

机器人辅助下肾切除术后护理研究

万志敏 王 懿 通讯作者

贵州省人民医院泌尿外科, 贵州 贵阳 550002

摘要: 目的: 研究机器人辅助下肾切除患者的术后护理。方法: 纳入 2019 年 12 月~2020 年 4 月期间于本院在机器人辅助下行肾切除术治疗的 10 例患者, 根据入院的先后分为研究组与对照组。两组均在机器人的辅助下行肾切除治疗, 对照组术后行常规护理, 研究组在常规护理的基础上加强围术期术后护理, 比较成效。结果: 研究组患者的术后情况(术后引流管留置时间、术后下床时间、住院时间)及护理满意度均优于对照组患者 $p < 0.05$ 。结论: 在机器人辅助肾切除治疗的基础上加强围术期术后护理对于术后患者效果显著。

关键词: 机器人; 肾癌; 输尿管癌; 无功能肾; 肾切除; 术后护理

随着社会的发展, 医学的不断进步, 机器人逐渐应用至医学临床中; 机器人辅助下的治疗方式已经成为临床患者及护理人员的新宠^[1]。基于机器人辅助肾切除手术的基础上加强围术期术后护理是极其重要的。因此此次研究围绕患者在机器人辅助下行肾切除手术的术后护理进行探究, 选取 10 例患者为例, 其中肾癌、输尿管癌患者 5 例, 无功能肾患者 5 例。

1 资料与方法

1.1 临床资料

纳入 2019 年 12 月~2020 年 4 月期间于本院机器人辅助下行肾切除术治疗的 11 例患者, 根据入院的先后分为研究组与对照组, 各 5 例, 其中肾癌、输尿管癌患者 5 例, 无功能肾患者 5 例。其中对照组患者年龄在 32~76 岁之间, 平均 55.8 岁; 研究组患者年龄在 38~81 岁之间, 平均 57.4 岁。对比两组患者的性别、年龄均无统计学意义 $p > 0.05$ 。

1.2 方法

两组患者均行机器人辅助下肾切除术, 患者的麻醉方式为全身麻醉(气管插管), 手术前先留置尿管; 协助患者置于平卧位, 首先在患者腹部置一个气腹针, 将二氧化碳注入腹部, 进而建立气腹。在手术前标志的标记部位, 分别在标记部位置入 2 个 10mm 的 TROCAR 镜和 2 个 8 mm 的 TROCAR 镜, 此时将 4 个 TROCAR 镜固定在机器人的手臂上, 建立起手术台, 进行手术。手术结束后, 在患者的腹部切出一个 5cm 的切口, 把离断的肾脏移除, 将 TROCAR 镜拆除, 并在此时将机器人的系统终止; 最后清点手术的器械和所用及纱布。最终手术结束将患者送至病房。

对照组: 行常规护理, 例如: 术前禁食 12 小时, 禁饮 6 小时; 术后去枕平卧 6 小时; 胃肠功能恢复后进食; 遵医嘱指导患者用药; 指导患者进行日常饮食; 将病房始终保持干净整洁; 常规健康宣教等。

研究组在常规护理的基础上提倡 ERAS 理念, 加强围术期术后护理, 具体如下: (1) 术前有效健康宣教: 加强机器人手术知识宣讲, 让患者了解手术过程, 减轻病人的恐惧和焦虑, 使病人更好地配合医护人员。(2) 术前常规肠道准备简化: 术前晚、术前 2 小时饮用碳水化合物能增加机体对胰岛素的敏感性, 减少蛋白质的分解^[2]。(3) 鼓励患者早期进食: 延长禁食时间会导致体质量指数下降, 出现营养不良, 延长康复时间。术后早期进食能够降低分解代谢, 保护胃黏膜屏障, 提高术后免疫功能, 减少感染的发生^[3]。(4) 有效的术后镇痛及控制恶心、呕吐: 对于疼痛提前干预, 预防性应用止吐药, 大大提高患者舒适度。(5) 患者体位管理: 术后头下垫枕, 抬高床头 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$, 确保呼吸道通畅; 及时清除患者呼吸道内的分泌物。早期下床活动, 有利于术后康复, 减少并发症发生。(6) 密切观察病情: 遵医嘱进行吸氧, 将血氧饱和度维持 $>95\%$ 。严密观察患者的生命体征, 若出现异常及时告知医生并协助紧急处理; 定期检查患者的生化指标、血常规等化验情况。(7) 管路护理: 术后于患者留置导尿管及肾窝/盆腔引流管, 密切观察患者各个管路的情况。有效进行二次固定, 观察是否有扭曲、受压的情况, 确保各个管路

的通畅; 注意引流液、尿液的颜色及性质, 记录 24 小时尿量及引流量。(8) 早期拔出尿管: 导尿管在 24~48 小时内拔出, 可大大减少尿路感染发生。有研究显示^[4]尿管的留置时间与尿路感染的发生率呈正比, 而尿路感染会导致急性肾衰竭、深静脉血栓等并发症发生。(9) 并发症观察及护理: ①出血: 密切观察患者的切口敷料及引流液的颜色, 根据医嘱合理使用止血药。如果短时间内引流超过 100ml 的血性液体, 需立即告知值班医生处理。②感染: 严密监测患者体温及各项炎症指标, 合理、规范使用抗生素。③皮下气肿: 注意观察患者伤口周围局部情况, 一般少量皮下气肿不需要特殊处理可自行吸收。④腹腔脏器损伤: 密切观察患者的腹部体征, 出现异常及时报告医生处理。

1.3 观察指标

将患者的术后情况和护理满意度作为观察指标。

1.4 统计学方法

采取 SPSS22.0 分析, 护理满意率均用 (n, %) 表示, χ^2 检验; 术后情况用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验; 若 $p < 0.05$ 则有统计学意义。

2 结果

2.1 术后情况对比

研究组患者的术后引流管留置时间、术后下床时间、住院时间均短于常规组, 比较差异 $p < 0.05$, 见表 1。

表 1 两组患者的术后情况对比 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	术后引流管留置时间	术后下床时间	住院时间
对照组	6.65 ± 1.12	7.12 ± 0.98	10.09 ± 2.22
研究组	2.34 ± 1.01	3.21 ± 0.45	6.65 ± 1.72
t	20.208	25.638	8.661
p	0.000	0.000	0.000

2.2 护理满意度

研究组患者对于临床护理不满意的有 1 例, 总满意率为 80%; 对照组患者对于临床护理不满意的有 3 例, 总满意率为 40%; 比较两组患者的差异 ($\chi^2 = 6.144$, $p = 0.013$)。

3 讨论

机器人辅助手术给临床中的医护人员及患者带来了方便, 同时有了更广阔的平台, 也提高了对于临床护理的要求^[5]。机器人辅助肾切除患者的护理方式在不断的完善, 随着护理方式的深入, 临床中的护理人员也应该顺应时代的发展, 不断的提升自身的技术, 不断地改进围术期术后护理方式, 能够帮助患者尽早康复^[6]。

此次研究得出: 研究组患者的术后情况(术后引流管留置时间、术后下床时间、住院时间)及护理满意度均优于对照组患者 $p < 0.05$ 。

综上所述: 在机器人辅助肾脏根治性切除治疗的基础上加强围术期术后护理对于肾癌患者效果显著。

参考文献

[1] 汤昊, 张征宇, 周文泉, 等. 经腹与腹膜后入路机器人辅助腹腔镜肾部分切除术治疗早期肾癌的比较[J]. 临床肿瘤学杂志, 2015, 20(12):1128-1131.

[2] 张力君, 徐林, 刘乐阳, 等. 术前口服碳水化合物对改善结肠癌术后胰岛素抵抗的影响[J]. 云南医药, 2017, 38(5):478-480.

[3] 冯伟宇, 李保东, 王金榜, 等. FTS 与常规围手术期处理方法对老年结肠癌免疫功能和炎症应激反应的影响[J]. 中华全科医学, 318, 16(3):364-366.

[4] 田静, 李惠斌. 膀胱冲洗对长期留置导尿路感染影响的 Meta 分析[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(12):166-160

[5] 邹萍, 李萍, 庄君龙. 机器人辅助腹腔镜肾部分切除术与传统术式的手术及康复情况对比研究[J]. 中国数字医学, 2019, 14(03):101-103.

[6] 吴小凤, 盛夏, 吴震杰, 等. 机器人辅助腹腔镜肾部分切除术的护理配合[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(02):35-37+73.