

水棉签擦洗鼻腔,保证呼吸道通畅。

**3.4 皮肤护理** 嘱患儿穿宽松柔软棉质内衣,忌用化纤紧身类衣物,修剪患儿指甲,以免抓伤皮肤。密切观察患儿贴药处皮肤是否有发红、皮疹、水泡等现象。皮肤发红与皮疹是正常现象,停药后自行消失,对出现水泡者是因为用了灰色的加强贴的缘故,所以本科室都不建议用加强贴,抱宝宝时要防止贴剂移位。

**3.5 穴位护理** 每日做完雾化吸入治疗后,护理人员用温水为患儿擦洗躯干,并用柔软的干毛巾擦干皮肤,用拇指或中指螺旋纹面紧按在前胸膻中穴、后背肺俞穴及定喘穴揉、推各 200 次,至皮肤发红止。注意患儿的保暖,防止受凉。平喘止咳贴首次三穴同时贴敷 24 h,次日膻中穴贴敷 24 h,第 3 次于后背肺俞穴及定喘穴贴敷 24 h。因患儿不会自主咳嗽,贴药前给予空心掌拍背,利于痰液的排出。

**3.6 健康教育** 指导家长密切观察患儿的皮肤情况,是否有皮肤瘙痒、皮疹及贴剂移位等现象,在贴剂使用过程中,保持皮肤干燥很重要。防止患儿出汗而皮肤潮湿,应将贴剂周围皮肤用干毛巾擦干,保证贴剂在正常穴位发挥疗效。

平喘止咳贴为新型苗药巴布剂,主要成分为吉祥草、白芥子、紫苏子、矮地草等中药提取物,由远红外纳米材料、生物胶、基质和载体材料组成,改善局部血液循环和微循环,增强局部新陈代谢,通过远红外波使组织细胞活跃和局部皮肤温度升高,达到促进炎症反应消散、散寒解表等作用。超声雾化是应用超声波的声能将药物溶液表面张力和惯性分解成细微的雾滴,随着患儿深而慢的吸气进入气管、终末支气管及肺泡内,从而湿化气道,降低痰液黏性,以稀化痰液,因此有利于痰液排出<sup>[3]</sup>。雾化吸入结束后,如果能配合体位引流,及时拍出痰液,疏通气道,将有利于提高疗效<sup>[4]</sup>。肺俞穴为膀胱经穴,为肺之背俞穴,是肺卫经气输注之处;膻中穴为心包经募穴,又是足太阳、足少阳、手太阳、手太阴经的交会穴,称为气之会穴;定喘穴为经外奇穴,位于颈背部夹督脉伴足太阳经而行,具有化痰、宣

肺、平喘的功效,为止咳平喘特定穴,也是临床用以治疗呼吸道疾病的特定穴<sup>[5]</sup>。通过对此三穴的揉推可疏通经络、调理气血。吉祥草又名观音草,为百合科植物吉祥草的全草,是我国西南苗族地区常用的传统草药之一,具有止咳化痰抗炎作用<sup>[6]</sup>。白芥子是十字花科芥属植物白芥的种子,具有抑菌、刺激、抗辐射、抗氧化作用,用于对慢性气管炎主要症状和体征的消减都有一定的作用,以平喘作用较好。经肺俞、定喘、膻中贴敷给药,肺俞是补益肺气之穴,定喘为止咳喘特效穴,故能通气,膻中可激发经气<sup>[7]</sup>。中西相结合的护理方式加速痰液分解吸收,且疗效显著。

由于贴剂外用方便无痛苦,不通过胃肠道,避免了肝肾的代谢,最大限度地避免了全身不良反应。

**参考文献**

[1] 胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:1185-1204.

[2] 陈佑邦.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:76.

[3] 甘兰君.护理学基础[M].北京:人民卫生出版社,1985:165.

[4] 董佩芳,沈林美.雾化吸入提高支气管扩张症患者体位引流疗效的护理观察[J].中华护理杂志,2004,7(39):492-493.

[5] 何兴伟.中药穴位贴敷疗法探析[J].江西中医药,1999,30(6):36.

[6] 夏亚兰,王民开.吉祥草的化学成分及药理作用[J].黔南民族医学学报,2010,23(3):232-234.

[7] 邓春梅.头面部穴位按摩配合拔火罐治疗黄褐斑的护理体会[J].右江民族医学院学报,2008,30(4):712.

(收稿日期:2012-06-15)

# 后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术 34 例护理体会

李传会,吴永珍(重庆市綦江区人民医院泌尿外科 401420)

**【摘要】 目的** 探讨后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术患者的护理措施。**方法** 对 34 例单纯肾囊肿患者行腹腔镜肾囊肿去顶减压术,加强术前心理护理,做好术前准备、术后生命体征的观察、饮食及活动、切口及引流管的护理,以及并发症的观察与护理。**结果** 34 例肾囊肿手术顺利,术后并发症 2 例,术后恢复良好,均治愈。**结论** 加强对肾囊肿行后腹腔镜下去顶减压术患者的术前、术后护理,是手术成功患者顺利康复的重要保证。

**【关键词】** 腹腔镜; 肾囊肿; 去顶减压术; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)22-2896-02

肾囊肿是一种泌尿科的常见病,后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术,不仅取得与传统开放手术相同的效果,而且具有切口小、损伤小、恢复快、并发症少等优点,安全有效,其术后护理也明显优于开放手术,已经成为肾囊肿的主要治疗方法<sup>[1]</sup>。2010 年 1 月至 2011 年 12 月,本科室实施经后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术 34 例,效果满意,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组 34 例,男 18 例,女 16 例,年龄 32~80 岁,平均 62 岁。囊肿于左侧 23 例,右侧 11 例。肾上极 19 例,肾中上级 6 例,肾下级 8 例,囊肿位于肾脏内侧缘 1 例。体检

发现有 5 例,并发高血压 4 例,肾功能不全 1 例。囊肿直径 4.5~11.0 cm,平均 6.9 cm,全部患者术前均行 B 超、静脉肾盂造影、计算机断层扫描检查,确诊为肾囊肿。

**1.2 手术方法** 34 例均在全身麻醉下取健侧卧位,经后腹腔镜入路途径,3 个穿刺点分别是:腋中线平肋缘下处为一穿刺点,置入直径 10 mm 的腹腔镜穿刺套针;平第一穿刺点腋前线为一穿刺点,置入直径 5 mm 的腹腔镜穿刺套针;腋中线与髂前上脊连线中点为一穿刺点,打入直径 10 mm 的腹腔镜穿刺套针,冲二氧化碳(CO<sub>2</sub>)气体,压力为 12~15 mm Hg 建立气腹。放入腹腔镜、分离钳及剪刀、吸引器,结合术前影像学资料探查

囊肿,使之充分暴露,距肾实质 5 mm 切除囊壁。创腔放入引流管、创口贴敷贴,手术完毕。切除的囊肿壁送病理检查。

## 2 结果

本组 34 例患者均顺利完成手术,手术时间 60~120 min,平均 100 min;失血 10~80 mL,平均 45 mL;术后 8 h 后进流质饮食;1~2 d 后下床活动;2 d 后拔出引流管;住院天数 8~17 d,平均 11 d;术后并发皮下气肿 1 例,肩部酸痛 1 例,均痊愈出院。

## 3 讨论

### 3.1 术前护理

**3.1.1 心理护理** 后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术是本科室新开展的新技术,许多患者在术前对手术缺乏了解,对手术是否成功治愈、术后并发症及家庭经济条件等存在恐惧、焦虑的心理。因此护士应耐心向患者解释该手术的优点,介绍手术的过程、方法及术后注意事项,列举本科室肾囊肿患者采用同种手术方式成功的例子,争取家属的配合,取得患者的信任,使患者以最好的心态接受治疗。

**3.1.2 术前宣教及术前准备** 向患者及家属介绍病区环境、术前准备、术后可能发生的并发症及注意事项。常规检查三大常规、心肺功能、血生化,术前 1 d 常规备皮、备血、术前 1 d 禁食产气的食物,如牛奶、豆制品、术前 22:00 禁食、禁水。对于高血压患者可服降压药物,并观察血压的变化,糖尿病患者血糖控制在正常范围内。后腹腔镜在气管插管全身麻醉下进行,术前应积极治疗呼吸道感染,避免受凉,戒烟,指导患者有效咳嗽和深呼吸的方法,以缓解术后喉部不适。

### 3.2 术后护理

**3.2.1 生命体征监测** 术后返回病房后,去枕平卧头偏向一侧,暂禁食、禁水,保持呼吸道通畅,防止呕吐物引起误吸,立即行心电监测和血氧饱和度监测,严密观察患者神志、血压、心率、呼吸、血氧饱和度,并给予低流量吸氧,2 L/min,以提高氧分压,促进 CO<sub>2</sub> 的排除。

**3.2.2 引流管及尿管的护理** 保持引流管通畅,预防感染是手术成功的关键<sup>[2]</sup>。(1)保持引流管及尿管的通畅,勿折叠、扭曲、脱落、妥善固定,观察引流液的颜色、性状、量的变化,并利用巡视病房和加取液体时,及时挤压引流管,如引流液过多或呈鲜红色,每小时大于 100 mL,或者 24 h 引流液大于 300 mL,应及时报告医生,做相应处理。2~3 d 24 h 引流液小于 10 mL 可拔管<sup>[2]</sup>。(2)指导患者下床活动时勿抬高引流管,避免牵拉。(3)用 0.5% 碘伏擦洗尿道口 2 次/天,每周更换引流袋 2 次,指导患者多饮水,每天 1 500~2 000 mL,保持大便通畅。

**3.2.3 饮食护理及早期下床活动** 后腹腔镜手术未完全破坏肾周支持组织,术后 24 h 可下床活动,促进肠蠕动,减少肺部感染和便秘等并发症发生,还可预防下肢静脉血栓形成。麻醉清醒 8 h 后,无恶心呕吐者,可指导患者进食,开始以全流质逐步过渡到半流质、软食、普食,饮食宜高蛋白、高热量、高维生素易消化的食物,避免豆类、奶类及含糖高的食物,并密切观察患者进食后有无恶心呕吐、腹胀等不适。

**3.2.4 切口护理** 后腹腔镜术后应观察切口渗出情况及有无红肿,保持切口敷料清洁干燥,有渗出液时要及时换药,并加强抗感染治疗。若切口疼痛难忍,可给予止痛剂或者术后 PCA 自控镇痛泵镇痛。

**3.2.5 术后并发症的观察与护理** (1)出血:出血是术后最严重的并发症,表现为腹腔内出血或穿刺孔出血。腹腔内出血主要是由于残端出血,或者是穿刺损伤血管所致;穿刺孔出血多为穿刺鞘拔出后压迫作用消失而创口贴牵拉不牢所致<sup>[3]</sup>。术后应严密观察生命体征,注意敷料及引流液的颜色,若患者血压下降,引流量增多,且为鲜红色,应考虑有内出血的可能,应立即通知医生,采取有效措施。(2)高碳酸血症及酸中毒:术中由于 CO<sub>2</sub> 气腹后,大量的 CO<sub>2</sub> 气体可在组织间隙中弥散,并大量吸收入血液导致高碳酸血症和酸中毒,因此术后严密观察患者呼吸情况,若出现呼吸变慢,甲床发绀,心率不齐,氧分压降低,CO<sub>2</sub> 分压增高,pH<7.35 应及时报告医生处理。术后常规给予低流量吸氧,2 L/min,提高氧分压,促进 CO<sub>2</sub> 排出,避免高浓度吸氧,因高浓度吸氧可抑制呼吸中枢,导致或加重高碳酸血症。(3)皮下气肿及肩部酸痛:皮下气肿是由 CO<sub>2</sub> 气体逸入皮下引起,患者出现伤口附近胀痛,咳嗽时尤为明显,手术切口局部有捻发感伴压痛。肩部酸痛是有由于 CO<sub>2</sub> 刺激膈肌导致双侧膈神经反射所引起,术后应观察患者呼吸是否正常,有无咳嗽、胸痛、肩部酸痛。本组 1 列患者术后出现轻度皮下气肿,未给特殊处理,向患者做好解释工作,消除紧张心理,于术后第 4 天自行缓解。另一例患者出现肩部酸痛,给予肩部按摩,遵医嘱给予消炎镇痛药,48 h 后逐渐消失。(4)腹胀、恶心、呕吐:主要由于术中充气以及手术刺激、麻醉致肠蠕动减弱所致,这是腹腔镜术后最常见的并发症,一般无需处理,呕吐严重者,可肌肉注射甲氧普胺,适当延长进水、进食的时间,腹胀明显者可遵医嘱肌肉注射新斯的明。

**3.2.6 呼吸道护理** 患者因全身麻醉时插管过程中可能损伤呼吸道黏膜,分泌物增加术后患者害怕伤口痛,所以术后麻醉清醒后鼓励患者早期下床活动,有效咳嗽,进行深呼吸,保持呼吸道通畅,以避免肺部感染。

单纯性的肾囊肿是泌尿外科一种常见病,当囊肿大于或等于 5 cm 时可产生压迫症状,或并发出血、感染、结石、血尿、高血压、肿瘤等需要手术治疗<sup>[4]</sup>。目前,腹腔镜下肾囊肿去顶减压术已成为治疗肾囊肿的首选方法,其具有安全、创伤小、疗效确切、并发症少、恢复快等优点。随着微创技术在基层医院的普及,腹腔镜技术在泌尿外科的广泛运用,许多患者并不了解,认为不如开放手术彻底因此加强术前心理护理,积极做好术前准备、术后严密观察生命体征、术后引流管的护理、并发症的观察与护理、饮食与活动等有效合理的护理措施,防止并发症的发生,是保证手术成功的关键。

## 参考文献

- [1] 蔡文锦, 颜美, 戴丽萍, 等. 后腹腔镜肾囊肿去顶减压术围手术期的护理[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(7): 51-53.
- [2] 叶锦, 靳风烁, 李默生, 等. 微创泌尿外科护理分册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 42-44.
- [3] 赵梨. 腹腔镜肾囊肿去顶减压术 50 例围手术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2008, 14(10): 53-54.
- [4] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 1718.