

置管技术^[3]。PICC 可大大减少频繁静脉穿刺给患者带来的痛苦,保护外周静脉,减少并发症,并具有不易脱出,液体流速不受患儿体位影响,避免药物外渗,保留时间长,可由护士床旁插管,无须局麻及缝针固定。

3.2 建立安全有效的静脉通路对新生儿的重要性 在新生儿监护病房收治的患儿多为病情危重的新生儿及早产儿,开放静脉是治疗新生儿疾病的一项重要措施。因此入院期间为新生儿建立持续有效安全的静脉通路对保证其顺利治疗与能量供应至关重要。

3.3 并发症的处理及预防

3.3.1 导管堵塞 有研究表明导管堵塞是并发症中发生率最高的可达 21.3%,并且随着时间的延长而增加^[4]。可分为血栓性堵塞和非血栓性堵塞。导管堵管后首先应检查外部因素和患儿的体位。血栓性堵塞通常发生于导管的体内末端,因血液反流形成,此时可采用尿激酶进行溶栓治疗。导管堵塞的预防:首先是正确合理的利用导管。新生儿 PICC 导尿管腔狭窄,直径只有 0.19 mm,易形成血栓,故不宜经导管输血或抽血,其次是尽量应用输液泵 24 h 匀速输注,同时在应用输液泵期间,要加强巡视,防止输液管夹关闭、输液袋走空、输液泵停机 etc 易产生血液倒流的因素。每 6~8 小时用 10 mL 空针抽取生理盐水冲管 1 次。

3.3.2 导管异位也是 PICC 的常见问题 文献报道发生率为 6.7%,主要与穿刺预测长度不准确、血管变异、患者体位不当、经头静脉穿刺等有关^[5]。因此要根据 X 线片来决定导管位置是不是正确,可不可以正常使用。

3.3.3 导管相关感染 这也是中心静脉置管常见的并发症,发生率在 3%~60%^[6]。PICC 导管相关的感染主要有 3 种类型:局部感染、隧道感染和导管相关的血感染。其中,导管相关性血源性感染危害最大,有研究表明引起导管相关感染的微生物最常见的是表皮葡萄球菌,其次是金黄色葡萄球菌,再次是肠球菌。抽血查有感染症状后立即拔管给予抗感染治疗。

3.3.4 静脉炎 这是 PICC 常见的并发症之一,文献^[7]报道发生率为 2.6%~9.7%,置管早期出现的静脉炎通常与穿刺插管时的机械性损伤有关,后期出现的静脉炎与化学刺激及患儿的特殊体质有关。一旦发生静脉炎,应及时给予治疗。可用

33%硫酸镁湿敷,4~6 次/天,每次 10~20 min 及多磺酸粘多糖乳膏外涂,每日 3 次等处理。

3.3.5 皮肤过敏 过敏体质对敷贴或导管过敏。要更换敷料贴种类,选择抗过敏的贴膜,使用皮肤保护剂。

3.3.6 穿刺点渗血 因凝血机制异常;导管自由进出穿刺点频繁;穿刺位置不好;位置压迫不正确而造成。穿刺后 24 h 内有少量出血是正常现象,渗血量不能被敷料所吸收时是不正常的,如果出血不止,应该立即通知医师。置管后 24 h 内减少置管侧手臂的活动,避免手臂弯曲,过度活动;用弹力绷带或绷带加压包扎,施压于穿刺点上方而不是恰好位于穿刺点处;妥善固定导管。

随着 PICC 技术的逐步开展,不断总结经验,加强日常护理及对导管进行精心维护,并发症将会明显减少,PICC 在高危新生儿中的应用将更加广泛。

参考文献

[1] 谭启民, 窦月玲. 新生儿静脉输液外渗引起水泡原因分析与预防[J]. 护士进修杂志, 2000, 16(8): 637-638.
[2] 林真珠, 张小园, 楚阳. 超低出生体重儿经外周导入中心静脉置管的疗效观察和护理[J]. 现代临床护理, 2005, 4(6): 18.
[3] 孙健. 浅谈 PICC 导管在极低出生体重儿治疗中的护理[J]. 基层医学论坛, 2007, 11(10): 913-914.
[4] 郑考辉. 经外周穿刺置入中心静脉导管的并发症防治[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(9): 700-701.
[5] 于健春, 王秀荣, 蒋朱明. X 线辅助经外周至中心静脉置管与传统中心静脉置管的对比研究[J]. 中华放射学杂志, 1999, 33(6): 378-380.
[6] 杜丽萍, 刘广丽, 初玉云, 等. 两种不同途径中心静脉置管的效果比较[J]. 肠外与肠内营养, 2003, 10(3): 163-165.
[7] 王秀荣, 蒋朱明, 马恩陵. 640 例经外周静脉置入中心静脉导管的回顾[J]. 中国临床营养杂志, 2002, 10(2): 133-134.

(收稿日期: 2012-09-06)

微创经皮肾镜取石术的围术期护理

申梅利, 田 维, 韦红群, 夏 敏(重庆市南川区人民医院 408400)

【摘要】 目的 探讨微创经皮肾镜取石术的围术期护理。**方法** 对南川区人民医院 178 例经皮肾镜取石术的围术期护理进行回顾性分析。经必要的心理护理、完善的术前检查及术前准备为手术成功奠定良好的基础, 术后密切观察病情变化, 各管道的妥善护理, 有效的预防感染等一系列护理措施。**结果** 178 例患者, 伤口愈合良好, 平均住院时间 9 d, 痊愈出院。**结论** 术前、术后精心的护理使患者预后取得更佳的临床效果是保证治疗成功关键。

【关键词】 微创经皮肾镜取石术; 泌尿系统结石; 围术前; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.24.064 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)24-3151-02

泌尿系统结石是泌尿外科最常见的疾病, 治疗方法有手术取石、中药排石、体外振波碎石等, 经皮肾镜取石术具有微创、高效、恢复快、痛苦小、并发症少等优点。这种术式正逐步代替传统的治疗方法, 效果较好。现对本科室 178 例微创经皮肾镜取石术患者的护理体会报道如下。

1 临床资料

本组患者 178 例, 其中男 99 例, 女 79 例, 年龄 26~62 岁, 平均 43.1 岁, 其中左侧 101 例, 右侧 77 例。肾结石伴同侧输尿管结石 10 例, 163 例为单侧肾结石, 5 例为双侧肾结石; 3 例

有手术史, 14 例曾行 ESWL 术未获成功, 合并感染性脓肾 8 例, 其中 2 例经皮肾造瘘的同时取石, 6 例均第 1 期经皮肾造瘘, 第 2 期取石, 均有不同程度的肾盂积水; 3 例穿刺失败, 其中终止手术 1 例, 中转开放手术 3 例, 术后结石残留 35 例, 平均住院时间 9 d, 痊愈出院。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 一般护理 对进行患者详细地评估, 根据不同年龄、文化层次进行健康教育, 深入浅出地讲解治疗疾病的相关知识,

做好入院宣教,反复强调术前术后的注意事项。戒烟戒酒,保持良好的睡眠,防止感冒,女性患者避开月经期。

2.1.2 心理护理 护士应向患者做好解释工作,解除患者疑虑、紧张心理,使患者在最佳心理状态下接受手术。对患者进行耐心疏导,讲解手术的优越性,并让其他已做手术患者现身说法,增强其自信心,还应该使患者了解此手术并非无创伤手术,有 1~2 cm 的切口,术后留置肾造瘘管、双 J 管、导尿管,会造成一些不适,解除患者的手术恐惧心理,鼓励其积极配合^[1]。教会患者数数、交谈、深呼吸、听音乐等方法以减轻疼痛,同时指导其家属支持配合治疗,以利于术后恢复。

2.1.3 手术体位的训练 患者在手术过程中分别要采取截石位和俯卧位,患侧抬高 30 cm^[2]。向患者讲解其体位目的同时指导患者练习,由于复杂结石取石时间较长,特别需要循序渐进练习俯卧位,提高适应能力,预防术中不能耐受俯卧位时出现呼吸困难而致手术中止,减轻术后不适^[3]。

2.2 术后护理

2.2.1 术后观察 术后给予吸氧、床旁心电监护,严密监测生命体征的变化,若血压低、脉搏快、呼吸加快,应注意是否有出血引起低血压。避免继发性出血的诱发因素,如咳嗽、便秘、大幅度运动。观察造瘘口渗血、渗液情况,并保持局部干燥,注意渗血性质、色泽、新鲜度,有助判断有无新的出血。注意观察腹部有无腹胀、腹痛等症状,警惕尿漏导致腹膜炎的发生。

2.2.2 术后卧床方式 术后平卧 6 h,病情稳定后予半卧位,1~3 d 卧床制动,交待制动的目的,掌握卧床期间的自我活动及陪护人协助活动、按摩受压部位的方法,协助舒适卧位。

2.2.3 饮食 反复指导饮水排石、防石及饮食防石的重要性及必要性。能进食的患者应鼓励其多喝水,至少每日饮水 2 000~3 000 mL,均匀饮用,增加尿量,使结石易于排出,清洁尿路,预防感染^[4]。同时注意根据送检结石分析结果指导患者,调节饮食,加强营养,多吃蔬菜、水果,忌食辛辣食物^[5]。

2.2.4 管道护理 管道护理包括肾造瘘管、双“J”管、导尿管护理。

2.2.4.1 肾造瘘管 (1)经皮肾镜取石术,出血量一般不多,无需特殊处理,若引流液呈鲜红色,量比较大,可能为肾实质内较大血管损伤出血,护士应镇静,嘱患者静卧,及时报告医生,并立即夹闭肾造瘘管,使血液在肾、输尿管内压力升高,形成压迫性止血状态,以达到止血目的。5~10 min 后再观察血尿有无停止,静脉出血一般可通过此法止血。(2)肾造瘘管需妥善固定,严防脱落,瘘管要用胶布双固定,固定前先将造瘘管留出一定长度,然后再固定,患者下床或活动时必须先将造瘘管拿好,翻身及倾倒尿液时引流袋低于患者卧位水平,以防引起逆行感染。(3)保持造瘘管的通畅十分重要,如果造瘘口周围敷料潮湿,注意有无血块或碎石堵塞造瘘管,立即用手指向远端挤压造瘘管,欠通畅时用 20 mL 空针抽取 0.9% 生理盐水无菌低压冲洗。术后 1~2 d 复查尿路平片了解肾积水及碎石排出情况,若结石取净,无出血、发热,拔管前一天夹闭引流管,无肾区胀痛不适、漏尿、发热,置管 5~7 d 后拔除肾造瘘管。

2.2.4.2 双“J”管的护理 患者自觉有下腹不适及尿频尿急等膀胱刺激征时,立即报告医生。对于轻度尿路刺激等症状,嘱咐患者不要紧张,可通过自行调整体位,观察症状是否减轻或消失。症状明显者给予解痉治疗,必要时可通过膀胱镜调整双“J”管的位置或拔除双“J”管后症状多可自行消失^[6]。术后患者要尽早取半坐卧位,避免剧烈咳嗽等腹压增高的任何因素,预防大便干燥,避免做下蹲、腰部及四肢同时伸展运动,预防双“J”管移位。引流管拔除后指导患者站立或坐位排尿,养

成及时排尿的习惯,不要憋尿,定时排空膀胱,避免尿液返流。

2.2.4.3 留置尿管护理 留置尿管时每日 2 次尿道口护理,严格无菌操作。定时挤压引流管,一般术后 1~2 d 可拔除尿管。

2.2.5 常见并发症的观察及护理 (1)感染:注意体温变化,严格遵医嘱使用抗菌药物;保持肾内低压和留置导尿管及造瘘管的通畅;保持会阴部清洁。(2)出血:遵医嘱使用止血药;卧床休息,严密观察生命体征,注意尿管和造瘘管内液体的颜色,发现引流液颜色鲜红时立即报告医生;嘱患者多饮水,冲洗尿路,减轻血尿或残余结石的刺激。(3)尿漏:多由于造瘘管引流不畅所致,注意观察有无血块、碎石堵塞,询问患者有无腰腹部胀痛等不适^[7]。观察造瘘口周围敷料,防止管道脱落,保持其通畅。

2.2.6 出院指导 (1)出院后多喝水,勤排尿,遵循饮食指导。(2)避免重体力劳动和剧烈运动,以防双“J”管脱落,定时来院复查酌情取出双“J”管。如有尿道口异物感、尿色异常,应及时复诊。(3)嘱咐即使出院仍要坚持定期复查,如出现腰腹部胀痛、绞痛、尿频、尿急、尿痛、血尿、恶心、呕吐、发热等症状应及时就诊^[8]。

3 讨论

微创经皮肾镜取石术具有创伤小、操作简单、高效安全、痛苦小、恢复快、预后好等优点,通过完善、及时有效的围术期护理工作能更好的减少并发症,促进患者早日康复,顺利出院^[9]。本文以 178 例微创经皮肾镜取石术患者为研究对象,对术前、术后护理要点加以总结,以获得有效的护理经验。加强健康教育和实施针对性的护理不但获得了更佳的临床效果,还增加了患者的自我护理能力,促进了与患者的沟通和医患关系的和谐发展。必要的心理护理、完善的术前检查及术前准备为手术成功奠定良好的基础,术后密切观察病情变化,各管道的妥善护理,有效的预防感染等一系列护理措施是保证治疗成功关键。

参考文献

- [1] 孙建明. 护理干预对超声引导下微创经皮肾镜气压弹道碎石术患者的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(15): 20-22.
- [2] 胡剑英, 李丽嘉. 微创经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石的护理[J]. 当代医学: 学术版, 2008, 14(1): 110-112.
- [3] 朱金秀. 体外冲击波碎石术治疗肾结石患者的健康教育[J]. 医学信息: 中旬刊, 2010, 4: 882-883.
- [4] 顾沛. 外科护理学[M]. 北京: 科学技术出版社, 2000: 366-380.
- [5] 余新立, 吴荣海, 庞健, 等. 微创经皮肾穿刺输尿管镜碎石术治疗输尿管上段结石[J]. 现代泌尿外科杂志, 2005, 10(4): 197-198.
- [6] 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.
- [7] 冯玉荣, 宋葆云. 新编临床护理手册[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2002: 351-367.
- [8] 刘正友, 陆昌萍. 经皮肾镜气压弹道联合超声碎石术的护理[J]. 中国实用护理杂志: 上旬版, 2011, 27(4): 33-34.
- [9] 丁瑜, 张永梅, 韦娟. 肾结石患者的健康教育与护理[J]. 宁夏医科大学学报, 2009, 31(1): 138-139.