

· 临床护理 ·

局部麻醉下侧卧位与俯卧位微创经皮肾镜取石术的护理观察

刘亚琼, 胡敏, 陈勇
(重庆市涪陵中心医院护理部 408000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.22.047

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)22-2685-02

微创经皮肾镜取石术(minimally-invasive percutaneous nephrolithotomy, MPCNL)已广泛开展,通常是在硬膜外麻醉或全身麻醉下进行^[1],采取俯卧体位。对于伴有心肺功能不全的患者,全身麻醉存在较高的风险,且俯卧位对患者呼吸影响很大。本科自 2008 年开始选择性对部分患者采取局部浸润麻醉下行微创经皮肾镜取石术,取得一定经验基础上,开展侧卧位 MPCNL,并采取针对性的护理措施,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 2 月至 2011 年 2 月住院行 MPCNL 132 例患者分为侧卧位组(63 例)和俯卧位组(69 例)。患者入选标准:(1)结石直径 1.5~3.5 cm;(2)无明确泌尿系感染。排除标准:(1)凝血功能障碍;(2)重度心、肺功能障碍;(3)对疼痛高度敏感;(4)过度肥胖。术前均经腹部平片、静脉肾盂造影、CTU 等确诊为肾结石。侧卧位组男 34 例,女 29 例,平均年龄(41.5±6.7)岁,结石直径平均(2.4±0.8)cm。俯卧位组男 32 例,女 37 例,平均年龄(44.3±8.2)岁,结石直径平均(2.2±1.1)cm。两组比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 麻醉方法 均采用 1%利多卡因浸润麻醉。术前告知患者手术过程中可能会出现短暂不适或一定程度的疼痛。根据需要可随时改为全身麻醉或硬膜外麻醉。在完成输尿管插管后,肌注哌替啶 100 mg。1%利多卡因沿目标肾盏方向从穿刺点皮肤至肾包膜浸润麻醉,总量不超过 400 mg。

1.2.2 手术体位 患者先在截石位完成输尿管插管后改为侧卧位或俯卧位。侧卧位:腋下放一腋垫,适当摇高腰桥,调节手术床使患者头低、足低。俯卧位组:采用传统俯卧位,脐下腹部和胸部下垫枕,抬高腰肋部,调节手术床使患者头低、足低。

1.2.3 手术方法 手术均由同一组医生操作。患者取截石位,尿道表面麻醉,输尿管镜下向患侧输尿管逆行插入 F5 输尿管导管,再将体位改为侧卧位或俯卧位。在 B 超定位下,于腋后线 12 肋下或 11 肋间,穿刺目标肾盏,进入集合系统,拔出针芯见尿液溢出后置入引导导丝,切开皮肤,筋膜扩张器沿导丝从 F6 扩张至 F18,留置 peel-way 鞘作为工作通道。置入输尿管镜,找到结石用气压弹道击碎结石后冲出。术毕常规留置 F5 双 J 管和 F14 肾造瘘管。双 J 管 4~6 周拔除,肾造瘘管 3~7 d 拔除。术后 48 h 复查腹部平片,了解结石清除情况。

1.2.4 观察指标 (1)患者舒适度^[2]。①舒适:患者肢体摆放舒适,完全耐受手术。②轻度不适:患者自觉体位无显著不适,能够完成手术。③中度不适:患者自觉体位不适,肢体疲累,呼吸不畅,需要较大毅力才能完成手术。④重度不适:患者自觉体位显著不适,不能坚持完成手术,需要更改麻醉方式。(2)

VAS 评分、手术时间、结石清除率、手术并发症(出血、感染)。

1.2.5 统计学处理 计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者舒适度比较 见表 1。侧卧位组舒适和轻度不适比例显著高于俯卧位组($P<0.05$)。

表 1 两组患者舒适度比较[n(%)]

组别	n	舒适	轻度不适	中度不适	重度不适
侧卧位组	63	9(14.3)	42(66.7)	9(14.3)	3(4.7)
俯卧位组	69	7(10.0)	37(53.6)	22(31.8)	2(2.8)

两组比较, $Z=4.197, P<0.05$ 。

2.2 其他指标比较 两组均无严重并发症如临近器官损伤。其他指标见表 2。

表 2 两组患者手术结果比较

项目	侧卧位(n=63)	俯卧位(n=69)	P	t
VAS 评分(分)	2.0±1.2	2.1±1.0	>0.5	-0.52
手术时间(min)	64.5±33.8	59.6±29.5	>0.2	0.89
结石清除率	53/63(84.1%)	55/69(79.1%)	0.511	
出血	1/63(1.58%)	2/69(2.89%)	0.614	
感染	3/63(4.76%)	4/69(5.79%)	0.791	
中转麻醉方式	3/63(4.76%)	2/69(2.89%)	0.575	

3 讨论

3.1 MPCNL 局部浸润麻醉的安全性 MPCNL 多在全麻或硬膜外麻醉下进行,麻醉后有一定的恢复时间,这会为患者带来不愉快的体验。对伴有心脏病、肺功能疾病的患者来说,也可能面临较大的麻醉风险。随着手术技术的进步和碎石设备的不断改进,手术时间不断缩短,创伤随之降低,使得局部浸润麻醉成为可能^[3]。局部浸润麻醉对机体内环境干扰较小,可以有效降低麻醉风险。MPCNL 术中疼痛主要来自扩张通道时皮肤肌肉疼痛,肾内操作并不引起明显的疼痛。局部浸润麻醉对皮肤肌肉的疼痛具有较好的效果,B 超实时监控下可将麻醉剂注入肾包膜,可以有效减轻扩张肾包膜引起的疼痛,有效减轻内脏牵拉反射,从而达到满意止痛效果^[4-5]。两组病例的术中 VAS 评分均较低,95% 都能很好地配合完成手术。

3.2 MPCNL 局部浸润麻醉的护理措施 局部浸润麻醉不但有效止痛,而且对人体干扰极小,避免全麻或硬膜外麻醉的操作风险及并发症^[6],安全性是可以得到保证的。局部浸润麻醉不需要麻醉恢复,术后即可自行进食,也无需专人护理,相对全麻或硬膜外麻醉患者的生活质量更高。因此,术前针对局部浸润麻醉的护理宣教及心理护理非常重要,向患者详细介绍局部麻醉的上述优势,同时,告知患者如果术中不能耐受可以随时更改麻醉方式,消除患者的恐惧、紧张心理,从而积极配合手术^[7]。

3.3 局部浸润麻醉下行 MPCNL 体位舒适度的比较 从本组结果看,两种体位 MPCNL 都是安全有效的,并发症发生率比较差异无统计学意义。由于手术在局部麻醉下进行,患者意识是完全清楚的。因此,对体位舒适度的要求较高,体位越舒适,患者对手术的耐受时间就越长。本组结果显示,侧卧位组患者舒适与轻度不适比例(81.0%)显著高于俯卧位组(63.6%),而俯卧位组中度不适与重度不适(34.6%)显著高于侧卧位组(18.9%),两组舒适度比较差异有统计学意义,说明局麻下行 MPCNL 侧卧位优于俯卧位。但是,随着手术时间的延长,两种体位都可能会对患者带来严重的不适,因此,局麻下 MPCNL 应该掌握相应的指征:(1)结石直径小于 3.5 cm;(2)估计手术时间小于 90 min;(3)患者有较好的疼痛耐受力^[3]。

3.4 局部浸润麻醉下行 MPCNL 不同体位的护理措施 俯卧位和侧卧位均属于特殊体位,会给患者造成一定程度的不适。因此,术前应详细向患者讲解不同体位的特点以及术中完美体位配合的重要性,争取患者术中的积极配合。同时,术前体位训练也是非常必要的。侧卧位时患者呼吸影响不大,不适主要来自腰桥对腰部的影响,作者认为,手术时间过长、患者自诉不适时,可以适当放低腰桥以减轻患者的不适,为完成手术创造条件。俯卧位时,由于身体本身的重力压迫胸膜,引起血流动力学改变而影响循环与呼吸系统,易出现憋气、胸闷和呼吸困难,尤其是肥胖患者和肺功能不佳者^[8],但手术过程中没有好的解决办法。本组结果示俯卧位组中度不适与重度不适比例高于侧卧位组。因此,局部麻醉下侧卧位 MPCNL 患者舒适度好,患者接受度高,值得推广。

参考文献:

- [1] Li X, He Z, Wu K, et al. Chinese minimally invasive percutaneous nephrolithotomy the guangzhou experience [J]. J Endourol, 2009, 23(10): 1693-1697.

- [2] 王敏,钱卫红,潘铁军,等.两种体位经皮肾镜碎石术的护理观察[J]. 护理学杂志, 2011, 26(12): 27-28.
- [3] 宋小松,甘艺平,余强国,等.局部浸润麻醉下侧卧位微创经皮肾镜取石术 38 例观察[J]. 重庆医学, 2011, 40(33): 3366-3369.
- [4] Wickham JEA, Miller RA. Applied anatomy in percutaneous renal surgery[M]. Edinburgh: Chrichill Living Stone, 1983: 1-16.
- [5] Chen Y, Zhou ZS, Sun W, et al. Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy under peritubal local infiltration anesthesia[J]. World J Urol, 2011, 29(6): 773-777.
- [6] 蔡文锦,戴丽萍,颜美,等.局麻下微创经皮肾输尿管镜取石术治疗复杂性肾结石 38 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(10): 82-84.
- [7] 王其红,朱伟金,赵秋芳.经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石 67 例护理体会[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(11): 633-634.
- [8] 周祥福,高新,肖翠兰,等.平卧位经皮肾镜碎石取石术在治疗肾结石中的应用[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(14): 991-992.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-04-22)

参考文献:

- [1] Li X, He Z, Wu K, et al. Chinese minimally invasive percutaneous nephrolithotomy the guangzhou experience [J]. J Endourol, 2009, 23(10): 1693-1697.

内镜下肠息肉摘除术的护理

周静雅

(重庆医科大学附属第二医院消化内科,重庆 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.22.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)22-2686-02

息肉(polyps)系指黏膜面突出的一种赘生物,而不管它的大小、形态及其组织学类型。大的息肉可引起肠套叠、肠梗阻或严重腹泻^[1]。息肉包括增生性、炎症性、错构瘤、腺瘤及其他良性肿瘤等^[2]。小肠息肉的发生率远比胃和大肠低,且多见于十二指肠,以腺瘤和布氏腺瘤为主,大小不等。大肠息肉占肠道息肉的 80%,其中大多数(50%~75%)位于乙状结肠或直肠,单发多见,多发者占 15%~42%。小肠息肉症状以消化道出血和肠梗阻多见;大肠息肉症状少数有腹泻不适,腹胀或大便习惯改变,粪便可混有血液或鲜血便。大的息肉可引起肠套叠、肠梗阻或严重腹泻。内镜下息肉摘除术创伤小、痛苦小、不开刀,内镜检查主要是用于诊断炎症性肠病以及结肠的息肉、肿瘤、出血等,并可对息肉摘除、钳取异物等治疗。因此,内镜下息肉摘除术是非手术治疗的首选方法。通过对内镜下息肉摘除术实施有效的术前、术后护理和观察,对患者进行心理护理、健康指导、饮食指导,减少术后并发症的发生,为患者减轻痛苦,增加对手术的信心,保证内镜手术的安全、有效,现将护

理体会总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取肠道息肉患者 56 例,其中,男 38 例,女 18 例,年龄 32~67 岁,平均 49.5 岁。其中十二指肠息肉 15 例,乙状结肠息肉 32 例,直肠息肉 9 例。其中,22 例使用内镜下高频电凝切除法,29 例使用内镜下氩气刀凝固法,5 例使用内镜下圈套结扎法。临床症状以腹胀、大便习惯改变为主。

1.2 内镜下息肉摘除方法 在肠镜检查下采取高频电凝切除法、圈套结扎法、氩气刀凝固法手术治疗^[3]。将息肉整体切除,进行活组织病理检查,治疗患者临床症状、排除肿瘤。在肠镜检查下采取高频电凝切除法、圈套结扎法、氩气刀凝固法,发现息肉后,选择适当的圈套器,圈套息肉后,慢慢地收紧圈套。先凝后切,反复间断的割切。如术中有少量出血可给予 0.9%生理盐水、8%去甲肾上腺素液冲洗。创面较大,出血较多,可采用钛夹止血,预防穿孔治疗^[4]。根据具体情况取活组织行细胞学检查。检查结束退镜时,应尽量抽气以减轻患者腹胀。