

后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿的围手术期护理

吴金燕

(广西壮族自治区南溪山医院, 桂林市 541002)

【摘要】 目的 探讨后腹腔镜肾蒂淋巴管剥离结扎术治疗乳糜尿围手术期的护理。方法 对11例乳糜尿拟行手术患者充分做好围手术期的护理工作,包括术前心理护理、饮食指导、术后病情监护等。结果 本组患者术后生命体征平稳,无明显并发症发生,术后复查乳糜尿实验阴性,经随访无乳糜尿复发。结论 术前加强心理护理,术后重点做好生命体征的观察,可减少手术并发症的发生,从而保证患者早日康复。

【关键词】 后腹腔镜;肾蒂淋巴管剥离结扎术;乳糜尿护理

【中图分类号】 R 473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2015)03-0409-02

DOI:10.11864/j.issn.1673.2015.03.52

乳糜尿是班氏血丝虫病晚期常见的并发症之一,重症患者由于大量蛋白、脂肪以淋巴细胞随尿液丢失,导致营养不良,严重影响身心健康,目前有效的治疗方法是肾蒂淋巴管结扎术^[1]。2010年1月至2014年1月我科应用后腹腔镜下肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿患者11例,护理方面术前着重做好围手术期护理工作,包括术前心理护理、饮食指导、术后病情监护等,术后患者均完全康复,疗效满意,现将围手术期护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者11例,男4例,女7例,年龄47~68岁,平均58岁,均因排乳白色尿就诊。病史1个月至10年,部分伴消瘦、乏力等症状,其中3例女性伴反复肉眼血尿。11例患者尿乳糜试验均为阳性。脂肪餐后膀胱镜检查确定均为单侧,左侧6例,右侧5例。术前静脉肾盂造影及腹部B超检查双肾均未见异常。

1.2 治疗方法 治疗方法按文献报道^[2]的方法进入后腹腔。切开Gerota筋膜及肾周脂肪囊,用超声刀在肾周脂肪囊与肾包膜之间将肾脏游离,将肾动脉、肾静脉之间含有大量淋巴管的肾血管周围疏松结缔组织充分游离,并逐一用钛夹结扎后用超声刀离断,分离肾蒂血管鞘,钛夹结扎、离断,最后使肾动脉、肾静脉及输尿管上段“骨骼化”。推近镜头仔细检查肾蒂血管、肾盂和输尿管上段,确定淋巴管剥离干净,腹膜后放置引流管,退出器械,缝合切口。

1.3 结果 11例患者手术均获成功,无一例中转开放手术。11例患者术后当天观察尿管引流颜色,乳糜尿即消失,平均住院8d。11例患者出院时尿液清亮,尿乳糜试验均为阴性。随访2~24个月,营养状态明显改善,无复发病例。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 乳糜尿患者由于病程长、病情反复、保守治疗疗效差,且因为长期解乳糜尿,体质相对较差,易产生焦虑、悲观等恐惧心理。入院后由责任护士亲切向患者介绍该病的发病机理、治疗手段、预后等相关知识,说明手术的必要性、安全性,特别要向患者及其家属详细介绍腹腔镜手术创伤小、恢复快等优点,以及手术前后的注意事项,消除患者心理疑虑,以积极的态度对待手术。

2.1.2 病情观察及饮食指导 乳糜尿常多次间歇发作,患者全身状况差伴消瘦、贫血、头晕、心悸,甚至丧失自理能力,发作期须卧床休息。乳糜尿患者因尿脂、尿蛋白高,特别是重症患者,尿中乳糜凝块可堵塞尿道引起尿潴留,所以应嘱患者多饮水(2 000~3 000 ml/d),饮食方面控制脂肪含量高的食物摄入,避免脂类和蛋白质同时摄入,禁辛辣及刺激性食物,以清淡为主,多食新鲜蔬菜、水果等纤维素丰富的食物,以及含脂肪少的鱼类及少量瘦肉,适量植物油以补充机体脂肪酸。如出现排尿困难时护士可予腹部热敷按摩或改变体位,尽量鼓励其自行排尿。如确需导尿应严格无菌操作。

2.1.3 常规术前准备 术前常规备皮、备血,术前12h禁食、6h禁水,术晨肠道准备并严格无菌操作下留置导尿管。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 按全麻术后护理常规予低流量氧气吸入及心电监护,监测生命体征变化。全麻未清醒前一定要注意保持呼吸道通畅,包括血氧饱和度的变化。

2.2.2 体位护理 因该手术需在肾周脂肪囊与肾包膜之间将肾脏几乎全部游离,使肾脏失去生理性依托和保护。故术后患者不宜过早下床活动,以免出现患肾下垂甚至肾扭转等后果。因此术后需绝对卧床休息3d、相

对卧床休息 7 d^[3],以利于患肾和周围组织粘连和固定。卧床期间护士需鼓励患者深呼吸,防止肺部感染;而且需要定时协助患者翻身叩背,防止褥疮的发生;同时指导患者双下肢适当伸缩旋转运动,并按摩双下肢,以防止下肢静脉血栓的形成。

2.2.3 引流管的护理 后腹腔镜肾蒂淋巴管剥离结扎术后需常规留置腹膜后引流管及导尿管,要妥善固定各引流管并保持畅通,防止扭曲、折叠、受压及脱出。术后常规与患者签署防管道脱落告知书,针对危险因素与患者宣教防管道脱落的护理措施,并根据危险等级定时评估观察。观察伤口有无渗血、渗液。准确记录腹膜后引流管引流液的颜色、性质和量,留置尿管期间每日用碘伏消毒尿道口 2 次,每天更换集尿袋 1 次,并严格无菌操作,防止尿道感染,尿管留置 2~3 d 拔出。

2.2.4 饮食护理 患者肛门排气后,若无腹痛、腹胀,可指导患者适量饮水,少量多餐,逐步进食高蛋白、低脂肪、维生素丰富的清淡易消化饮食,注意保持大便通畅,卧床期间协助患者床上大小便。排便不畅者可遵医嘱口服乳果糖或开塞露纳肛。本组病例术后 12~48 h 胃肠功能恢复。术后有 2 例出现腹胀,1 例遵医嘱口服乳果糖后,术后第 5 天排便,腹胀减轻;1 例经热敷腹部及按摩后,腹胀减轻,自行排便。

2.3 并发症的观察与护理

2.3.1 出血及乳糜漏 由于腹腔镜手术采用钛夹和超声刀止血,如患者过度活动、频繁呕吐或剧烈咳嗽,都有可能使钛夹脱落,造成出血、淋巴液外漏^[4]。因此,术后患者如有频繁恶心呕吐,可肌肉注射甲氧氯普胺以缓解症状。卧床期间护士应鼓励患者深呼吸 5~6 次,防止下呼吸道感染;咳嗽明显者,护士协助患者有效咳嗽,辅助翻身、拍背,必要时雾化吸入。观察伤口敷料有无渗血、渗液,观察引流液的颜色、性质、量,有无淋巴液流出或出血,腹部有无疼痛以及生命体征等。若后腹腔引流管引流量短时间内明显增加,颜色鲜红,1 h 内大于 100 mL,血压下降,脉快,警惕术后大出血的可能,应立即报告医师进行处理。术后以低脂清淡饮食为主,防止大量进食油腻食物后引起乳糜瘘。本组 11 例患者术后 24 h 腹膜后引流管引流量均小于 100 mL。本组病例中 3 例患者术后出现不同程度肉眼血尿,经消炎、止血治疗,1~3 d 后血尿消失;11 例患者均未发生乳糜漏。

2.3.2 高碳酸血症 本组手术均采用 CO₂ 人工气腹,若气腹压力过高,大量气体通过微循环进入血液,可并发高碳酸血症,甚至引发呼吸性酸中毒,危及患者生命^[5,6]。术后需常规予低流量氧气吸入,提高氧分压,促进 CO₂ 排出。术后常规予多功能心电监护仪持续监测患者生命体征、血氧饱和度,以及面色、口唇、神志、意识变化,并密切观察有无咳嗽、胸痛、腹胀、呼吸浅慢、烦躁、疲乏、肌肉颤抖等症状,及时做好抢救准备。本组 1 例术后因痰多,呼吸浅慢,SpO₂ 维持在 92%~95%,术

毕转 ICU 治疗,第 2 天安返病房;其余患者维持 SpO₂ 维持在 96%~100%。

2.3.3 皮下气肿 CO₂ 循腹膜间隙上行弥散,引起皮下气肿,可扪及捻发音。皮下气肿多为术后 1~2 d 发生,轻度无需处理,吸氧后能自行吸收。中重度患者可予碳酸氢钠静脉滴注,大针头穿刺排气及对症等治疗。本组 2 例患者出现轻度皮下气肿,发生在同侧腰部,直径约 3~4 cm,术后 2~3 d 后皮下气肿自行消退。

2.3.4 颈肩部痛及腹部疼痛 气腹过程中,腹腔内压力升高,使得膈肌抬高受牵拉及腹腔镜术后残留的 CO₂ 到达膈肌下刺激膈神经终末细支。护士可向患者讲解疼痛产生的原因,指导患者采取正确体位,如头低足高位或平卧位,疼痛部位局部热敷、按摩同时辅以配乐康复操锻炼,可缓解术后非切口疼痛^[7]。本组患者出现颈肩部痛 1 例,上腹部痛 2 例,经热敷患处、活动或按摩患肢促进局部血液循环,使用电磁波治疗器理疗 2~4 d 后症状消失。

2.4 出院指导及随访 嘱患者注意休息,近期内避免过度劳累 尽量避免进高脂肪餐以减少淋巴管的吸收和降低淋巴管内压力,避免发生同侧或对侧淋巴漏。向患者说明定期复查及随访的重要意义。

腹腔镜下行肾蒂淋巴管剥离术,具有创伤小、住院时间短、恢复快、并发症少等优点,乳糜尿术后如复发,再次手术困难,术前应充分准备,做好心理护理、病情观察、饮食指导,将患者的心理状态和机体功能调整至最佳状态,术后精心护理,严密监护,着重呼吸道管理、生命体征监测、观察引流管和腹部体征,做到早发现、早防治。做好出院健康宣教,以利患者顺利康复。

参 考 文 献

- [1] Punekar SV, Kelkar AR, Prem AR, et al. Surgical disconnection of lymphorenal communication for chyluria: a 15-year experience[J]. Br J Urol, 1997, 80(6): 858-863.
- [2] 张旭,叶章群,陈忠,等.腹腔镜与开放手术行根治性肾切除术的效果比较(附 33 例报告)[J].中华泌尿外科杂志,2002,23(2):97-99.
- [3] 梅骅,陈凌武,高新,等.泌尿外科手术学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2008:927-930.
- [4] 杨守权,覃丽芬,梁秋梅.腹腔镜手术治疗肾脏及肾上腺疾病的护理[J].现代护理,2002,8(5):357.
- [5] 李超志,李海波,梁宇,等.高龄合并呼吸及循环系统疾病后腹腔镜手术的围手术期处理[J].临床肺科杂志,2012,17(10):1759-1760.
- [6] 曲发军,崔心刚,高轶,等.泌尿外科传统腹腔镜手术严重并发症的分析(附 2008 例报告)[J].腹腔镜外科杂志,2011,16(9):700-704.
- [7] 聂远.泌尿外科后腹腔镜术后患者非切口疼痛的分析及护理[J].中国实用护理杂志,2011,27(10):49-50.

(收稿日期:2015-03-16 修回日期:2015-05-14)