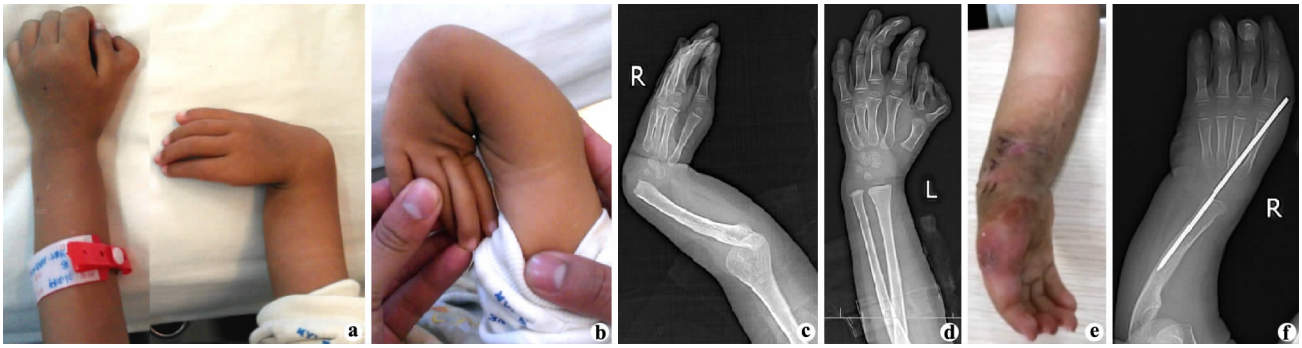


a:术前左手多指畸形,右手先天性桡骨缺如畸形;b:右腕被动桡偏可以与前臂平行;c:右上肢术前 DR 片;d:左上肢术前 DR 片;e:术后右上肢;f:术后 DR 片

图 1　先天性桡骨缺如患儿图像资料

Bayne 和 Klug 根据桡骨发育的情况将先天性桡骨缺如分为 4 型。Ⅰ型:桡骨远侧干骺端轻度发育不全,手腕轻度桡偏,同时拇指发育不全可能较为明显。Ⅱ型:桡骨远近段都存在稍低于正常的发育,但桡骨整体偏小,存在中度的手腕桡偏。Ⅲ型:2/3 的桡骨缺如,大多发生于桡骨远端,存在重度的手腕桡偏。Ⅳ型:桡骨完全缺如,手腕与前臂垂直。这种类型最为常见。

本例的特点是:①右上肢属于典型的 IV 型畸形;②左手拇指同时出现了多指畸形,有如右手拇指错误的生长在右侧,这种特点既往未见有报道。与右手先天性缺如是否有潜在的关系有待进一步研究;③Kozin 等[4]报道桡骨先天性缺如常伴有心血管系统、泌尿生殖系统、骨骼系统、造血系统发育异常,而本例患者除了双上肢的畸形外,其余部位发育正常。

一旦诊断为先天性桡骨缺如,应即开始治疗,包括保守治疗和手术治疗[5]。治疗目标包括:矫正手腕的桡偏畸形,尽可能保留手腕的活动功能,促进前臂在正常位置的发育,最终保持好的外形。保守治疗由理疗师和矫形外科医师共同配合指导患者完成,具体包括定期行理疗按摩防治桡侧挛缩、定制专用支具维持手腕于中立位等。如果保守治疗无效,可以考虑安排手术矫形,手术治疗方式有多种报道,包括尺骨中心化[6]、带血管腓骨小头骨骺移植[7]等,之前有报道采取桡侧软组织松解并尺侧克氏针内固定或者外固定架固定术[8-9],本例采取了该手术治疗并取得较好的效果。

[参考文献]

[1] David PG. Operative hand surgery[M]. Firsted. New York, Churchill Livingstone Inc, 1982:219 – 231.
[2] Urban MA, Osterman LA. Management of radial dysplasia[J]. Hand Clin, 1990, 6:589 – 605.
[3] 李世民. 临床骨科学[M]. 天津:天津科技出版社, 1988:757 – 758.
[4] Kozin SH. Upper-extremity congenital anomalies[J]. J Bone Joint Surg Am, 2003, 85:1564 – 76.
[5] Salati SA, Rabah SM. Congenital isolated right radial club hand[J]. Libyan J Med, 2010, 5:5090.
[6] 杨益宏,王振汉,宋明辉. 尺骨中心化治疗先天性桡骨缺如[J]. 中国矫形外科杂志, 2012, 20(23):2198 – 2199.
[7] 王新卫,张　俊. 带血管腓骨小头骨骺移植治疗先天性桡骨缺如 15 例报告[J]. 中国矫形外科杂志, 2000, 7(11):1126 – 1127.
[8] Saini N, Patni P, Gupta S, et al. Management of radial clubhand with gradual distraction followed by centralization[J]. Indian J Orthop, 2009, 43(3):292 – 300.
[9] Thirkannad SM, Burgess RC. A technique for using the Ilizarov fixator for primary centralization in radial clubhand[J]. Tech Hand Up Extrem Surg, 2008, 12(2):71 – 78.

(编辑:杨　颖)

经皮肾镜手术中优化护理流程的应用

杜文秀,曾　俊,卓　宏　(第三军医大学西南医院手术室,重庆 400038)

[**关键词**] 优化护理流程;经皮肾镜手术;手术配合
[**中图分类号**] R472.3;R69　[**文献标识码**] B　[**文章编号**] 1672-5042(2013)05-0577-02

经皮肾镜技术与传统开放手术比较具有很多的优势,并成为了治疗复杂性肾结石的首选治疗方式[1]。然而,如何减少其手术的相关并发症(包括术中低体温、水中毒、感染等)以及如何提高手术效率仍是医护理人员关注的问题。2012 年 11 月至 12 月对在本院手术室行经皮肾镜手术患者 128 例施行优化护理流程,观察术中发生并发症、护理意外事件例数、手术时间、平均接台时间等情况,现报告如下。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305065
[**收稿日期**] 2013-03-13　[**修回日期**] 2013-03-30

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2012 年 11 月至 12 月在本院手术室行经皮肾镜手术患者 128 例作为观察组,年龄 20 ~ 68 岁,平均 43 岁。2011 年 11 月至 12 月在本院手术室行经皮肾镜手术患者 116 例作为对照组,年龄 18 ~ 70 岁,平均 41 岁。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

对照组患者施行常规护理流程,护理人员为科室随机分配。观察组采取优化护理流程,人员及设施优化配备,配备电动手术床及专用仪器、器械及物品等,相对固定手术组人员手术医师 3 名、技师 1 名、麻醉医师 1 名、洗手护士 1 名、巡回护士 1 名。其中技师负责术中 B 超机、腔镜仪器的合理摆放以及腔镜器械及特殊耗材的供给;为适应高速运转的手术环节、接台手术,提高手术配合质量,巡回护士实行 1 ~ 2 月轮转制。观察、比较术中发生并发症(低体温、水中毒)、护理意外事件例数(如输液管道脱落等)、手术时间、平均接台时间等情况。

1.3 优化后的手术护理流程

1.3.1 术前准备流程优化 术前 1 d 常规访视,并应认真核查患者手术部位及标识。洗手护士负责领取手术器械及敷料。手术所需无菌耗材全部分类放于手术间分好格的专柜内,便于便捷、高效地添加手术物品,并及时补充。腔镜器械灭菌待用。充分准备术中冲洗用的生理氯化钠溶液。体位物品根据使用部位分别放置于床头及床尾固定地点。对于体质虚弱及铸形结石患者还应铺设变温毯,以防术中低体温的发生。

1.3.2 术中配合流程优化 建立输液通道于健侧上肢。在麻醉前巡回护士安置好截石位体位并在患者臀下垫一次性防水布以防床单浸湿,全麻后协经尿道输尿管镜下放置输尿管导管后留置硅胶气囊尿管连接抗反流尿袋,输尿管导管末端连接头皮针软管,再接注射器暂时封闭末端,巡回护士用胶布将输尿管导管和硅胶气囊尿管缠绕在一起以固定输尿管导管。巡回护士组织好人员摆放俯卧位:麻醉医生负责头部的摆放及气管导管的固定,巡回护士负责保护好输液通道及尿路管道,手术医生与麻醉医生一起协调一致翻动患者至俯卧位。使用保护具及衬垫用物确保耳廓、眼睛、膝部、脚尖及其它部位不受压,升高手术床腰桥,悬挂好抗反流尿袋至手术床边并将流出道打开,使用吉尔碘消毒后铺一次性防水巾单,注意使患者体侧的巾单塞进患者与手术床之间的腔隙,然后无缝隙贴上脑科手术帖膜以防术中冲洗液沿患者体侧浸湿手术床单导致患者低体温,技师将 B 超机打开备用。台上使用静脉输液延长管与输尿管导管末端的头皮针软管连接后持续注入生理盐水至肾盂至穿刺成功。B 超引导下穿刺、用筋膜扩张器及配套鞘逐步建立经皮肾通道,自通道置入输尿管镜或肾镜并在灌注泵高压冲水下,用碎石机碎石,利用水流冲出和取石钳取出结石。术毕顺行留置双 J 管和肾造瘘管。术中根据医嘱给予抗生素、利尿剂等药物,监测患者体温,若患者体温下降,可输入经医用恒温箱加温至 37 ~ 40 ℃的液体,可以较好的稳定患者体温。

1.3.3 术后护理流程优化 整理好各种管路后,与手术医生、麻醉医生一起协调一致将患者翻转后平移至手术推床。将尿管及肾造瘘管挂于推床一侧维持通畅,术毕可据医嘱夹闭造瘘管,使收集系统内形成血凝块而自行停止,不能冲洗或强求造瘘管通畅[2],将患者送往恢复室,与恢复室护士交接各管路特别是肾造瘘管状况及一般情况。

2 结果

两组患者手术期间出现并发症情况及平均手术、接台时间比较见表 1。观察组 1 例患者术中出现低体温,其体温为 34.3 ℃,采取输入用恒温箱加温至 37 ~ 40 ℃的液体,术后加盖加温毯的措施后体温恢复正常。无其它并发症,均愈合出院。

表 1 2 组病例情况比较

组别	术中并发症(例)		护理意外事件	手术时间	平均接台时间
	低体温	水中毒	(例)	(h)	(min)
对照组	3	1	2	1.16	48
观察组	1	0	0	1.08	31

3 讨论

由于经皮肾镜手术一般须摆放截石位及俯卧位两个手术体位,以及手术中需要持续冲洗是该手术有别于其它手术的两大特征,护理工作中注意预防患者发生体位并发症、低体温等是手术中护理工作的难点、重点[3]。本流程旨在保障患者安全的前提下提高经皮肾手术配合质量,预防患者发生体位并发症、低体温,并提高工作效率,使手术室护理工作具有连贯性,合理分配各类人员职责,同时也注重细节化的发展。手术所需无菌耗材的放置、体位物品的放置等均是以围绕工作高效率开展为目的;静脉输液通道的建立、各类仪器的放置则是为了为手术医生营造良好的工作环境;手术患者麻醉前摆放截石位即能体现护理人员工作节力原理,也能在保障手术操作方便的前提下让患者自己体会舒适的体位;两种手术体位下防水巾单的铺置、并强调俯卧位时选用吉尔碘消毒便于脑科贴膜无缝隙粘贴于患者皮肤,是为了预防患者低体温及手术部位感染的发生[4-5];巡回护士合理组织各类人员进行术中俯卧位的摆放和翻转过程中,及各细节的处理,均是预防体位摆放过程中各关节脱位、管道脱落等事故的发生,以保障患者的安全。

[参考文献]

[1] 李 逊. 经皮肾镜取石术的微创理念[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志, 2010,4(3):176 - 177.

[2] 林 岩,谭淑芳,卢玉贞. 实用手术护理学[M]. 广东:中山大学出版社,2006:570 - 571.

[3] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 山东:山东科学技术出版社,2001:654 - 667.

[4] 刘林莉,曾 俊. 强制性脊柱炎患者行经皮肾碎石术体位的选择[J]. 局解手术杂志,2012,21(6):706.

[5] 邓雪萍,赵 非,莫知芳. 经皮肾镜手术患者术中低体温的护理干预及效果观察[J]. 吉林医学,2010,31(16):2519 - 2520.

(编辑:左艳芳)