维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.4

经尿道输尿管镜气压弹道碎石术的护理

田秀珍,袁 军
(百色市人民医院,广西 百色 533000)

[关键词] 输尿管镜; 气压弹道碎石术; 护理
[中图分类号]R693.4 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2003)04-0311-02

气压弹道碎石术是在输尿管镜下应用气压弹道碎石机进行碎石的一种腔内新技术,是目前治疗中、下段输尿管结石的首选方法,具有操作简单、碎石效力高、碎石时间短及无热效应、对周围组织损伤小等优点[1]。我院从2002年5月至2003年6月应用F 8/9.8 Wolf牌输尿管硬镜治疗泌尿系统结石108例,疗效满意。现对其护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共108例,男88例,女20例,平均年龄44岁。左侧输尿管结石32例,右例输尿管结石48例,双侧结石4例,尿道结石7例,膀胱结石12例,肾盂结石5例,结石横径3~20 mm,长径4~22 mm,其中有5例曾行体外震波碎石治疗未愈。

1.2 方法

术前1 h常规摄腹部平片。采用腰麻或硬腰联合麻醉,取截石位,在注水情况下经尿道插入输尿管硬镜,并沿导丝将输尿管镜置入患侧输尿管,见到结石后从输尿管镜操作腔插入直径为0.8~1.2 mm的碎石针,直视下用碎石针抵住结石,由低至高逐渐升高压力,一般采用0.3 Mpa。选择工作模式(单发或连发),启动气压进行碎石。用取石钳或套篮取出较的大结石,较小碎石粒则可自行排出。

2 护理体会

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 向病人及家属说明气压弹道碎石术是近年来用于治疗泌尿系结石的一种腔内碎石新技术,该技术属微创手术,创伤小、痛苦少、恢复快,可使绝大多数病人免于行开放手术,术前须给患者讲明术后需置双J管或辅以体外震波碎石,以及手术的大致操作过程,置入双J管的目的和作用,可能出现的不适症状和护理对策,以缓解病人的心理压力,争取得到病人的主动配合。

2.1.2 患者准备 术前行双肾B超,腹部平片和静脉肾盂造影检查,掌握病人输尿管走行特点及输尿管扭曲、狭窄部位,从而减少并发症的发生,提高手术成功率。输尿管结石病人应于术晨进行腹部平片复查,了解结石是否移位或排出。

2.1.3 实验室检查 常规行血常规、出凝血时间、肝肾功能、尿常规及尿细菌培养、心电图及胸部透视检查,排除心肺疾患。

2.1.4 抗感染治疗 术前1-3 d应用抗生素。对已有泌尿系感染者,应根据药物敏感试验结果,选择相应抗菌素治疗,待尿培养转阴后再行手术。

2.1.5 禁食 术前12 h禁食,4 h禁饮。术前晚服泻药清洁肠道。

2.2 术后护理

气压弹道碎石术后常规留置尿管和输尿管导管。术中证实结石部位输尿管狭窄或合并输尿管损伤时,应留置双J管行内支架引流,置管时间一般为4~6周。因为碎石术后输尿管粘膜均有不同程度的水肿,出血或粘膜剥脱,有时结石碎片堆积在一起形成石街,造成梗阻而影响肾功能,继发感染。术后应严密观察尿液的颜色、性质,发现异常及时报告医生处理。

妥善固定尿管和输尿管导管,保持引流通畅,避免引流管扭曲、脱落。仅留置输尿管导管作支架引流者,可于术后2~3 d连同导尿管一并拔除。若留置双J管内支架引流者,一般留置尿管时间为5~7 d,防止术后早期尿液返流。嘱病人卧床休息,术后6 h内每1~2 h翻身一次,预防发生褥疮。

术后按医嘱给予静脉滴注广谱抗生素3~5 d,尿液转清后改口服抗生素治疗。

2.3 并发症的观察及防护

2.3.1 出血 由于术中输尿管镜损伤粘膜,术后残余结石和双J管刺激输尿管和膀胱粘膜。术后大多有轻微肉眼血尿或镜检血尿,应按医嘱给予输液,术后6 h嘱病人大量饮水,保持尿量每小时100 ml以上,2~3 d后血尿会自行消失。如发现明显肉眼血尿,应嘱病人卧床休息,避免剧烈活动,遵医嘱给予止血药,保持引流通畅,如有血块堵塞应立即行尿道冲洗及膀胱冲洗。本组有2例病人术后第3 d仍有明显肉眼血尿,经以上处理后症状缓解。

2.3.2 输尿管穿孔、撕裂 它们常为术中导丝或输尿管镜损伤所致,多数患者采取保守治疗。其措施包括留置双J管、导尿管及抗感染治疗,以达到尿液引流通畅的目的,避免膀胱内压力增高,尿液返流所引起的腰痛和逆行感染。护理上应重点观察导尿管引流是否通畅,尿液的颜色和量,患者的体温有无升高,患侧腰部有无疼痛、压痛及局部有无隆起等不适症状。必要时行B超检查,以判断尿外渗的情况。本组1例术中发生输尿管穿孔,给予保守治疗,4周后拔除双J管,获痊愈。

2.3.3 感染 因腔内操作引起的逆行感染,原有梗阻造成的隐匿性感染,在术后解除梗阻及机体抵抗力下降的情况下,可明显加重。术后留置双J管及尿管可继发感染。本组发生术后感染2例,经用敏感抗生素、加强引流管护理及保持会阴部清洁,鼓励病人多饮水等处理后病人感染得到控制。

[收稿日期] 2003-08-11 [修回日期] 2003-09-10

维普资讯 http://www.cqvip.co

2.4 置双J管术后护理

气压弹道碎石术后常规放置双J管，双J管不但能起到引流、支撑作用，还可扩张输尿管，有助于小结石的排出[2]，但留置双J管可引起以下不良反应。① 患侧腰部不适 置入双J管后，使输尿管开口的抗返流机制消失，故患者膀胱输尿管普遍存在返流现象。在排尿期间，膀胱过度充盈及某些原因使腹压骤增时，尿液返流水平高，可致置管一侧腰部酸胀等不适症状[3]。护理上应鼓励病人多饮水，每天饮水3 000 ml以上，及时排尿，保持大便通畅，避免剧烈咳嗽，避免腹压增高的因素，1～3 d后症状逐渐缓解。② 膀胱刺激症状 主要由于双J管放置不当或双J管下移，膀胱内长度过长刺激膀胱三角区和后尿道所致，经调整体位及解痉治疗后症状缓解。③ 血尿为双J管或残余结石对肾盂、膀胱粘膜的刺激所致，多在体位改变或过度活动时发生。护理上应嘱病人多饮水，卧床休息，动态观察尿液的颜色和尿量。④ 双J管移位可能与放置双J管位置不当或选用的双J管长度不适有关。本组3例患者双J管向下移位脱出于尿道外口，临床表现为尿失禁，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。

2.5 出院指导

2.5.1 结石复发的预防 输尿管镜下气压弹道碎石治疗泌尿系结石，只是对症治疗，并未去除结石的病因，出院前应加强对病人的健康宣教，消除成石的原因，预防结石复发。

2.5.2 多饮水 尿量多少对结石发生有密切的关系，可影响结石成分的饱和度，浓缩尿可激发成石，有促进作用的活性。所以应鼓励患者多饮水，养成良好习惯，增加液体摄入，使每日尿量保持在2 000～3 000 ml以上。

2.5.3 饮食 结石的发生与饮食和营养的合理搭配有密切关系，饮食上应减少奶及奶制品的摄入，以低动物蛋白，多纤维素为原则，根据结石成份分析，指导病人进食，草酸钙结石者应避免过多进食含草酸的食物，如菠菜、草莓、巧克力等，避免大剂量维生素C的应用，其代谢产物是草酸，可促进结石形成.对磷酸盐结石病人，忌大量饮用牛奶等。

2.5.4 定期随访 嘱患者定期通过B超或腹部平片随诊检查，以便早期发现结石复发，早期处理。

2.6 置双J管期间的自我保健

指导患者出院后的生活、饮食及活动，不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管滑脱和上下移动；指导患者自我监测尿液的颜色和量，如出现明显的肉眼血尿和发热等症状应及时来院就诊；嘱病人出院后一个月回院复查，根据结石排出的情况，择期取出双J管。

[参考文献]

[1] 董胜国，邵世修，刘勇. 气压弹道碎石术治疗输尿管结石的效果[J]. 青岛医学院学报，1999，35(4)：255－256.

[2] 孙颖浩，王林辉，钱松溪，等. 输尿管镜下气压弹道碎石术治疗泌尿系结石[J]. 中华泌尿外科杂志，1999，20(4)：222－224.

[3] 吕家驹，张怀强，曹铭溪，等. 带双J导管患者膀胱输尿管返流及肾盂压力变化[J]. 中华泌尿外科杂志，1996，17(2)：128.

（编辑：文 灿）

儿童龋病治疗中的护理指导

杨 淼，黄茂华，肖 利，陈 媛
（第三军医大学西南医院口腔科，重庆 400038）

[关键词] 儿童；龋齿；护理
[中图分类号] R780.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)04－0312－02

龋病无论在成人还是儿童都是常见病、多发病，而且，儿童的患龋率更高。据卫生部在全国范围内，对13万余名中、小学生进行龋病流行病学抽样调查表明，乳牙的患龋率为68.4%，恒牙患龋率为34.8%。另据调查，在我国2～3岁的儿童患龋率就已相当高，6～8岁为高峰，在混合牙列期有所下降，进入恒牙列期后，患龋率又逐渐上升。针对其治疗原则，加强龋病在口腔门诊的护理，对保证医疗工作的顺利进行、提高医疗质量具有重要的意义。

1 临床资料

2001年6月至2002年6月对口腔门诊就诊儿童进行了护理指导，现将指导结果报告如下。

[收稿日期] 2003－07－08 [修回日期] 2003－08－10

2 护理

2.1 儿童龋病门诊护理的一般规则

就诊前备齐检查盘所需要的治疗器械、处置单等，并按固定位置放好，保证随时满足治疗需要；安排就诊顺序，按患儿挂号先后将病历卡或预约卡整理好，依次就诊，对急诊及有特殊情况的患儿可提前就诊；维持秩序和安静，劝告病人和家长不要大声喧哗，不要随地乱扔废物，不要来回走动，家长有什么问题应予以解答。

2.2 治疗中的配合

椅位应调整到对医师和患儿都感到最适合的位置，使患儿感到舒适，医师感到操作方便；对拒不接受治疗的患儿，在征得家长同意并让家长暂时回避后，亦可酌情采取必要措施，使用小儿开口器或四肢绷带固定等，但应注意勿损伤口腔粘膜，嘴