

腹腔镜下输尿管切开取石术的护理体会

杨永梅

贵阳市乌当区人民医院 550018

【摘要】目的 探讨腹腔镜下输尿管切开取石术的护理体会。**方法** 对腹腔镜输尿管切开取石的患者进行手术前、手术中以及手术后的护理措施。**结果** 探讨腹腔镜下输尿管切开取石术与传统开放手术相比,具有损伤小、出血少、术后恢复快、并发症少等优点。

【关键词】 腹腔镜; 下输尿管切开取石; 护理

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 05-120-02

选取我院 2018 年 6 月~2019 年 5 月共行腹腔镜下输尿管切开取石术 35 例,护理效果满意,现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 19 例,女 16 例;年龄 18~75 岁,平均 40.3 岁。均为单发输尿管结石,左侧 20 例,右 15 例;输尿管上段结石 24 例,中段结石 11 例;结石直径 0.8~3.0cm;病程 15d~3a。18 例术前经体外冲击波碎石或输尿管镜碎石治疗无效。术前经常规 B 超、尿路平片(KUB)、静脉肾盂造影(IVU)或逆行肾盂造影等检查确诊并定位。

1.2 手术方法

均采取全麻。经腹膜后途径或经腹腔途径切开输尿管壁,钳出结石,从输尿管切开处置入双 J 管,5/0 可吸收线缝合输尿管壁,置切口引流管 1 根。其中经腹膜后途径 25 例,经腹腔途径 10 例。

2 结果

本组患者手术均成功,手术时间 45~180min,平均 64.5min;术中出血量平均 53.5mL;术后住院 4~8d,平均 5.3d;术后发生漏尿 6 例,皮下气肿 10 例。术后 2~4 周膀胱镜下拔除双 J 管。随访 2~54 个月,B 超及 IVU 检查证实原肾盂积水减轻,肾功能改善或恢复,未发现输尿管狭窄和结石复发。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理

良好的心态和稳定的情绪对手术的成功和术后的康复至关重要^[1]。腹腔镜输尿管切开取石术是一项近年来新开展的术式,患者对手术还不了解,对此应耐心地给患者讲解手术的原理、手术的方法及麻醉的方式,举出相似病例做实地宣教,必要时请做过该类手术的患者介绍自己的亲身体会,使患者打消顾虑,消除紧张情绪,从而积极配合。

3.1.2 术前准备

做好全身准备,包括三大常规、肝肾功能、乙肝病毒、梅毒、艾滋病病毒、出凝血时间、心电图、胸片等。进行 KUB、IVU、B 超或 CT 等检查,了解肾功能情况。肾功能不好者,先改善肾功能。术前伴尿路感染者,予抗生素积极治疗。术前 12h 禁食,4h 禁水,以防止麻醉过程中因呕吐物吸气管引起窒息或吸入性肺炎。术前当晚灌肠,避免因肠道积气影响手术观察。术前 1h 拍定位片及留置导尿管。

3.2 术后护理

3.2.1 常规护理

做好全麻术后常规护理,麻醉未清醒时,患者应取去枕平卧位,头偏向一侧,保持呼吸道通畅。术后常规给氧。密切注意生命体征变化,持续监测血压、脉搏,警惕因术后出血导致的血压下降、脉搏增快、烦躁等表现。由于手术中人工建立的二氧化碳气腹可造成二氧化碳大量吸收,气体通过微循环进入血液,可造成高碳酸血症和酸中毒,因此要注意观察呼吸情况,监测血氧饱和度,必要时检查血气分析。

3.2.2 各种引流管的观察及护理

按各种引流管的特点分别做好护理,定时挤压引流管,保持通畅,观察每种引流液的量、色、性质,并及时记录。切口引流管一般术后 3~5d 拔除,引流液为淡血性,如引流液量超过 100mL/h,应及时报告医生处理。术后常规留置导尿管以排空膀胱,保持导尿管通畅,定时挤压,勿打折勿受压。并妥善固定,预留一定活动度,以利患者翻身。同时做好尿道口及会阴护理,用 2% 碘伏棉球擦洗 2 次/d;嘱患者多饮水,2000mL/d 以上,以达到“内冲洗”的目的;患者下床活动时,应告诉患者引流袋应固定在低于引流部位的衣服上,防止引流液倒流引起逆行性泌尿系感染发生。遵医嘱予以适当补液和抗生素治疗预防感染。

3.2.3 并发症的观察和护理

①高碳酸血症:腹腔镜手术时,二氧化碳高度的可溶性和后腹腔、血液之间二氧化碳压力梯度可导致二氧化碳吸收的速度增加,进而引起高碳酸血症和酸中毒^[2]。同时膈肌上移,呼吸容量减少,呼吸频率、脉率增快,导致缺氧^[3]。因此,术中应保持气腹压 1.47~1.73kPa,术后密切观察患者有无呼吸困难、发绀、胸痛等,必要时可行血气分析检查,并给予吸氧,流量 2L/min,保持上呼吸道通畅。②皮下气肿:由于术中采用二氧化碳充盈后腹腔间隙,而二氧化碳弥散能力强,可直接渗入皮下组织,也可以经胸膜外上升到颈面部形成皮下气肿。患者回房后注意观察患者颜面及颈肩部是否有肿胀现象及皮下捻发音。本组有 10 例出现皮下气肿,未予处理,均在 24~48h 后自行消失。③漏尿:多发生于术后 3~6d,由于输尿管缝合不严密或尿管引流不畅致尿液反流所致。术后应密切观察腹膜后引流管是否通畅,定时观察尿量并挤压尿管,保持引流管通畅,正确记录引流液的量;加强基础护理,及时为患者更换污染的床单和衣裤,保持皮肤清洁干燥。密切观察伤口情况,及时更换伤口敷料,保持干燥、清洁,防止伤口感染。如引流液出现水样液体且量较多,则

(下转第 122 页)

状癌, 髓样癌和分化不良癌的可靠方法。有经验者的检查者进行 FNAB, 特异性为 92% (72%~100%), 假阳性率 5% (0%~7%)。术前 FNAC 检查有助于减少不必要的甲状腺结节手术, 并帮助确定恰当的治疗方案, 但是需要注意, 大约 10%~15% 可能会出现取材不良, 需要 3 个月后复查超声或再次行 FNAB。

目前, 甲状腺癌的临床上有着增多的趋势, 手术+碘 131 治疗是有效的方法, 多数患者预后良好^[5]。但是作为恶性肿瘤, 患者心理负担重, 另外较长的治疗周期对普通家庭来说也是相当沉重的经济负担, 这些都导致患者承受较大的心理压力, 对这类疾病的治疗不利。

人文关怀在医学护理中的重要体现就在医护人员以人道主义精神对患者的生命、健康、权利、人格和尊严的真诚关心和关注^[6]。医护人员除了提供必要的诊疗服务外, 还需要为患者提供精神、文化、情感的服务, 满足患者的健康需求。现实情况中, 患者就医体验是否满意, 取决于多因素, 包括医疗环境、对医护人员诊疗水平和服务态度的认可等^[7]。人文关怀中的心理护理是患者较快的适应就医环境, 加强沟通, 即使解决患者的疑惑和困难; 多元化的健康教育, 增强医患之间的信任感, 加深患者对疾病的认知, 主动配合治疗, 保证和提高了治疗效果^[8]。人文关怀也激发了医护人员的学习热情, 积极投身学习, 工作之余参加各种学习班、研讨班, 提高自身素质, 学习新技术、新技能, 更好的为临床需求服务^[9]。

5 小结

甲状腺结节是常见病, 甲状腺结节细针穿刺细胞学检查 (FNAB) 被认为是甲状腺手术术前最有预测价值的检查技术, 因其创伤小、快速、准确已成为甲状腺结节诊疗的标准流程。虽然 FNAB 只是甲乳外科常见的一个临床操作, 但是这个结果

的可能给患者带来完全不一样的人生。尤其是女性患者, 对手术畏惧, 对颈部疤痕担心, 在等待结果期间心情复杂, 作为医护人员, 我们应该意识到, 在这个时候, 应用人文关怀的理念, 帮助患者解决心理问题, 让他们意识到即使是恶性肿瘤, 也可以通过根治术获得良好的治疗效果, 并且早期发现、早期确诊、早期治疗, 治疗效果是非常理想的, 也符合目前快速康复外科的理念, 促使患者以良好的心态积极配合治疗, 增强战胜病魔的信心和决心。

参考文献:

- [1] 何登极. 医学伦理学 [M]. 成都: 四川科学技术出版社, 1998:26
- [2] Yeung MJ, Serpell JW. Management of the solitary thyroid nodule. *Oncologist*. 2008 Feb;13(2):105-12.
- [3] 庞丽. 舒适护理在围手术期的应用 [J]. 咸宁学院学报 (医学版), 2007, 21 (4): 355 ~ 356.
- [4] 黄荣杏. 背景音乐在局麻乳腺肿瘤手术中的效应 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2007, 28(5): 321 ~ 323.
- [5] Takano T. Natural history of thyroid cancer [Review]. *Endocr J*. 2017 Mar 31;64(3):237-244.
- [6] 李燕如, 谢佩珠. 人文关怀在甲状腺手术病人中的应用 [J]. 青海医药杂志, 2007, 37 (6): 77-78.
- [7] 周胜娥, 王莹莹. 人文关怀干预在治疗甲状腺癌中的作用 [J]. 中国医学伦理学, 2013, 26 (1): 53-55.
- [8] 徐小璇. 人文关怀在甲状腺癌患者术后恢复中的应用 [J]. 心理医生, 2016, 22 (14): 155-156.
- [9] 周丽华, 童玲. 人文关怀对甲状腺大部切除术患者焦虑的影响 [J]. 全科医学临床与教育, 2007, 5 (2): 170-172.

(上接第 119 页)

护理后, 能够提高患者对护理的满意度, 提高治疗效果, 改善预后。

综上所述, 为实施神经内镜下脑垂体瘤切除术患者实施优质护理, 能够提高患者的手术指标, 提高患者的治疗效果, 改善患者对治疗手段和护理的满意度, 从而有利于促进患者预后, 改善患者的生活质量, 值得临床大力推广应用。

参考文献:

- [1] 白静. 优质护理在神经内镜下脑垂体瘤切除术患者围术期的应用价值分析 [J]. 哈尔滨医药, 2018, 38(5):485-487.
- [2] 叶玉平. PDCA 护理管理模式在神经内镜下脑垂体瘤切除术患者围术期的应用价值分析 [J]. 中外医学研究, 2019, 17(6):94-96.
- [3] 刁玉领, 周文科, 黄立勇, 等. 神经内镜与显微镜经单鼻孔蝶窦入路垂体腺瘤切除术的临床比较 [J]. 中国继续医学教育, 2015, (7):94-95.

(上接第 120 页)

考虑漏尿的可能, 应及时报告医生。本组术后发生漏尿 6 例。
④呼吸道感染: 由于全部病例常规采取全麻, 全麻气管插管时可能损伤气管黏膜; 部分病例有吸烟史及慢性咽炎、慢性支气管炎等慢性呼吸道疾病, 使患者术后呼吸道分泌物增加; 以及术后较长时间卧床等, 可导致发生呼吸道感染。故术后应加强全麻后护理, 常规给予雾化吸入, 2 次 / d。本组有 2 例老年患者发生呼吸道感染, 经抗感染、雾化吸入及加强护理后痊愈。

3.3 出院指导

告知患者术后 1 个月回院拔双 J 管, 并且要提醒患者按期拔管的重要性; 置双 J 管期间不要憋尿, 以免膀胱内尿液反流, 导致逆行性感染。告知患者置管期间要做好自我护理, 注意观察有无血尿、尿频、尿急、尿痛等发生, 如有上述情

况, 要及时随诊, 并定期复查肾功能。嘱患者出院后多饮水, 以防止泌尿系感染和结石复发^[4], 每天饮水 2000 ~ 2500ml 为宜。饮食上应注意减少奶及奶制品的摄入, 以低动物蛋白、多纤维餐为原则。进行适度的身体锻炼, 以促进术后机体恢复, 并且对减少结石复发有益。

参考文献:

- [1] 肖美萍, 肖美英, 谢玉兰, 等. 下肢浅静脉曲张的护理 [J]. 赣南医学院学报, 2016, 26(3): 466
- [2] 周红, 沈汉斌, 徐立勤, 等. 9 例外伤性脾破裂患者行腹腔镜保脾术的护理 [J]. 中华护理杂志, 2017, 38(5): 388-389
- [3] 陈舒婷. 37 例后腹腔镜输尿管切开取石术的护理 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 16(9): 1274
- [4] 苏玉珍, 廖小玲, 冯冰. 留置双 J 管期间的观察与护理 36 例 [J]. 实用护理杂志, 2016, 19(9): 45