

输尿管结石手术患者的围手术期护理

康念红

(江西省万安县中医院 万安 343800)

关键词:输尿管结石;手术疗法;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0085-02

输尿管结石好发于男性青壮年,反复出现疼痛和血尿、感染等症状,严重影响工作和生活。手术是治疗输尿管结石的重要手段之一,我院从 2006~2008 年共做输尿管结石手术 75 例,经精心护理痊愈出院,疗效满意。现将护理体会报道如下:

1 临床资料

本组患者 75 例,年龄最小 22 岁,最大 68 岁,平均年龄 47 岁。以腰部疼痛、血尿而就诊,均经 B 超、静脉尿路造影诊断为输尿管结石。输尿管上段结石 35 例,输尿管中段结石 23 例,输尿管下段结石 17 例;其中合并高血压 10 例,合并糖尿病 5 例,合并肾功能不全 3 例,均先治疗合并症,待病情稳定后再行手术。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 患者在术前都有不同程度的焦虑、恐惧等心理反应。他们对手术一是害怕,二是担心,怕的是疼痛与死亡,担心的是出现意外与残废等^[1]。我们医护人员要多和患者交谈,鼓励他们表达自己的焦虑、感受与疑问,给予支持和疏导。如向患者及家属阐明手术的重要性和必要性,尤其是对手术的安全作肯定的保证。对术后需要放引流管及需

现口唇紫绀、 SPO_2 下降,立即加大吸氧量并及时告之医生,暂停操作或追加丙泊芬。(5)如遇术中出血明显,应及时清除积血或遵医嘱应用止血药,待清醒后再拔出内镜,不宜立即拔出,防止窒息。(6)无痛支气管镜因使用了全身麻醉,呼吸道反应及排痰能力差,分泌物不能自行排出,因此术中护士应配合吸痰,及时吸出痰液,保持呼吸道通畅。

2.3 术后护理 (1)一般术后 1~5min 清醒,清醒后部分病人有咳嗽、咳痰,应协助病人排痰。(2)重点监测 SPO_2 : 如 $\text{SPO}_2 > 90\%$,呼吸、心率、血压平稳,用平车护送患者回病床。(3)回病房后去枕平卧继续监测心率、血压、 SPO_2 半小时,给氧 2L/min 半小时,并做好护理记录。(4)禁食 2h,以防食物误入气管,待麻醉作用消失后,以温水试吞无呛咳才可以进流质或半流质食物。(5)术后有轻微咽部不适或少量

在身上附加仪器者,术前也应对患者说明,使患者麻醉醒来后不至于惧怕。

2.1.2 合并症的治疗及护理 要充分做好围手术期治疗和护理,力求个体化,积极治疗合并症。肾功能不全者给予留置尿管或微创肾穿刺造瘘,观察记录尿量,控制感染,待肾功能恢复后再行手术;对糖尿病患者,使用胰岛素或口服降糖药控制血糖,监测血糖并记录,防止低血糖的发生;对高血压患者应定时监测血压,给予口服降压药,指导饮食,保持情绪稳定。

2.1.3 术前准备 术前检验血常规、出凝血时间、肝肾功能等。做好个人清洁卫生,术前晚上给予清洁灌肠,对精神紧张者给予地西洋 5mg 口服。术前 12h 禁食,4h 禁饮,术前 1h 摄腹部平片做手术定位,术前 30min 注射抗生素预防感染。

2.2 术后护理

2.2.1 术后返回病房的观察 首先要了解患者的麻醉方法、术中情况、引流管数量,观察切口有无渗血、渗液。心电监护,密切观察血压、脉搏、心率、呼吸、血氧饱和度等变化,术后如出现异常情况,应立即报告医生及时处理。

2.2.2 引流管的护理 患者术后返回病房,应妥善

咯血,属正常现象,如出现胸闷、气逼、呼吸困难、大咯血,立即通知医生,按医嘱及时进行处理。(6)术后部分患者有短暂的低热,如无不舒适,可不作特殊处理,如持续发热 $\geq 24\text{h}$,需告之医生行相应处理。

无痛支气管镜术后调查,病人普遍反映术中无痛苦、无知觉,术后无不舒适。操作医生则反映患者配合程度好,提高了诊断率及治疗效果。就护理而言,术前充分的物品准备及沟通,术中密切监测生命体征,特别是血氧饱和度,术后妥善周到的护理,都是保证手术成功及患者安全的重要措施。

参考文献

- [1]王华,李维清,何君艺.小剂量芬太尼与丙泊芬联合行无痛纤维支气管镜检查[J].中华现代护理学杂志,2005,2(20): 1 899
- [2]杨德茂,王鑫.丙泊芬与舒芬太尼联合行无痛性纤支镜临床应用分析[J].实用医技杂志,2006,13(8): 1 301

(收稿日期: 2009-02-10)

固定引流管并接通引流袋。要经常检查引流管有无受压、扭曲、阻塞、脱落,定时挤压引流管以利于小血块排出,避免管道堵塞^[2]。观察引流液的颜色、性质及量,并记录。如引出大量血性液体为出血,引出浑浊伴脓栓为感染,引出液逐日减少为好转。每日应更换引流袋,在更换时要严格无菌操作。输尿管内放置双 J 管者留置 4~6 周,然后在膀胱镜下拔出双 J 管。

2.2.3 术后并发症的观察及预防 观察切口有无红、肿、热、痛和波动感,防止切口裂开。预防膀胱刺激症,此症发生与双 J 管膀胱内段刺激膀胱三角区导致平滑肌痉挛有关,所以应选择管径大小、长度适当的双 J 管,避免过粗、过长的管道加重膀胱刺激症状,并嘱病人多饮水、少活动,以减轻不适。预防

(上接第 77 页)贴脊柱,前壁的损伤常伴有后壁相应部位的对冲伤,而且后壁的损伤较为隐秘,术中如果检查不仔细或者满足十二指肠以外器官损害的发现就有可能漏诊而导致严重后果。本组死亡 1 例系因术中漏诊后壁损伤再次手术后出现多脏器功能衰竭死亡。我们的体会是手术中一定要细致地探查,如发现十二指肠前壁有损伤,一定要检查后壁有无对冲伤。血肿覆盖下的任何部位的十二指肠损伤要进行探查,尤其是同时合并胰头、周围大血管损伤引起血肿包裹时更应仔细分开血肿进行深部探查。另外,术毕清洗腹腔前,一定要再次检查损伤部位及周围,以明确有无新生的污染物,如果有一定要再次探查,防止漏诊。另外在手术中我们要正确判断组织的缺血程度,坏死的组织一定要清除。对十二指肠裂口小、损伤时间短、局部污染轻、血运良好者可行单纯修补,本组有 12 例行单纯修补术;裂口较大的可行带蒂肠片修补,本组 4 例;十二指肠第一、二段严重损伤或同时伴有胰腺损伤时可行十二指肠憩室化,本组 4 例,手术包括胃窦切除、胃空肠吻合、十二指肠残端造瘘和胆总管造瘘。十二指肠损伤的处理方式多种多样,但仍不乏存在十二指肠瘘这一严重并发症,我们认为关键是如何采用正确的手术方式,所采用的手术方式应以简单、安全、有效、术后并发症少、有利于十二指肠减压、有利于术后早期的营养提供、促进愈合为原则。文献报告表明,十二指肠损伤的预后与手术时间的迟早有密切关系。本组 20 例十二指肠伤各异又有多种合并伤,但都在伤后的 18h 内得到手术治疗,其中 19 例治愈,治愈率 95%。本组致命的肠瘘之所以没有发生,与有效的十二指肠减压有密切关系,

尿路感染,嘱病人每日饮水 2 000~3 000mL,使生成尿量能起到冲洗尿路的作用,每天用 1:20 稀碘伏清洗尿道口 2 次。

2.2.4 出院指导 嘱病人注意休息,3 个月内不做剧烈运动或参加重体力劳动,注意饮食卫生,不食用易引起结石的食物。嘱留有双 J 管的病人,如出现持续性血尿、疼痛应及时就诊,在膀胱镜下拔除双 J 管,并在病员卡上写清置管部位、拔管日期、联系电话,注意提前预约,按时拔管。

参考文献

[1]卢素宏.气压弹道碎石术治疗输尿管结石病人的护理[J].护理实践与研究,2005,2(3):28
[2]刘妙琴.外科手术患者的术前与术后护理要点[J].医药世界,2006,8(10):254

(收稿日期:2008-11-26)

我们主张有效地修补后加三管造瘘(胃、胆总管、十二指肠造瘘)^[1-3]。距屈氏韧带 40cm 顺行置入空肠营养造瘘管,我们认为至关重要,无论十二指肠瘘有否出现,它的存在不仅保证病人术后营养提供,而且可以将十二指肠引流液经此管输回体内。此举,除了文献^[4]证明胆汁中富含胆囊收缩素、胰高血糖素、胃泌素、胃动素、胃抑素,而且有丰富的不饱和脂肪酸、精氨酸、核黄酸,不仅可以有效地防止可能的细菌易位,还可以防止因大量胃肠液的丢失而引起水电解质失衡。本组均在术后 5~7d 起将十二指肠减压出的液体经空肠营养造瘘管回输体内,既减少输液量,又减轻病人经济负担,我们将胰管的引流液也直接经空肠营养造瘘管输入体内。很明显,经此方式处理,病人食欲大增,体质迅速得到恢复,为保证十二指肠修补后愈合奠定了极其重要的物质基础。本组病例虽不多,但其损伤的形式颇具代表性,且体会深刻:力争在伤后 18h 内手术至关重要,术中原则应根据病人的全身情况和术中病理改变的程度,尽可能采取简单、易行、实用、有效的方法。术后有效地十二指肠减压和消化液的回输、营养的提供是避免肠瘘发生的重要措施。

参考文献

[1]王有德,姜喜远,王磊.十二指肠损伤 32 例临床分析[J].普外临床,1995,10(6):355
[2]宋家现,王克有,刘军.原发性十二指肠损伤的诊断与治疗[J].中华普通外科杂志,2000,15(10):617
[3]刘志民,冯延昌,杨维松,等.十二指肠损伤手术方式的选择及结果评价[J].中国实用外科杂志,2000,20(12):759
[4]冉江华,戈桂云,李立,等.肠内营养联合胆汁回输在重症急性胰腺炎治疗中的应用价值[J].中国实用外科杂志,2002,22(9):535

(收稿日期:2009-02-16)