

双侧经皮肾镜碎石取石术围术期护理与并发症的预防措施探讨*

李 艳, 李龙坤, 龚桂芝[△]

(第三军医大学新桥医院泌尿外一科, 重庆 400037)

摘要:目的 探讨双侧经皮肾镜碎石取石术(PCNL)围术期的护理和并发症的预防措施。方法 观察组:2013 年 10 月至 2014 年 5 月以一体化的围术期护理模式护理的 31 例双侧 PCNL 患者;对照组:2014 年 6 月至 2015 年 8 月以常规护理模式护理的 26 例双侧 PCNL 患者。一体化围术期护理模式在传统护理的基础上总结经验,增加了术前口服聚乙二醇外加清洁灌肠、积极的心理教育、常规护理宣讲、教会患者床上大便;术后给予患者常规腿部按摩、睡垫、尿管尿道口清洗等一系列措施。统计比较两组患者临床资料、并发症的发生情况。**结果** 相比于对照组,观察组患者的一体化围术期护理模式可以有效地降低患者精神紧张程度,并取得较好的护理配合;且术后根据该手术的特点及并发症进行有针对性的护理可以降低患者术后并发症的发生率。**结论** 对双侧 PCNL 患者进行一体化围术期护理能够提高护理效果,降低患者术后并发症的发生率,对促进患者的康复非常重要。

关键词:泌尿系结石; 双侧经皮肾镜碎石取石手术; 围术期; 并发症护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.15.032 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)15-2156-02

通过经皮肾镜碎石取石术(PCNL)治疗复杂性肾结石,是近年发展起来的新技术,具有微创、经济、恢复快等优点^[1]。伴随新技术和新术式的进步,对应特异性、系统化的护理策略也需要不断总结经验 and 改良完善,方能提高医疗质量。本研究回顾分析不同护理模式对行双侧 PCNL 的患者护理和并发症相关预防措施效果,探索更佳的护理模式及预防并发症措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料 观察组:2013 年 10 月至 2014 年 5 月行一体化围术期护理模式的 31 例双侧 PCNL 患者。对照组:2014 年 6 月至 2015 年 8 月以传统模式进行护理的 26 例双侧 PCNL 患者。观察组 31 例患者,年龄 27~63 岁,平均(46.5±11.2)岁;男 18 例,女 13 例;高血压史 11 例,糖尿病史 14 例;平均病程(7.8±2.4)年,平均结石直径(29.1±4.8)mm。对照组 26 例患者,年龄 25~58 岁,平均(45.8±9.6)岁;男 15 例,女 11 例;高血压史 9 例,糖尿病史 12 例;平均病程(6.3±2.7)年,平均结石直径(25.7±7.3)mm。两组纳入患者的各项基本资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的一般资料比较

项目	观察组(n=31)	对照组(n=26)	P
平均年龄(岁)	46.5±11.2	45.8±9.6	0.23
男性患者(n)	18	15	0.72
高血压史(n)	11	9	0.43
糖尿病史(n)	14	12	0.16
病程(年)	7.8±2.4	6.3±2.7	0.25
结石直径(mm)	29.1±4.8	25.7±7.3	0.59

1.2 方法 观察组患者采用一体化围术期护理模式护理,而对照组采用传统护理模式护理。本研究中的一体化围术期护理模式,是在传统护理的基础上总结经验增加了以下术前、术后措施:(1)术前口服聚乙二醇外加清洁灌肠、积极的心理教育、常规护理宣讲、教会患者床上大便;(2)术后给予患者常规

腿部按摩、睡垫、尿管尿道口清洗等一系列措施。提取两组患者一般临床资料、各类并发症、护理情况、护理效果等相关数据以做进一步统计分析。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据的分析处理。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,以 t 检验进行组间比较分析,计数资料用百分率(%)表示,以 χ^2 检验进行组间分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生情况比较 研究结果显示,纳入的 57 例患者行双侧 PCNL 术后并发症的发生情况如下:观察组 31 例患者中,出现发热 6 例(19.4%),术后血压、心率波动大(本研究中定义术后血压、心率波动大为超出术前平均值的 20%)11 例(35.5%),肾脏延迟性出血 0 例,下肢血栓形成 0 例,压疮 0 例,尿道口感染 0 例,留置肾造瘘管并发症 6 例(19.4%),总并发症(总并发症不包含单纯术后发热和血压心率波动大的患者数,部分患者同时并发几个症状)6 例(19.4%);对照组 26 例患者中,出现发热 11 例(42.3%),术后血压、心率波动大 14 例(53.8%),肾脏延迟性出血 1 例(3.8%),下肢血栓形成 1 例(3.8%),压疮 2 例(7.7%),尿道口感染 2 例(7.7%),留置肾造瘘管并发症 6 例(23.1%),总并发症 12 例(46.2%)。两组患者并发症发生率比较,只有发热,术后血压、心率波动大和总并发症发生率差异有统计学意义($P<0.05$),余差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 患者家属满意程度情况统计分析[n(%)]

组别	非常满意	一般	不满意
观察组(n=31)	28(90.3)	2(6.4)	1(3.2)
对照组(n=26)	17(65.4)	6(23.1)	3(11.5)
P	<0.01	<0.05	<0.05

2.2 患者家属满意程度情况 通过匿名问卷的形式对家属的

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(81170705)。

[△] 通讯作者, E-mail: dsjyyxj@163.com。

满意度进行调查,评估标准分为非常满意、一般和不满意3个程度。并对问卷结果进行统计学分析。见表2。

3 讨 论

相对于开放手术,双侧 PCNL 更加微创、安全,但是由于肾脏特殊的解剖特点,并且人为建立经皮肾通道、操作空间有限,使得并发症的发生率并不低^[1-2]。全面、系统、科学的护理对提高手术成功率,降低并发症发生率有重要的临床意义。回顾分析本院近4年关于该手术的临床资料,分析得出一体化双侧 PCNL 围术期护理模式,通过分析数据提示,此系列护理模式对降低术后总并发症有良好的临床价值。

该研究在术前护理时注意心理护理、手术体位训练、术前教会患者床上大小便、术前清肠,在术后护理时注意绝对卧床,加睡垫预防压疮、注意饮食、腿部按摩、留置管的护理和拔除护理。如取管前向患者详细介绍双侧 PCNL 手术的原理、步骤,及与同类治疗措施相比较的优劣,解释支架的安置、可能的不适感和如何取出等事宜。增加患者的理解度和心理接受程度,缓解其对未知的恐惧和不安,缓解患者的压力,有效地降低患者由于精神紧张引起的应激反应,较好地降低患者术后血压、心率大范围波动,且在术后可以得到患者较好的配合护理工作。术中患者取截石位和俯卧位两种体位,嘱患者平常开始训练,尤其是俯卧位。练习循序渐进,先从0.5 h开始,中途休息,慢慢练习到可以在俯卧位保持3 h较好。术前教会患者床上大便,能够有效地防治患者术后动作不规范引起的腰部活动过度,预防进一步引起肾脏延迟性出血^[3]。在术前给予患者口服聚乙二醇外加清洁灌肠,能够有效地排空肠道,降低患者在术后出现腹胀、腹痛或大便干燥无法排出等问题^[4]。此环节可以教患者在床上大小便同时进行。术后密切观察患者生命体征,警惕胸腹部并发症的发生。观察肾造瘘管和留置尿管引流液的颜色、量、气味。若引流液呈血性且不断增多,引起造瘘管不畅且无法清洗,可在通知并等待主管医师做相应处理时,先行夹闭肾造瘘管5 min,借肾内高压帮助止血^[3]。绝对卧床3 d,3 d后观察无明显出血方可开始轻慢床旁活动。加睡垫,勤翻身,预防压疮。嘱咐患者多喝水,保证人体每日需要量和足量的尿液以冲洗尿道。也鼓励患者夜间多喝水,以保持夜间尿液稀释,减少晶体的形成。术后常规给予患者腿部按摩,能够帮助降低患者下肢血栓形成的风险。保证肾造瘘管及导尿管固定稳妥。嘱患者在翻身、下床动作时,固定造瘘管,留出一段活动空间,预防管道牵扯脱出,注意预防引流袋内液逆流感染。每日清洁会阴部、更换集尿袋,早晚清洁尿道口,预防尿道

口感染^[5]。肾造瘘管常规留置7~10 d,拔尿管前,教授患者训练膀胱收缩功能^[6-7]。

通过干预护理后,患者术后血压、心率大范围波动较对照组小,术后能更好地配合护理工作。排空肠道困难者较少,患者术后腹胀,腹痛或大便干燥无法解除等情况较少。同时,经干预护理后,纳入研究行双侧 PCNL 患者并发症的发生率明显低于对照组,恢复较快。故在围术期进行有效的护理干预,对手术后患者心理状态的调整和并发症发生率的降低有极其重要的临床意义。

通过传统护理的基础上予患者术前口服聚乙二醇外加清洁灌肠、积极的心理教育、常规护理宣讲、教会患者床上大便,术后给予患者常规腿部按摩、睡垫、尿管尿道口清洗等一系列措施组成的一体化围术期护理模式,能有效地提高双侧 PCNL 患者围术期护理效果,降低患者术后并发症的发生率,对促进患者的康复非常重要。

参考文献

- [1] De SB, Autorino R, Kim FJ, et al. Percutaneous nephrolithotomy versus retrograde intrarenal surgery: a systematic review and meta-analysis[J]. Eur Urol, 2015, 67(1): 125-137.
- [2] Aydogdu O, Karakose A, Celik O, et al. Recent management of urinary stone disease in a pediatric population [J]. World J Clin Pediatr, 2014, 3(1): 1-5.
- [3] 赵燕, 许兵, 唐正利, 等. 微创经皮肾镜钬激光碎石术的手术护理[J]. 现代护理, 2005, 11(21): 1811-1812.
- [4] 王晓玲, 朱彩珍. 微创经皮肾输尿管镜取石术的配合体会[J]. 腹腔镜外科杂志, 2009, 14(4): 309.
- [5] 陈善勤, 王学华, 万旭辉, 等. 经皮肾镜取石加气弹道碎石治疗肾铸型结石8例[J]. 临床泌尿外科杂志, 2002, 17(11): 636-637.
- [6] 李建兴, 田溪泉, 张军晖, 等. 经皮肾镜下气压弹道碎石联合超声碎石术治疗复杂性肾结石疗效观察[J]. 临床泌尿外科杂志, 2004, 19(9): 534-535.
- [7] 石磊, 高振利, 姜仁慧, 等. 经皮肾镜气压弹道联合超声碎石治疗复杂性肾结石[J]. 中国微创外科杂志, 2005, 5(10): 843-844.

(收稿日期:2016-02-16 修回日期:2016-04-26)

总体与样本

根据研究目的确定的同质研究对象的全体(集合)称为总体,包括有限总体和无限总体。从总体中随机抽取的部分观察单位称为样本,样本包含的观察单位数量称为样本含量或样本大小。如为了解某地区10~15岁儿童血钙水平,随机选取该地区3 000名10~15岁儿童并进行血钙检测,则总体为该地区所有10~15岁儿童的血钙检测值,样本为所选取3 000名儿童的血钙检测值,样本含量为3 000例。类似的研究需满足随机抽样原则,即需要采用随机的抽样方法,保证总体中每个个体被选取的机会相同。