

至差错。

尽管实施临床护理路径的时间还不长,其模式还有待于长期的观察和检验,但临床护理路径的制订和执行是一个计划、执行、检查、修正的循环过程。白内障光明工程已经拉开序幕,如何进行大规模、低成本、高质量的白内障手术,使更多生活贫困的患者提高视力、防盲治盲,生活能够自理,生活质量得以提高,是今后工作的重点。在筛查患者、手术、术后随访的过程中,将不断健全和改善整个流程,以利于这项工作的深入开展。

参考文献

[1] 黄海华,黄恩娥.临床护理路径在糖尿病性白内障患者围手术期中的应用[J].护理实践与研究,2010,7(3):63-64.

[2] 柏亚妹.人性化临床护理路径在住院患者中的应用[J].中华临床医药与护理,2005,8(1):3-4.

[3] 吴贤慧,陈艳,周玲,等.临床护理路径在老年性白内障行

超声乳化手术患者中的应用[J].临床护理杂志,2007,6(4):18-20.

[4] 戴红霞,成翼娟.临床路径科学、高效的医疗护理管理新模式[J].中华护理杂志,2003,38(3):208-211.

[5] 冯蕾,王艳梅,蔺波.临床护理路径国内研究进展[J].国际护理学杂志,2007,26(9):902-905.

[6] 曾广萍.临床护理路径在白内障复明工程中的应用[J].广西医学,2008,30(12):1968-1969.

[7] 马静,陈燕春.临床护理路径在白内障复明手术中的效果研究[J].现代预防医学,2010,37(13):2459-2460.

[8] 雪丽霜.日本对临床护理路径管理的研究[J].国外医学护理学分册,2001,20(12):547-549.

(收稿日期:2012-02-15)

输尿管支架置入术治疗妊娠合并输尿管结石的护理体会

庞友璇(重庆市黔江中心医院泌尿肾内科 409000)

【摘要】 目的 总结输尿管支架置入术治疗妊娠合并输尿管结石护理经验,探讨有效的护理措施。**方法** 对 21 例妊娠合并输尿管结石行输尿管支架置入术患者制定周密的术前、后护理计划并有效实施。**结果** 本组患者均疼痛缓解出院,未发生并发症,B 超复查肾积水减轻。**结论** 制定周密的术前、后护理计划及有效实施,可有效地避免并发症的发生,是促进患者早日康复,保证母婴安全的关键。

【关键词】 输尿管支架置入术; 输尿管结石; 妊娠

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.15.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)15-1952-02

妊娠合并输尿管结石在临床急诊中比较常见,在护理工作中较为棘手。由于妊娠期孕激素影响,泌尿系统平滑肌张力降低,肾盂及输尿管轻度扩张,输尿管增粗及蠕动减弱,尿流缓慢,且右旋增大的妊娠子宫压迫右侧输尿管,结石易嵌顿,造成肾绞痛,传统的治疗方法排石、镇痛、解痉易导致早产或流产^[1]。本院 2007 年 8 月至 2011 年 12 月对 21 例妊娠合并输尿管结石导致肾绞痛患者行膀胱镜下输尿管支架置入术,对缓解患者疼痛,减轻肾积水起到很好的作用,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 21 例,均因不同程度腰部酸痛症状就诊,年龄 20~38 岁,平均 29 岁,孕期 10~39 周,平均 24.5 周,早期妊娠 5 例,中期妊娠 13 例,晚期妊娠 3 例,B 超发现单侧结石 17 例,双侧结石 4 例,中段结石 18 例,下段结石 13 例,都伴有轻重不同的肾积水,其中合并血尿 3 例,肾结石 4 例。结石大小在 0.3~0.9 mm 不等。

1.2 手术方法 患者取截石卧位,丁卡因胶浆行尿道局部浸润麻醉,5 min 后置入 F21 膀胱镜鞘,取 30°膀胱镜观察输尿管开口,确定患侧后在斑马导丝引导下置入 F5 号输尿管支架管,留置尿管 1~2 d。早期妊娠留置输尿管支架管 2~3 个月复查,如结石未排出,更换输尿管支架管至分娩后复查,采取进一步治疗,必要时行输尿管镜下钬激光碎石取石术。

2 结果

本组 21 例患者疼痛均缓解,无并发症发生,复查泌尿系 B 超提示肾积水减轻。

3 讨论

3.1 术前评估 详细了解病情,密切观察患者生命体征及身

体状况,有无阴道流血及下腹阵痛等先兆流产征兆,了解产次情况,有无习惯性流产,正确评估患者疼痛部位、性质、程度、持续时间及伴随症状,明确疼痛原因,对先兆流产及习惯性流产者,及时报告医生,禁作该手术。

3.2 心理护理 妊娠合并泌尿系结石的患者因剧烈疼痛,尤其伴有高热、恶心、呕吐以及排尿异常的患者,既担心结石反复发作对自身的不良影响,又担心疾病和治疗措施对胎儿造成不利影响,再加上患者及家属缺乏相关疾病的知识,从而产生紧张、焦虑、恐惧、无助感等不良情绪反应,因此对此类患者的心理护理尤为重要。针对上述心理问题,可采取以下护理措施:(1)向患者和家属讲解有关妊娠合并结石的相关知识,使患者明白妊娠合并泌尿系结石的原因、治疗方法、目的、有效性及注意事项,取得患者及家属的理解与配合;(2)把以往此类患者治疗的成功经验以及此病的治疗护理措施、对胎儿的安全性告诉患者,为患者及家属提供心理支持,增强其康复的信心;(3)为患者提供人性化护理,嘱咐丈夫及亲人陪伴,让患者保持良好心情,及时满足其日常生活和心理所需;(4)患者可通过听轻音乐、聊天分散注意力,缓解疼痛。

3.3 病情观察 (1)术后前 3 d 每 4 h 监测记录血压、脉搏、呼吸、体温,发现异常及时报告医生,并协助处理。由于梗阻引起肾积水或积脓,患者可出现发热甚至高热,而高热可导致母体血氧含量不足而诱发胎儿缺氧,引起胎儿宫内窘迫^[2]。对发热者积极给予物理降温,并鼓励多饮水,必要时输入冰冻盐水,遵医嘱有效地使用抗生素。(2)观察尿液的颜色及量,如果尿液呈鲜红色,报告医生,遵医嘱给予止血药。如果尿量少、尿色深、脉搏快,大于 100 次/分,应考虑血容量不足,及时补充液体。(3)观察患者腹痛情况,了解患者疼痛有无缓解。

3.4 密切观察胎动与胎心 胎心音监护是保胎的关键,妊娠期由于手术的刺激可引起子宫收缩,从而引起流产、早产,术后应严密监护胎心音与胎动情况,每 1~2 h 听胎心音 1 次,并记录,必要时增加次数,正常胎心 120~160 次/分钟,如听诊胎心异常,应嘱患者取左侧卧位,低流量吸氧。指导患者进行胎动的自我监测。注意阴道有无出血及腹痛情况,仔细辨别是术后留置尿管引起的不适还是宫缩痛,随时与产科联系。

3.5 尿管及输尿管支架管护理 妊娠期妇女因生理原因,会阴分泌物增加,易致感染,行留置导尿和置管后,逆行感染的发生率增高。保持尿管引流通畅,防止扭曲和折叠,告诉患者引流袋应低于耻骨联合水平,每日给予聚维酮碘尿道口擦拭 2 次,严格无菌操作。输尿管支架管可减轻肾积水,缓解肾压力,防止输尿管痉挛及血块、结石引起输尿管梗阻,使小结石下移,有利于结石排出,嘱患者多饮水,及时排尿,保持大便通畅,避免用力咳嗽、扭腰、弯腰、下蹲等。部分患者因用输尿管支架管位置下移,刺激膀胱三角区引起尿路刺激征,可嘱患者调整体位。必要时行解痉止痛等措施。

3.6 饮食指导 嘱患者每日饮水 2 000~3 000 mL,以增加尿量,稀释尿液,可起到内冲洗和减少结石形成的作用^[3]。指导患者调整饮食结构,多食新鲜蔬菜和水果,给予各种营养素齐全的高营养饮食,含钙结石应该少食牛奶等含钙高的食物,草酸盐结石的患者应少食菠菜、马铃薯等食物,磷酸钙结石禁食浓茶、咖啡等饮料,尿酸结石者少食嘌呤丰富的食物^[4]。

3.7 出院指导 (1)嘱患者注意休息,避免重体力劳动,避免感冒引起剧烈咳嗽,保持大便通畅,不做突然起立或下蹲的动作,避免输尿管支架管滑落或移位;(2)多饮水,保持尿量 2 000 mL 以上;(3)置管后可能出现肉眼血尿,主要为输尿管膀胱端摩擦膀胱黏膜所致,指导患者不要憋尿,排尿时放松;(4)按妇产科要求做好产前检查;(5)生产后返院复查拔除双“J”管,如结石未排出,采取进一步治疗,必要时行输尿管镜下钬激光碎石取石术。

对于妊娠合并输尿管结石的患者,输尿管支架管置入术可有效地缓解疼痛,减轻积水,通过制定周密的术前、术后护理措施并有效实施,可避免并发症的发生,保证母婴安全,促进患者早日康复。

参考文献

[1] 王苏荣,徐玫,顾润国. 妊娠合并肾绞痛的处理[J]. 现代妇产科进展,2002,11(6):466-467.
 [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:143.
 [3] 曹伟新,李乐之. 外科护理学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2006:479-484.
 [4] 张双凤. 输尿管镜下气压弹道碎石的护理[J]. 护理学杂志,2003,18(10):765-766.

(收稿日期:2012-02-15)

35 例前列腺增生经尿道汽化电切术的护理体会

刘 学,蒋丽佳,周红利(重庆市潼南县中医院外一科 402660)

【摘要】 目的 探讨前列腺增生经尿道汽化电切术(TUVP)的护理方法。**方法** 分析本院 2011 年 2~8 月 35 例 TUVP 的护理体会和护理经验。**结果** 潼南县中医院 35 例前列腺增生患者手术均获得成功。**结论** 经过 TUVP 围术期的护理工作,可使患者住院时间缩短,出血等并发症减少,且无腹部切口。

【关键词】 前列腺增生; 经尿道汽化电切术; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.15.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)15-1953-02

前列腺增生症又称前列腺肥大,是老年男性泌尿生殖系统的一种常见病,此病常导致老年患者排尿困难、排尿不尽,严重时可发生急性尿潴留,甚至引起肾功能损害等并发症,严重影响患者的生活质量。近年来,新开展的经尿道前列腺汽化电切术(TUVP),是治疗前列腺增生的最新方法,它具有手术时间短、组织损伤小、痛苦少、术后恢复快等优点,此手术已成为泌尿外科的一种常见手术。本院 2011 年 2~8 月共完成 TUVP 35 例,现将这 35 例患者的护理资料报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2011 年 2~8 月共 35 例患者行 TUVP,年龄 62~90 岁,病程 1~3 年,均有不同程度的排尿困难,其中 24 例有急、慢性尿潴留,占总数的 68.5%;18 例有高血压,占总数的 52.9%;8 例有慢性支气管炎,占 2.35%。经肛指检查前列腺大小为 I~IV°,经 B 超测定,前列腺重量约 45~80 g。

1.2 护理方法

1.2.1 术前心理护理 前列腺增生患者大多高龄,病史长,对疾病治疗心切,应耐心向患者解释 TUVP 的操作步骤及必要性,还应热情、主动地与患者进行心理沟通,安慰、鼓励患者,尽可能对提出的疑问给予解答,使患者树立治疗疾病的信心。

1.2.2 术前准备 前列腺增生患者合并多种疾病,遵医嘱协助患者做好:查血、查尿、大便常规、心电图、肝肾功、胸透等术前检查。术前 1 d 向患者讲解术前配血、备血、备皮的目的及术前给药的理由,交代术前禁食 10 h,禁水 4~6 h。

1.3 术后护理

1.3.1 严密观察患者的生命体征 术后给予一级护理,持续心电监护,密切监视血压、脉搏、呼吸、意识状态,每小时测量 1 次平稳后,每 2 h 测量 1 次,保持呼吸道通畅,给予持续低流量氧气吸入,严格卧床休息。

1.3.2 膀胱的护理 保持膀胱冲洗持续通畅,严密观察引流液的颜色及量的变化,冲洗速度可根据尿色而定,色深则快,色浅则慢。冲洗液的温度要适中,过高易加快局部血液循环,使切口渗血量增加,加重出血,过低易引起膀胱痉挛。因此,从减少膀胱痉挛和术后出血的角度来看,30℃膀胱冲洗液应是最佳选择^[1]。若患者自觉腹胀、憋尿感,引流袋口无液体滴出或滴速较冲洗瓶滴速慢,可挤压引流管,促使血块排出,或用 50 注射器抽取生理盐水加压膀胱冲洗,将引流管周围的血块冲碎反复冲洗,吸出残留血块,以保持冲洗通畅。

1.3.3 尿管的护理 患者在翻转身体时很容易造成导尿管滑