

健侧侧卧开车位在经尿道输尿管镜下输尿管上段及以上部位结石碎石术应用的护理研究

林进源 杨美好 梁凤霞 林保留 莫杏起

广东省阳江市人民医院 529500

【摘要】目的 在经尿道输尿管镜下输尿管上段及以上部位结石碎石术应用健侧侧卧开车位临床效果。**方法** 选择我院2021年6月-2022年7月经输尿管镜下输尿管上段及以上部位结石手术患者120例,观察组和对照组各60例,分别采取截石位和健侧侧卧开车位。**结果** 观察组结石逃逸及二次换体位发生率均明显低于对照组,观察组舒适度均明显高于对照组,观察组手术时间明显少于对照组,两组对比差异显著,具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在经尿道输尿管镜下输尿管上段及以上部位结石碎石术应用健侧侧卧开车位可有效缩短手术时间,增加患者的舒适度,且结石逃逸及二次换体位发生率明显降低。

【关键词】 健侧侧卧开车位; 经尿道输尿管镜下输尿管上段及以上部位结石碎石术; 护理

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2024) 01-135-02

目前治疗输尿管上段结石的方式包括体外冲击波碎石,经尿道输尿管镜碎石术,经皮肾镜碎石术,后腹腔镜输尿管切开取石术,开放输尿管切开取石术。对于结石嵌顿的复杂性输尿管上段结石体外冲击波碎石疗效低,而开放性输尿管切开取石术伤口大,对患者身体创伤大^[1]。微创取石术创伤程度大幅低于开放性手术,深受临床患者欢迎,经尿道输尿管镜碎石术无创安全,具有出血量最少,恢复快等优点^[2],但经尿道输尿管镜碎石术容易导致输尿管上段结石逃逸,导致二次体位,改变术式,增加病人的手术风险,增加手术时间及护士工作量^[3]。本组研究经尿道输尿管镜下输尿管上段及以上部位结石碎石术应用健侧侧卧开车位利于患者摆放皮肤管理,提高患者满意度,加快术后恢复,取得了令人满意的护理效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2021年6月-2022年7月经输尿管镜下输尿管上段及以上部位结石手术患者120例,纳入标准:①经CT明确诊断输尿管上段、肾盂、肾盏结石;②年龄18-65岁;③无压疮及周围神经系统;④意识清楚、无精神疾病;⑤无自身免疫性疾病;⑥无肢体功能障碍;⑦采用气管插管全麻。其中男78例,女42例,平均年龄(45.2±8.3)岁,其中左侧输尿管上段嵌顿结石76例,右侧输尿管上段嵌顿结石44例,两组在性别、年龄及结石部位方面对比,差异不显著,不具有统计学意义($P>0.05$),可进行对比分析。

1.2 方法

采用截石位行经输尿管镜下输尿管上段及以上部位结石手术患者60例为对照组,采用健侧侧卧开车位60例为观察组。健侧侧卧开车位摆放方法:(1)头部垫软枕;(2)将患者臀部移至手术床截石位缘;(3)健侧90度侧卧位,健侧腋下距腋窝10cm处置腋垫,背侧肩胛骨用挡板+海绵枕固定以防后仰,双手按90度侧卧常规方法舒适摆放并固定,腹部位置放置方枕中单固定。(4)健侧大腿屈髋90度、屈膝70度摆放于手术床截石位缘及托板上,约束带固定。(5)患侧腿抬高与健侧腿成30-40度夹角,屈髋70度,屈膝60度置于升高床缘30-40cm的可升降托手板上,托手板上放硅胶垫,中单包裹,约束带固定,(6)手术床的2个腿板去除。记录两组患者结石逃逸及二次换体位例数,记录两组是否出现皮肤压伤、肌肉酸痛、

肢体麻木情况,比较患者体位的安全舒适度,记录两组手术时间。

1.3 评价标准

舒适:未出现皮肤压伤、肌肉酸痛、肢体麻木情况,反之则为不舒适。

1.4 统计学方法

比较两组患者所得数据使用SPSS20.0统计学软件进行统计学处理,组间比较采用 χ^2 检验和t检验,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 结石逃逸及二次换体位

观察组结石逃逸及二次换体位发生率均明显低于对照组,对比差异显著,具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1: 两组结石逃逸及二次换体位情况比较

组别	例数	结石逃逸	二次换体位
对照组	60	31 (51.7)	42 (70.0)
观察组	60	11 (18.3)	15 (25.0)
χ^2		6.523	6.824
P		<0.05	<0.05

2.2 舒适度

观察组舒适度均明显高于对照组,对比差异显著,具有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2: 两组舒适度对比分析 [n(%)]

组别	例数	舒适	不舒适
观察组	60	54 (90.0)	6 (10.0)
对照组	60	42 (70.0)	18 (30.0)
χ^2		6.561	5.521
P		<0.05	<0.05

2.3 手术时间

观察组手术时间为(45.2±8.2)min,对照组手术时间为(65.7±8.8)min,观察组手术时间明显少于对照组,两组对比差异显著,具有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

从传统仰卧截石位改变为健侧侧卧开车位可以减少结石逃逸,就算结石逃到肾盂、肾盏,输尿管镜依然可以追着结石看,也可以不用改变体位,直接进行经皮肾镜钦激光碎石术,

(下转第138页)

表 1: 两组患者对护理满意度分析 [$\bar{x} \pm s$]

组别	护患交流	操作水平	护理质量	护理态度	护理满意度评分
对照组	16.75±2.34	18.55±2.88	19.11±2.36	18.26±3.24	74.62±4.65
研究组	18.45±2.45	20.74±2.79	20.32±2.73	20.78±3.13	80.14±5.39
T	3.512	3.823	2.347	3.915	5.428
P	0.001	0.000	0.021	0.000	0.000

表 2: 两组患者粘连性肠梗阻发生率以及胃肠功能恢复时间、住院时间、治疗依从性分析

组别	例数	粘连性肠梗阻	治疗依从性	胃肠功能恢复	住院时间
对照组	49	13(26.53)	33(67.35)	20.33±4.12	11.36±4.35
研究组	49	2(4.08)*	46(93.88)*	8.54±2.26*	7.24±3.12*

注: 与对照组相比 *P<0.05

3 讨论

粘连性肠梗阻作为腹部手术最常见、最为严重的一种并发症, 一般与麻醉、手术创伤以及患者心理状态等有关。其发病机制在于术后患者因长期卧床, 肠胃功能障碍, 肠内容物不能够及时排出体外等^[5], 会引发肠粘连等现象出现, 严重者会导致粘连性肠梗阻, 不利于其术后身体恢复。目前还没有有效方法可以避免腹部手术对肠胃的影响, 只有依靠有效护理减少肠粘连的发生。常规护理是临床常见护理方式, 主要针对患者基本体征进行检查以及胃肠减压、补液等基础护理, 让肠胃功能自然恢复, 一般需要 5d 左右, 很容易出现肠粘连等现象发生。常规护理主要缺点在于不能够从身体到心理实行全方位护理, 术后并发症比较多, 且常常出现医护纠纷等不良现象。预见性护理干预是一种新型护理方式, 坚持以患者为中心, 能够从术前到术后、从身体到心理对患者实施全方位护理, 紧紧抓住其心理变化, 采取科学有效护理方法, 对可能出现状况提前采取措施进行预防, 改善其术后肠胃功能, 减少粘连性肠梗阻等并发症的发生。国内学者^[6]等研究中显示, 对腹部手术患者实施科学有效的预防性护理干预可以将粘连性肠梗阻发生率降低到 3.45%, 而且护理满意度也出现明显提高。

本研究最终结果显示, 对腹部手术患者实行预防性护理干预不仅能够减少其粘连性肠梗阻的发生, 提高其对护理满意度评分, 还可以促进肠胃功能恢复, 缩短住院时间, 有助于其术后康复。需要注意的是, 在护理过程中需密切关注其肠胃功能和心理状态, 一旦发现异常需及时采取有效措施, 另外还需要对其饮食、运动、卫生等进行适当指导, 避免剧烈运动和暴饮暴食。

参考文献:

- [1] 张丽, 李静薇. 腹部手术后粘连性肠梗阻的原因分析及护理对策[J]. 解放军医药杂志, 2022, 24(03): 72-75
- [2] 唐丹, 钟凤玲, 李一晶. 护理干预预防胃肠道术后粘连性肠梗阻效果观察[J]. 吉林医学, 2021, 36(f11): 26-27.
- [3] 王荣成. 56 例粘连性肠梗阻病因及保守治疗效果分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报 2020, 34(f041): 482
- [4] 张小英. 腹部手术后粘连性肠梗阻护理中综合护理干预的应用分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2022, 2(21): 41
- [5] 马神娟, 张芸华. 护理干预在预防胃肠道术后粘连性肠梗阻上的应用[J]. 内蒙古中医药, 2022, 32(23): 17-18
- [6] 张芹, 方敏. 预防腹部术后发生粘连性肠梗阻的护理对策[J]. 深圳中西医结合杂志, 2023, 25(051): 150-151

(上接第 135 页)

增加手术成功率^[4]。健侧侧卧开车位对于麻醉管道的观察及护士体位摆放皮肤管理方便, 提高患者满意度, 加快术后恢复。

通过本组资料研究显示, 观察组结石逃逸及二次换位位发生率均明显低于对照组, 观察组舒适度均明显高于对照组, 观察组手术时间明显少于对照组, 充分肯定了在经尿道输尿管镜下输尿管上段及以上部位结石碎石术应用健侧侧卧开车位的临床价值。综上所述, 在经尿道输尿管镜下输尿管上段及以上部位结石碎石术应用健侧侧卧开车位可有效缩短手术时间, 增加患者的舒适度, 且结石逃逸及二次换位位发生率明显降低。改进此类手术的手术体位, 研究此体位摆放的可行性及实用性, 为该类手术的顺利进行提供依据, 确保患者安全加快康复, 推广应用于临床使患者收益。

参考文献:

- [1] 李彬彬, 张劲勃, 侯国良等. 侧卧位输尿管镜碎石术在输尿管上段结石治疗中的临床应用价值[J]. 微创泌尿外科杂志, 2018, 10(6): 379-384.
- [2] 沈勇虎, 洪景范, 杨增士, 等. 侧卧位输尿管镜碎石术治疗上尿路结石相关技术因素的理论与临床研究[J]. 中国医药科学. 2020, 10(4): 22-26, 70.
- [3] 魏礼杰. 侧卧体位下输尿管镜气压弹道与钦激光治疗输尿管中上段嵌顿性结石并息肉的疗效比较[J]. 河北医药. 2018, 10(13): 2011-2014.
- [4] 李刚, 杨增士, 叶宁, 等. 侧卧位输尿管镜钦激光碎石在治疗输尿管上段结石的有效性以及对手术时间、出血量、结石清除率的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报. 2021, 10(19):1690-1693.

(上接第 136 页)

极意义, 值得今后推广。

参考文献:

- [1] Alderson P, Campbell G, Smith AF, et al. Thermal insulation for preventing inadvertent perioperative hypothermia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2022, 6(8): 9908.

[2] 冯立, 陶仁海, 张笑萍, 等. 胸科高龄病人术中低体温证护理[J]. 护理研究, 2023, 29(10):1228-1231.

[3] 王丽, 吴见安, 邓群好. 综合保温措施在创伤病人围术期的应用研究[J]. 护理研究, 2024, 28(5):1608-1609.

[4] 史丽平, 张旭明. 循证护理在预防术中低体温的实践研究[J]. 全科护理, 2021, 13(21):2086-2088.