘，短时间吸入二氧化碳，抽吸胃内积气、积液，给予安眠、镇静药物或解痉药等方法。施行上腹部手术后，如果出现顽固性呃逆，要特别警惕吻合口或十二指肠残端漏，导致膈下感染的可能。如检查未发现明显原因，一般措施无效，可在颈部做膈神经封闭。



第四章：围手术期处理

⑥尿潴留 手术后尿潴留较为多见。全身麻醉或蛛网膜下腔麻醉后排尿反射受抑制，切口疼痛引起膀胱和后尿道括约肌反射性痉挛以及患者不习惯在床上排尿等，都是常见原因。

手术后尿潴留可引起尿路感染。凡是手术后6~8 h尚未排尿，就应在下腹耻骨上区作叩诊检查，如发现有明显浊音区，即表明有尿潴留，应及时处理。



第四章：围手术期处理

处理时，应先安定患者情绪，焦急、紧张更会加重括约肌痉挛，使排尿困难。在取得患者合作，增加患者自行排尿信心的前提下，如无禁忌，可协助患者坐于床沿或站起排尿。下腹部热敷，用止痛镇静药解除切口疼痛，或用氨甲酰胆碱，都能促使患者自行排尿。如采用上述各种措施仍无效果，则可在严格无菌技术下进行导尿。凡是未能及时发现尿潴留，以致导尿时尿液量超过500 mL者，应留置导尿管1~2日，有利于膀胱壁的逼尿肌恢复收缩力。有器质性病变，如骶前神经损伤、前列腺肥大等，也需留置导尿管。



第四章：围手术期处理

2. 手术后常见并发症的防治

手术后并发症可分两类：一类是各种手术后都可能发生的并发症；另一类是某些特定手术后的特殊并发症，如胃手术后的倾倒综合征。



第四章：围手术期处理

(1) 术后出血

术中止血不完善，原痉挛的小动脉断端舒张，渗血未完全控制等都是造成手术后出血的原因。



第四章：围手术期处理

①检查和诊断 手术后出血大都发生于位置相对比较隐蔽的体腔手术。如果原来施行的是腹部手术，局部体征一时不一定十分明显，特别是没有放置引流物者，只有通过密切的临床观察，必要时进行腹腔穿刺才能明确诊断。如果原来施行的是胸腔手术，从胸腔引流管、持续数小时、每小时引流出血液超过100 mL，就提示有内出血。拍胸部x线片，显示有胸腔积液。手术后早期出现失血性休克的各种临床表现，中心静脉压测定低于0.49 kPa

(5cmH₂O)，每小时尿量少于25 mL，特别是在输给足够的血液后，休克症状和各种检测指标没有好转，或反而加重，或者一度好转而后又恶化者，都提示有手术后出血。



第四章：围手术期处理

②预防和治疗 手术时要求严格止血，关闭切口前手术应没有任何出血点，是预防手术后出血的要点。一旦确诊为手术后出血，都须再次手术，进行探查，彻底止血。



第四章：围手术期处理

(2) 切口感染

切口感染是指清洁切口和可能污染切口并发感染，发病率在3%~4%。除了细菌外，还受血肿、异物和局部组织或全身抵抗力削弱等因素的影响。

①诊断和检查手术后3~4日，切口疼痛加重，或减轻后又加重，并伴有体温升高，脉搏频速，白细胞计数增高，即提示切口可能感染。体格检查时，可发现切口局部有红、肿、热和压痛的典型体征。有疑问时，可以用血管钳将切口撑开观察。凡是症状和体征提示有切口感染者，都应取切口分泌液做涂片染色和需氧、厌氧菌培养。这不仅能明确诊断，而且可以为选择有效的抗生素提供依据。



第四章：围手术期处理

②预防和治疗 根据切口感染的发生原因，预防应着重于：严格遵守无菌操作；注意手术操作技术精细，加强手术前后处理，增进患者抗感染能力。如切口已有早期感染现象，应采取各种措施，如使用有效的抗生素和局部理疗等，使其不发展为脓肿。已形成脓肿者，应予畅通引流，待创面清洁后，可考虑行二期缝合，以缩短愈合时间。



第四章：围手术期处理

(3) 切口裂开

切口裂开多见于腹部手术，主要原因有：营养不良，组织愈合能力差；切口缝合技术有缺点，如缝线过细，打结不紧，腹膜撕裂等；腹腔内压力突然增高的动作，如剧烈咳嗽；或严重腹胀等。

①**检查和诊断** 切口裂开常发生于手术后1周左右。常表现为患者在一次腹部突然用力时，自觉切口疼痛和突然松开，肠或网膜脱出，切口处有大量淡红色液体流出。切口裂开分为完全和部分裂开两种：前者切口全层裂开，后者为深层破裂而皮肤缝线全部完整。



第四章：围手术期处理

②**预防和治疗** 对估计发生此并发症可能性很大的患者，可使用以下预防方法：手术时用减张缝线，即在依层缝合腹壁的基础上，加用全层腹壁缝合；及时处理腹胀；患者咳嗽时，最好平卧，以减轻因咳嗽时膈肌突然大幅度下降，所导致的腹内压力骤升；适当的腹部包扎也有一定的预防作用。

切口完全破裂时，要立刻用无菌敷料覆盖切口，送手术室。在无菌条件下，用粗丝线或合金线做腹壁全层间断缝合。鉴于切口裂开后常有肠麻痹，所以应采用胃肠减压。切口部分裂开的处理，视具体情况而定。



第四章：围手术期处理

(4) 肺不张

肺不张常发生在胸、腹部大手术后，多见于老年人、长期吸烟和患有急、慢性呼吸道感染者。这些患者术后呼吸活动受到一定限制，肺底部、肺泡和支气管内容易积聚分泌物，如不能很好咳出，就会堵塞支气管，造成肺不张。更为常见的原因是由于呼吸恒定于潮气量通气，导致功能性气体交换面积丢失，以致肺的弹性回缩削弱，肺活量减少，分流量增加，从而造成肺不张。



第四章：围手术期处理

①**检查和诊断** 多数为老年、体弱，特别是有慢性肺气肿或肺纤维化，又有大量吸烟嗜好的患者。表现为手术后早期发热、呼吸和心率增快等。体格检查时，可以发现在肺不张部位叩诊呈浊音或实音，听诊时有局限性湿性啰音，呼吸音减弱、消失或为管性呼吸音，常常位于后背肺底部位。继发感染时，体温升高明显，白细胞计数及中性粒细胞计数增加。血气分析中氧分压下降和二氧化碳分压升高，就可作出诊断。必要时可做胸部x线检查，以证实诊断。



第四章：围手术期处理

②预防和治疗 肺不张的预防在于：手术前锻炼深呼吸。腹部手术者须练习胸式深呼吸；胸部手术者练习腹式深呼吸，以增进吸气功能，减少肺泡和支气管内的分泌液。

患者如有吸烟习惯，手术前2周应停止吸烟，并注意口腔卫生。手术后避免限制呼吸的固定或绑扎。协助排出支气管内分泌物。防止手术后呕吐物的吸入。



第四章：围手术期处理

(5) 尿路感染

尿潴留是手术后并发尿路感染的基本原因，感染多先发生在膀胱，上行感染可引起肾盂炎和肾盂肾炎。

①**检查和诊断** 急性膀胱炎的主要表现为尿频、尿急、尿痛，有时尚有排尿困难。一般都无全身症状，尿检查有较多的红细胞和脓细胞。急性肾盂肾炎多见于女性，主要表现为全身发冷，发热，肾区疼痛，白细胞计数增高，除尿检查有红细胞外，严格无菌采集的中段尿做镜检时，可以发现大量白细胞和细菌；培养不仅可以明确菌种（大多数是革兰染色阴性的肠源性细菌），而且可以选择有效抗生素。



第四章：围手术期处理

②预防和治疗 防止和及时处理尿潴留是预防膀胱炎的根本措施。尿潴留的处理原则是在膀胱过度膨胀前设法排尿。尿路感染的治疗，主要是应用有效抗生素，维持充分的尿量以及保持排尿通畅。如尿潴留量超过500 mL时，应放置导尿管做持续引流。安置导尿管和冲洗膀胱时，应严格掌握无菌技术。

