

· 临床护理 ·

后腹腔镜下肾蒂淋巴管结扎治疗乳糜尿围术期舒适护理

吴琴, 贺蓉[△]

(重庆市黔江中心医院泌尿肾内科 409000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.04.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)04-0476-02

乳糜尿是丝虫病晚期常见并发症之一,绝大多数由班氏丝虫病引起^[1]。患者多在进食高脂肪餐、劳累、重体力劳动后解乳白色尿,严重者解乳糜血尿,临床上最有效的治疗方法是肾蒂淋巴管结扎术^[2-3]。舒适护理是一种整体的、个体化的、创造性的护理模式,注重“以人为本”的护理理念,通过护理干预降低患者的不舒适、不愉快感,在生理、心理、社会上达到最大的愉快和舒适^[4-5],是围术期护理的重要环节。本科对 2005 年 7 月至 2011 年 12 月采用后腹腔镜下肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿 106 例患者围术期实施全程舒适护理,取得满意效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 106 例患者,男 54 例,女 52 例,年龄 35~76 岁,平均(56.4±4.8)岁。左侧 58 例,右侧 46 例,双侧 2 例。病史半个月至 40 年,均有不同程度营养不良,患者均行后腹腔镜下肾蒂淋巴管结扎术。

1.2 围术期舒适护理的方法

1.2.1 术前舒适护理

1.2.1.1 心理及生理舒适护理 患者入院后由责任护士亲切接诊,向患者讲解疾病相关知识,让患者尽快熟悉环境,消除陌生感和减轻顾虑,建立良好的护患关系。主动积极地向患者介绍治疗方案、微创术式的优越性,使患者保持乐观态度配合治疗,同时指导患者练习床上排便,完善术前准备,安排安静的病房,保证患者良好的睡眠,术晨陪送患者入手术室。

1.2.1.2 定位检查舒适护理 患者入院后均需行膀胱镜检查,定位检查明确诊断^[6]。检查前向患者讲解检查的必要性和注意事项,检查前 1 h 左右嘱患者进食足量高脂肪餐,多喝水,多活动。检查时,陪检护士协助患者取截石位,两腿分开小于 100°,指导患者深呼吸,以胸式呼吸为主,减轻腹部压力刺激,术中告知患者检查进程,降低患者的焦虑情绪及不适感。检查后,医护人员送患者回病房,指导患者每天饮水 2 000~3 000 mL,进食清淡饮食等,防止因乳糜凝块堵塞尿道引起尿潴留而增加患者心理负担。

1.2.2 术中舒适护理 后腹腔镜下肾蒂淋巴管结扎术均采用气管插管全身麻醉术。热情接待患者入麻醉室,麻醉前做好心理护理,消除患者恐惧心理。麻醉后将患者健侧卧位,双上肢软枕垫好,保持上肢功能位,肩关节抬高旋转小于 90°。术中注意患者保暖,温盐水擦干皮肤血迹,擦净面部的分泌物。

1.2.3 术后舒适护理

1.2.3.1 一般及心理舒适护理 术后患者取去枕平卧位,头偏一侧,清醒后取舒适平卧位。前期采用后腹腔镜肾周脂肪囊内途径次全或完全剥离肾周脂肪及周围组织,为减少肾下垂及肾扭转发生率,指导患者严格卧床 72 h,后期采用脂肪囊外途径完全保留肾周脂肪囊,肾脏相对固定,术后无需严格卧床,1~2 d 可下床活动。卧床期间指导患者深呼吸,协助患者排痰,行雾化吸入,协助患者床上行双下肢抬高、伸缩、旋转运动,并按摩双

下肢,防止下肢静脉血栓、肺栓塞等。同时加强心里护理及人文关怀,积极协助患者生活护理,向患者及家属交代术后注意事项,减轻患者焦虑、恐惧心理,保证患者安心休养,早日康复。

1.2.3.2 饮食护理 乳糜尿术后的饮食指导至关重要。术后常规禁食、禁饮,肛门排气后嘱患者先适当饮水,早期进食易消化饮食,避免进食牛奶、甜食及豆类等易产气食物,保持大便通畅,向患者反复强调术后清淡饮食的必要性,避免术后进食高脂肪餐而增加淋巴管内压力,防止乳糜囊肿和乳糜漏的发生。告知患者出院 2~3 个月内只能进食高营养、低脂肪(如鱼肉、精瘦肉等)、丰富维生素、易消化饮食,如无异常逐步改为普食。

1.2.3.3 术后并发症护理 术后提前告之患者可能发生的手术并发症,常见并发症有皮下气肿、高碳酸血症^[7]、血尿、术后疼痛、漏尿等。在本组病例中手术并发症各有发生。在护理上重点加强了病情观察、心理护理及整体的健康观念出发护理患者。认真观察生命体征变化,持续低流量吸氧,由于使用 CO₂ 气腹时间过长可造成患者体温下降^[8],应做好保温、复温护理;观察有无咳嗽、胸痛、腹胀、呼吸浅慢、烦躁等症状,必要时遵医嘱给予输入碱性药物、雾化吸入。保持引流管通畅,观察引流液量及颜色,必要时给予止血药物。仔细观察穿刺口周围皮肤情况,观察是否出现皮下气肿,少量皮下气肿一般不需特殊处理,吸氧后能自行吸收。能进食后指导患者多饮水,积极协助患者生活及基础护理,使患者感到舒适。

1.3 出院随访 患者出院时建立双向联系回访卡,术后 1 个月、半年各随访 1 次,指导患者一旦出现腰腹痛,解乳白色尿或肉眼血尿等及时回院复查。

1.4 问卷调查 出院前一天发放问卷调查,对就医环境、护理技术水平、护士服务态度、护士的健康教育指导能力等问题进行调查评价。

2 结果

共发放 106 份,回收 106 份,患者对住院期间的满意度达到 99.1%,术后痊愈出院。本组所有病例经过术后随访无复发,对医疗效果满意。

3 讨论

舒适护理是一种新型的“生物-心理-社会”医学模式,作为整体护理的延伸和拓展,注重“以人为本”的护理理念,是本着为患者服务的思想,不断探索、研究,对患者进行生理、心理和社会的全面系统护理干预,降低和消除患者不愉快的体验,真正从生理、心理、社会方面达到舒适的目的,促进患者的康复。减少患者住院期间不舒适的原则在于预防,促进舒适,加强观察,去除诱因,互相信任,给予心理支持。对护理工作计划的实施指明了方向,同时对护理人员的综合素质也提出了更高的要求,应具有高度责任感,认真学习多方面知识,积累总结临床经验,加强沟通能力培养,协调并建立良好的护患关系。在工作中换位思考,制定出有效的护理措施,及时解决患者的不舒适感,促进患者早日康复。由于乳糜尿患者长期解乳白色尿致营

养不良,患者的心理、生理和工作压力较大,在乳糜尿患者围术期实施舒适护理,将人文关怀和整体护理原则贯穿在整个护理过程中,护士主动、耐心的为患者提供护理服务,最大限度地减轻了患者心理和生理上的不适,让患者感受到亲人般的关怀,充分调动了患者的主观能动性,术前能轻松接受定位检查及各项准备,术中安宁地度过,术后尽量降低患者的不舒适感,心理、生理得到充分的满足,整个过程有护士的全程关怀,建立良好的护患关系,患者心理压力明显减轻,能积极配合治疗、护理,轻松、愉快地度过围术期。舒适护理可以明显提高乳糜尿患者围术期的舒适度及满意度,减少护理并发症发生,促进患者早日康复。舒适护理是现代护理发展的必然产物和发展方向,可操作性很强,要求护理人员能从患者的生理、心理、社会、精神方面对患者提出整体的、个性化、系统化的护理措施并在实践中不断修改和完善,在护理中注重细节服务,让患者得到优质的护理,提高满意度,体现了“以人为本”的护理宗旨,同时也使护理工作质量不断地提高,护理队伍的整体素质得到加强,具有良好的临床推广价值。

参考文献:

[1] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004. 100-101.
• 临床护理 •

1993;370.
[2] 张旭,叶章群,陈志强,等. 经后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿[J]. 中华泌尿外科杂志,2003,24(10):90-91.
[3] Punekar SV,Kelkar AR,Prem AR,et al. Surgical disconnection of lymphorenal communication for chyluria;a 15-year experience[J]. Br J Urol,1997,80(6):858-863.
[4] 刘晓红,任从才,范紫香. 心理干预对门诊手术患者的影响[J]. 现代临床护理杂志,2005,4(5):7-8.
[5] 杜新艳,王云平,王彤,等. 胸外科住院手术患者舒适护理需求调查与舒适护理措施[J]. 护理实践与研究,2010,7(4):123-125.
[6] Eisner BH,Tanrikut C,Dahl DM,et al. Chyluria secondary to lymphorenal fistula[J]. Kidney Int,2009,76(1):126-130.
[7] 张旭,王少刚. 二氧化碳气腹对生理功能的影响[J]. 临床泌尿外科杂志,2004,19(3):129-130.
[8] 王彦,刘秋秋. 3 例腹腔镜下肾蒂淋巴管结扎术的护理配合[J]. 当代护士:学术版,2006,3(1):7-8.

(收稿日期:2012-09-21 修回日期:2012-12-31)

B 超引导下低浓度平阳霉素注射治疗小儿淋巴管瘤的疗效与护理

雷 永,莫 霖,陈小琴

(重庆医科大学附属儿童医院肿瘤外科 40014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.04.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)04-0477-02

淋巴管瘤是胚胎发育过程中某些部位的原始淋巴囊与淋巴系统隔绝后所发生的肿瘤样畸形,属于先天性良性错构瘤^[1]。按 Weguey 分类法分为单纯性淋巴管瘤、海绵状淋巴管瘤、囊性淋巴管瘤、弥漫性淋巴管瘤 4 种类型。其中囊性淋巴管瘤最多见,好发于头颈部、四肢、胸腹部,其次为腹膜后、纵隔、腋下等部位。由于肿块浸润性生长的特点,使手术切除时极易损伤到邻近的神经、血管,造成严重的并发症。手术切除不全会导致淋巴漏、伤口感染、病灶复发^[2]。本科于 2002 年 10 月至 2011 年 4 月在 B 超引导下注射平阳霉素治疗小儿淋巴管瘤 493 例,现将治疗效果及护理情况总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2002 年 10 月至 2011 年 4 月,本科收治淋巴管瘤患儿 493 例,其中男 256 例,女 237 例;年龄最小 1 个月,最大 17.8 岁;通过 B 超明确病灶的浸润范围,肿瘤直径 1~20 cm 不等,具体资料见表 1。

1.2 方法 注射前对可行局部麻醉的患儿提前做好普鲁卡因

皮试,建立静脉通道。将平阳霉素用注射用水稀释,大囊及小囊性淋巴管瘤浓度为 0.4 g/L,囊内注入;海绵状及混合性淋巴管瘤浓度为 0.33 g/L,瘤内多点注入;单次最大剂量不超过 8 mg。经超声显像定位肿块穿刺点(可为一个或多个)及进针深度,对肿块内有液性暗区者应进针至液性暗区内^[1]。在 B 超引导下穿刺抽出淋巴液,并尽量将淋巴液吸尽,待 B 超显示液性暗区基本消失后,将平阳霉素注入瘤体内(注射时,可加入地塞米松以减轻局部反应)。单房者如囊腔较小可一次注射,囊腔大者可多点、多方向注射;若囊腔为多房性,可将一次注射的总量分点注射。每间隔 2~3 个月复查 B 超,瘤体未完全消退者可再次注射治疗,总剂量不超过 5 mg/kg。对注射次数多、剂量大的患儿需注意观察血象、肝肾功能变化,并复查胸片。

1.3 疗效判定标准 瘤体完全消失为效果优;瘤体缩小 75% 以上,B 超显示病灶区无液性暗区,仅组织较对侧增厚者为效果良;瘤体缩小 50%~75%,B 超显示病灶区少许散在 0.5 mL 液性暗区者为效果中;瘤体缩小 50% 以下为效果差。见表 2。

表 1 病例一般情况(n)

年龄	部位							合计
	头颈	胸腹	四肢	腹膜后	腋窝贯通锁骨上窝	上纵隔	其他	
<1 岁	52	40	80	2	3	0	12	189
1~3 岁	156	27	32	3	3	2	10	233
>3 岁	34	8	12	9	1	3	4	71
合计	242	75	124	14	7	5	26	493