

h可进易消化的流质饮食,术后24h可进易消化、富含维生素的低脂肪饮食,少食多餐。(6)病人对介入治疗的期望值较大,术后一旦出现身体不适、疼痛加剧及其他副反应,部分病人会产生疑虑、忧郁,甚至愤怒、怨恨,病人家属也会焦虑、痛苦。护士要经常与病人及家属谈心,说明身体不适产生的原因及应对措施,给予心理支持,减轻和缓和其不适症状,树立战胜疾病的信心,积极配合后续治疗。

经过TACE治疗后,本组病例1年生存率提高到62.2%。5例肿瘤明显缩小,获手术切除机会。在治疗全过程中,对患者进行全面身心护理,是提高疗效、改善患者生活质量的重要一环。

参考文献

1 杨玲,李良娣,陈育德,等.中国2000年及2005年恶性肿瘤发

病死亡的估计与预测[J].中国卫生统计,2005,22(4):218-221.

2 吴孟超.原发性肝癌的诊断和治疗进展[J].中华外科杂志,1998,36(9):515-517.

3 季玉峰,程永德.肝动脉化疗栓塞治疗难治性肝癌的若干问题[J].介入放射学杂志,2006,15(12):705-706.

4 中国抗癌协会肝癌专业委员会.原发性肝癌的临床诊断与分期标准[J].中华肝脏病杂志,2001,9(6):324.

5 刘振华主编.肿瘤预后学[M].北京:科学技术出版社,1995:143.

[收稿日期 2008-10-28][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

护理研讨

输尿管镜取石治疗急性上尿路梗阻性无尿的护理

王雪珍

作者单位:475001 河南 开封,河南大学淮河医院外三科

作者简介:王雪珍(1972-),女,大学本科,主管护师,从事外科护理工作。E-mail:xuezenwang99@163.com

[摘要] 目的 探讨输尿管镜气压弹道碎石术治疗急性上尿路梗阻性无尿的护理特点。方法 总结35例气压弹道碎石术治疗急性上尿路梗阻性无尿患者的临床资料,对术前术后护理进行回顾性分析。结果 全部患者安全快速解除梗阻,尿毒症症状减轻或消失,无并发症发生。结论 输尿管镜取石是治疗急性上尿路梗阻的理想方法,积极做好术前术后的护理,是挽救肾功能的关键。

[关键词] 输尿管结石; 尿路梗阻; 输尿管镜

[中图分类号] R 693 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)04-0431-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.04.043

肾或输尿管结石致急性梗阻性无尿是泌尿外科的危重急症,处理原则是:安全快速解除梗阻,引流尿液,改善肾功能,积极治疗原发病。我院2004~2007年共收治此类患者35例,采用输尿管镜气压弹道碎石治疗,术后放置双J管,经术后精心护理,无并发症发生,均治愈出院。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组35例全部为住院患者,男23例,女12例,年龄23~70岁,平均45岁,均有不同程度的腰部疼痛、恶心呕吐、肢体或颜面部水肿症状。发病时间为1.5~5.0d,平均2.5d,患者24h尿量均在100ml以下,符合无尿症。其中输尿管梗阻双侧性29例,单侧或孤肾6例(先天性孤肾2例,4例因肾结石、肾癌已切除一侧患肾)。实验室检

查:血肌酐280~1850mmol/L,平均860mmol/L,血尿素氮18.8~57.5mmol/L,其中高钾血症7例,血红蛋白降低5例。35例患者均经B超、KUB或CT证实为输尿管结石或输尿管并肾结石。

1.2 治疗方法 35例患者均取膀胱截石位,在持续硬膜外麻醉或尿道黏膜表面麻醉下,采用WOLF8/9.5输尿管镜下气压弹道碎石治疗,碎石后,梗阻解除,术后留置双J管1~2个月,所有患者留置双腔气囊尿管5~7d,监测24h出入量,维持酸碱及水、电解质平衡,加强抗感染治疗,定时复查血肌酐、尿素氮。

1.3 治疗结果 本组患者术后均有肉眼血尿,一般2~5d消失,全部患者尿毒症症状均有减轻或消失,在解除梗阻后患者均有不同程度的多尿期,最高尿量达6800ml/d,一般持

续3~8 d,逐渐恢复正常尿量。1个月后复查血肌酐、尿素氮,28例患者恢复正常,3个月后7例恢复正常。

2 护理措施与体会

2.1 心理护理 这类患者往往平时身体较健康,突然发生急性肾功能衰竭,病人大多思想负担重,焦虑恐惧,担心肾功能难以恢复。护士应针对病人的不同心态,进行心理护理。详细向患者及家属介绍无尿的病因,治疗方案和将要采取的检查措施以及此类疾病的预后,说明手术方法的优缺点,消除患者因医学知识缺乏造成的焦虑,使患者以最佳心理状态接受治疗和护理。

2.2 术前准备 因患者病情危急,护理人员应充分了解患者入院时的临床症状,密切观察病情,制定相应护理计划。患者因上尿路梗阻,代谢产物排泄障碍,迅速出现氮质血症,常有恶心呕吐、腹胀、水肿症状,应观察患者有无心悸气促、剧烈咳嗽,咳粉红色泡沫样痰等心力衰竭情况,严格控制入水量和蛋白质的摄入,合理应用抗生素,适当应用白蛋白,应忌用利尿剂,禁饮食,及时备皮。

2.3 术后护理

2.3.1 预防感染 急性肾功能衰竭患者抵抗力差,易继发肺部及尿路感染,故术前术后应合理应用抗生素,护理上应予以相对隔离,减少病房人员流动,加强环境清洁卫生,可防止继发感染。加强口腔护理及预防褥疮护理,每日翻身拍背数次,鼓励患者咳嗽,必要时给予雾化吸入,可防呼吸道感染,另外用1:5000高锰酸钾溶液清洗外阴,早晚各一次,保持外阴清洁。本组患者无感染发生。

2.3.2 密切观察生命体征及病情变化 由于患者肾功能衰竭,体内代谢性毒性物质作用于中枢神经系统,易出现幻听、定向力障碍,故护理上应专人24 h守护,并给患者加床档,防止坠床。因毒素抑制血小板第3因子活性,降低血小板凝集性,并使凝血酶原消耗及凝血活酶生成不良,易造成皮下、消化道部位出血^[1]。本组1例术后第二天,出现上消化道出血,解黑便,在厕所晕倒,经及时抢救脱离危险。因此,应密

切观察病情,出现相应症状,及时报告医生,予以抢救。

2.3.3 加强多尿期观察及护理 观察尿液的颜色、量,对判断是否发生严重出血非常重要,本组患者术后均有血尿,一般2~5 d消失,在解除梗阻后患者均有不同程度多尿期,最高每天尿量达7800 ml,一般持续3~8 d逐渐恢复正常尿量,随着尿量的增加,钾、钠、氯、钙等电解质大量丢失,容易造成水电解质酸碱平衡紊乱,应严格记录24 h出入量。尿量多时,应告知医生,及时注意水电解质的补充,复查肾功能了解改善情况。

2.3.4 尿管和双J管的护理 留置尿管期间,妥善固定,注意做好尿液颜色、量记录,并防止血块堵塞、尿液逆流,做好尿道口护理。双J管留置的目的是利于引流,防止梗阻和继发感染,时间以4~6周为宜,一般不超过3个月^[2]。输尿管内放置双J管后,即将膀胱和肾盂连通,暂时破坏了膀胱输尿管抗返流结构,当膀胱储尿时,平卧位和头低脚高位,可使膀胱内尿液返流肾盂,引起肾盂引流不畅,对肾功能恢复不利,故术后采取头高脚低位半卧位。尿管留置期间,保持尿管通畅,拔尿管后,勤排尿,保持膀胱低压状态,即可有效避免膀胱输尿管返流。

3 出院指导

告知患者双J管拔管时间和肾功能复查时间,留置双J管应避免剧烈活动,尤其是大幅度猛烈的弯腰及踢腿动作,留置双J管期间,应大量饮水,防止诱发结石,同时多进食含纤维素的粗粮和谷类,碱化尿液可预防结石形成。若出现腰痛、发热、大量肉眼血尿要及时到医院复查。

参考文献

- 1 王丽姣,宋彩萍,谢小燕.输尿管镜取石救治双侧输尿管梗阻性急性肾衰竭的护理[J].解放军护理杂志,2006,23(2):59-60.
 - 2 路继儒,张峰彬.双J导管留置时间对输尿管功能的影响[J].中华泌尿外科杂志,2000,21(4):201-202.
- [收稿日期 2008-11-30][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

《中国肿瘤外科杂志》征稿启事

《中国肿瘤外科杂志》由中华人民共和国卫生部主管,中国医师协会、江苏省医学情报研究所、江苏省肿瘤医院共同主办。中国标准连续出版物号:CN 32-1795/R,ISSN1674-4136,已于2009年2月创刊发行。本刊办刊宗旨:为从事肿瘤临床、防治工作的专业人员提供学术交流园地,传递国内外肿瘤外科方面的研究动态及发展,提高我国肿瘤外科水平。主要栏目包括述评、专家论坛、论著、经验交流、病例报告、讲座、综述及护理园地等。热忱欢迎广大临床与科研工作者踊跃投稿和订阅。投稿途径:①网上直接投稿,网址为 www.zgzlwkzz.com;②电子邮件投稿:zgzlwkzz@sina.com。编辑部地址:南京市汉中路129号,《中国肿瘤外科杂志》编辑部。电话:025-84706094,邮编:210029。