维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2004)05－0705－02

经背部直切口成人离断性肾盂输尿管成形术的护理

王晓英，罗　莉，刘　嫱

(重庆医科大学临床学院泌尿外科，重庆　400016)

【中国图书分类法分类号】R473.6　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2003－12－07

目前治疗肾盂输尿管连接处狭窄、肾积水常采用的手术方式是离断性肾盂成形术[1]。在儿童，往往选择经背部直切口入路，而在成人，几乎都选择经腰部或经肋部切口入路。近几年，采用背部直切口，治疗了 43 例肾盂输尿管交界处狭窄，效果良好，现总结如下。

1　临床资料

本组 43 例，男 27 例，女 16 例。右侧 26 例，左侧 13 例。年龄 24～57 岁，平均 32 岁。中～重度肾积水。合并肾盂结石 3 例。1 例患者同时合并对侧双肾盂双输尿管畸形。患者侧卧位，升高腰桥，切口起自第 12 肋与骶脊肌交界处，直行向下，约偏向前，止于髂嵴上方，长约 10～13cm。术后切口下置橡皮引流管。43 例均痊愈出院。手术后 1 个月经膀胱拔除双 J 管。

2　护　理

2.1　术前护理

2.1.1　术前检查

所有病例术前均行大小便、血常规，肝、肾功能，出凝血时间，血糖，静脉肾盂造影，同位素肾图，逆行肾盂造影检查。嘱患者练习侧卧位，以适应术中的体位需要。

2.1.2　心理护理

所有病人均存在恐惧和担忧的心理，不同程度的对日后生活丧失信心。认为一侧肾积水，不排除对侧肾脏功能损害的可能，是否切除肾脏，日后生活能否正常等等。因此作为责任护士，应协助医师对病人及家属作好解释工作。术前检查项目繁杂，需向病人及家属耐心解释检查的目的，有助于明确诊断，了解肾盂输尿管狭窄情况，肾脏功能等，以确定治疗方案，协助主管医师治疗。手术目的是为了解除狭窄导致的梗阻、肾积水，恢复患侧肾脏功能。介绍手术医师的水平和临床经验，并说明这种腰部直切口手术的优点，如手术创伤小，降低治疗费用，伤口小，且与躯干平行，患者手术后双臂自然下垂时，几乎见不到切口瘢痕，保持身体的美观，提高生活质量。加强患者对手术的信心，调动其积极性，帮助树立良好的心理状态和自我调节能力。

2.2　术后护理

2.2.1　一般护理

严密观察 T、P、R、BP 的变化。向手术医师询问术中情况，了解手术切口位置，观察切口敷料有无渗血、渗液情况。切口均为Ⅱ类切口，谨防切口感染及切口长期不愈等，如出现伤口异常应及时报告医师处理。橡皮引流管一般留置 2～3 天，注意保持其通畅，观察引流量的变化，判断有无活动性出血。患者术中出血少，无 1 例术中、术后输血。术中、术后无并发症发生。术后患者没有出现 12 肋下切口术后常见的切口以下皮肤感觉异常和切口疼痛等不适。术后伤口轻微疼痛，持续时间短，不需要使用止痛泵。虽然腰背部直切口损伤小，不经腹腔，但暴露局限，术后应注意有无胸腹部体征，早期发现腹内脏器损伤。

2.2.2　泌尿外科护理

术后留置导尿管 2～3 天，尿管接无菌引流，常规行尿管理。须注意：①持续开放尿管，减少尿液反流至肾盂的机会；②鼓励患者多饮水，每日 2000ml 以上；③定时观察尿量和尿液颜色；④拔除尿管后应叮嘱患者继续观察尿量和尿液颜色，定期复查尿常规。

2.2.3　术后体位

持续硬膜外麻醉 6h 内去枕平卧，6h 体位无特殊要求，可行翻身等，24～48h 后可下床活动。

2.2.4　出院指导

包括：①术后病人禁食 24h，应鼓励病人早进食，加强营养；②嘱多饮水，每天尿量 1500ml 以上。大量饮水有助于保护肾功，预防结石和尿路感染；③向患者解释清楚，术后可能会出现排尿疼痛、尿频、血尿等情况，多为双 J 管所致，拔除导管即可缓解，多饮水和对症处理后均能缓解。嘱患者 4 周后返院复查拔除双 J 管；④生活中禁食对肾脏有损害的食物，如浓茶、咖啡、啤酒、动物内脏等，避免使用肾毒性药物；⑤防止受凉感冒。

作者简介：王小英(1968－　)，女，护师，
主要研究方向：泌尿外科护理。

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨 论

随着外科技术的进步,除了需要保证手术安全外,减少手术损伤,保持身体的美观也日益显得重要。本组资料中,连续对 43 例先天性肾盂输尿管交界处狭窄的患者,采用腰部直切口施行离断性的肾盂成形术,辅以周密的护理计划,大多数患者术后第一天就下床活动,39 例患者术后 2～3 天出院,平均 2.5 天。7 天门诊拆线,1 月后拔除双 J 管。手术切口长度 10～13cm,平均长度 11.5cm。且双臂自然下垂时,从患者的前面和后面均见不到手术瘢痕。

我们认为选用这种手术切口具有以下优点:(1)手术创伤小,护理困难少。本组病平均切口长度 11.5cm,没有切断背阔肌等大的躯干肌肉,手术中出血少,多数患者手术后 24h 就下床活动,39 例患者术后 2～3 天出院。这对减少下肢深静脉血栓形成和肺部感染极为有利。因此它更适合于年老体弱的患者。同时也降低了治疗费用。(2)由于伤口小,且与躯干平行,患者手术后双臂自然下垂时,几乎见不到切口瘢痕,保持了身体的美观。(3)手术中没有切断肌肉,避免损伤或者结扎肋下神经,伤口疼痛轻微,持续时间短。术后患者没有出现 12 肋下切口术后常见的切口以下皮肤感觉异常和切口疼痛等不适。

利用背部直切口行离断性的肾盂输尿管成形术安全可靠,术中出血少,手术创伤小,辅以合理有效的护理措施,患者术后恢复快,临床效果满意。

参 考 文 献

[1] 迟玉友,周荣群,杨进益,等. 肾盂输尿管成形术及其辅助治疗[J]. 中华泌尿外科杂志,2001;22(3):142－144.

[2] 邱 玲. 多通道径皮肾输尿管镜取石术治疗复杂肾结石的护理[J]. 中华护理杂志,2003;38(7):539－540.

[3] Choo KL. Surgical correction of pelviureteric junction obstruction in childhood－dorsal lumbotomy approach and selective internal ureteric stenthing[J]. Pediatr Surg,2001;17(2－3):152－156.

[4] Kumar R, Smith G. Dorsal lumbotomy incision for pediatric pyeloplasty－a good alternative[J]. Pediatr Surg,1999;15(8):562－564.

(上接第 700 页)

[2] 常 谦,孙立忠,吴清玉,等. DeBakey Ⅰ、Ⅱ型主动脉夹层外科治疗经验[J]. 中华医学杂志,2001;81(19):1187－1189.

[3] Elefteriades JA, Lovoulos CJ, Coady MA. Management of Descending Aortic Dissection[J]. Ann Thorac Surg,1999;67:2002－2019.

[4] Glower DD, Fann JI, Speier RH, et al. Comparison of medicine and surgery therapy for uncomplicated descending aortic dissection[J]. Circulation,1990;82(Ⅳ):39－46.

[5] 常 谦,孙立忠,朱俊明,等. DeBakey Ⅲ型主动脉夹层的外科治疗[J]. 中华外科杂志,2002;40(10):740－742.

[6] 汪忠镐,陈学明,王仕华,等. 微创腔内人工血管治疗主动脉夹层动脉瘤[J]. 中华胸心血管外科杂志,2000;16(5):270－271.

(上接第 703 页)胸内正压减少回心血量,降低前负荷;(6)NIPPV 通过增加左心室和周围大动脉压力梯度而降低左室后负荷,增加心输出量[3,4]。该例患者病程中多次发生急性左心衰竭,且历时较长,先后经过有创、无创机械通气治疗后明显好转,两种方式有相同的临床效果。尤其 NIPPV 具有无创性、减少不舒适感、减少并发症发生率的优点。在应用 NIPPV 时应注意防止面罩长时间压迫致面部皮肤坏死,鼻腔粘膜充血、溃疡;气体误咽致胃膨胀,肠涨气;因面罩漏气、意外脱开而发生的短暂低氧血症以及缺乏气道的经路和保护,不易行气道深部分泌物的排除等情况的发生[2]。我们的经验表明,机械通气在抢救急性左心衰竭的过程中有肯定的临床疗效。在病情极为危重时,有创结合无创机械通气序贯治疗有助于改善通气、换气达到改善缺氧,增强心肌收缩力,使其他各种治疗发挥更好作用。并有助及时脱机,提高抢救成功率。

参 考 文 献

[1] 张文武. 急诊内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002;(1):971－974.

[2] 沈 洪,黎檀实. 无创正压通气在危重病救治中的应用[J]. 世界医疗器械,2002;8(2):30－31.

[3] 王保国,主编. 实用呼吸机治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002;(1):169－171.

[4] 李善群,钮善福. 无创机械通气抢救急性细菌性心内膜炎伴严重急性左心衰竭、急性呼吸衰竭 1 例[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2002;1(4):246.