

照全麻护理常规进行护理:(1)保持呼吸道通畅。让患者去枕平卧,头偏向一侧,术后 6 h 改半卧位,并鼓励患者早期适度活动,以利于减轻术后腹胀等不良反应。(2)吸氧。持续低流量给氧(2 L/min)6 h,维持血氧饱和度 95% 以上;对因气管内插管引起的喉头分泌物增多以及疼痛不适,也应给予正确疏导,雾化。本组患者均在术后 24~48 h 恢复肛门排气,术后引流管通畅。与气腹法相比,悬吊式腹腔镜术后无 CO₂ 造成的膈下疼痛、皮下气肿等并发症,但由于其腹壁受机械悬吊形成的缺陷,容易并发切口疝。故悬吊式腹腔镜下胆囊切除术的患者,术后应采取一系列护理措施,如及时补钾,减轻腹胀,保持大便通畅,预防咳嗽,以避免腹压增加,严防术后切口疝等并发症的发生。悬吊式腹腔镜手术术后不会出现肩背部疼痛。术后咽喉部疼痛与术中插管有关,6 h 后可开始雾化吸入,起到消炎解痉、改善呼吸通气功能的作用^[2]。

3.3 生命体征的监护 术后须严密观察 24 h,包括生命体征及腹部症状和体征。术后监测血压、脉搏、呼吸,每小时 1 次,连续 6 h。如有异常,报告医生查找原因并及时处理,直至各项生命体征平稳。

3.4 腹壁穿刺孔的观察与护理 穿刺孔出血多发生于术后 24 h 内,多为穿刺鞘拔出后压迫作用消失而致的穿刺孔渗血和腹壁下血肿。患者术后回病房,要及时观察穿刺孔敷料有无血液外渗,皮肤有无淤血、肿块等。如有渗血、渗液,及时更换敷料并查找原因。本组有 7 例伤口敷料有较多渗血应给予及时更换敷料并给予沙袋压迫止血后渗血停止。

3.5 并发症的预防与护理 免气腹法由于手术适应证的扩大,术后并发症的预防与护理与气腹法相比要求更加全面细致。对于合并有心功能不良的患者,注意调整液体量、输液速度,监测患者循环状况,适当应用心血管药物治疗原发病,保持循环稳定。对于术前合并呼吸功能不良的患者,施行雾化吸入、祛痰镇咳等,保持呼吸道通畅,必要时予机械辅助呼吸。术后密切观察患者生命体征及腹部体征变化。密切观察患者有无腹痛、黄疸、腹胀发生,密切观察引流液体的量及性质,以早

期发现可能出现的腹腔内出血、胆漏及腹腔感染等并发症,术后注意及时补钾,减轻腹胀,保持大便通畅,预防咳嗽等^[3]。

4 讨 论

健康指导是护理的主要内容,需要与患者沟通的是悬吊式腹腔镜手术最大的优点是操作简便,与气腹法腹腔镜比较,可明显缩短手术时间,减少术中出血,并能避免因 CO₂ 注入引起的各种并发症,如呼吸受限、高碳酸血症、气体栓塞、皮下气肿、刺激性腹膜炎等;减少对循环呼吸系统的影响,增加麻醉安全性;还可减少或避免术后血栓的形成及术后肩背酸痛等的发生。故对部分有心肺功能不良、无法耐受气腹法腹腔镜手术的患者,可采用悬吊式腹腔镜给予手术,增加了手术适应证范围^[4]。因此,该手术创伤小,痛苦少,康复快,并发症发生率显著降低,提高了患者的生存质量。而脐部清洁是预防切口感染的重要环节,因穿刺套管针需在脐孔部位作穿刺点,所以脐孔的污垢要彻底清洁干净并防止皮肤损伤。术后雾化及避免腹压增加的一系列措施可以防止切口疝的发生。总之,术前充分准备,术后严密观察及采取有效的护理措施,是悬吊式腹腔镜下胆囊切除术的重要保证。

参考文献

[1] 伍冀湘. 腹壁悬吊腹腔镜胆囊切除术[J]. 腹腔镜外科杂志, 2009, 14(1): 3-4.

[2] 许守芳. 中药雾化吸入治疗肺癌继发肺炎疗效观察[J]. 护理学杂志, 2004, 19(1): 48-49.

[3] 龚月香, 杨亚萍, 甘雪英. 84 例悬吊式腹腔镜下子宫肌瘤切除术的护理体会[J]. 实用临床医学, 2006, 7(12): 1722.

[4] 李银凤, 刘建华, 井坂惠一. 妇科悬吊式腹腔镜手术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 148-154.

(收稿日期: 2010-04-10)

男性患者留置气囊导尿管拔管困难的原因及护理管理对策

彭 兵(重庆市第一人民医院医保科 400011)

【摘要】 目的 探讨男性患者留置尿管拔管困难的原因及预防的护理管理对策。**方法** 回顾性分析 234 例男性患者气囊尿管留置导尿的临床资料。**结果** 男性患者留置尿管发生拔管困难原因有尿道损伤、尿管牵拉变形、尿管结石、尿管质量及患者因素。**结论** 加强留置尿管护理环节管理可较好地避免或减少留置尿管拔管困难的发生, 减少对患者的损伤, 提高护理质量, 保证患者治疗的顺利进行。

【关键词】 气囊导尿管; 拔管困难; 护理; 男性
DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.16.061

中图分类号: R473.6 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2010)16-1761-02

男性气囊尿管留置导尿是一项常见的临床基本护理操作技术,属侵入性操作。留置气囊导尿管因其操作简便,刺激性小,内固定方便,不易脱落,患者既可自由活动又无胶布外固定的不适等优点,提高了患者生活质量,增加了患者的满意度。但在临床工作中,往往由于护理操作及管理不当而致拔管困

难,增加了患者痛苦,严重影响了患者的治疗与康复。现将本科室 2007~2009 年男性患者使用一次性气囊导尿管出现的拔管困难及护理管理预防对策总结如下。

1 临床资料

本组患者共 234 例,均为男性,年龄 18~93 岁,平均 74.5

岁。留管时间 1~25 d, 平均留置时间 4.4 d。其中前列腺增生症 176 例, 合并急性尿潴留 13 例, 合并高血压、糖尿病、冠心病、脑梗死 19 例; 前列腺肿瘤 12 例; 膀胱肿瘤 8 例; 泌尿系结石术后 28 例; 尿道损伤 8 例; 神经源性膀胱 2 例。

2 结 果

234 例患者发生拔管困难 18 例, 发生率 6.83%, 原因有尿道损伤、尿管不当牵拉、尿中沉淀物和结石、患者因素、尿管因素等。拔管困难以尿道损伤最多见。

3 讨 论

3.1 原因分析

3.1.1 插管时尿道损伤, 尿管与尿道黏膜粘连致拔管困难。操作者不熟悉留置导尿操作技术及男性尿道的生理解剖特点及不了解尿道病变等因素导致操作中反复插管; 动作粗暴; 长期不正确固定导尿管致尿管压迫尿道, 尿道黏膜缺血坏死使尿道损伤、狭窄, 尿管发生粘连, 拔出困难。

3.1.2 尿管因牵拉致尿管变形, 使气囊内的液体抽不出来, 造成拔管困难。泌尿道术后留置导尿牵拉止血患者未及时松解, 或昏迷、躁动、长期卧床患者尿管长期处于不当牵拉中致尿管扭曲变形, 气囊内液体抽出困难。

3.1.3 尿中沉淀物或结石。留置尿管时间久, 膀胱冲洗不彻底, 尿沉积, 其理化性质发生改变形成垢, 如颗粒与结石黏附于气囊周围, 致拔管困难。

3.1.4 患者原因致拔管困难。患者对疼痛敏感或紧张, 致尿道括约肌痉挛, 尿管拔出困难。

3.1.5 尿管质量致拔管困难。现已相对少见。三甲医院由于医疗器材管理的规范, 尿管质量基本有保障, 但气囊导尿管腔极细, 普通导尿管外覆硅胶, 内由橡胶制成, 久用易老化, 致管腔阻塞^[1]; 气囊导尿管的 Y 字型分叉处, 管腔最细又有角度, 在制作时极易形成结节, 管腔内壁不光滑, 最易发生阻塞; 有的气囊导尿管的气囊材料质量太差, 注水后气囊自行封闭, 无法抽空气囊液体, 造成拔管困难。

3.2 预防管理对策 经常性地分析造成拔管困难的可能环节原因, 采取有针对性的管理预防对策, 避免或减少再发生。

3.2.1 注重护理人员的教育培训

3.2.1.1 加强基础和专科知识培训, 规范操作规程。管理者必须加强重点护理人群的教育, 如新上岗人员、低年资护士、实习护生等, 使护理人员熟悉操作规程, 熟悉男性尿道生理解剖特点, 熟悉导尿操作技术, 护生操作中, 老师应在一旁全程指导, 如出现插管困难, 带教老师必须要立即检查, 及时处理出现的问题, 避免尿道损伤。

3.2.1.2 根据病情及患者具体情况, 选择材质较好的尿管, 减少因质量问题导致的拔管困难。特别是老年男性患者, 应选型号较小、专用的弯头尿管并向自尿管内注入润滑止痛胶使黏膜充分润滑, 减少疼痛及疼痛所致的尿道括约肌痉挛, 有助于顺利插管。导尿管内注入注射用水可避免注入生理盐水致结晶沉淀; 常规检查导尿管气囊有无抽吸不良现象; 对一般留置导尿的患者气囊内注入液体量固定, 针对专科疾病病情不同的患者气囊内注入量不同, 在尿管末端用胶布注明囊内液体量使交接班和拔管人员一目了然, 形成制度, 供拔管参考。对由于尿管被牵拉变形或尿管本身质量问题引起的气囊卡在尿道内或

气囊内液体抽不出来引起的拔管困难, 如果气囊进入尿道不多可将尿管严格消毒后轻轻送入再抽吸气囊内的液体, 就可将尿管拔出; 或将尿管下端固定后自尿管分叉处以上剪断, 液体自可流出, 注意不能让尿管回缩到尿道内; 非小膀胱或无尿潴留患者可用 50 mL 注射器往气囊内注入液体至气囊破裂; 必要时可在 B 超引导下, 根据气囊的位置自耻骨联合上或肛门和阴囊间消毒后平行穿刺抽吸出液体, 待水囊消失后轻轻将尿管拔出^[2]。

3.2.1.3 改进留置导尿固定技术, 减少对尿道的压迫。采用弧形下腹部固定, 减少因弦弓效应对后尿道的长期压迫致尿道黏膜缺血坏死及尿道狭窄。注意经常检查尿管及尿袋的位置, 尿管与尿袋之间保持一定的松紧度, 妥善固定尿袋防止用力牵拉气囊导尿管。

3.2.1.4 长期置管的患者, 定期更换导尿管, 并按常规有效冲洗膀胱, 防止结石、尿垢附着尿管。一般硅胶尿管, 2~3 周更换。对长期卧床的患者, 冲洗膀胱时协助变换体位, 以利膀胱充分引流, 避免沉积物黏附在尿管周围, 造成拔管困难。及时调整或松弛气囊量, 调整尿管位置, 减少膀胱残留, 重新向气囊内注入液体固定以减少对膀胱三角及尿路的刺激^[3]而引起尿道痉挛致拔管困难发生。

3.2.1.5 加强留置导尿护理环节管理, 正确拔管。严格无菌, 减少感染; 每日尿管护理时消毒尿管后轻旋转尿管, 以防黏膜、血痂与尿管粘连, 加重尿道黏膜损伤, 引起尿道痉挛致拔管困难。进行膀胱功能训练时须不定位夹管, 避免气囊尿管耐受性下降致管腔堵塞, 拔管困难。拔气囊尿管新方法: 拔管前充盈膀胱, 常规轻旋尿管后连接注射器让气囊内液体自动外流至注射器活塞不动, 不用力抽吸, 嘱患者深呼吸放松顺势轻轻拔出导尿管。原理: 气囊内余少量的液体, 其外壁平整无皱褶, 拔管时与尿道黏膜不会产生强烈摩擦, 从而减少尿道损伤, 减轻患者疼痛。

3.2.2 患者管理

3.2.2.1 进行有效的患者心理及行为干预护理。教育操作者尊重及爱护患者, 耐心细致做好解释工作, 说明操作的目的、意义及配合的方法, 动作轻柔, 关注患者感受, 减轻操作疼痛, 消除患者的紧张焦虑情绪, 增加其依从性, 减少由此引起的拔管困难。

3.2.2.2 规范有效的患者健康管理。拟定规范化的健康教育处方, 让护理人员掌握规范化的健康教育知识, 对患者进行有效的健康教育, 如让患者明白无菌、妥善固定、多饮水的重要性及必要性, 教育患者注意热源使用安全, 减少热源致尿管管腔粘连而阻塞变形致拔管困难, 让患者及家属理解是侵入操作及其易导致的并发症, 减少对留置尿管的依赖, 达到所有患者或家属提高知识水平, 能了解并主动配合留置导尿的护理, 提高留置导尿护理质量, 减少拔管困难等并发症的发生。

综上所述, 男性气囊尿管留置导尿是一项临床常见的基本操作技术, 但在留置过程中易因护理管理环节质量偏差及尿管质量因素等导致拔管困难。作者通过分析拔管困难的原因, 提出男性患者留置气囊尿管首先要加强对重点医护人员的培训管理, 使操作者具备熟练掌握此项技术的能力及对易出现问题的预见和处理能力, 注重对患者的有效健康教育, 才能较好地

避免或减少留置导尿管困难并发症的再发生,提高临床留置导尿管护理质量,减轻患者痛苦,保证患者治疗的顺利进行。

参考文献

[1] 赵婷.气囊导尿管常见并发症的处理及预防[J].中华现代护理学杂志,2006,3(12):1126-1127.

[2] 李华,江丽.留置气囊导尿管拔管困难原因分析及处理[J].中华护理杂志,2000,35(4):60.
[3] 吴斌.非泌尿手术留置导尿管致膀胱痉挛的原因分析及护理对策[J].中国医药指南,2008,14(7):119.

(收稿日期:2010-05-11)

微创经皮肾镜钬激光碎石取石术治疗肾结石的围术期护理

庞友璇,罗 莉,曾家元(重庆市黔江中心医院泌尿外科 409000)

【摘要】 目的 探讨微创经皮肾镜钬激光碎石取石治疗肾结石的护理方法。**方法** 对 112 例微创经皮肾镜钬激光碎石取石术治疗肾结石在术前、术中、术后所采取的护理措施进行分析。**结果** 112 例患者微创经皮肾穿刺均成功,1 次取石 102 例,2 次取石 9 例,3 次取石 1 例,术中、术后无护理相关并发症发生。**结论** 充分的术前准备、健康教育、密切的术中配合、仔细的术后观察和精心的护理是手术成功的必要条件。

【关键词】 经皮肾镜取石术; 钬激光; 肾结石; 护理
DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.16.062

中图分类号:R692.4;R473.6 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)16-1763-02

微创经皮肾穿刺取石术(MPCNL)是近年来开展治疗肾结石及输尿管上段结石的新技术,其碎石器有气压弹道碎石机、钬激光等腔内碎石器,经皮肾具有通道小、对肾创伤小、恢复快、出血少、易被广大患者接受等优点,已成为治疗复杂肾结石的首选方法。2005 年 4 月至 2009 年 11 月本科室采用微创经皮肾镜钬激光碎石取石术治疗肾结石 112 例,现就治疗中的护理特点报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者 112 例,男 60 例,女 52 例,左、右单侧肾结石 75 例,双肾结石 37 例;多发结石 79 例,单发结石 35 例,铸形结石 19 例;同侧肾行第 2 次手术 9 例,行 3 次手术 1 例。
1.2 手术方法 采用持续硬膜外麻醉。麻醉成功后,患者先取截石位,行患侧输尿管逆行插 F6 输尿管导管,双腔气囊导尿管导尿,再取俯卧位,术中采用 B 超或 C 臂 X 线机定位,肾积水明显者不需定位。穿刺点选择在 11 肋间、12 肋下腋后线与肩胛下线间的范围内,行肾穿刺至肾结石所在小盏或肾盏,在斑马导丝引导下以筋膜扩张器扩张穿刺通道并放置剥皮鞘,输尿管镜通过剥皮鞘进入肾内达结石处,调节钬激光功率 12~30 W,置入钬激光光纤将结石击碎后随剥皮鞘冲出或取石钳取处,术毕拔出输尿管导管,常规置入双 J 管内引流及肾造瘘管外引流。

2 结 果

1 次手术清除结石 102 例次,行第 2 次手术清除结石 9 例,行 3 次手术 1 例,手术后均有不同程度的血尿,2 例术后第 2 天大出血,1 例行选择性肾动脉栓塞,2 例通过夹闭肾造瘘管、输血等对症处理后缓解,未发生其他并发症。

3 护 理

3.1 术前护理

3.1.1 术前健康教育及心理护理 针对许多患者对经皮肾镜钬激光碎石缺乏了解,加上经皮肾镜钬激光碎石费用相对较高,因此患者常常有焦虑和恐惧心理,专科护士应积极做好心

理护理。(1)介绍与传统手术对比的优越性,增强其信心,消除患者的不良心理,使其配合手术治疗^[1]。(2)热情接待患者,真诚地与患者沟通,耐心地回答患者提出的各种疑问,消除他们的紧张情绪。(3)详细介绍钬激光的基本原理和手术过程,以及经皮肾镜钬激光碎石手术具有创伤小、定位准确、并发症少、术后恢复快、住院时间短等优于开放手术的优点。(4)让患者与手术成功的患者进行交流,树立患者对经皮肾镜钬激光碎石治疗的信心。

3.1.2 术前准备 (1)常规查血常规、尿常规、凝血全套、肝功能、肾功能、电解质、血糖。(2)尿常规 WBC≥++ 者,则行尿培养。(3)体位训练。由于患者在手术过程中需要较长时间的俯卧位,所以术前要耐心向患者解释,并指导患者术前练习。(4)手术器械的准备。

3.2 术中护理 (1)麻醉成功后,摆放好体位,使患者舒适。(2)调试好各种仪器并连接各种导线。(3)随时注意换灌洗液,寒冷季节要注意适当加温。(4)严密观察患者的生命体征及面色与呼吸情况。(5)注意观察灌洗液及尿液颜色,以观察术中是否有较大的血管损伤。(6)术中经剥皮鞘流出的液体若为鲜红色或出血多则用扩张器插入剥皮鞘内止血。

3.3 术后护理

3.3.1 一般护理 (1)密切观察生命体征的变化,术后每 30 分钟测血压、脉搏、呼吸 1 次,4 次正常后则每小时 1 次,连续观察 24 h。(2)饮食和体位:肠功能恢复后,进食纤维素丰富的、易消化的食物,保持大便通畅,卧床休息 24 h 后可以下床活动,无出血者 6 h 后即可下床活动,如造瘘管引流出液体由淡红转鲜红则继续卧床休息或夹闭肾造瘘管 2 h,无出血再开放肾造瘘管。

3.3.2 导尿管的护理 (1)选用双腔气囊导尿管,可防止导尿管脱出,引流管每日更换,观察引流袋内尿液的颜色和量,放出引流袋内尿液时用过滤网,以观察碎石排出情况。(2)保持尿道口清洁,每日用 2% 碘伏擦洗尿道口,尿道口周围不应有血