

循证护理在经皮肾镜碎石术中的应用

吴永珍,王 英(重庆市綦江区人民医院泌尿外科 401420)

【摘要】 目的 探讨循证护理在经皮肾镜碎石取石术中的应用。**方法** 通过对 31 例经皮肾镜碎石取石术后患者出现及潜在并发症的临床评估,应用循证护理的概念和实施步骤制定措施,进行具体干预指导。**结果** 通过循证护理的干预,患者术后并发症的发生率明显降低。**结论** 循证护理的实施不但促进了护理工作的主动性和护理水平的提高,而且有效地预防经皮肾镜术后并发症的发生。

【关键词】 经皮肾镜碎石取石术; 循证护理; 并发症
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)17-2237-02

循证护理(evidence-based nursing,EBN),又称实证护理或求证护理,是 20 世纪 90 年代受循证医学思想影响而产生的一种先进的护理理念。经皮肾镜取石术是保肾取石技术中的一种,它具有损伤小、恢复快、碎石效果好等优点,但也存在一定的并发症^[1]。2011 年 8 月至 2012 年 2 月本院对 31 例患者应用循证护理,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 31 例,男 19 例,女 12 例。年龄 28~69 岁,平均 43 岁。其中肾结石 8 例,肾盂结石 11 例,输尿管上段结石 12 例。患者主要表现为腰背部酸胀、隐痛,伴患侧的肾区叩击痛,经 B 超、泌尿系 CT、静脉肾盂造影等检查确诊。31 例患者均伴有不同程度的肾积水。

1.2 手术方法 所有患者均采用全身麻醉,患者先取截石位,行患侧输尿管逆行插管置入输尿管导管。输尿管导管接生理盐水持续注入,通过输尿管导管持续灌注生理盐水制造“人工肾积水”便于穿刺及排石。再取俯卧位,在超声引导下用 F18 穿刺针经皮肾穿刺,沿穿刺针置入斑马导丝,在斑马导丝引导下依次以筋膜扩张管扩张通道,接着用金属扩张器逐渐扩张经皮肾通道至 F22,置入 F22 肾镜鞘,肾镜经肾鞘进入集合系统找到结石,并进行钬激光碎石清石,术后拔出输尿管导管,缘斑马导丝置入 F5 双 J 管,留置 F16 肾造瘘管,结束手术。

1.3 循证护理的方法

1.3.1 寻找护理问题 经皮肾镜取石术已经成为治疗该类结石的首选,但也可能会出现下列问题:出血是最常见、最严重的并发症;感染合并休克,术中低体温,眼部受损,损伤周围脏器至尿外渗等。

1.3.2 查找循证支持 查阅检索有关经皮肾镜手术出现并发症的资料,对证据真实性、可靠性及临床应用性做出评价分析。作者从维普数据库、万方数据库、中国科技期刊数据库、中国生物医学文献光盘数据库等检索出相关文献 100 余篇,对资料的真实性、可靠性进行分析,并将所获得的证据和护理专业技能、临床应用及患者的要求相结合,设计制定切实有效的护理方法,针对患者实际情况,采取个体化及人性化的护理。

1.4 循证护理的应用

1.4.1 预防术中低体温的护理措施

1.4.1.1 循证 手术时患者体温低于 36℃为术中低体温,发生率约为 60%以上^[2]。术中低体温的原因:麻醉因素,全身麻醉期间患者的体温调节阈值发生改变,冷反应从 37℃降至 34.5℃,机体的体温调节反应降低或丧失。一方面麻醉药可抑制血管收缩,使热量丧失;还可阻滞运动神经减少肌肉运动和降低肌肉张力,导致麻醉期间热量丢失增加而产热减少。另一方面大量低温液体的持续冲洗,经皮肾镜手术中需要长时间大量生理盐水的冲洗,冲洗液吸收进入血液循环,造成体温下

降;另外持续灌注未加温的液体也会造成体热的大量丢失^[3]。手术室的低温环境及浸湿的手术单也是导致患者低体温的原因之一。

1.4.1.2 护理措施 术前有效的沟通有利于消除患者对手术室的陌生感及焦虑情绪,减轻患者对冷刺激的敏感。提前将手术室的温度保持在 22~25℃,冬天时适当调高至 26~30℃,可以减少因外界温度低而导致热量的丢失;尽量缩短手术时间,减少冲洗液的吸收,这就要术前准备充分,仪器性能良好,术中医生跟护士配合娴熟;输入和灌入加温的液体,将要输入的静脉液体及血液制品加温至 37℃,灌入液体提前用恒温箱或水浴箱加温至 37℃,另外使用脑外科薄膜,粘贴于手术区域,避免冲洗液浸湿手术单等等。

1.4.2 预防术后出血的护理措施

1.4.2.1 循证 出血是经皮肾镜术中术后最常见、最严重的并发症。严重的大出血较少见,但是其发生常常难以预料。对有过肾脏手术史的患者更容易导致出血。凝血功能障碍患者是经皮肾镜术的手术禁忌证。出血的原因常常有以下几个方面:(1)穿刺部位不准确,损伤了肋间血管、肾实质血管或者肾门血管;(2)扩张不当导致肾实质的撕裂;(3)扩张器穿刺太深贯穿了肾脏;(4)合并严重感染^[4-5]。

1.4.2.2 护理措施 (1)严密观察患者生命体征,术后心电监护,手动测血压、呼吸、脉搏、体温每 1 小时 1 次,平稳后再酌情测量。(2)留意观察肾造瘘管内引流液的量、颜色及性状,妥善固定引流管,告知患者翻身前先将肾造瘘管留出一定的长度,避免不经意的牵拉而引起出血。术后短时间内造瘘管出血较多时,可将造瘘管夹闭,观察心率、脉搏、血压若正常,腹部胀痛不明显,约半小时后可将造瘘管开放。(3)追踪患者术后检查血常规、肾功、电解质结果,并告知主管医师。(4)嘱患者术后卧床 2~3 d,待尿液清亮后方可下床活动,多饮水,饮水量在 2 000 mL/d 以上,以减轻血尿;多食富含粗纤维素的蔬菜和新鲜的水果,防止便秘。大便困难时勿用力,宜用缓泻剂帮助排便,以免引起或加重出血。(5)如出血较严重,引流液持续鲜红色,患者诉腰背部持续胀痛不适等,须及时向主管医师报告情况,再行进一步处理。

1.4.3 预防术后感染的护理措施

1.4.3.1 循证 经皮肾镜碎石术有潜在感染的可能,主要表现在寒战、高热,严重者可能发生败血症甚至引起感染性休克。引起感染的原因与逆行输尿管插管、经皮肾扩张建立通道,尤其是合并尿路感染的患者,在碎石的过程中,结石中残留的细菌随着冲洗液吸收而进入血液循环而引起菌血症,导致感染。另外感染与引流欠通畅,术前感染未有效控制,患者自身因素,包括高龄、合并糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、免疫力低下等密切相关^[6]。

1.4.3.2 护理措施 (1)密切观察患者体温变化,对术后体温高于 38℃应每 4 小时监测一次。(2)术后加强观察,注意患者血压、脉搏、呼吸、尿量、颜色和性状及尿液检查结果。(3)鼓励患者多饮水,可起到内冲刷的作用,也有利于感染的控制。(4)做好伤口引流管的护理,定时更换各引流袋,防止逆行感染。(5)导尿管堵塞时予以膀胱冲洗,肾造瘘管堵塞时予以低压冲洗。(6)防止倒流,指导患者引流管的自我护理。(7)术后根据医嘱及时应用抗生素抗感染。

1.4.4 预防眼部损伤的护理措施

1.4.4.1 循证 全麻患者眼睑未闭合,结膜长时间暴露于外界,导致角膜结膜炎。俯卧位放置不当可使眼部受压组织缺血、缺氧,由于视网膜内层对缺氧极为敏感,易造成视网膜细胞缺损。

1.4.4.2 护理措施 双眼结膜囊涂红霉素眼膏保护,并用切口贴覆盖住眼睛。俯卧位时头自然偏向一侧,一侧眼部至海绵头圈内,让眼眶眼球不受压,防止头圈移位。

2 结 果

27 例患者一次碎石成功,4 例经二次碎石。术后并发症出血 2 例,高热、寒战 1 例,球结膜水肿患者 1 例,并发症发生率为 12.9%,经精心护理,及时给予止血、抗炎、对症处理后,患者治愈出院,术后 4 周拔除双 J 管。

3 讨 论

循证护理将护理研究和护理实践有机地结合起来,使护理真正成为一门以研究为基础的专业,证明了护理对健康保健的独特贡献。循证护理以护理研究为依据,根据临床实践,制定指南,改变了临床护士以经验和直觉为主的习惯和行为。护理人员参与循证护理的重要性表现在 3 个方面:(1)鼓励护士参与医疗干预;(2)发现护理问题及解决问题的措施;(3)发展与

使用标准语言来描述问题、干预和结果。

通过将护理问题与循证护理有机地结合,可在医护合作问题上取得较好的效果。通过对 31 例经皮肾镜取石术患者实施循证护理方法,针对经皮肾镜碎石取石术可能发生的问题进行循证干预,不但促进了护理工作的主动性和护理水平的提高,而且有效地预防经皮肾镜术后并发症的发生。通过循证护理,提高了护理人员自身的护理知识、护理管理及护理技术,也体现了护理的艺术性、人文性,提高了患者对护理服务的满意度,促进了患者康复,节约了卫生资源。

参考文献

[1] 何峰,蔡华戈,田生平.微创经皮肾镜取石术治疗上尿路结石 80 例临床观察[J].临床和实验医学杂志,2010,9(13):987-988.
[2] 黄青青.围术期危重患者低体温防治新概念[J].中国实用外科杂志,2003,3(23):191-192.
[3] 杨秀霞,李美清,罗桂元,等.经皮肾镜取石术围术期低体温的观察及护理[J].当代护士:学术版,2008,(2):2-3.
[4] 钟黎.微创经皮肾镜碎石术后并发症的观察及护理[J].微创医学,2009,26(1):91-92.
[5] 张晓春,钱庆一.经皮肾镜取石术的并发症及其处理[J].现代实用医学,2007,19(4):262-263.
[6] 葛成国,靳风烁,江军,等.经皮肾镜/输尿管镜取石术中、术后感染性休克 15 例报告[J].中国微创外科杂志,2011,11(6):551-556.

(收稿日期:2012-05-01)

开展优质护理服务示范病房的工作及效果

刘燕辉(重庆市荣昌县人民医院 402460)

【摘要】 目的 探讨开展优质护理服务示范病房的工作模式与效果。**方法** 培育优质服务理念、调整护理工作模式、落实基础护理、拓展专科护理内涵、强化健康指导。**结果** 通过创建优质护理服务示范病房,患者满意度由实施前的 94.8%提升到 98.7%,患者对健康知识的知晓率由实施前的 84.5%上升到 96.4%,患者呼叫率由实施前的 35%下降到 16%,无纠纷投诉发生。**结论** 开展优质护理服务示范病房可提高医疗质量,确保医疗安全,进一步强化护理人员对优质护理内涵的理解,提升住院患者满意率。

【关键词】 优质护理服务示范病房; 工作方法; 效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)17-2238-02

2010 年 3 月,本院根据《卫生部 2010 年“优质护理服务示范工程”活动方案》《卫生部关于加强医院临床护理工作的通知》等文件的要求,贯彻国家卫生部开展“优质护理服务示范工程”活动的安排与部署,积极开展以“夯实基础护理,提供满意服务”为主题的活动,旨在切实加强临床护理工作,改善护理服务,使护理工作真正“贴近患者、贴近临床、贴近社会”,从而提升患者和社会的满意度^[1]。本院确定 3 个科室为“优质护理服务示范病房”,自 2010 年 3 月以来,本院从培育优质护理服务理念、调整护理工作模式、落实基础护理、强化健康指导、完善绩效考核机制等方面进行了尝试,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院开放床位 669 张,护士 246 名,床护比 1:0.37。开展优质护理服务示范的 3 个病房开放床位 244 张,护士 102 名,床护比 1:0.42。护士年龄 18~44 岁,平均年

龄 26 岁;职称:副主任护师 1 名,主管护士 8 名,护师 26 名,护士 77 名;学历:中专 34 名,大专 56 名,本科 12 名。

1.2 方法

1.2.1 培育优质服务理念。全员动员、统一思想、转变观念、积极参与。具体做法:(1)实施人文关怀。组织护理人员以“患者为中心、理解人、尊重人和以护理质量安全为核心”为主题进行多角度讨论,积极引导使其将“心与心相连,心与心交融”的优质服务理念融入于护理工作的每个环节。(2)换位思考,引导护理人员多从患者的角度去思考问题,使患者的需要最大限度地得到满足。(3)转变服务理念。变被动服务为主动服务,要求各班护理人员耐心观察并主动询问患者感受与需求,切实为患者解决实际困难,真正体现优质服务。

1.2.2 调整护理工作模式,保障基础护理落到实处

1.2.2.1 病区实行“负责制”管理。每名责任护士分管 8~10