

# 快速康复外科理念在经皮肾镜取石术围手术期护理中的应用

马 艳, 陈冬梅, 常菲菲

**[摘要]** 目的:探讨快速康复外科(FTS)理念指导的围手术期护理方法对经皮肾镜取石术(PCNL)病人的康复效果。方法:将 60 例接受 PCNL 治疗的病人分为 FTS 组 30 例和对照组 30 例。对照组采用传统护理方法,FTS 组运用 FTS 理念指导的护理方法。比较 2 组术后排气排便时间、术后补液量、并发症、术后住院时间等指标,评价病人康复效果。结果:术后 FTS 组在首次排气时间、首次排便时间、术后补液时间及术后住院时间方面明显短于对照组( $P < 0.01$ ),而术后 2 组在腹胀、腹痛发生率和并发症方面差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:FTS 理念运用于 PCNL 手术是安全有效的,可提高舒适感,促进胃肠功能及体能恢复,缩短了住院时间,促进病人康复,且不增加术后并发症。

**[关键词]** 经皮肾镜取石术;快速康复外科;围手术期;护理

**[中图分类号]** R 47 **[文献标志码]** A **DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.04.036

快速康复外科(fast-track surgery, FTS)是近年来欧美等国家极力推广的一种以病人为中心,在围手术期利用多学科合作,采取一系列有效措施来缓解手术应激,减轻病人痛苦,减少并发症从而加速病人康复的一种理念和措施。经皮肾镜取石术(PCNL)作为治疗上尿路结石的治疗手段,具有手术创伤更小、并发症更少等优点,在临床上已得到广泛应用<sup>[1]</sup>。本文就 FTS 理念指导的围手术期护理方法对 PCNL 病人的康复效果作一探讨。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我科 2014 年 2 月至 2017 年 5 月 60 例择期行 PCNL 病人,其中男 37 例,女 23 例,年龄 20~75 岁。所有病人术前均经泌尿系统彩超、静脉泌尿系造影或泌尿系 CT 确诊。左肾结石 23 例,右肾结石 23 例,双肾结石 11 例,输尿管上段结石 3 例。结石直径 1.2~2.5 cm。在征得病人知情同意后,将病人分为 FTS 组与对照组,各 30 例。2 组病人在年龄、性别、病情、结石大小等方面均具可比性。

## 1.2 方法

**1.2.1 FTS 组** (1)护患沟通及评估:由责任护士认真评估病人情况,根据病人的年龄、文化程度及性格特点有针对性地进行术前指导和心理护理。利用多种图文并茂的宣教方式来向病人讲解手术的目的及方法,以及围手术期可能出现的情况及解决的方法和需要的配合。提前告知病人手术的特殊体位并

指导病人进行训练。举例讲解近期同类手术成功的事例,解除心理障碍,增强病人康复信心。(2)术前饮食指导:按照 2011 年美国麻醉学会重新修订的术前禁食指南<sup>[2]</sup>所提出的允许病人术前 2 h 进食清流质,术前 6 h 可进食易消化食物,允许术前 8 h 可进食固体食物。结合 FTS 理念,指导病人术前一晚正常进食至 10 点前,术前 2 h 可饮水口服 5% 葡萄糖溶液 250 mL,以缩短病人禁饮时间,减轻病人不适感。(3)术后护理:麻醉清醒后 6~8 h 后指导少量饮水,无腹痛腹胀不适时可增加饮水量。术后第 1 天腹部听诊肠鸣音无异常时可指导病人进食水、稀粥、鱼汤等流质饮食,少食多餐,循序渐进。术后第 2 天可进食软质的半流质饮食。(4)体位与活动:术后麻醉清醒 6~8 h 后,取平卧位及低半卧位的舒适体位,帮助病人床上活动四肢,注意避免腰部扭动及过度活动<sup>[3]</sup>。卧床休息 2~3 d,血尿不明显时指导协助下床活动<sup>[4]</sup>。站立、行走活动每次 10 min,每天 3 次。如无明显出血,可开始增加活动范围及时间,避免剧烈运动。(5)手术当天输注 2 000~3 500 mL 液体,术后 2~3 d 仅输注包括抗生素、预防应激性溃疡和维生素类药物 1 000~1 500 mL。(6)管道护理:PCNL 术后部分留置肾脏造瘘管夹闭是为了使血液在肾、输尿管凝固,肾内压力增高达到压迫止血的目的<sup>[5]</sup>。我们采用粘贴式的新型敷料使已夹闭的造瘘管固定在术侧腰背部皮肤,加强巡视,防止敷料脱落造瘘管滑脱,同时注意观察造瘘口周围有无出血及尿液外渗现象。妥善固定尿管,床尾悬挂导管标识,加强宣教,防止滑脱。做好会阴部清洁,预防感染,增加病人舒适度。术后 3~5 d 复查腹部平片无异常则拔出肾造瘘管,留置尿管 5~7 d 拔除。

1.2.2 对照组 采用传统护理方法。(1)术前护理:术前1 d备皮,术前禁食12 h,8 h禁饮,术前晚灌肠1次,术晨灌肠1次。(2)术后护理:去枕平卧6 h,禁食水1~2 d,待肛门排气后恢复进食。术后卧床休息5~7 d后协助下床活动。

1.3 观察指标 比较2组病人术后肛门首次排气时间、首次排便时间、补液时间、住院时间和围手术期发生并发症的情况。

1.4 统计学方法 采用 $t$ (或 $t'$ )检验和 $\chi^2$ 检验。

## 2 结果

术后FTS组在首次排气时间、首次排便时间、术后补液时间及术后住院时间方面均明显短于对照组( $P < 0.01$ ) (见表1)。术后FTS组发生腹胀腹痛3例,对照组5例,差异无统计学意义( $\chi^2 = 0.63$ ,  $P > 0.05$ )。FTS护理组并发症3例,1例血尿明显,经保守治疗后好转;2例发热,血常规检验提示白细胞、中性粒细胞高于正常,予以加大抗生素用量,延长使用时间治疗后体温正常。对照组并发症4例,2例出现明显血尿,给予使用止血剂,保守治疗后好转;1例出现轻度尿液外渗,给予延长肾造瘘管留置时间,保持引流通畅,加强各导管护理后痊愈;1例发热,给予使用抗生素治疗5 d后体温正常。2组并发症发生率差异无统计学意义(Fisher's确切概率法,  $P > 0.05$ )。

表1 2组病人术后观察指标的比较( $\bar{x} \pm s$ ; d)

分组	$n$	首次 排气时间	首次 排便时间	术后 补液时间	术后 住院时间
FTS组	30	1.1 ± 0.3	1.7 ± 0.3	2.7 ± 0.8	5.6 ± 1.4
对照组	30	1.9 ± 0.3	2.9 ± 0.6	4.6 ± 1.1	7.3 ± 1.4
$t$	—	8.43	8.00 <sup>△</sup>	6.25	3.84
$P$	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

△示 $t'$ 值

## 3 讨论

FTS理念主要依靠微创技术操作、麻醉以及围手术期护理3个环节来实现。其中微创外科技术是FTS的核心内容。微创技术如经皮肾镜、输尿管镜及腹腔镜的应用促进了泌尿外科手术病人的尽快康复。围手术期护理则是最重要的环节,把FTS理念中已证实有效的护理方法应用于PCNL的术前、术中及术后护理,减少了手术应激反应和并发症。

FTS理念的一项重要内容就包含着对择期手术病人术前禁食、禁饮时间的改变。术前长时间的禁

食水不仅增加了病人口渴、饥饿感,还进一步促使胰岛素抵抗的发生,影响组织修复、切口愈合,降低机体抗感染能力。FTS组缩短禁食水时间,给病人术前口服葡萄糖,储备了一定的能量,促进体内胰岛素释放,减轻了术后胰岛素抵抗<sup>[6]</sup>,不仅减轻了口渴、饥饿等不适感,更加提高了病人手术耐受力,促进了早日康复。

泌尿微创外科手术多经腹膜后入路,因此被认为会对病人的肠道有干扰,传统观念认为术后2~3 d排气后证实肠功能恢复才能进食。但目前并没有证据能证明这一方式可降低术后胃肠道并发症的发生。术后早期经口进食能促进肠蠕动,增加机体对能量蛋白质的摄入,及时补充了能量,增加了抗病能力,有利于快速康复。本研究中FTS组病人术后排气排便时间均比对照组早,但腹胀、腹痛不适主诉发生率2组并无显著差异,可见早期经口进食对PCNL病人是安全可行的。

术后大量输入液体会导致病人体质量增加,导致胃肠道功能差,从而延长住院时间,有报道<sup>[7]</sup>认为减少液体的输入有利于减少并发症的发生并缩短住院时间。

FTS护理理念强调了术后早期活动的重要性。但是由于肾脏组织质地脆、血管丰富等特点,且PCNL本身对肾脏有创伤,故临床工作中大部分医生要求术后病人尽可能卧床休息5~7 d。本研究FTS组术后卧床早期开始指导和协助病人床上活动四肢,2~3 d后观察无明显出血,尿色转清后即下床活动,对避免发生压疮、肺部感染和下肢深静脉血栓等并发症以及减轻痛苦、缩短住院时间有着重要的意义。

综上所述,FTS理念运用于PCNL是安全有效的,可减轻病人的心理负担,提高舒适感,促进胃肠功能及体能恢复,缩短了住院时间,促进病人康复,且不增加术后并发症,值得推广应用。

### [参 考 文 献]

- [1] 鱼书军,罗旭. 经皮肾镜碎石术治疗上尿路结石的进展[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版),2015,9(1):137.
- [2] Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures[J]. Anesthesiology,2011,114(3):495.
- [3] 袁晓红. FTS理念在微创治疗老年肾结石病人中的应用[J]. 护理实践与研究,2013,10(18):60.
- [4] 卞先莲,周春. 快速康复外科理念在经皮肾镜碎石术围手术期护理中的应用效果[J]. 当代护士,2013(12):39.

- [5] 杨贞. 经皮肾镜取石术后常见并发症的原因分析与护理进展[J]. 护理管理杂志, 2011, 11(3):188.
- [6] FARIA MSM, DE AGUILAR-NASCIMENTO JE, PIMENTA OS, et al. Preoperative fasting of 2 hours minimizes insulin resistance and organic response to trauma after video-cholecystectomy: a randomized, controlled, clinical trial[J]. World J Surg, 2009, 33

(6):1158.

- [7] BRANDSTRUP B. Fluid therapy for the surgical patient[J]. Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 2006, 20(2):265.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2018)04-0549-03

· 护理学 ·

## 医护联合式健康教育在降低脑卒中后 吞咽困难病人误吸发生中的应用

肖瑞红, 陶如华

**[摘要]** 目的:探讨医护联合式健康教育模式在降低脑卒中后吞咽困难病人误吸发生中的应用效果。方法:选取脑卒中后吞咽困难病人 70 例,按照入院时间的先后顺序分为对照组和观察组,各 35 例。观察组给予医护联合式健康教育,对照组给予常规健康教育,比较 2 组病人误吸发生率、健康教育知识的掌握程度和满意度。结果:观察组误吸率 11.43%,对照组误吸率 31.43%,2 组误吸率差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组病人在食物性状及餐具选择、进食体位、正确喂食方法、误吸的危险性和主要症状、误吸后紧急处理方法及吞咽功能训练方面均优于对照组( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ )。观察组病人和/或家属满意度明显高于对照组( $P < 0.01$ )。结论:医护联合式健康教育有利于增强病人对脑卒中后吞咽困难及误吸相关知识的掌握程度,有效降低误吸的发生,提高病人和家属的满意度。

**[关键词]** 吞咽困难;医护联合式健康教育;误吸

[中图分类号] R 571

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.04.037

脑卒中是神经内科的一种常见疾病,临床特点有发病率高、并发症多、致残率高等<sup>[1]</sup>。吞咽困难及其引起的误吸是脑卒中后常见的并发症。据文献<sup>[2]</sup>报道,脑卒中后的病人中 57%~73% 会发生吞咽功能障碍,而在这些吞咽功能障碍的病人中,43%~54% 的病人会发生误吸<sup>[3]</sup>。脑卒中病人一旦发生误吸,将会导致吸入性肺炎、窒息、营养不良等不良后果。既加重了病人的经济负担,也延长了住院时间,若未得到有效及时的救治,严重者可致死,甚至会引起严重的医疗护理纠纷<sup>[4]</sup>。而健康教育可以有效影响病人及家属的个体行为,使其熟练掌握所患疾病的相关康复知识,提高遵医行为,树立战胜病魔的信心,提高病人的生活水平和生活质量<sup>[5]</sup>。研究<sup>[6]</sup>表明,良好的医护合作是提高医疗护理水平,促使病人早日康复的重要保证。我科对 35 例脑卒中后吞咽困难的病人实施医护联合式健康教育,效果良好。现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院神经内科病区 2016 年 1-6 月收治的脑卒中后吞咽困难的病人 70 例。纳入标准:(1)按照《中国脑血管病防治指南 2007》中脑卒中诊断标准确诊,并经颅脑 CT 或 MRI 检查报告证明脑出血或脑梗死<sup>[7]</sup>;(2)神志清楚;(3)能经口进食,但有饮水呛咳、吞咽困难,未留置胃管;(4)病人或家属知情同意。排除标准:(1)合并有其他影响到吞咽功能的疾患,如重症肌无力、帕金森病、格林巴利综合征等;(2)意识或精神障碍不能合作的病人;(3)咽喉或口腔有疾病的病人;(4)洼田氏饮水试验 II 级以下的病人。按照入院时间的先后顺序将选取对象分为对照组和观察组,2016 年 1-3 月住院的 35 例吞咽困难病人作为对照组,2016 年 4-6 月住院的 35 例吞咽困难病人作为观察组,对照组男 21 例,女 14 例,年龄 47~93 岁;入院时洼田饮水试验 II~III 级者 22 例,IV~V 级者 13 例;观察组男 22 例,女 13 例,年龄 44~91 岁;入院时洼田饮水试验 II~III 级者 21 例,IV~V 级者 14 例。2 组病人在吞咽困难分级程度、年龄、性别及病程方面均具有可比性。

#### 1.2 方法

[收稿日期] 2017-05-30 [修回日期] 2017-09-18

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 神经内科,安徽 蚌埠 233040

[作者简介] 肖瑞红(1978-),女,主管护师。