

泌尿外科微创手术围手术期护理进展

詹水连

(富川瑶族自治县民族医院, 广西 贺州 542700)

【关键词】泌尿外科; 微创手术; 围手术期护理

【中图分类号】R472

【文献标识码】A

【文章编号】ISSN.2096-2479.2016.08.073.02

现代医学发展快速, 微创手术具有出血少、创伤小、术后恢复快、手术时间短、患者依从性高等优势。随着输尿管镜、经皮肾镜、电切镜为代表的一系列微创技术的发展, 已在泌尿外科的广泛开展应用, 保障患者成功、安全完成手术的关键是加强围手术期护理。本文综述泌尿外科微创手术围手术期护理的进展情况, 现报道如下。

1 术前护理

1.1 术前评估及治疗

术前对患者康复和手术的影响因进行素筛选, 对此澳大利亚、美国、加拿大已经实现了规范化操作^[1]。应对患者全面了解既往史及目前健康状况, 有无高血压、糖尿病, 有无吸烟、慢性便秘史, 评估心、肺、肾等器官的功能。指导高血压、糖尿病、慢性便秘、肾功能不全者的饮食控制及治疗用药。加强患者的呼吸功能训练, 鼓励有效咳嗽咳痰、戒烟, 防止术后排痰困难导致肺部感染。

1.2 心理护理

泌尿疾病病程长, 保守治疗效果差, 患者长期忍受着疾病所带来的痛苦, 长期受到负面情绪影响, 心理敏感, 担心手术效果, 对微创手术存在一定顾虑, 存在紧张、恐惧、焦虑等负性心理严重。研究表明, 负性心理可造成生理、精神、免疫三大系统紊乱^[2]。快速康复外科护理理念认为, 恰当的围手术期健康教育与心理护理对临床治疗可起到重要的辅助和促进作用, 有利于患者的恢复^[3]。护理人员针对患者的心理特点进行心理疏导, 根据患者生活习惯、文化水平的不同, 介绍病情, 告知术前后需要配合的要领, 讲解微创手术所具有的优势, 手术方式、流程及预期效果, 并介绍手术成功的病例, 从而使患者得到心理的满足感和生理的安全感, 提高了患者的依从性, 增强其战胜疾病的信心。

1.3 肠道准备

以清洁效果好、操作简便、患者耐受性佳为肠道准备的原则。有文献^[4]报道, 取复方聚乙二醇电解质散溶液进行肠道准备, 可快速清肠、效果佳、安全性高的优点。又有文献^[5]报道, 口服洗肠散有良好的清洁效果准备肠道清洁, 患者依从性高, 可替代传统的肥皂水灌肠方法。

2 术中护理

2.1 体位护理

确保患者安全和手术成功的基础是选择合理安全的手术体位^[6], 若选取不恰当的手术体位, 易引起并发症的发生, 并使得血流动力学严重紊乱^[7]。泌尿外科大部分微创手术多选用截石位, 临床上多采用俯卧位经皮肾镜手术, 并要求垫高成30°斜位在术侧肾区腹部, 使腰部成一低拱状平面。有文献报道^[8], 通过术前体位干预对患者术前进行体位练习, 可有效地减少或减轻经皮肾镜手术体位综合征的症状。

2.2 围手术期低温管理

环境温度过低、大量输液、使用大量冲洗液及麻醉导

致体温中枢调节异常, 均可造成身体热量散失, 抑制肌肉收缩的肌松剂也减少了机体产生热量。外科手术和麻醉期常见的并发症是低体温, 持续超过2 h的手术时间的患者发生低体温的比率为70%^[9]。有研究表明, 低体温易减少皮肤血流量和削弱机体的免疫功能, 增加手术切口感染^[10], 低温导致的寒战会增加机体的耗氧量, 使心脏负担加重, 进而诱发心律失常^[11]。围手术期低温管理有术中保温: 手术室相对湿度40%~60%, 室温保持在24℃~26℃, 以减少热量消散和寒冷刺激; 选用无纺布的一次性手术敷料包, 具有防水透气性, 避免术中大量冲洗使手术巾、床单渗湿; 减少不必要的暴露, 除手术部位暴露外, 其他部位均应覆盖保暖; 手术需用用量达几千至几万毫升的冲洗液冲洗视野, 一方面带走体内热量通过对流的形式, 另一方面将冲洗液通过切破的淋巴管、血管吸收进入血液, 是导致术中低体温的因素^[12]。可用输液增温器控制冲洗液温度, 保证冲洗液温度在32℃~34℃。每15 min监测一次体温^[13]。术后保温: 手术结束后, 立即用薄被覆盖, 注意保温。监测患者体温高于36℃才能送回病房。临床护理人员可视患者具体情况, 采用复合保温法进行复温^[14], 如预先准备好温度适宜的病房, 提前加温输注液体, 使用保温毯、热水袋等措施。

3 术后护理

3.1 疼痛护理

术后疼痛是临床比较常见的症状, 有效镇痛可降低因循环、呼吸系统并发症的发生率及疼痛引起的应激反应^[15], 术后2~3天选用患者自控止痛、口服非阿片类止痛药以及持续性硬膜外止痛等多模式止痛方法, 不仅可减少疼痛, 还可以减少或预防阿片类镇痛剂所致的胃肠道不良反应, 如恶心、呕吐等, 效果良好。

3.2 膀胱痉挛的护理

进行TURBP术后或者TURP术后的患者, 由于持续冲洗膀胱, 冲洗液温度较低会对膀胱的刺激, 气囊充盈过大及导尿管对膀胱三角区、膀胱颈及前列腺窝的刺激和压迫, 引流补偿血凝块堵塞引起膀胱内压力过高, 患者手术创伤以及精神紧张等都是膀胱痉挛引发的因素^[16]。协助患者变换舒适体位, 指导患者深呼吸和放松技巧, 如看报、看电视、听音乐、按摩下腹部, 鼓励患者多与家属及同室病友多交流, 使患者能积极配合治疗, 能有效减轻膀胱痉挛的症状。导尿管气囊充气合适, 保持导尿管引流通畅, 根据膀胱引流液的颜色调节冲洗速度, 正确的膀胱冲洗可减少出血、减轻逼尿肌张力, 控制膀胱冲洗液温度可采用输液增温器, 冲洗液温度保证在32℃~34℃, 能有效地减少膀胱痉挛的发生^[17]。术后24 h内每6 h将双氯灭痛栓1粒塞肛或口服α受体阻滞剂坦索罗辛, 有效缓解疼痛及不适感。

3.3 预防下肢深静脉血栓形成

血液在深静脉内不正常地凝结形成深静脉血栓, 阻塞管腔, 致使静脉回流发生障碍, 而其最易发生的部位是下肢深

静脉。肢体功能不全极易由于形成下肢深静脉血栓导致，如果血栓脱落发生，则会造成肺栓塞，严重时甚至可危及生命^[18]。因此，术后要密切观察病情，对高危因素如高龄、每天吸烟25支以上、肥胖、糖尿病、血液高凝状态的患者需警惕血栓形成，采取有效的针对性预防措施。术中尽量避免用下肢静脉进行静脉输液，尤其左下肢血管以防深静脉血栓形成^[19]。可预防性应用低分子右旋糖酐，对抗血液高凝状态，因右旋糖酐可降低血液粘稠度，削弱血小板活动，增加血栓易溶性，改变纤维凝块结构，还有扩溶性，能改善血液循环^[20]。因泌尿手术术后多放置导尿管、双J管、冲洗管道等管路，术后患者大多卧床，应鼓励患者适当活动四肢，做双下肢抬高及伸屈活动（不牵拉管道）。还可以穿弹力袜或行气泵治疗。注意患肢保暖，密切观察患肢的皮温、颜色及动脉搏动情况。在确诊下肢深静脉血栓形成后，应卧床休息、抬高患肢，禁止热敷及按摩，可选用尿激酶溶栓及低分子肝素钙抗凝治疗。

3.4 管道护理

3.4.1 留置导尿管护理

保证导尿管通畅并妥善固定，三腔导尿管可用一粗细合适的无菌小纱布条缠绕尿管并打一活结于尿道口，将纱布结往尿道外口轻推，直至压迫尿道外口，注意松紧度要合适，将尿管固定于大腿内侧，稍加牵引，可避免因坐起或肢体活动致气囊移位，影响压迫止血效果^[21]。定时挤压导尿管，防止碎石及小血块堵塞尿管致引流不畅，如发生堵塞，可抽取生理盐水20 mL冲洗堵塞尿管使其通畅。术后动态观察患者尿量、尿色及血尿与活动的关系。鼓励患者多饮水，保持每日饮水2000 mL以上，用0.3%碘伏溶液擦洗会阴，消毒尿道口，预防感染。

3.4.2 留置双J管的护理

可在术后3~4周留置双J管，置管期间可有轻微血尿、尿急、尿频及尿痛等症状，应多饮水、限制活动。嘱患者准时来院拔除双J管。

3.4.3 肾盂冲洗的护理

经皮肾镜取石术中保留7F输尿管导管，术后建立肾盂冲洗通路可通过肾造瘘。冲洗时将生理盐水连接7F输尿管导管，肾盂造瘘管接引流袋，注意密封性，每天应更换输尿管、连通管、引流袋，防止感染。一般的肾盂冲洗选用生理盐水，若引流液鲜红，改用冰盐水。保持肾造瘘的通畅性，并调整冲洗的速度根据肾造瘘引流液颜色来，一般冲洗速度为0.5~1.5 ml/min，如果患者自觉腰部胀痛或引出液量少于冲洗液量时，应及时报告医生，考虑血块阻塞管道，同时对肾造瘘使用无菌生理盐水（每次量不宜超过10 mL）冲洗或用无菌注射器抽吸肾造瘘内血块，冲洗时注入液体的压力要低，动作要轻柔。

3.5 饮食指导

胃肠功能在微创手术的情况下受到的影响较小，有研究表明，术后一种有效的营养支持手段是早期胃肠内营养，肠麻痹的发生率得益于麻醉技术的发展而降低，术后安全有效的进食已经被证实是6 h^[22]。术后6~24 h可进食流质，进食半流质食物在24 h后，其后逐渐过渡到普食，应注意避免进食豆制品、糖、牛奶等产气食物。应遵循少量多餐的早期进食原则，宜清淡易消化、含丰富维生素、高蛋白食物，禁止刺激性食物。多食蔬菜和水果，多饮水，防止便秘。

4 小 结

泌尿外科微创手术明显减轻了患者痛苦，术后可较快康复，患者有较高的依从性。护理人员需不断学习新的知识，并坚持以患者为中心的医护模式下，加强围手术期护理，为每一位患者搭建优质平台，“手”护患者生命。

参考文献

- [1] McShane C, Honeysett A. What is the preadmission role in preparation of patients for track surgery? [J]. Aust Nurs J, 2013, 20(9): 37-39.
- [2] 陈天使, 符敏. 老年患者腹腔镜食道裂孔疝修补术的围手术期护理[J]. 现代临床护理, 2015, 14(2): 33-36.
- [3] 丁萍. 快速康复外科在泌尿外科患者围手术期护理中的应用进展[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(20): 1854-1857.
- [4] 邹毅. 复方聚乙二醇电解质散的肠道清洁临床观察[J]. 中国现代医生, 2009, 47(34): 137-138.
- [5] 林俞, 吴颖. 妇科腔镜手术护理的配合体会[J]. 福建医药杂志, 2008, 30(1): 149.
- [6] 陈少娟, 杜丽燕, 郭雅梅, 等. 术前体位干预预防经皮肾镜手术体位综合征的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2014, (6): 87-88.
- [7] 黄丽文. 妇科微创手术围手术期护理进展[J]. 中国临床护理, 2015, 7(6): 545-547.
- [8] 陈少娟, 杜丽燕, 郭雅梅, 等. 术前体位干预预防经皮肾镜手术体位综合征的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(6): 87-88.
- [9] Bernard H. Patient warming in surgery and the enhanced recovery [J]. British Journal of Nursing, 2013, 22(6): 319-326.
- [10] 魏洁. 复合保温护理在前列腺电切术患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2015, 12(11): 60-61.
- [11] 殷艳, 穆燕. 老年患者经尿道前列腺电切术中低体温原因分析及护理进展[J]. 护理学报, 2010, 17(1): 19-21.
- [12] 褚丽霞, 王君娣. 复合保温法在经尿道等离子体前列腺电切术中的应用的体会[J]. 中国医疗前沿, 2012, 7(6): 76.
- [13] 胡春燕. 预防围手术期低体温的护理进展[J]. 全科护理, 2013, 11(1): 79-81.
- [14] 卢妙容. 护理干预在预防泌尿外科腔镜手术患者术中低体温的临床观察[J]. 中国实用医药, 2012, 7(10): 219-220.
- [15] 唐华, 曾小燕. 运用快速康复外科理念指导腹腔镜肾切除术患者围手术期护理[J]. 护理学报, 2010, 25(7): 666-667.
- [16] 隋新红, 李显波, 徐丽丽. 膀胱、前列腺术后膀胱痉挛治疗的临床观察[J]. 临床护理杂志, 2010, 9(1): 35-36.
- [17] 黄丽芝, 杨素敏, 许静华, 等. 输液增温器在经尿道前列腺电切术后膀胱冲洗中的应用[J]. 全科护理, 2013, 11(11): 982-983.
- [18] 李俊丽. 手术患者下肢深静脉血栓形成的预防性护理[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(21): 2984-2985.
- [19] 李春秋. 前列腺电切术后预防便秘诱发猝死的护理[J]. 实用医药杂志, 2010, 27(6): 539.
- [20] 由慧娟, 黄永红, 朱丹. TURP术后下肢深静脉血栓形成的护理[J]. 护理进修杂志, 2013, 8(22): 2099-2100.
- [21] 宋桂芳. 经尿道前列腺电切术后的护理[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(11): 204-205.
- [22] 徐霞, 郎琅. 早期进食对输尿管取石术患者胃肠功能恢复的影响[J]. 护理学杂志, 2012, 27(10): 84-85.

本文编辑：孙春宇