

· 临床护理 ·

婴幼儿先天性肾积水围术期 68 例护理研究

李各芳

(重庆医科大学附属儿童医院泌尿外科 400014)

摘要:目的 总结婴幼儿先天性肾积水围术期护理体会,提高离断式肾盂输尿管成形术围术期的护理水平。方法 回顾分析重庆医科大学附属儿童医院泌尿外科 2011 年 10 月至 2012 年 5 月收治肾盂输尿管交界处梗阻所致肾积水患者 68 例临床资料,均行离断式肾盂输尿管成形术治疗。在其围术期予以良好的沟通和宣教,协助完成相关检查和术前准备,术后密切观察生命体征,做好各种专科引流管道的观察和护理,予以有效的术后镇痛等护理措施。结果 所有患儿恢复良好,无护理并发症发生。结论 专业化、人性化的全程护理对肾积水患儿顺利渡过围术期尤为重要。

关键词:先天性肾积水;围术期护理

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.23.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)23-2816-02

The nursing experience of perioperative congenital hydronephrosis in children

Li Gefang

(Department of Urology, Chongqing Children's Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing 400014, China)

Abstract: Objective To promote perioperative care of congenital hydronephrosis in children through retrospective analysis. Methods Data of 68 children with hydronephrosis treated in Children's Hospital of Chongqing Medical University from October 2011 to May 2012 were collected and analyzed. All perioperative children were cared with good communication and missionaries, including helping them complete the inspection and preoperative preparation. Vital signs after surgery were close observed. Specialist drainage pipes were observed with special care. Effective and proper analgesia were administrated after surgery. Results All patients recovered well without complications. Conclusion The full professional, humane care is particularly important to perioperative children with hydronephrosis.

Key words: congenital hydronephrosis; perioperative care

先天性肾盂输尿管交界处梗阻所致肾积水是儿童常见的泌尿系畸形,其病因复杂,主要包括肾盂输尿管连接部狭窄、高位输尿管开口、肾盂输尿管连接部瓣膜、肾盂输尿管连接部息肉和迷走血管压迫等,其中肾盂输尿管连接部狭窄是最常见的原因。临床上以腹部包块、间歇性腰腹痛、血尿、尿路感染、高血压、尿毒症等为主要表现^[1]。手术是其主要治疗方法之一,而离断式肾盂输尿管成形术是目前使用的标准术式,手术可采用腹腔镜或传统开放手术,术后部分患儿输尿管内留置双J管,或留置输尿管支架管、肾造瘘管、肾周引流管及尿管。现将本院 2011 年 10 月至 2012 年 5 月收治 68 例小儿先天性肾积水患儿护理体会报道如下。

1 资料与方法

本组 68 例患儿中,男 37 例,女 31 例;年龄 3 个月至 1 岁 19 例,1~2 岁 25 例,2~3 岁 24 例。入院后经 B 超、静脉肾盂造影、逆行肾盂输尿管造影、CTU、MRU 等检查确诊为先天性肾盂输尿管连接处狭窄,均为中度以上的肾积水。入院后予以积极的术前准备,均于基础加气管插管麻醉下行离断式肾盂输尿管成形术,其中,腹腔镜手术患儿 40 例,开放手术患儿 28 例,术后 5~12 d 出院。术后 3、6 个月时随访一般情况及腹部超声,患儿恢复良好。

2 护 理

2.1 术前护理 与家属沟通,向家属介绍住院环境、肾积水住院流程、疾病相关知识、手术预后等,减少家属的困惑。协助医生完成血液生化、泌尿系造影等各项术前检查,并向家属说明各项检查的目的和必要性。术前 8 h 禁食,4 h 禁饮,婴儿术前 4 h 禁食禁饮。术前 1 d 备皮、更衣,腹腔镜手术应行脐窝清洁,保持手术区皮肤清洁。手术前晚、手术晨常规灌肠,术晨建

立静脉通道、置胃管。按全麻术后护理准备常规用物,保证吸氧、吸痰装置及心电监护仪性能完好无故障。向家属讲解手术所需时间、术后医生护士如何保障患儿安全和无痛等,消除家属紧张忧虑心理。术前常规静脉补液。

2.2 术后护理 与手术室护士交接患儿,了解术中出血、生命体征、引流管等情况。

2.2.1 按全麻术后护理常规进行护理 全麻患儿给予氧气吸入、心电监护,记录回病房的首次生命体征值。麻醉清醒前取去枕平卧位,头偏向一侧,保持呼吸道通畅,呼吸道有分泌物时及时吸出,以防误吸。患儿如有烦躁表现时酌情予以约束。注意保暖。连接各引流管并妥善固定。告知家属术后饮食注意事项及配合事宜。

2.2.2 密切观察并记录术后体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度情况 本组患儿年龄 3 个月至 3 岁不等,护士需知晓各年龄段患儿生命体征正常值,正确评估是否正常,有异常及时报告医生处理。

2.2.3 及时遵医嘱采集术后血液分析、电解质、血清清蛋白、血气分析等血标本 关注检验结果,如有电解质紊乱或酸碱失衡等情况,应根据医嘱及时调整用药。

2.2.4 遵医嘱补液 注意补液量、速度;关注患儿进食及引流情况,保持出入量平衡。

2.2.5 伤口护理 观察术后体温情况,伤口有无红肿、痛及渗血、渗液,遵医嘱使用抗菌药物,防止伤口感染。传统开放式手术应注意敷料有无被尿液浸湿,对被浸湿者及时更换敷料。采用自控镇痛泵进行有效的镇痛,密切观察镇痛效果及药物不良反应,有不良反应时及时处理。

2.2.6 饮食宣教 一般术后 1~2 d 胃肠功能恢复即可拔除

胃管。指导患者进食,先从流质饮食开始,如无恶心、呕吐、腹胀等不适可逐步恢复正常饮食,以高蛋白、高维生素饮食为主,以促进伤口愈合和身体机能恢复^[2]。术后 2~3 d 下床活动,以预防下肢深静脉血栓形成,有利于肠道及膀胱功能恢复^[3]。

2.2.7 离断式肾盂输尿管成形术后管道护理 本组患儿 40 例行腹腔镜手术,28 例行传统开放式手术,内引流或外引流选择无明显差异。术后常规留置有输尿管支架管或双 J 管、肾造瘘管、肾周引流管、尿管、胃管等多种管道,胃管护理按相应常规进行。专科引流管道的护理措施:(1)连接各引流管并妥善固定:由于各引流管外形类似、安放位置紧邻、患儿易躁动等原因,需常规对各管道名称进行明显的标识,以便区分。为及时发现管道有无脱出,在医生已对管道进行皮肤缝合固定的情况下要求护士在各管道出腹壁伤口平面 1 cm 处行统一长度标记,根据外露长度的变化来了解管道有否脱出。告知家长各引流管的作用,教会家长正确保护和协助管理管道,使其不受压、不扭曲、不脱出。(2)肾周引流管:作用为引流手术肾周围的渗血渗液,正常情况下手术当日引流物性状呈血性、淡血性,之后色泽逐渐转淡,引流量也逐渐减少至消失。肾周引流管一般于术后 2~3 d 拔除,有尿外渗时需延时拔除。对有尿外渗的患者敷料常被尿液浸湿,应勤换敷料,并做好家属的解释工作。(3)输尿管支架管:主要作用是支撑吻合口,也可引流尿液,目前肾积水手术未常规要求放置(也可放双 J 管或不放支架管)。一般无液体引出,但若支架管放置位置过深,可以有少量膀胱内尿液引出,此属正常现象。一般术后 3~7 d 左右拔管。(4)肾造瘘管:主要起引流患侧肾盂内尿液的作用,引流尿液最初为血性,很快转为淡血性至清亮,可有絮状沉淀物,其量为患侧肾脏分泌的尿量,可略多于健侧自解小便量,两侧引流尿液计量可直观反映肾功能。留置造瘘管期间保持引流通畅非常重要,否则影响肾脏功能和伤口愈合。护士需防止管道受压、折叠、脱落。如有堵塞可告知医生进行引流管位置调整、少量的生理盐水或碱性溶液冲洗。留置肾造瘘管期间嘱咐患儿多饮水。肾造瘘管一般于术后 7~9 d 拔除,晚于支架管。拔管前向肾造瘘管内注入美兰 2 mL,然后夹管观察 1~2 d,看患儿是否有蓝色尿液从尿管或尿道口排出,是否伴随有哭闹、烦躁及腹痛等表现。如很快排出蓝色尿液,同时患儿无发热、腹痛,说明肾盂输尿管吻合口通畅无梗阻,可以拔除肾造瘘管。相反,如果排出尿液未见蓝色或仅显浅淡的蓝色,或者排出美兰蓝尿,但患儿出现发热、腰疼,说明肾盂输尿管还有梗阻,可能与吻合口水肿或沉淀物堵塞有关,可予反复冲洗后再行美兰试验,证明通畅后再拔除。拔除肾造瘘管时需仔细、动作轻柔,拔管困难者不得强行、暴力拔管,需仔细检查原因,以免管道断裂、残留于肾盂或肌层内。拔管后须仔细检查其完整性。(5)双 J 管:部分患儿留置双 J 管,代替输尿管支架管和肾造瘘管,同时起支撑和引流作用。需注意患儿排尿情况,嘱其限制活动,避免引起严重血尿。术后 3~4 周按时拔管,延误拔管可能会引起尿路感染或结石形成^[4]。(6)尿管护理:单侧离断式肾盂输尿管成形术后尿管一般放置时间短或不放置,尿管引流出的尿液主要来源于健侧肾脏。通常情况下,尿管引流量少于患侧肾造瘘引流出的尿液,这是因为患侧肾小管重吸收功能降低的缘故,此属正常现象,专科护士应知晓。每天记录各管道引流物的量、色泽及性状,每日更换引流袋,更换时遵守无菌操作规定。

2.2.8 腹腔镜患儿术后护理 由于腹腔镜术中需要建立较长时间气腹,对患儿内环境影响较大,术后可能出现的并发症也

较多,所以,术后护理除前面提到的应密切观察患儿呼吸频率和深度、皮肤有无潮红,以便判断有无 CO₂ 过度吸收引起的高碳酸血症^[5]。观察心率等生命体征情况,做好伤口保护、饮食护理,还要注意有无皮下气肿等情况出现,必要时需及时纠正。

2.3 出院宣教 出院后 2 个月内避免剧烈活动,门诊随访尿常规、B 超。如有腹痛、发烧、血尿、脓尿等情况应及时返院治疗。加强营养,合理饮食搭配,增强抵抗力。对腹腔镜手术后放置双 J 管的患儿,嘱其术后 3~4 周内入院行双 J 管取出术,防止长时间留置发生感染和结石产生等并发症,这与国内其他报道相符合^[6]。

3 小 结

随着 B 超普及和家长保健意识的增强,肾积水患儿首诊年龄提前。医生手术技术日益成熟,使得离断式肾盂输尿管成形术在婴幼儿期即可进行。近几年腹腔镜手术的普及,极大减轻了患儿的痛苦。患儿手术年龄越小,术后护理难度越高,越需要专科能力强的护士参与,比如护士应熟知各年龄段患儿生命体征、生理尿量的正常值,知晓不同手术方式术后放置不同引流管,知晓各引流管的作用、护理要点,等等。能够根据患儿一般情况、意识、尿量、引流情况及化验检查结果等,评价分析患儿术后状态是否正常^[7-9]。与此同时,针对围术期的不同问题与家长进行有效沟通,及时消除疑虑,对保障家属密切协助诊疗过程具有作用^[10]。通过以上措施的落实,本组患儿均获得较好疗效,无并发症发生。因此,作者认为,专业化、人性化的围术期护理措施是保障肾积水患儿术后顺利康复的关键。

参考文献:

- [1] Alberti C. Congenital ureteropelvic junction obstruction: hysopathology,decoupling of tout court pelvic dilatation-obstruction semantic connection, biomarkers to predict renal damage evolution[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2012,16(2):213-219.
- [2] 孙菊花. 92 例先天性肾积水的护理[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2007,28(5):620-621.
- [3] 林慧. 泌尿外科后腹腔镜手术的护理 98 例[J]. 中国实用护理杂志, 2004,20(17):35-36.
- [4] 杜广辉,杨为民,庄乾元,等. 双 J 管在上尿路梗阻性疾病中的应用及其并发症[J]. 中华泌尿外科杂志, 2001,22(2):92-94.
- [5] 赵毅,康福霞,李艳,等. 小儿后腹腔镜肾盂输尿管成形术的护理[J]. 解放军护理杂志, 2008,25(5):65-66.
- [6] 路继儒,郑汝强,张峰彬. 双 J 导管置管时间对输尿管功能的影响[J]. 中华泌尿外科杂志, 2000,21(4):8.
- [7] 许晓娜,黄慧双,叶晓洁,等. 腰部小切口手术治疗肾盂输尿管连接部梗阻性肾积水患儿的护理[J]. 护理学报, 2010,17(23):50-52.
- [8] 金雁. 小婴儿肾积水围术期的护理体会[J]. 护士进修杂志, 2010,14(14):1262-1263.
- [9] 康小兰. 42 例先天性肾积水患儿的围术期护理[J]. 四川医学, 2012,33(7):1308-1310.
- [10] 苟丽,张国英,王汴云,等. 先天性肾积水患儿围术期护理[J]. 中外医疗, 2009,20(7):153.