

报告医生及时处理。正确使用降颅压及脱水药物,使颅内压平稳下降,血压控制在 120 ~ 150/160 ~ 90 mmHg,同时备好急救药品,以免发生意外;如因引流过度致清醒患者出现头痛、头晕、恶心、呕吐、血压下降、躁动不安,严重者出现意识障碍,生命体征显著波动,颅内压 < 80 mmHg 时为低颅压。低颅压常并发颅内积气,应立即夹闭引流管,去枕仰卧位或足高头低位,快速静脉输入生理盐水 1 000 ml,5% 葡萄糖 2 000 ml,增加液体摄入量。症状严重时,腰穿缓慢注入生理盐水 20 ~ 40 ml 或过滤空气 30 ml,有利于充填蛛网膜下腔容积和脑积液的分泌;及时进行 CT 检查,如有大量颅内积气,应钻颅排气,以降低积气的占位效应。

3.6 穿刺针拔除 术后穿刺针的拔除时间应根据引流液量多少及引流液颜色,并根据头颅 CT 检查结果而定。颅内积气是微创术后常见的并发症,如有额部大量积气,CT 扫描似山峰状,而呈“富士山征”^[2]。因此术后拔除穿刺针时最好在头皮钻孔处缝合一针以免发生颅内积气。

3.7 生活护理 给予高维生素、高热量、高蛋白易消化的流质或半流质饮食,防止大便干结,必要时应用缓泻剂或采取按结肠走向按摩 3 ~ 4 次/d,行低压灌肠。做好皮肤护理,每 2h 翻身 1 次,按摩受压处皮肤,防止压疮发生。鼓励患者咳嗽、深呼吸,防止肺部感染。同时保持病房空气流畅,减少陪护,创造优雅、安静、舒适的休息环境。

3.8 出院指导 建立和保持有节律的生活制度,注意劳逸结合,避免剧烈运动,保证睡眠质量;建议患者家属与医院保持联系,以便出现紧急情况及时复诊。

参考文献

- 1 劳英杰. 高血压脑出血微创治疗的护理体会[J]. 微创医学, 2008, 3(3): 286 - 287.
- 2 王忠诚主编. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998: 371 - 372.

[收稿日期 2009 - 08 - 27][本文编辑 黄晓红 吕文娟(见习)]

护理研讨

经皮肾镜气压弹道碎石术病人围手术期的护理

颜良英, 廖永芳, 卢冰冰

作者单位: 535000 广西,钦州市第二人民医院泌尿外科

作者简介: 颜良英(1978 -)女,大专,主管护师,泌尿外科护士长,研究方向:泌尿外科护理。E-mail: yanliangying@126.com

[摘要] 目的 探讨 236 例经皮肾镜气压弹道碎石术(PCNL)病人围手术期的护理。方法 回顾性总结 236 例 PCNL 病人围手术期的护理体会。结果 236 例患者经精心治疗与护理后均痊愈出院,平均住院日 8 d。结论 充分的术前准备,细致的病情观察,及时发现和处理并发症,对提高 PCNL 病人的治疗效果有着重要的作用。

[关键词] 经皮肾镜; 气压弹道碎石术; 护理

[中图分类号] R 473.6, R 692.4 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674 - 3806(2010)01 - 0088 - 02

doi: 10.3969/j.issn.1674 - 3806.2010.01.40

经皮肾镜气压弹道碎石术又称打洞取石术,是指不用开刀的方法将肾内的结石取出。1955 年 Goodwin 利用穿刺针行经皮肾穿刺治疗肾积水,1976 年 Fernstram 经皮肾镜取石(PCNL)成功。此后,经皮肾镜开始广泛应用于治疗肾结石,它具有成功率高、创伤性小、出血少、恢复快、痛苦轻、费用省、效果优于开放性手术等优点。我科自 2006-01 ~ 2009-07 利用经皮肾镜治疗肾结石 236 例,效果满意,现将护理体会总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例 236 例,年龄 16 ~ 78 岁,平均 41 岁,其中男 185 例,女 51 例,单侧结石 187 例,双侧结石 49 例。其中 31 例合并输尿管上段结石,合并高血压病者 32 例,合并糖尿病患者 11 例。

1.2 手术方法 麻醉成功后先取截石位,留置 F5 ~ 7 输尿

管导管,然后采用俯卧位将腹部垫高,重新消毒铺巾,B 超引导下定位选择穿刺点;皮肤穿刺点一般选择在脊柱旁开 10 ~ 12 cm,腋后线偏后 12 肋下或 11 肋间。穿刺成功后,置入斑马导丝,狼牌筋膜扩张器扩张,沿斑马导丝置入镜壳,进肾镜,用碎石杆将结石击碎后用取石钳逐块取出。检查各肾盂肾盏未见明显结石残留,碎石结束,放入斑马导丝,置入双 J 管,再观察无出血后,放肾造瘘管,留置尿管。

2 结果

236 例手术均获成功,术中术后未出现严重并发症,4 例术中因出血多视野不清,改行 II 期手术,5 例患者有较少的结石残留,平均住院日为 8 d。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 加强心理护理 手术前与患者热情、主动、耐心交谈,

了解患者心理动态,消除紧张焦虑心理,保持情绪稳定,增强手术信心。耐心说明手术的必要性和重要性,并向患者和家属介绍 PCNL 手术的优点,介绍手术医生的技术水平和手术经验,说明术中、术后可能出现的不适及应该注意的问题,请曾经行该类手术的患者介绍亲身体会,消除患者的思想顾虑,使患者有良好的心理状态接受治疗及护理。

3.1.2 做好心、肺、血等常规检查以及泌尿系 B 超、静脉肾盂造影、KUB 等检查以了解结石的大小及梗阻程度,排除手术、麻醉禁忌症。做尿常规检查,了解有无泌尿系感染,术前 1 d 应用抗生素治疗和预防感染。术前练习俯卧位,以适应术中的体位需要,以防术中不能耐受俯卧位时,出现呼吸困难而致手术中断^[1]。

3.1.3 对年龄大合并心血管、肺部疾病及糖尿病的患者术前要积极治疗基础疾病,纠正后再行手术治疗,对有泌尿系急性感染者应先控制感染再行手术。

3.1.4 术前 1 d 备皮,术前晚用 0.2% 肥皂水清洁灌肠,保证患者充足的睡眠,必要时给安眠药,术前常规禁食 10 h、禁饮 6 h。

3.2 术后护理

3.2.1 密切观察病情变化:术后 24 h 内严密观察生命体征变化,特别是呼吸和血压情况。向手术医生询问术中情况,了解手术中穿刺点的位置和失血量。若穿刺点在第 10 肋间以上,当患者出现呼吸急促并胸闷时要考虑术后气胸发生的可能,需及时向医生报告,遵医嘱及时处理。

3.2.2 做好尿管的护理:留置导尿管是导致尿路感染最主要的危险因素,因此要严密预防尿路感染。妥善固定导尿管,其高度要低于耻骨联合水平,防止发生逆行感染。持续开放导尿管以减轻膀胱内压力,减少膀胱内尿液反流至肾盂的机会;鼓励患者多饮水,每日 3 000 ml 以上,以便有足够的尿液持续自然地冲洗尿道。每日用 0.5% 碘伏消毒尿道口 2 次,并保持床铺整洁,保持腹部、臀部、会阴部皮肤清洁干燥。术后留置导尿管时间为 3~5 d,拔管前夹管,每 2 h 开放 1 次,训练膀胱排尿 1~2 d 后,待膀胱内充满尿液时拔管,拔管后即让患者排尿^[2]。

3.2.3 留置双“J”管的护理:气压弹道碎石术后黏膜均有不同程度的水肿,出血或黏膜剥脱,留置双“J”管不但能起到引流、支撑作用,小结石还可沿双“J”管下滑,有助于结石排出。留置时间视术中情况决定,一般 4 周左右拔管。评估患者腰部是否酸胀不适,有无膀胱刺激症状与血尿等情况。鼓励患者多饮水及时排尿,保持大便通畅,避免剧烈咳嗽等腹压增高的因素,观察尿量与尿液颜色。

3.2.4 密切观察患者疼痛情况:遵医嘱应积极给予镇痛剂减轻疼痛,一般术后 6 h 内给予镇痛剂可极大地减少术后整个过程的疼痛^[3]。

3.2.5 卧床指导:指导患者术后绝对卧床 3 天,无明显出血即可适当下床活动,若有出血,应延长卧床时间,协助患者采取舒适体位,可做适当的床上运动,指导患者有效咳嗽及深呼吸,防止术后卧床引起肺部感染,卧床时应保持皮肤及床

单干燥、整洁。

3.2.6 肾造瘘管护理:妥善固定好肾造瘘管,引流袋位置不得高于造瘘口平面,防止管腔受压或引流液逆流。密切观察引流液的颜色、性质、量并作记录。术后嘱患者卧床休息,待引流液颜色转清后再逐渐开始活动,若活动后转为鲜红色液体,则应继续卧床休息。

3.2.7 拔肾造瘘管护理:肾造瘘管一般留置 3~5 d,等尿液颜色逐渐转清,患者体温恢复正常后,即可先夹闭 24~48 h,如无不适即可拔除肾造瘘管。拔管后密切观察肾造瘘口敷料情况,发现敷料渗湿立即更换,若拔管后造瘘口渗液较多,嘱患者健侧卧位,通知医生用无菌凡士林纱布堵塞造瘘口。

3.2.8 术后并发症的观察与护理:(1)术后出血:术后出血是 PCNL 最常见的并发症,如果术后短时间内肾造瘘管引流出大量血性液体,不能冲洗肾造瘘管,通常夹闭肾造瘘管,使收集系统内形成凝血块,利用升高的肾内压止血,再观察血尿有无停止,并及时报告医生处理,同时按医嘱给予止血药。(2)感染:可能与术前尿路感染未彻底控制或因腔内操作引起逆行感染及术后解除梗阻机体抵抗力下降有关,应按高热护理常规护理患者。(3)血尿:由于术中损伤肾黏膜,术后残余结石和双“J”管刺激输尿管和膀胱黏膜所致。遵医嘱予以止血、抗炎药物治疗,术后 6h 嘱患者大量饮水,保持尿量在每小时 100 ml 以上,一般 2~3 d 血尿自动消失,保证各引流管引流通畅^[4]。

3.2.9 出院指导:嘱患者注意休息,加强营养,多饮水,每天 3 000 ml 以上,饮食清淡易消化,禁食豆类制品,4 周内避免剧烈运动。由于术后常规向患侧输尿管内留置 1 根双“J”管,部分患者会出现排尿疼痛、尿频、血尿等情况,多为双“J”管膀胱端刺激所致,应向患者解释清楚,指导患者在置管期间不做四肢和腰部同时伸展的动作,不做突然下蹲动作及体力劳动,防止双“J”管滑脱和上下移动。1 个月后来院复查腹部平片,并拔除双“J”管。

总之,经皮肾镜气压弹道碎石术是治疗肾结石的一种全新方法,由于术前后护理有一定的特殊性,我们认为,术前充分准备,细致的病情观察,及时发现和处理并发症,做好肾造瘘管和导尿管护理,对提高 PCNL 病人的治疗效果有着重要的作用。

参考文献

- 1 张 艳. 心理及体位护理干预对经皮肾镜取术的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2006, 12(3B): 511-512.
- 2 邱 玲. 多通道经皮肾输尿管镜取术治疗复杂肾结石的护理[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(7): 539-540.
- 3 陈善勤, 王学华, 万旭辉, 等. 经皮肾镜取石加气弹道碎石治疗肾铸型结石 8 例[J]. 临床泌尿外科杂志, 2002, 17(11): 636-637.
- 4 梅卫玲, 张珏兰, 李红艳, 等. 微创经皮肾镜取术治疗复杂性肾结石的护理 34 例[J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(3): 29.

[收稿日期 2009-08-18][本文编辑 刘京虹 韦 颖(见习)]