

参 考 文 献

荧光膀胱镜检与普通膀胱镜检有许多共性,但也有其特殊性。膀胱腔内灌注 ALA 后,在蓝光(激发光)的照射下,肿瘤组织会呈现独特红色荧光,可与正常黏膜区别开来,因此大大提高肿瘤的早期检出率^[4]。荧光膀胱镜检只需膀胱内局部灌注 ALA 即能导致膀胱肿瘤组织内产生高浓度的血卟啉 IX,而灌注 ALA 简单、方便、实用;而且 D-light 光源发射的白光和波长为 375 ~ 440 nm 的蓝光对组织无损害,患者无须避光,因此广泛应用于临床。总之,荧光膀胱镜检手术的配合与护理,不仅要求护士充分做好患者术前心理护理、熟练掌握膀胱截石位的摆放,而且要熟悉荧光膀胱镜的仪器、设备及器械的构造、使用方法与保养,要求护士有高度责任心,爱护与保养好仪器、设备及器械,保证手术能顺利进行。

[1] 许 乐. 荧光膀胱镜在膀胱肿瘤诊断中的研究与应用[J]. 国际泌尿系统杂志, 2007, 27(4): 477 - 479.
 [2] 莫曾南. 微创泌尿外科技术发展概况及未来走向[J]. 广西医学, 2005, 27(1): 3 - 4.
 [3] 谢艳兰, 陆香勤. 经尿道前列腺电切术后出血的护理[J]. 微创医学, 2006, 1(5): 445 - 446.
 [4] Zaak D, Karl A, Knuchul R, et al. Diagnosis of urothelial carcinoma of the bladder using fluorescence endoscopy[J]. BJU Int, 2005, 96(3): 217 - 222.

(收稿日期:2008-10-25 修回日期:2008-12-28)

后腹腔镜肾囊肿去顶减压术的护理

王兰芬

(广西南宁市第一人民医院手术室, 南宁市 530022)

【关键词】 后腹腔镜; 肾囊肿去顶减压术; 护理

【中图分类号】 R 692 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)01-0090-02

随着腹腔镜微创技术在泌尿外科的普遍开展,腹腔镜下肾囊肿去顶术完全达到了传统开放手术的治疗效果,并具有微创伤、出血少、术后恢复快、疗效确切的优点,可作为手术治疗单纯性肾囊肿的首选方法^[1]。我科于 2004 年 1 月至 2008 年 1 月开展了 32 例后腹腔镜肾囊肿去顶减压术,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组肾囊肿患者中男 23 例,女 9 例,年龄 22 ~ 76 岁,左侧 19 例,右侧 10 例,双侧 3 例,伴有肾积水 13 例,所有患者均经 B 超、CT 或静脉肾盂造影(IVP)检查确诊。全部患者在气管插管全麻下行后腹腔镜肾囊肿去顶减压术,均获成功。术后第 1 天患者可下床活动,术后 1 ~ 2 d 拔除尿管,3 ~ 5 d 拔除腹后腔引流管,发生感染 2 例,经抗炎处理后痊愈,其余患者恢复顺利,术后 4 ~ 7 d 出院,无护理并发症发生。

2 护 理

2.1 术前护理 ①心理护理:护士应主动与患者进行沟通,介绍疾病目前的治疗方法,腹腔镜手术的优点,详细介绍手术过程、术中及术后的注意事项,或让已行此手术的患者介绍切身体会,消除患者心中顾虑,减轻对手术的恐惧,积极配合治疗和护理。②术前准备:术前给患者做必要的常规检验,如血、尿常规、出凝血时间及全面的体格检查以了解其心、肺、肝、肾功能,对合并有高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺病者予以相应治疗,必要时请相关科室协助处理,待全身状况良好,合并症基

本控制后再手术。术前 1 d 做好个人卫生及手术区皮肤的准备,重视肠道准备,术前一晚清洁灌肠,排空肠内粪便和积气,以减少术中膨胀脏器的干扰,使术野清晰,便于手术操作^[2]。术前禁食 12 h,禁饮水 4 h,术前 30 min 肌注鲁米钠、阿托品,可起镇静安定、减少呼吸道腺体分泌作用。在手术室麻醉后插尿管留置。

2.2 术后护理

2.2.1 活动与饮食 术后麻醉未清醒,去枕平卧,头偏一侧,6 h 后生命体征平稳可垫枕头,适当在床上活动肢体并协助翻身。腹腔镜手术是全麻但并非消化道手术,麻醉清醒后 8 h 如无恶心、呕吐、腹胀可开始进食流质,次日逐渐过渡到普通饮食。通过进食可机械性刺激肠壁,促进肠蠕动,缩短排气时间,避免术后腹胀,有利于病人恢复^[3]。应给予患者高热量、高维生素、易消化的碳水化合物食品,对糖尿病患者请营养师会诊后定制糖尿病饮食。

2.2.2 监测生命征 术后予心电监护,血氧饱和度监测,对合并有高血压的患者注意观察血压的变化,有异常及时报告医生,遵医嘱使用降压药。对合并有心肺功能疾患者,严密观察呼吸节律、深浅、频率的变化;麻醉清醒后,鼓励患者深呼吸,并协助翻身,拍背促进排痰。注意监测糖尿病患者血糖,以免禁食时间过长引起低血糖反应。

2.2.3 管道护理 妥善固定各种引流管并保持通畅,防止打折、受压、扭曲,每日更换引流袋。观察腹后腔引流液的量及性质并做好记录,一般 24 h 内为血性,大多数 ≤ 100 mL,以后逐渐减少。每日定时挤压腹后腔引流管,以防管腔内血块堵塞

造成引流不畅,术后3~5 d拔除引流管。留置尿管期间加强患者会阴和尿道口的护理,每日用生理盐水棉球进行尿道外口护理2次,术后1~2 d可拔除尿管。有止痛泵留置者,待拔除止痛泵后再拔尿管,以免麻药作用而影响排尿。

2.2.4 并发症的观察和护理 ①皮肤压疮:患者手术时采取健侧卧位,受压面积相对小且手术时间较长,局部易引起压疮。本组有7例发生不同程度皮肤压红和水泡,经过加强翻身、避免继续受压、用无菌注射器抽吸水泡并局部包扎处理后痊愈。②肩背酸痛及皮下气肿:术中气腹压力过高,CO₂气体循筋膜间隙上行弥散,会引起皮下气肿,一般于术后2~5 d自行吸收^[4]。手术时间过长、术后气体排放未尽、手术体位也可引起肩背酸痛,一般可自行消失。③感染:本组1例患者术后第2天出院,回家后伤口护理不当出现感染,发热,T>38.5℃;另1例感冒受凉,经使用抗生素后痊愈。因此,术后应注意监测体温,增加营养,注意防寒保暖,加强机体抵抗力。④肾周血肿:因引流管引流不畅,出血淤积于肾周引起,故应保持引流管通畅,定时挤压管道,准确记录引流量。⑤高碳酸血症:由于腹腔镜手术采用CO₂气腹,且CO₂弥散能力强,手术中CO₂可被大量吸收入血液,患者常出现类似呼吸性酸中毒的状态,故术后应给予低流量氧气吸入,提高氧分压,促进CO₂排出^[5]。严密观察呼吸情况,发现呼吸浅慢,报告医师及时处理。

2.3 出院指导 嘱患者注意休息,加强营养,劳逸结合,3个月门诊复查B超,定期复查,不适随诊。

经后腹腔镜肾囊肿去顶减压术是目前治疗肾囊肿的首选方式,术前做好心理护理及充分的术前准备,术后做好饮食、活动指导,加强引流管、并发症的观察与护理,做好预见性护理和对症护理可以促进患者康复,提高其生活质量。腹腔镜手术可大大减少基础护理负担,使护士有更多的时间与患者交流,关心服务对象,做好心理护理、术后护理,使其在最短的时间内达到最好的恢复状态,可大大提高病情治愈率。

参 考 文 献

- [1] 王晓平,苏小壮.腹腔镜下肾囊肿去顶术(附14例报告)[J].广西医学,2002,24(8):1161-1162.
- [2] 陆金平,刘若飞,郑丽霞,等.泌尿外科后腹腔镜手术与传统开放性手术护理比较[J].微创医学,2008,3(1):77-78.
- [3] 李 兰,陆 燕.后腹腔镜下肾囊肿去顶术与开放手术的护理对照[J].广西医科大学学报,2006,9(23):162-163.
- [4] 唐玉新.后腹腔镜肾囊肿去顶减压术的观察与护理[J].腹腔镜外科杂志,2006,11(6):471-475.
- [5] 满功兰.腹腔镜下去顶减压术治疗肾囊肿的护理体会[J].河南外科学杂志,2005,11(6):90.

(收稿日期:2008-10-27 修回日期:2008-12-06)

微创经皮肾镜碎石术后并发症的观察及护理

钟 黎 劳贤邦

(广西钦州市第一人民医院,钦州市 535000)

【关键词】 微创经皮肾镜;手术后并发症;护理

【中图分类号】 R 692.4 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)01-0091-02

微创经皮肾镜碎石术(minimally invasive percutaneous nephrolithotomy, MPCNL)由于手术适应证广、疗效好、术后恢复快、住院时间短,已逐渐成为治疗上尿路结石的主要方法^[1,2]。而MPCNL并发症的发生率为5%~14%^[3],虽然不高,但如何预防和减少并发症,充分发挥MPCNL微创、高效的治疗特点越来越受到重视。2005年6月至2008年2月,我院进行MPCNL治疗上尿路结石305例,出现并发症21例(发生率6.89%),现将术后并发症的观察及护理报告如下。

1 临床资料

本组患者305例,发生并发症21例,其中男15例,女6例,年龄34~65岁,平均46岁。出血13例,其中2例是二期碎石取石者,均发生在术后2~12 h内;感染2例,其中1例术前存在尿路感染;低钠血症1例,尿外渗2例,胸膜损伤2例,双J管移位1例。所有患者术后常规留置肾造瘘管、导尿管和

双J管。

2 并发症的观察及护理

2.1 出血 出血是MPCNL最常见、最严重的并发症之一^[2]。因此患者手术结束回病房后,护士应与麻醉师详细交接生命体征、术中出血、用药等情况,密切观察患者血压、心率及肾造瘘管引流情况。术后出现轻微的肉眼血尿为正常现象,一般于术后1~2 d消失,如出现肾造瘘管引流液呈鲜红色,量有增无减或引流量>200 ml/h时,应考虑为术后并发出血,立即报告医生,嘱病人卧床制动,并立即夹闭肾造瘘管,使肾盂内压增高和血凝块形成,达到压迫止血目的,同时遵医嘱迅速应用止血药物,必要时配合输血。本组13例(发生率4.26%)出血患者均及时发现,并及时采取措施,生命体征平稳,24 h后重新开放肾造瘘管,出血停止,尿色淡红,1~2 d后转清,经保守治疗均达到止血目的。