

- 2001, 10(20): 452-453.
- [2] 周秀华. 急救护理学[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 1996: 12.
- [3] 陈健. 对5所军队医院护理工作中存在问题的调查与分析[J]. 护理管理杂志, 2007, 2(7): 12-13.
- [4] 张兰, 张艳, 郑蕾, 等. 护理人员合理配置的设想[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 5(21): 63-64.
- [5] 卞维芹, 赵惠群, 单国心. 对医院限制病人陪护问题的思考[J]. 解放军护理杂志, 1999, 16(3): 39.
- [6] 黎贵湘, 向代群, 陈英, 等. 住院病人对陪护需求的调查分析[J]. 护士进修杂志, 2001, 16(1): 76-77.
- [7] 韦晓君, 徐燕敏, 余焱. 病人家属对限制陪护的心理反应调查分析[J]. 中国医院管理, 2002, 22(3): 39-40.
- (收稿日期: 2008-02-13; 修回日期: 2008-04-22)
- (本文编辑: 黄攸生)

微创经皮肾镜取石术治疗老龄患者的护理探讨

王巧飞

(解放军第113医院泌尿外科, 浙江宁波 315040)

[关键词] 老龄患者; 肾结石; 微创经皮肾镜取石; 护理

中图分类号: R473.6 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)01-0072-02

肾结石患者传统的治疗方法有肾切开取石术及体外冲击波碎石术, 90年代后开展的微创经皮肾镜取石术(MPCNL)具有安全、有效、创伤小、患者恢复快等优点。我院2005年6月~2007年12月行MPCNL治疗老龄肾结石患者87例, 对围手术期的一系列护理措施取得较满意的效果, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组87例, 男68例, 女19例。年龄69~78岁, 平均72岁。右肾结石41例, 左肾结石29例, 双肾结石17例。肾鹿角形结石56例, 肾多发结石31例。术前常规尿路造影、B超检查。87例患者合并高血压病、冠心病17例, 合并慢性支气管炎、肺气肿、肺心病11例, 合并糖尿病16例。术前常规动态心电图、呼吸功能、心功能等检查, 并请专科会诊。

1.2 方法 持续硬脊膜外麻醉成功后, 患者先取截石位, 患侧逆行插入F5~6输尿管导管后留置导尿, 再俯卧位, 肾区腹部下垫一小枕(10~15cm)或调整手术床使腰背部成一个平面, 使患侧腰凸后, 肋间隙增宽。常选第11肋间(肩胛下线与腋后线之间, 与水平成30度~60度进针)为穿刺点向中盏穿刺, 术中B超或沿输尿管导管注入造影剂后C型臂X线机定位, 肾积水明显者, 可经验性定位, 以F18肾穿刺针穿刺成功后, 置入斑马导丝^[1], 以筋膜扩张器从F6~8开始, 扩张至F14~16, 留置F14~16的Peek-away

塑料薄鞘, 建立经皮肾取石通道。采用Wolf F8 9.8硬质输尿管镜、气压弹道碎石机粉碎结石, 利用液压灌注泵冲洗清除。术后常规留置F5~7双J管(术中具体情况保留2~4周)及F14~16硅胶微创肾造瘘管(一般术后3~5天拔除)。

1.3 疗效评定 87例患者术后第2~3天即可下床活动, 术后住院3~9天。术后2例患者48小时内发热, 经抗感染治疗后好转, 无继发性大出血, 无肾切除、伤口尿瘘及液气胸等并发症发生。一期结石清除率92%(80/87), 结石在2~4周内排净。二期结石取净率100%。

2 护理探讨

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 根据老年人的特点(有心理障碍, 如抑郁、孤独、烦躁, 对治疗不配合, 自理能力下降), 同时结合MPCNL的特点, 我们认真进行术前评估, 针对不同的个体在疾病不同时期的不同心理状态, 进行有效的心理护理, 尊重患者, 称呼合适, 态度和蔼, 耐心解释帮助老年患者消除住院陌生感、恐惧感。解释手术的必要性, 放松心情, 坦然接受, 有利于配合手术的顺利进行^[2]。这种护理贯穿于围手术期的全过程, 消除患者的紧张心理, 让其以良好的心态主动配合治疗。

2.1.2 术前准备 除常规围手术期护理外, 针对老

作者简介: 王巧飞(1982-), 女, 浙江宁波人, 本科, 护师, 从事泌尿外科临床护理及管理工作。

龄患者出现多脏器生理功能衰退,存在一种或一种以上合并症的特点,术前发现有心电图改变者,一定要在术前加以控制,以防心源性猝死。有肺部感染者控制感染,吸烟者入院后戒烟(吸烟量较大者,最好术前戒烟2周),指导患者有效咳嗽、排痰。糖尿病患者监测血糖变化,指导饮食,术前使用胰岛素,把血糖控制在正常范围。有高血压患者,术前应控制血压。对在服阿司匹林药物的患者必须停药10~14天,以免手术出血较多和出现其他并发症。有贫血、低蛋白血症等营养不良者,术前适当输血和营养支持,以提高患者血浆蛋白水平,有利于术后康复。

2.1.3 手术体位训练 M PCNL 可采用俯卧位、半俯卧位(患侧在上)及侧卧,我科常用俯卧位。由于铸状或鹿角状等复杂性结石取石时间较长,需1~3小时,老龄患者手术耐受较差,术前指导患者练习俯卧位,从30分开始训练,逐渐延长至45分,1~3小时。

2.2 术后护理

2.2.1 密切观察生命体征 本组为老龄患者,且均并发心、肺和脑血管疾病,其代偿功能差,机体反应慢,术后回病房即给予持续心电监护。严密监测血压、心率,对术前有心、肺功能欠佳及手术中有较多出血者设专人护理。本组2例术后出现高血压180/110 mm Hg,脉搏增快,给予降压、利尿治疗,心痛定10 mg 舌下含化,硝酸甘油10 mg 加入液体中静脉滴注,速尿20 mg 静脉注射,血压逐渐恢复正常。

2.2.2 管道护理 观察肾造瘘管的局部情况,防止导管脱落及移位。观察尿量多少及尿液变化,保持肾造瘘管通畅。如有造瘘管周围漏尿,敷料潮湿,则应考虑是否血块或碎石阻塞肾造瘘管,除用手指远端挤压管道外,还可用20 ml 注射器抽吸或生理盐水低压反复冲洗造瘘管,以恢复通畅引流。患者翻身时,应避免用力牵拉造瘘管,并告诉患者保护好造瘘管。肾造瘘管3~5天拔除,导尿管7天左右拔除。尿道外口护理,每日2次,隔日更换引流袋,防止逆行感染。

2.2.3 常见并发症的观察及护理 出血:血尿最常见,1~2天内可停止。向患者解释说明,嘱其勿紧张。若有严重血尿,表示肾内有活动性出血,可用带气囊的造瘘管牵拉压迫止血;也可通过夹闭肾造瘘管5~10分钟止血^[3],并延迟下床时间(一般术后第2天便可下床活动),适当应用止血药物,防止便秘。

感染:术后感染发生率较高,因此进行各种操作时

严格无菌操作,保持切口敷料清洁干燥,有污染及时更换,并严格按医嘱给予抗生素,一般术后静脉输液5~7天,密切观察体温变化,并详细记录。周围器官损伤:可因术中穿刺不当所致,引起肠穿孔或胸膜损伤^[4]。术后应严密观察患者的呼吸情况和腹部体征。

2.3 出院指导 取出的结石均做结石分析,根据分析结果指导患者饮食,以防复发。腰部勿做剧烈运动,防止双J管移位,定期复查泌尿系B超或X线平片,术后2~6周在膀胱镜下拔除双J管^[5]。针对老年患者,制定低脂低糖饮食,嘱其均匀多饮水,尤其是夜间,达到每天总量2000~3000 ml,不憋尿。戒咖啡、茶和酒,加强营养,增加人体免疫力,防止局部及全身感染。

3 体会

M PCNL 是近几年来开展治疗泌尿系结石的新技术,其具有创伤小、结石取净率高、手术时间短、疗效好、恢复快及术后住院短等优点。但对老龄患者也有一定危险性。以老龄患者为研究对象,通过临床观察,结合老年人的生理、病理、心理特点和M PCNL 特点,加上一系列对老龄患者切实有效的围手术期护理措施大大减少了并发症的发生率,提高了安全性。我们认为做好术前心理护理,消除心理疑虑,使患者积极配合治疗是做好手术的前提;完善各项术前必要的检查及术前结石定位是保证手术顺利进行的基础;术后密切观察生命体征的变化,加强管道护理,及早发现并发症;同时做好饮食和预防结石复发的指导。

参考文献

- [1] 李 逊,曾国华,吴开俊,等.微创经皮肾穿刺造瘘术治疗上尿路疾病[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(9):517.
- [2] 沈玉清.浅谈老年病人围手术期护理[J].中华现代医学与临床,2005,2(6):123.
- [3] 郭应禄.腔内泌尿外科[M].2版.北京:人民军医出版社,1995:231-232.
- [4] 李 逊,曾国华,袁 坚,等.经皮肾穿刺取石术治疗上尿路结石[J].北京大学学报(医学版),2004,36(2):124-126.
- [5] 周鲁莲,刘海燕.经皮肾镜取石术治疗肾结石病人的护理体会[J].齐齐哈尔医学院学报,2006,27(1):118.

(收稿日期:2008-05-12;修回日期:2008-07-07)

(本文编辑:黄牧生)