

经皮肾镜穿刺造瘘钬激光碎石取石术的护理配合

赵莉

铜仁市人民医院 贵州 铜仁 554300

【摘要】目的：探讨经皮肾镜穿刺造瘘钬激光碎石取石术的护理配合。**方法：**选择2018年1月-2020年1月在我院行经皮肾镜穿刺造瘘钬激光碎石取石术的患者120例，对术中患者的体位变动实施干预和观察患者生命体征的变化。**结果：**手术麻醉顺利完成，医师满意，护理配合成功。**结论：**对术中患者变换体位实施干预和严密观察患者生命征，可以大大节约麻醉手术时间，保障手术麻醉顺利完成。

【关键词】：经皮肾镜穿刺造瘘；钬激光碎石取石术；护理配合

随着我国医疗技术的发展，在保障患者安全的前提下，现在提倡无痛医疗、舒适医疗、术后快速康复，而术后快速康复得益于微创技术的发展^[1]，现在我院泌尿外科微创手术率超过90%，其中肾结石或输尿管上段结石的手术方式采用经皮肾镜穿刺造瘘术的超过98%，手术效果非常好，手术创伤小、痛苦小、恢复快的优势明显^[2]。现在就2018年1月-2020年1月在我院采用经皮肾镜穿刺造瘘钬激光碎石取石术的120例患者，通过对术中患者变换体位实施干预和严密观察患者生命征，大大节约麻醉手术时间，保障手术麻醉顺利完成，手术医师和麻醉医师满意，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为2018年1月-2020年1月在我院采用经皮肾镜穿刺造瘘钬激光碎石取石术的120例患者，其中男性62例，女性58例，年龄22-69岁。平均年龄49.25+15.52岁，体重60.62+10.08Kg。其中左肾结石44例，右肾结石52例，双肾多发性结石14例，输尿管上段结石10例，结石的直径1.2-2.5cm。所有患者ASA-II级，无麻醉禁忌症。所有患者都在气管插管全麻下行经皮肾镜穿刺造瘘钬激光碎石取石术，手术时间1-2.5h。

1.2 手术方法

患者入室后，开放上肢静脉通路，行心电图、SPO₂、血压、ETCO₂监测，在气管插管全麻后摆放截石位，用1%碘伏会阴部消毒铺巾，在输尿管镜下留置输尿管导管至肾盂，输尿管导管末端连接针头并同定在腰部，留置F14-16双腔导尿管，连接尿袋引流。然后摆放俯卧位，与手术医师、麻醉医师一起摆放体位，注意保护患者，避免压伤和关节脱位，用3升袋冲洗液垫在患者头部，保护颈椎和眼睛。然后用1%碘伏常规消毒铺巾，在B超引导下，采用18号肾穿刺针通过肾后外侧穿入肾集合系统内取出针芯见到尿液后，置入斑马导丝，用筋膜扩张器沿导丝从F8开始，以F2递增，扩张至F16时留置工作鞘，换金属导管扩张

通道至F21，置入经皮肾镜后，在液压冲洗泵灌注下行钬激光碎石取石术。术毕置入双J管及肾造瘘管。

2 手术护理配合

2.1 护理体位配合

协助麻醉医生进行麻醉，给予静脉麻醉药行麻醉诱导，协助气管插管。麻醉完成后，摆放体位和配合手术开展：患者取膀胱截石位行输尿管镜下置入输尿管导管。摆放截石位时，要保持腘窝悬空，防止腓总神经损伤。置入输尿管导管和尿管后，更换手术体位，协助手术医师和麻醉医师使患者转为俯卧，腰部垫一特制的俯卧位体位垫，双手自然放在头的两侧，固定双手，双手下方放一棉垫，避免双手压伤，头偏向一侧，头的下方放一3升冲洗液水袋，保护好颜面部，足部垫一软垫防止足下垂，受压部位给予软垫保护，严防肢体受压。安置俯卧位时应站在补液的肢体侧，将病人向另外一侧翻转，注意保持输液、尿管及输尿管导管的通畅，以免脱落；注意胸廓是否受压，保护受压部位，防止压疮的发生。

2.2 术中配合

巡回护士提前准备无菌器械台，协助手术医生消毒铺巾，手术医师把手术薄膜贴在手术操作区域，把引流袋口打结，然后巡回护士用针头扎数孔，使外流的冲洗液收集在薄膜的塑料袋内，并顺塑料管入桶，有利于收集冲出的碎石。光源、B超机和灌注泵放在手术医师的对侧，钬激光碎石机放在手术医生的同侧，方便手术医师进行操作，避免各种器械和连接线弄乱，影响手术的进行。

2.3 严密观察患者的血压、心率、血氧饱和度的变化，观察患者皮肤颜色有无变化，记录冲洗液的出入量，俯卧位时，每30min把患者的头从一侧偏向另一侧，降低患者苏醒后的不适感，观察输液速度和量，注意保温，避免术中患者出现低体温，术中如患者生命征发生变化时，及时提醒麻醉医师和手术医师。

3 结果

观察发现麻醉诱导时胸腹部出现荨麻疹3例,发生率为2.5%,术中由截石位转俯卧位后有12患者出现血压下降,发生率为10%,气管导管脱出1例,发生率为0.8%。发现患者出现以上变化时,立即告知麻醉医师进行处理,均使患者转危为安,有效避免了医疗事故,体现了护士的价值,获得了手术医师和麻醉医师的赞赏与好评。

4 讨论

严格执行三查七对,在麻醉开始前、手术开始前、患者离开手术室前核对患者姓名、年龄、住院号、手术方式及部位,核对无误后再开始麻醉,避免发生医疗事故和纠纷。

麻醉、手术、持续冲洗、体位改变等因素可影响患者循环呼吸功能的稳定,同时俯卧位使胸腹部受压,胸廓活动变小,特别是垫高腹部,使膈肌活动受限,容易导致二氧化碳蓄积和低氧血症,因此手术变换体位时,动作一定要轻柔,速度要慢,避免发生体位性低血压,发生心肌缺血或心律失常危及患者生命^[3]。患者因行全身麻醉,出现不良反应或危险时不能诉说,只能靠麻醉医师和巡回护士观察,然后及时处理,从而保障患者生命安全。巡回护士实行体位干预:在改变体位时动作应协调、轻柔,摆放截石位的腿架的高度以患者腰窝的自然弯曲下垂为准,过高可压迫膈窝内的血管和神经;转为平卧位放下肢时动作应缓慢、不能同时放平左右肢体,同时放可因大量血液涌向下肢导致回心血

量剧减,使血压骤降;患者由仰卧位变为俯卧位时,使患者双臂下垂紧靠躯体,由麻醉医师、手术医师、巡回护士分别站在患者身体两侧,麻醉医师托住患者头肩部,保护好颈椎,手术医师托起患者腰骶部及双下肢,使头、颈、胸在同一水平线,同时以脊柱为轴心向同一侧缓慢旋转为俯卧位,在翻动体位时巡回护士负责摆放体位垫,一个垫在靠近剑突腹部处,一个垫在靠近会阴部处,使胸部和少部分腹部悬空,手术过程中应注意腹部受压情况,以防气管导管打折和血氧饱和度的下降,术毕转为平卧位时也应轻缓慢,避免出现体位性低血压。

手术过程中注意观察冲洗液量,准确记录出入量,避免过多冲洗液被吸收,导致水中毒等并发症。如果冲洗液量过大,应提醒麻醉医师和手术医师,尽快结束手术,是否要应用利尿剂等处理。术中还应适当控制输液速度,避免输液过多导致肺水肿。手术过程中还应注意保暖,大量冲洗可使患者体温下降,手术间温度应控制在22°C-26°C之间,避免低体温造成患者耗氧增加、心率增快、免疫功能受损、术后苏醒延迟等危害^[4]。可用暖风机、保温毯、输液加温装置等保温,从而减少体温下降发生率。除此之外,还应该严密观察患者尿量和颜色,如发现异常,及时告知麻醉医师并协助处理。

总之,在我院行经皮肾镜穿刺造瘘钬激光碎石取石术的患者,巡回护士通过对术中患者变换体位实施干预和严密观察患者生命征,大大节约麻醉手术时间,保障手术麻醉顺利完成,手术医师和麻醉医师满意,保障了手术患者的生命安全。

参考文献:

- [1] 李明.加速康复外科护理理念在经皮肾镜取石术患者中的临床护理应用效果分析[J].2019,4(24):68,71.
- [2] 黄林华.陈燕珠.张翠君.等.微创经皮肾穿刺取石术的手术配合及护理对策[J].国际护理学杂志,2010,29(11):1673-1675.
- [3] 黄爱红.围术期细节干预对经皮肾镜取石术患者心理应激及预后的影响[J].医学临床研究,2019,36(8):1547-1548.
- [4] 黄桂连.B超引导下经皮肾镜钬激光碎石取石术(PCNL)治疗复杂性结石的术中护理配合要点分析[J].2019,48(3):193-194.