

输尿管镜钬激光碎石 76 例护理体会

夏云¹, 常宝元², 陈军²

[摘要]目的:总结输尿管镜钬激光碎石术的护理配合要点。方法:76 例输尿管及肾脏结石患者采用经输尿管镜钬激光碎石治疗,术前给予心理护理,术中、术后给予有效的对症护理。结果:76 例手术顺利,术中无意外事故,术后无并发症发生。结论:术中有效的配合及护理,是保证手术顺利进行和避免术中、术后并发症发生,使患者更快恢复健康的关键。

[关键词]尿结石;碎石术;激光;输尿管镜;钬激光;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 691.4 **[文献标识码]** A

泌尿系结石是泌尿外科的常见病、多发病。随着内镜技术的发展,泌尿系结石的治疗已向微创的方向发展^[1]。钬激光为高能脉冲式固体激光,可粉碎各种成分的结石,而且钬激光具有切割、汽化、凝血等功能,对结石伴肉芽、息肉和输尿管狭窄的处理非常方便^[2]。2007 年 7 月至 2008 年 10 月,我院应用输尿管镜钬激光治疗输尿管结石及肾结石 76 例,手术顺利,疗效满意,现就其手术护理作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 51 例,女 25 例;年龄 23 ~ 72 岁。输尿管结石 70 例,左侧 42 例,右侧 28 例,双侧 6 例;上段 15 例,中段 19 例,下段 36 例。肾结石 6 例。结石直径 0.6 ~ 2.5 cm。

1.2 方法 (1)输尿管结石通常采用腰硬联合麻醉,取截石位,向患侧输尿管内插入斑马导丝,输尿管镜在斑马导丝引导下,在液压灌注泵辅助下直接置镜达结石部位。观察结石的大小和数量、有无输尿管狭窄和息肉包裹。在输尿管镜直视下插入激光光纤(如结石伴输尿管狭窄、息肉可先行切开或切除),用钬激光击碎结石。(2)肾结石通常采用全麻气管插管,患者先取截石位,向患侧肾盂输尿管插入 F₈ 输尿管导管,再改为俯卧位,经 B 超定位明确后选第 10 ~ 12 肋间腋后线与肩胛旁线区域作为穿刺点,经皮穿刺到肾盂,用筋膜扩张器扩张至 F₁₄₋₁₆。置入斑马导丝,输尿管镜进入肾内,在高压灌注泵的冲洗下,行腔内钬激光碎石。

1.3 结果 手术 25 ~ 70 min;住院 5 ~ 12 天。76 例中 73 例一次碎石成功,成功率为 96.05%。另外,1 例 3 年前做过患侧输尿管切开取石,输尿管迂曲,输尿管镜无法通过而改行开放手术;2 例因肾结石较大,碎石时间较长,患者不能耐受,行二期碎石。术后均无并发症发生。输尿管内常规留置双 J 管,

术后 4 ~ 8 周内拔除。经皮肾脏钬激光碎石,术后常规放置造瘘管。

2 护理

2.1 术前准备 术前完善各种常规检查,确定结石的大小、位置,完成血常规、凝血酶原时间、肝肾功能、血糖、电解质、心电图、胸透、尿常规、传染病等检查。如有泌尿系感染,术前使用抗生素控制感染至尿培养转阴方可进行手术。术晨清洁灌肠。

2.2 心理护理 由责任护士负责患者从入院到出院的全程护理,增加患者的信任感。术前充分评估患者的情况及对碎石的认知程度,简单介绍手术的过程,用挂图讲解术中体位配合的重要性,术后可能出现的不适,耐心解释患者提出的问题。安排病区手术成功患者现身说法,介绍成功的配合治疗经验。

2.3 手术设备和器械物品的准备 选择固定且避光的手术间、电视摄像系统,备好定位用的 B 超机,60 W 钬激光碎石机,550 μm 激光光纤,德国 Storz 8/9 输尿管硬镜,斑马导丝, F₄₋₆ 双 J 管,输尿管镜取石钳,液压灌注泵,肾穿刺针,筋膜扩张器 1 套,肾造瘘管,脑科手术贴膜,3 000 ml 袋装生理盐水。

2.4 术中护理 患者入手术室后,认真核对术侧,根据术侧摆放并安置仪器。麻醉成功后将患者取截石位,摆放体位时注意保护患者肢体,防止受压,搁腿架高度适宜(高 20 cm、外展 ≤ 45°)。同时用棉垫加以保护,防止损伤腓窝神经和腓总神经^[3],肾结石患者插管成功后改俯卧位,软垫垫高腹部以免呼吸运动幅度过大,使结石位置发生改变,影响手术操作。消毒铺巾,贴脑科手术膜,薄膜下端开口处不用系紧,下端置以大桶接冲洗液,避免污染地面。术中严密观察患者生命体征和病情变化,保持患者体位舒适,防止局部受压,保持气道通畅。术中变动体位时,注意保护患者安全。保持各种管道通畅,观察麻醉平面的改变。根据结石粉碎程度及结石的硬度,及时调整激光光纤的能量及脉冲频率,避免对组织

[收稿日期] 2009-02-20

[作者单位] 安徽省宿州市立医院 1. 手术室, 2. 泌尿外科, 234000

[作者简介] 夏云(1970-),女,主管护师。

过度损伤。保护碎石机及光纤,按操作规程正确使用,以延长光纤的使用寿命。术前应仔细检查瞄准光的完整性,巡回护士启动钦激光器预热,先后打开显示屏、摄像仪、冷光源,调节摄像系统,保持图像清晰。设置激光功率为0.6~1.5 J,能量8~10 Hz。经上述工作通道在显示屏直视下钦激光碎石,将较小碎石冲出体外,较大结石用取石钳夹出,术后患侧输尿管常规留置双J管(肾结石术后要留置肾造瘘管,并妥善固定,以备二期碎石)。术中保持灌洗液的连续性,防止中断,避免气泡进入而影响内镜的视野。调整合适的灌洗速度,避免灌注过快,压力过大导致结石移位。天气寒冷时,注意灌洗液的加温,一般用39~40℃温生理盐水,同时注意手术间的保暖,术后将患者的结石放在已备好的标本袋中。

2.5 术后护理 术后去枕平卧6~8 h,严密观察患者生命体征变化,每1 h 1次,平稳后改为4 h 1次,观察患者尿液颜色、腹部体征及有无胸痛、胸闷、呼吸困难等症状。鼓励患者早期下床活动。多饮水,每天2 000~3 000 ml,预防感染。多食营养丰富的食物及新鲜、富含粗纤维的蔬菜及水果。

3 讨论

自20世纪90年代初钦激光应用于临床以来,其在泌尿外科腔道治疗中有不可替代的优势,成为泌尿系结石治疗的主要手段之一。其优点^[4,5]:(1)

穿透深度浅,碎石过程中无电流释放,热量极少,钦激光的组织穿透度<0.5 mm;(2)效率高,能迅速粉碎各种成分的结石,结石碎粒<2 mm;(3)创伤轻,痛苦小,恢复快;(4)具有切割、汽化及电凝等功能,对结石合并息肉者,可同时将息肉汽化切除。

该手术所用的仪器设备多,术前应详细检查各种设备的性能和完整性,碎石时光纤须露在内镜外^[6]。巡回护士熟悉钦激光的性能,掌握操作程序、技术参数和注意事项,术中根据病情及医生要求及时调整。钦激光仪、光纤、输尿管镜、监视系统均为精密仪器,术中操作、术后保养均应轻拿轻放。光纤为脆性材料,不能过度弯曲,使用后及时清洗血迹。

[参 考 文 献]

- [1] 花学美,陈宏平,徐凌燕.经输尿管镜气压弹道碎石术48例护理体会[J].蚌埠医学院学报,2007,32(5):622-623.
- [2] 徐伟,刘成倍,王祥林.输尿管镜硬镜结合钦激光治疗输尿管结石(附235例报告)[J].现代泌尿外科杂志,2007,12(2):122-123.
- [3] 马瑞卿,申海燕.经尿道前列腺双极汽化(剝除)术的配合[J].护士进修杂志,2006,21(5):456-457.
- [4] 孙颖浩,高小峰,王林辉,等.大功率钦激光经皮肾镜取石术治疗肾结石[J].中华外科杂志,2005,43(18):1209-1211.
- [5] 马建军.钦激光在泌尿外科应用的新进展[J].医学研究生学报,2003,16(2):132-134.
- [6] 高小峰.高效实用的经皮肾镜碎石工具:钦激光[J].中华泌尿外科杂志,2008,29(10):658.

[文章编号] 1000-2200(2009)07-0648-03

· 护理学 ·

脑卒中偏瘫肢体早期康复护理

张倩茹

[摘要]目的:探讨早期康复护理对脑卒中患者偏瘫肢体功能恢复的影响。方法:将76例符合康复条件的脑卒中患者随机分为常规组与康复组,采用6级肌力评分法,于入院和出院前各自评定肢体运动功能,两组同时接受神经内科治疗。康复组早期给予康复护理。结果:入院3天内两组患者肢体功能评定差异无统计学意义($P>0.05$),出院时两组患者功能恢复均有提高,但康复组功能恢复程度明显高于常规组($P<0.01$)。结论:早期康复护理对脑卒中患者偏瘫肢体恢复有积极作用。

[关键词] 脑血管意外;偏瘫;早期康复;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 743.3;R 682.22 [文献标识码] A

脑卒中是中老年人常见病,随着脑卒中的诊断及治疗水平的提高,死亡率下降,脑卒中后的神经功能缺失、肢体残疾、自理缺陷是主要临床表现^[1]。大约75%患者留下不同程度地功能障碍,给家庭、社会带来沉重负担,影响患者的生命质量。为了提高偏瘫患者肢体恢复,早期的康复护理,坚持不懈地

功能训练是降低脑卒中致残的重要方法。2005~2006年,笔者对76例脑卒中偏瘫患者早期行康复护理,取得较好临床效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 76例均符合1995年全国第四届脑血管会议诊断标准^[2],经CT或MRI证实。脑出血44例,脑梗死32例,均为首次发病。按入院顺序随机分为常规组和康复组,各组38例。常规组:脑

[收稿日期] 2008-10-17

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 神经内科,233000

[作者简介] 张倩茹(1972-),女,主管护师。