者可以不去医院即可解决问题,给外地患者带来了方便;②为患者提供造口相关的文字及图片,让患者更直观的了解造口方面的知识,了解造口并发症发生的情况及处理方法;③通过提供的教学视频教会患者及家属如何更换和灌洗造口袋,了解在更换时的注意事项和常见问题的处理;④进行在线咨询服务,当患者遇到疑难问题时,在家即可通过在线服务解决疑难问题;⑤通过留言回访,我们可以及时了解患者存在的问题及患者对我们的满意情况;⑥造口网络弥补了我们对患者进行出院指导的不足,同时能与患者进行更好更有效沟通。通过造口网络,解决了延续护理中断情况,得到了广大患者的好评。造口网络也存在局限性:①如果要建立造口网络,需要专门人员进行网络的管理和更新;②需要成立网络造口专家小组,进行技术和质量管理,这样才能保证造口网络品质;③造口网络是一项服务性工作,在经费问题上需要得到支持;④受到网络覆盖面的限制;⑤对于大多数老年患者,很难达到网络在线咨询服务的要求。随着数字化、信息化时代的发展,利用造口网络更好地服务于患者应该是医务工作者的责任。

[参考文献]

[1] 张静燕,张亚琪,高 科. 造口门诊结肠造口患者的心理干预效果[J]. 当代护士,2011,(3):134-135.

[2] 高艳兰.《造口护理手册》在健康教育中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(5):119-120.

[3] 孟小芬,段艳霞,项 瑜. 结肠造口病人出院时知识需求调查与对策[J]. 护理研究,2011,25(1):33-35.

(编辑:余汇洋)

经皮肾镜治疗孤立肾鹿角型结石患者的护理

Nursing of patients with staghorn calculi in the solitary kidney in the treatment of percutaneous nephrolithotomy

王 敏,景 硕,李 莉 (中国医科大学附属第一医院手术室,辽宁 沈阳 110001)

[关键词] 孤立肾;鹿角型结石;经皮肾镜;护理干预

[中图分类号] R692.4;R615 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)06-0674-02

随着微创技术和理念的发展,经皮肾镜碎石术(percutaneous nephrolithotomy,PCNL)因其创伤小、术后恢复快、效果显著而基本取代开放式手术,成为治疗肾结石的主要手段。鹿角型结石大多数为感染性结石,其治疗难点主要是失血多、手术时间长、术后感染加重多、术后结石残留率高[1]。对于发生在孤立肾的鹿角形结石,需要在清除结石的同时尽可能的保护肾功能,减少出血及感染发生,其围手术期护理更具有特殊性及复杂性。我院于 2006 年 10 月至 2011 年 10 月,应用 PCNL 治疗存在鹿角型结石的孤立肾患者 34 例,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例 34 例,其中男 13 例,女 21 例,年龄 27~51 岁,平均 37.8 岁。左肾结石 15 例,右肾结石 19 例;X 线阴性结石 9 例,阳性结石 25 例;通过 CT 及 IVP 进行测量,结石长径为 4.1~6.5 cm。本组病例中体检发现 23 例,伴有腰痛 7 例,血尿 4 例,术前尿细菌培养阳性 13 例,并发肾积水 7 例,术前曾行体外震波碎石术(extracorporeal shockwave lithotripsy, ESWL)6 例,移植肾 3 例,伴有糖尿病 11 例,肾功能不全 4 例,均已留置 D-J 管解除梗阻,目前血肌酐水平稳定,为 162.5~320.8 mmol/L。

[收稿日期] 2012-06-04 [修回日期] 2012-06-23

1.2 方法

除移植肾患者采用硬膜外麻醉外,均采用全身麻醉。取截石位,经膀胱镜于患侧输尿管内留置 F5 输尿管导管,留置导尿。留置输尿管导管成功后,改为俯卧位,移植肾患者采用仰卧位,经输尿管导管注入 30% 复方泛影葡胺注射液,C 型臂 X 线机定位下,通过目标肾盏穿刺入肾盂,筋膜扩张器逐号扩张至 F18,留置操作鞘,EMS 第三代气压弹道碎石系统击碎结石,冲出碎石后留置 F16 肾造瘘管及 F5D-J 管各 1 枚。

2 结果

34 例均行单通道操作,一期手术完成。术后 1 个月复查结石残留(残留结石最大直径大于等于 4 mm)为 11 例(32.4%)。术后出血输血 3 例(8.8%),行保守治疗后治愈,均未行介入栓塞。术后发热,体温大于等于 38.5 ℃14 例(41.2%),其中出现感染性休克 4 例(11.8%),通过治疗后纠正。无胸腔及肠道副损伤出现,住院时间 11~24 d,平均 13.2 d。

3 讨论

3.1 术前护理

术前行 IVP 及肾脏 CT 检查以明确结石的位置、大小、与肾脏集合系统的关系以及肾脏积水的情况,避免术中误损伤肠道。由于患者为孤立肾鹿角型结石,故术前要了解患者的肾功

能情况,是否存在泌尿系感染以及感染的控制情况。鹿角型结石多是感染性结石,且结石较大,手术时间较长,易出现泌尿系感染,甚至全身感染,故术前 30 min 常规预防性应用抗生素。而对于糖尿病、肾功能不全以及移植肾的患者,更应引起注意。对于糖尿病病人应注射胰岛素将血糖纠正至正常,肾功不全伴高血压患者,术前正常服用降压药物,避免高血压的出现,减少术中出血的机会。移植肾结石的患者,要加强病房消毒。向患者讲述 PCNL 的优越性,以及术后注意事项,使患者有良好的心态来面对手术,积极配合治疗。除移植肾患者外,其他患者在手术过程中要经历截石位和俯卧位,故自入院起,指导患者在病床上进行练习。

3.2 术后护理

3.2.1 肾造瘘管护理 常规不夹闭造瘘管,保持造瘘管通畅是为了防止肾盂内压力升高,造成细菌内毒素入血加重感染[2]。在患者翻身以及活动时,应防止造瘘管脱出。术后 3 ~ 4 d 复查 KUB 或 CT,若无明显结石残留,夹闭管 24 h,如果无发热、腰痛、尿外渗发生,则可拔除肾造瘘管。拔管后局部应用无菌凡士林纱条填塞,嘱患者卧床,若出现血尿、尿外渗、发热,及时通知医生。在拔除造瘘管后的 24 h 内,由于失去了造瘘管的压迫以及拔除造瘘管时与创缘的摩擦,很可能再次出现出血[3],故在拔除造瘘管后,嘱患者继续绝对卧床 24 h。

3.2.2 D-J 管的护理 D-J 管放置在术侧的输尿管内,起到引流的作用,一般于术后 4 周拔除。术前要对患者进行充分的宣教,在留置 D-J 管期间,可能出现血尿、感染以及刺激症状,使患者了解。注意肾造瘘管及尿管的颜色是否一致,患者是否存在腰痛,及早发现 D-J 管位置不佳。在出院时告知患者,部分患者可出现 D-J 管脱落、堵塞,需要重新留置;部分患者可能带管期间,D-J 管表面附着结石,造成 D-J 管嵌顿,拔除困难,使患者有充分的思想准备。

3.3 并发症的观察和护理

少尿期需要严格计算患者的出入水量,注意心电监护有无高钾血症的表现。多尿期需要注意有无离子紊乱以及感染的存在。还应注意血压的变化,及时纠正高血压。注意肾造瘘管以及尿管的尿色尿量,若尿色加深,可夹闭造瘘管,应用止血药物。注意检查血常规和血压变化。若仍无好转,及早行介入手术,进行栓塞治疗。由于鹿角型结石术后出现发热以及感染性休克的机率高。术后注意观察患者生命体征、尤其是体温和意识状态,以及尿量的改变,及早控制感染,防止加重导致休克。如发展至休克前期,应及早纠正休克。出现感染性休克,在抗感染、补液、血管活性药物应用的同时,需要注意患者呼吸、周身皮肤、尿色的改变,防止出现 ARDS 和 DIC。对于移植肾的患者,更应该重视,采取保护性隔离,保持口腔和皮肤的清洁,病房通风消毒等。

3.4 出院指导

如肾功正常,出院时嘱患者多饮水,起到内冲洗作用,以利于碎石排出,预防尿路感染的发生。按照结石成分分析结果,指导患者饮食。由于携带 D-J 管,使输尿管口失去了抗返流的作用,故嘱患者避免憋尿及增加腹压,防止尿液返流引起逆行感染。嘱患者术后 1 个月内尽量卧床休息,术后 3 个月内避免剧烈活动,防止二次出血,同时防止 D-J 管移位脱出。叮嘱患者拔除 D-J 管的时间,并在拔管期限到时电话告知,避免 D-J 管留置时间过长而出现不必要的麻烦。

[参考文献]

[1] 叶章群,邓耀良,董 诚. 泌尿系结石[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:404 - 405.

[2] Aghdas FS, Akhavizadegan H, Aryanpoor A, et al. Fever after percutaneous nephrolithotomy: contributing factors[J]. Surg Infect, 2006, 7(4):367 - 371.

[3] Millard WW, Jellison FC, Tenggardjaja C, et al. Hemostatic sandwich to control percutaneous nephrolithotomy tract bleeding[J]. J Endourol, 2010, 24(9):1415 - 1419.

(编辑:张天飞)

胫后皮瓣转移治疗膝内外侧皮肤缺损的临床应用

Clinical application of posterior tibial flap transfer for the treatment of knee inner side skin defects

黄展华[1],周代君[2],邓忠良[3] (1. 广西平南县第二人民医院骨科, 广西 平南 537307;2. 第三军医大学学员旅 4 队,重庆 400038;3. 重庆医科大学附属第二医院骨科,重庆 400010)

[关键词] 胫后皮瓣;转移;膝内外侧皮肤缺损

[中图分类号] R322.99 [文献标识码] B [文章编码] 1672-5042(2012)06-0675-02

临床上,若踝部和小腿的软组织受到损伤,并且周围皮肤的条件也较差,无法使用附近的皮瓣进行推移,若同时伴有主要供血血管受伤,吻合血管的游离皮瓣的移植也很难施行。交腿皮瓣移植法可以使对侧小腿或者踝部创面被覆盖,不用把胫

[收稿日期] 2012-06-16 [修稿日期] 2012-06-25