

腹腔镜肾盂输尿管切开取石后并发症的护理

王秀贞 夏喜玲
(浙江省缙云县人民医院 缙云 321400)

摘要:目的:探讨腹膜后腹腔镜肾盂输尿管切开取石术后并发症原因,提高护理质量。方法:回顾分析 42 例患者腹膜后腹腔镜肾盂输尿管切开取石术后并发症资料。结果:术后主要并发症为腹膜后出血 1 例、酸中毒 2 例、漏尿 6 例、皮下气肿及肩部酸痛 1 例、双 J 管移位 2 例。结论:术后严密观察,可及时发现并发症早期症状,以便及时处理,利于患者早日康复。

关键词:腹腔镜;肾盂输尿管切开取石;并发症;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0081-02

由于腹腔镜手术具有切口小、出血少、恢复快、住院短等优点,近年来已广泛用于治疗泌尿外科疾病,在肾盂、输尿管结石方面,成为主要治疗手段之一。我科自 2004 年 1 月~2006 年 12 月对 42 例肾盂、输尿管结石患者实施了腹膜后腹腔镜肾盂输尿管切开取石术。现将护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 37 例,女 5 例;年龄 23~62,平均为 41 岁。经 B 超与 IVU 检查证实,肾盂结石 15 例,输尿管上段结石 27 例,均伴有不同程度的肾积水。

1.2 手术方式 留置尿管,全麻,健侧卧位。腋后线第 12 肋下作一纵行 2cm 切口,钝性分开腰背筋膜,置入气囊撑开器,注气 600~800mL,扩张腹膜后间隙。在腋前线肋弓下及腋中线髂嵴上 2cm 处作皮肤小切口,3 切口各置入 12、12、10mm 套管,后腹膜间隙充入 CO₂ 气体,压力 13~15mmHg,腋中线套管置入腹腔镜,另 2 孔置入操作器械。输尿管结石正上方,采用内镜胆管切开刀切开,长度原则上超过结石直径。对肾盂结石,游离出肾盂,并放入五爪拉钩,暴露肾盂。切开肾盂 2~3cm,将结石游离后取出。置入 6F 双 J 管,以 4-0 可吸收线缝合切口,留置腹膜后引流管 1 根。

表 2 2 组病人术后发生焦虑人数比较 例

组别	n	发生焦虑	未发生焦虑
对照组	84	61	23
实验组	84	18	66

注:χ² =44.18, P<0.005。

2.3 自我护理能力 实验组患者术后自我护理能力,如喉的解剖位置、气管套管的消毒方法、更换套管的目的及方法等,明显高于对照组,见表 3。

表 3 2 组病人自我护理能力掌握情况比较 例

组别	n	喉位置	套管消毒方法	更换套管目的	更换套管方法
对照组	84	30	21	17	12
实验组	84	84	84	82	82

3 讨论

Orem 自理模式是一种护理哲理,阐明自理是人类的需要^[4]。人与生俱来就具有照顾自己的能力、权利和义务,并且通过学习来达到自理需要。其模式分为三部分:自理理论、自理缺陷理论和护理系统理论。当人们因本身的健康或与健康有关的一些限制,其自我照顾能力无法满足现存的紧急需求或无法继续满足自我需求,或自我照顾无效,则发生自我照顾缺失,这时也就是护理发挥功能之所在,也是 Orem 理论之核心^[5]。自理理论强调护士的任务在于增进患者自我护理的主观能力,通过辅助教育调动和激发辅助的主观能动性,使患者主动参与治疗护理,传统的护理方法是患者被动接受治

2 结果

本组 42 例患者,平均手术时间为 110min,住院时间 12d。并发症为:腹膜后出血 1 例,酸中毒 2 例,漏尿 6 例,皮下气肿及肩部酸痛 1 例,双 J 管移位 2 例,未发现脏器损伤及气体栓塞等严重并发症。B 超及 IVU 检查证实均无肾盂输尿管切口处狭窄,肾积水消失 36 例,改善 6 例。

3 并发症的观察与护理

3.1 腹膜后出血 因为腹腔镜手术止血多靠电凝高温及钛夹止血,术中器械过多扰动及碰拉钛夹,加之术后腹腔内压下降及血管内压升高,均有可能诱发出血^[4]。患者呃逆、呕吐或过早活动,也会诱发出血。术后应严密监测患者血压、脉搏,注意其腹部有无阳性体征与引流管流出液的数量、颜色,并及时准确判断其性质,同时做好记录。穿刺部位过度疼痛,出现瘀斑或血肿,也是出血的迹象;发现引流量增多、血性,应警惕有继发出血可能,须立即报告医生。本组 1 例患者,术后第 1 天引流管血性液约为 35mL,第 2 天约为 14mL,但第 3 天由于私下起床活动 5min 后,1h 内引流管排出血性液 400mL。患者面色苍白,自感头昏口干,测心率 110 次/min,血压 87/58mmHg。予以加速补液、静脉注射巴曲亭等处理,出

疗护理^[6]。

喉癌术后患者自我护理能力普遍偏低,因手术损伤大,术后呼吸改道和语言交流障碍加重了生活不便,再者患者对恶性肿瘤的认识不足,对医护人员的依赖性过高,对提高自我护理能力认识不够,其现状令人担忧。为此,我们将 Orem 自理模式和健康教育结合在一起实施护理干预,充分调动了患者的主观能动性,增强了患者的自信心,激发了患者的主动参与意识,减少了因病人的不知情而引发的意外,提高了患者的自我护理能力,从而提高了患者的生存质量。

参考文献

[1]李小妹.护理学导论[M].长沙:湖南科学技术出版社,2001.129~132
[2]朱志红,杨丽.协同护理 - 一种新颖的护理模式[J].外国医学•护理学分册,1994,13(2): 70
[3]万淑琴,毛美琪.Orem 自理理论在直肠癌 Miles 手术病人中的应用[J].中华医学论坛杂志•护理分册,2003,2(6): 14
[4]磨琨.自我护理需求的应用进展[J].中华医院管理杂志,1998,14(10): 631~633
[5]Marriner-Tomey A.Nursing theorists and their work [M].St Louis: Mosby-Year Book Inc,2003.895
[6]温翠琪,曹佩珍,黄华兰,等.用自理学说指导肝门部胆管癌患者的综合治疗[J].中华护理杂志,2000,35(2): 92

(收稿日期: 2007-05-12)

脑血管病后下肢深静脉血栓形成的原因分析及护理对策

郑佩君

(浙江省宁波市第一医院 315010)

摘要:目的:探讨脑血管病后下肢深静脉血栓形成的原因,探索减少下肢深静脉血栓形成的有效护理措施,并进行针对性的护理,为专科临床护理工作提供指导。方法:调查我科 2002~2005 年收治的脑血管病人中并发下肢深静脉血栓形成的 11 例病人的发病原因,采取预见性护理及针对性的护理。结果:下肢深静脉血栓形成是脑血管病常见的并发症。引起下肢深静脉血栓形成的三大因素是血流缓慢、血液高凝状态和静脉壁损伤。结论:对脑血管病患者采取有效的护理干预措施,可以减少并发症的发生。同时对下肢深静脉血栓形成的患者进行针对性的护理,可以促进其康复。

关键词:脑血管病;下肢深静脉血栓;护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0082-02

脑血管病后下肢深静脉血栓形成(DVT)是一种常见的并发症,急性期可并发肺栓塞,晚期常造成致残性下肢深静脉血栓形成^[1],肺栓塞是导致患者病情加重和死亡的重要因素,因此对脑血管病并发下肢深静脉血栓形成进行有效预防和护理,是降低病人的致残率和死亡率的关键。现结合我院神经内科确诊的 11 例患者,报告分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2002~2005 年收治的脑血管病人中并发下肢深静脉血栓形成共 11 例,其中男 6 例,女 5 例;年龄 56~77 岁,平均 67 岁;脑梗死 8 例,脑出血 3 例,均经 CT 或 MRI 确诊。DVT 则全部经彩色多普勒证实。血栓发生在瘫痪侧的 9 例,健侧的 2 例;发生时间为入院后 6~15d;11 例患者中 2 例因病情恶化死亡,其余 9 例均有不同程度的好转。

1.2 原因分析 1946 年 Virchow 提出血流缓慢、血液高凝状态和静脉壁损伤是造成 DVT 的三大因素^[2]。脑血管病后患者长期卧床,此时静脉血流缓慢,在瓣室内形成涡流,不仅激活内源性凝血系统,并使血小板从血流中轴流动移向内膜,促进血栓形成^[3]。脑血管病患者多伴有心脏疾患、高血脂、糖时症状加重。术后应观察患者呼吸是否正常,有无咳嗽、胸痛、皮下气肿等症状。本组 1 例,术后发现轻度皮下气肿,考虑到轻度 CO₂ 气体可自行吸收,未给予特殊处理,其症状于第 3 天自然消失;肩部酸痛,采取置病人于平卧位、双肩部按摩措施,以缓解酸痛,并酌情使用消炎镇痛药,其症状在 48h 后逐渐消失。

3.2 酸中毒 术中 CO₂ 长时间高压灌注,大量外源性 CO₂ 被吸收,腹腔内压升高,膈肌抬高,肺顺应性下降,胸腔内和腔静脉压增高,回心血量降低,外周阻力和内分泌因素(如儿茶酚胺)等均能使血压、心率、呼吸、气道压力和动脉 CO₂ 压力升高,血 pH 下降,从而导致 CO₂ 潴留而产生呼吸性酸中毒^[4]。术后应严密观测患者神志、呼吸、SPO₂、pH 变化。本组 2 例,均在术后 1h 躁动不安、血压升高、心率增快、呼吸浅慢(10~13 次/min)、SPO₂ 降到 86%~89%,动脉血气分析 pH 值分别为 7.26、7.19。立即垫高肩部,开放气道,保持呼吸通畅,给鼻导管吸氧 2~3L/min,但要注意避免持续高流量,以免抑制呼吸强度,同时鼓励患者加深加快呼吸,通过自身调节功能,促进 CO₂ 排出。每小时血气分析化验,2h 仍有轻度酸中毒,分别于 4h、5h 酸中毒得以纠正,SPO₂ 均达 95%以上。

3.3 伤口漏尿 双 J 管梗阻引流不畅,或导尿管过早拔除导致膀胱内尿液通过内支架管返流而造成上尿路压力增高等,均可造成创口漏尿。术后要严密观察管道引流及创口敷料等情况。本组 6 例患者,4 例于术后第 3 天,1 例于术后第 5 天,后腹腔引流管流出尿样液体,每天引流量与尿管的尿量相等,同时患者均有腰部酸胀症状;1 例患者拔除引流管后第 3 天伤口漏尿。立即对患者采取头高卧位,以利尿液沿着输尿管走向自然引流而出;保持各引流管畅通,准确记录引流量、颜色、性质,并对最后 1 例重新留置导尿管,及时更换潮湿敷料,采取腹带加压包扎措施。按医嘱均予足量抗生素治疗。经上述处理,前 5 例患者分别于术后 7~12d 因引流管再无液体流出而拔管,后 1 例患者 8d 后因创口无漏尿而拔除导尿管,后均愈合。

3.4 皮下气肿及肩部酸痛 皮下气肿由术中 CO₂ 气体循筋膜间隙上下弥散所致;肩部酸痛是由 CO₂ 气体刺激膈肌导致双侧神经反射所引起,并随病人体位改变,尤其是取半卧位

岁,平均 67 岁;脑梗死 8 例,脑出血 3 例,均经 CT 或 MRI 确诊。DVT 则全部经彩色多普勒证实。血栓发生在瘫痪侧的 9 例,健侧的 2 例;发生时间为入院后 6~15d;11 例患者中 2 例因病情恶化死亡,其余 9 例均有不同程度的好转。

1.2 原因分析 1946 年 Virchow 提出血流缓慢、血液高凝状态和静脉壁损伤是造成 DVT 的三大因素^[2]。脑血管病后患者长期卧床,此时静脉血流缓慢,在瓣室内形成涡流,不仅激活内源性凝血系统,并使血小板从血流中轴流动移向内膜,促进血栓形成^[3]。脑血管病患者多伴有心脏疾患、高血脂、糖时症状加重。术后应观察患者呼吸是否正常,有无咳嗽、胸痛、皮下气肿等症状。本组 1 例,术后发现轻度皮下气肿,考虑到轻度 CO₂ 气体可自行吸收,未给予特殊处理,其症状于第 3 天自然消失;肩部酸痛,采取置病人于平卧位、双肩部按摩措施,以缓解酸痛,并酌情使用消炎镇痛药,其症状在 48h 后逐渐消失。

3.5 双 J 管移位 原因为置管不到位、下端未完全置入膀胱内,此外与女性患者尿道短等有关^[5]。置管后应立即行 X 线检查,明确双 J 管位置,同时限制患者活动,防止双 J 管移位,并应定期复查。双 J 管一旦发生上移,应在输尿管镜下取出;下移,应在膀胱镜下取出。本组 2 例,分别于 10d、12d 出现双 J 管下移,经膀胱镜取出,后经 B 超及 IVU 检查证实,无切口处狭窄。

3.6 出院指导 患者术后如果伤口愈合佳,漏尿无,排尿通畅,即可出院。嘱患者 3 个月内忌憋尿、剧烈运动、行弯腰下蹲动作,避免因便秘、咳嗽等增加腹压,以防双 J 管滑脱或上下移动。嘱患者多饮水,每天 2 000mL,达到自行冲洗尿路之目的,防止泌尿系统感染,同时注意尿色、尿量变化,发现异常及时回院就诊。定期复查肾功能、做泌尿系 B 超及静脉肾盂造影。置管时间以 4~6 周为宜,一般不超过 3 个月,嘱患者 1~3 个月内回院拔管^[6]。

参考文献

[1]李炎唐.泌尿外科手术并发症预防和处理[M].北京:人民卫生出版社,2004.156
[2]陈方敏,曾甫清,赵军,等.泌尿外科腹腔镜术后并发高碳酸血症的原因分析[J].中华泌尿外科杂志,2005,26(10):712~714
[3]沈玲玲.内置双 J 管患者的观察与护理[J].护理与康复,2004,3(3):170~171
[4]路继儒,郑汝强,张峰彬.双 J 导管置管时间对输尿管功能的影响[J].中华泌尿外科杂志,2000,21(4):201

(收稿日期:2007-04-24)