

工作是检查顺利完成以及获得较好诊断效果的必要条件。通过对肝脏 MRI 动态增强扫描的护理工作,本组 71 例均顺利完成检查,其中 68 例获得了较高质量的图像,3 例图像有呼吸运动伪影,但未影响对疾病的诊断。

在实践中笔者体会到,作为 MRI 室的护士,不仅要有全面的护理知识,还要有娴熟的护理操作技巧,准确的、熟练的静脉穿刺,正确的使用高压注射器,确保对比剂安全注入患者静脉内,防渗漏及空气栓塞、密切观察患者用药后的不良反应(在准备室

备有急救药品车、氧气枕等急救装置,以便急救时用)。总之,护理工作尤其是心理护理和呼吸训练在肝脏 MRI 增强扫描中起着非常重要的作用。

#### [参 考 文 献]

- [1] 邝晓,罗银灯,吴伟,等. 肝脏 MRI 增强检查的护理配合[J]. 重庆医学, 2008, 10(19): 2217.
- [2] 毕冬梅,康群凤,张雪梅,等. 磁共振成像检查 5668 例的管理[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(8): 1897-1898.
- [3] 荣梅. 磁共振成像检查 580 例安全性分析[J]. 中国误诊学杂志, 2004, 4(9): 2745.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2011)09-1018-03

· 护理学 ·

## 经尿道输尿管镜气压弹道碎石术的护理体会

王晓莹<sup>1</sup>, 陆露<sup>2</sup>

[摘要]目的:探讨经尿道输尿管镜气压弹道碎石术的护理方法及其效果。方法:对 59 例输尿管镜下行气压弹道碎石术的输尿管结石患者进行术前心理护理,常规术前准备和术后常规及相应的并发症护理,并对出院患者给予指导,告知做好自我观察、自我护理。结果:59 例患者治疗效果满意,无严重并发症,均康复出院。结论:充分的术前准备,严密的术中和术后观察,配合医生高超的医疗技术,对经尿道输尿管镜气压弹道碎石术的成功起积极作用。

[关键词] 输尿管结石; 输尿管镜; 气压弹道碎石术; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 693.4 [文献标识码] A

随着泌尿外科腔内技术的不断完善和提高,输尿管结石的治疗正朝着微创方向快速发展。输尿管镜气压弹道碎石术是 20 世纪 90 年代开展的腔内碎石技术,该方法能击碎各种结石,而对输尿管壁无热损伤效应,可作为输尿管中下段结石的首选治疗方法,具有治疗输尿管结石确切、安全、组织损伤小、清除彻底、并发症少等优点<sup>[1]</sup>。现对 57 例在输尿管镜下行气压弹道碎石术的输尿管结石患者的护理体会作一报道。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 输尿管结石患者 59 例,男 27 例,女 21 例;年龄 25~70 岁。其中中段结石 19 例,下段结石 17 例,左侧 7 例,右侧 6 例,双侧输尿管结石 10 例。

1.2 方法 术前器械准备:气压弹道碎石机、液压灌注泵、输尿管长镜、取石钳、斑马导丝、双 J 管、气囊导尿管等。硬膜外麻醉下取膀胱截石位,消毒铺

巾后,经尿道置入输尿管镜,经输尿管开口置入斑马导丝,液压灌注扩张输尿管开口,直视下插入输尿管镜,向上找到输尿管结石,调整灌注压,气压弹道碎石机击碎结石,稍大结石用取石钳取出,<0.3 cm 的小结石随冲洗液流出或自行排出。检查输尿管无梗阻,输尿管内置入双 J 管 1 根,留置导尿管。

1.3 结果 59 例均顺利完成气压弹道碎石术,术中、术后未出现严重并发症,术后 3~14 天均康复出院。

### 2 护理

2.1 心理护理 术前责任护士应向患者详细介绍该手术的原理、方法、疗效、可能的并发症及注意事项,并介绍成功的病例,必要时请已手术、即将康复的病友现身说教,介绍经验,使患者心理感觉踏实,用疏导法解除患者的紧张情绪,让其以最佳的心态接受手术。

2.2 术前准备 除术前常规检查外,均要常规行尿路平片+静脉肾孟造影检查,以了解尿路形态、功能、输尿管走行特点,明确结石部位及输尿管梗阻、扭曲、狭窄的部位和程度,减少并发症的发生。术前 1 h 复查尿路平片,了解结石是否移位或排出。患

[收稿日期] 2010-11-12

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 1. 泌尿外科 2. 胃肠外科,安徽蚌埠 233004

[作者简介] 王晓莹(1983-),女,护士。

者行术前尿路平片复查后要用平车接送,防止因活动而使结石再次移位。皮肤的准备包括腰腹部及会阴部,利于手术方式的变更。肠道准备即术前 6 h 禁食 4 h 禁水。术前晚及术日晨行清洁灌肠,避免因肠道积气影响手术观察及效果。对于情绪紧张者必要时术前晚可给予镇静剂,以保证良好的睡眠。

2.3 导尿管的护理 术后常规留置双腔气囊导尿管,在无菌操作下接好导尿管,妥善固定,引流袋位置低于床平面,以防引流不畅或逆流;每天更换引流袋,预防尿路感染<sup>[2]</sup>。保证引流通畅,观察引流液的颜色、性质、量并作记录,定时挤捏引流管,以防小血块堵塞,若出现尿管阻塞应及时给予膀胱冲洗。保持尿道外口、引流管周围清洁干燥,以 1:1 000 苯扎溴铵棉球或聚维酮碘棉球擦拭尿道外口,1 天 2 次。

2.4 双 J 管的护理 气压弹道碎石术后输尿管黏膜均有不同程度的出血、水肿或剥脱,结石碎片堆积在一起易形成石街。术毕常规放置双 J 管,可起到引流、支撑作用,小结石可沿双 J 管下滑,利于结石排出<sup>[3]</sup>。双 J 管一般保留 4~6 周,留置期间鼓励患者多饮水,及时排尿,保持大便通畅,避免剧烈咳嗽等;复查泌尿系 B 超或尿路平片,确定结石完全排出后,可在膀胱镜下拔除双 J 管。

2.5 术后并发症的护理 (1) 血尿:血尿因输尿管硬镜在输尿管内运动或探针在撞击结石中损伤输尿管黏膜引起<sup>[4]</sup>,多发生在术后 24 h。嘱患者卧床休息,避免剧烈活动,多饮水,每天饮水 3 000 ml 以上;同时遵医嘱给予输液、止血药物治疗,必要时可给予生理盐水膀胱持续冲洗,保持冲洗通畅,防止感染及管道堵塞,促进结石排出,一般 2~3 天后血尿消失。(2) 发热:术后发热的常见原因包括术中灌洗液的吸收、输尿管黏膜损伤后感染及原有肾积水感染等<sup>[4]</sup>。做好术前准备,对于术前有感染的患者,感染控制后再行手术。术后监测体温变化,每天 4 次 (>39℃者每天 6 次),给予物理降温,注意体表散热,给予温水擦浴;遵医嘱合理使用抗生素。(3) 疼痛:①膀胱区痉挛痛。多因术后导尿管刺激膀胱所致。本组病例多发生下腹部阵发性疼痛不适,疼痛时导尿管引流不畅。告知患者疼痛的原因,让患者放松,指导深呼吸,解除患者不良心理反应,多与患者交谈分散其注意力,嘱多饮水,保持引流通畅,必要时给予解痉及镇痛药物处理,症状得到缓解与改善。②肾绞痛。多因输尿管黏膜水肿或小碎石梗阻所致<sup>[5]</sup>。本组患者多出现不同程度腰背部酸痛

不适,大多症状较轻,其中 5 例疼痛剧烈,不能忍受。应给予合适体位,遵医嘱及时给予解痉和镇痛药物,症状可缓解消失。(4) 双 J 管反应:术后常规留置双 J 管 4~6 周,最常见的双 J 管反应包括输尿管尿液返流引起的一侧腰部酸胀疼痛不适症状、血尿、膀胱刺激征、双 J 管滞留、双 J 管脱出及移位,双 J 管移位可能与双 J 管放置位置不当或选用的双 J 管长度不合适有关。经 B 超检查,确定双 J 管上端仍在输尿管内后,在无菌操作下插入导尿管将其推入膀胱内。(5) 输尿管穿孔:多为术中导丝或输尿管镜所致,护理人员重点观察患者患侧腰腹部有无疼痛、压痛及局部有无隆起等症状,有异常及时通知医生处理。

2.6 出院指导 嘱患者出院后做好自我观察、自我护理。(1) 告知患者饮水的重要作用,尿量的多少与结石发生有密切关系,输尿管内的小结石可随尿液排出,鼓励患者多饮水,养成良好的饮水习惯,每天保持摄入 3 000 ml 以上,如出现明显的肉眼血尿和发热等症状应及时就诊。(2) 要限制含钙、草酸的食物,避免高糖、高脂肪、高蛋白的饮食,并且告知患者如何观察尿液颜色、尿量,如有持续性血尿或术侧有难以忍受的疼痛,应及时就诊。(3) 同时交待患者术后可能发生的不良反应,如双 J 管脱出,与患者活动不当及双 J 管插入深度不够有关。指导患者不要做四肢及腰部同时伸展动作,不做突然的下蹲动作及体力劳动,防止双 J 管滑脱或上下移动。(4) 提醒患者定期复诊,记录出院患者详细的联系方式、置管的位置和日期,提示拔管时间,以保证患者按时拔管。

### 3 讨论

随着微创手术广泛应用于泌尿外科,输尿管镜下气压弹道碎石术在处理输尿管中下段结石中发挥日益重要的作用,传统的开放切开取石术逐渐被输尿管镜下碎石术所取代<sup>[6]</sup>。输尿管气压弹道碎石治疗输尿管结石具有操作简单、损伤小、恢复快、安全、经济、并发症少等优点,可作为治疗中下段输尿管结石的理想方法。

输尿管镜下气压弹道碎石术是近年来新兴的泌尿外科腔内碎石技术,患者对手术方式不了解,担心手术效果,术前有紧张、焦虑、怀疑的心理,因此,术前做好患者心理护理十分重要。本组有 14 例患者在术后 24 h 内出现暗红色尿,遵医嘱给予生理盐水膀胱冲洗和止血药物,并嘱患者卧床休息,避免较剧

烈的活动,保持冲洗的通畅,防止感染及管道的阻塞,促进结石的排出。由于事先给予患者及家属一定的术前宣教,使患者及其家属在出现这一症状后能消除紧张情绪。患者术后7天均无肉眼血尿。

护理人员积极的术前、术后护理,有针对性地预防可能出现的并发症,可减轻患者的痛苦;出院时根据个体情况给予患者个性化的健康教育和出院指导,有利于促进患者早日康复。本组59例均顺利完成气压弹道碎石术,术中、术后未出现严重并发症,术后3~14天均康复出院。

#### [参 考 文 献]

[1] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 2版. 济南: 山东科学技术出版社 2004: 828.

[2] 马翠英, 钱玮, 吴林梅. 经尿道输尿管镜治疗输尿管结石患者的护理[J]. 护理学杂志, 2000, 15(12): 337-338.

[3] 邱金花, 吴玉莲, 林宁, 等. 经尿道输尿管镜下气压弹道碎石取石术的护理[J]. 国外医学: 护理学分册, 2005, 24(8): 469-471.

[4] 李改珍. 输尿管镜下气压弹道碎石术病人的护理[J]. 护理研究, 2004, 18(12): 2205-2206.

[5] 邱晓珍, 李海燕, 邵晓华. 经尿道输尿管镜下气压弹道碎石取石术的围手术期护理[J]. 护理与康复, 2007, 6(4): 247-248.

[6] 常德辉, 王养民, 姜华, 等. 输尿管镜在508例输尿管疾病中的应用[J]. 临床外科杂志, 2004, 12(9): 565-566.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2011)09-1020-03

· 护理学 ·

## 三向瓣膜式中心静脉导管置管的护理体会

武 春

[摘要]目的:总结三向瓣膜式外周静脉置入中心静脉导管(PICC)置管的护理方法。方法:由外周静脉(贵要静脉、肘正中静脉、头静脉)置入三向瓣膜式PICC导管,置管前、中、后进行有针对性的护理,并对相关并发症进行相应护理。结果:应用PICC导管48例,留置时间58~160d,无一例发生并发症。结论:PICC置管为肿瘤患者提供了一条无痛治疗途径,积极做好护理,可减轻患者痛苦,保证肿瘤患者化疗的顺利完成。

[关键词] 插管法; 中心静脉导管; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 472.9

[文献标识码] A

化疗是肿瘤患者常用的治疗方法之一。由于化疗药物的毒副作用,患者常承受渗漏性损伤及静脉炎的痛苦,而血管的破坏,往往影响患者下一个周期的治疗。因此,建立一条好的静脉通道,不仅可以减少患者因反复穿刺带来的痛苦,而且可以避免化疗药物对外周静脉的破坏和局部组织的刺激,保证化疗过程顺利地完成。外周静脉置入中心静脉导管(peripherally inserted central catheter, PICC)是由外周静脉(贵要静脉、肘正中静脉、头静脉)穿刺插入导管,其尖端定位于上腔静脉的方法。采用PICC置管可保护上肢血管网,避免反复穿刺外周静脉给患者带来的痛苦,减轻化疗对外周静脉的破坏。2008~2010年,我科对住院的48例患者进行PICC置管,无一例发生血、气胸及动脉损伤、空气栓塞等并发症。现将护理体会作一报道。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 48例中男28例,女20例;年龄36~82岁。置管时间58~160d。

1.2 器材 采用美国巴德公司生产的蓝色PICC导管,管长60cm,管腔容积1ml, PICC穿刺包、无菌手套、碘酒、乙醇、医用棉签、皮尺、止血带、无菌生理盐水、可莱福输液接头、20ml注射器、静脉穿刺包、3M透明贴膜等。

1.3 方法 确定静脉和插管穿刺点,贵要静脉粗、直、静脉瓣少为首选,其次可选肘正中、头静脉。患者平卧,手臂外展与躯干呈90°,测量定位。采用锁骨下静脉测量法,从预穿刺点沿静脉走向至胸骨切迹,再减去2cm。建立无菌区,消毒穿刺点,生理盐水预冲导管。扎止血带,以15°~30°进针,一旦回血立即放低角度推入导管针3~6mm,送外套管,左手示指固定导引套管,中指压在套管尖端处的血管上,松止血带,抽出穿刺针,用镊子夹住导管尖端,逐渐将导管送入预定的长度,退出导引套管并移去导

[收稿日期] 2011-05-24

[作者单位] 安徽省宿州市立医院 放化科 234000

[作者简介] 武 春(1968-),女,主管护师。