

# 成人型多囊肾患者行腹腔镜去顶减压术的护理

宫月花,刘辉,于成娥

(山东省立医院泌尿微创中心, 山东 济南 250021)

**Nursing Care for the Patients Undergoing Laparoscopic PKD Cyst Deroofing**//GONG Yuehua, LIU Hui, YU Cheng-e

**摘要:**对 92 例成人型多囊肾患者行腹腔镜去顶减压术,术前做好患者心理护理及健康知识讲座,术后加强生命体征的监测,保持肾周引流管通畅及密切观察伤口渗液情况等。结果提示及时、全方位的护理是手术成功的重要保障。

**关键词:**成人型多囊肾; 腹腔镜; 去顶减压术; 护理

**中图分类号:**R473.6;R692.1<sup>1</sup>2 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-4152(2005)16-0021-03

成人型多囊肾又称常染色体显性遗传性多囊肾,其病理特征为双肾布满大小不等的囊肿,随着年龄的增加,囊肿的数量、体积不断增加,压迫周围的正常肾组织,使功能性肾单位减少,最终导致终末期肾衰竭<sup>[1]</sup>。我院泌尿腔内微创医学中心于 2003 年 7 月至 2004 年 10 月对成人型多囊肾 92 例患者应用腹腔镜行多囊肾去顶减压术治疗,效果满意,护理报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

92 例患者,男 57 例、女 35 例,年龄 23~59 (43.8±10.8)岁。文化程度:小学 9 例,初中 24 例,高中 34 例,大专及以上 25 例。临床表现:腰、腹部胀痛伴有高血压者 61 例,合并血尿者 17 例,无症状者 14 例。肾功能检查:肾功能在正常范围者 30 例,尿素氮或肌酐有任何 1 项超过正常者 62 例,其中尿素氮最高值达 14.13 mmol/L,肌酐最高值达 535.4 μmol/L。

### 1.2 手术方法

在气管插管全麻下经腹腔途径进行,以左侧为例,患者取右侧卧位,腰部垫高,在肋缘下左锁骨中线连接处切开皮肤约 0.5 cm,用 Veress 气腹针穿刺入腹腔,建立 CO<sub>2</sub> 气腹,气腹压力为 12~15 mmHg,在平脐与左锁骨中线处采用 Trocar 穿刺成功后,置入 25°WOLF 腹腔镜,接监视器,于肋缘下左锁骨中线、腋前线处采用 Trocar 穿刺成功后,分别置入操作件,自脾区沿左侧结肠旁沟纵行切开后腹膜,充分游离左肾,采用超声刀将所有可见囊肿逐个彻底去顶减压<sup>[2]</sup>,吸净囊液,创缘止血,肾窝处放置

一引流管经腋前线引出固定。

### 1.3 结果

92 例患者,89 例行腹腔镜去顶减压术,无并发症;2 例后腹膜囊肿伴血管异位,术中不易止血改为开放性囊肿去顶减压术;1 例因巨大肾囊肿(13 cm×9.8 cm)术后渗血多改为开放式左肾切除术。92 例患者住院 4~15 天,平均 5.8 天。术后 3 个月至 18 个月随访,58 例患者腰痛、腰胀明显减轻,肾功能检查尿素氮无升高,肌酐降至正常,生活自理。19 例多囊肾合并高血压患者(BP 160~170/110~100 mmHg)降至正常。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

**2.1.1 心理疏导:**针对患者对腹腔镜手术治疗了解甚少,入院后由责任护士向患者详细介绍腹腔镜手术治疗的优点,切口小、损伤小、出血少、恢复快、并发症少;对于身体状况良好,肾功能正常或接近正常的患者首次可以行双侧手术。对晚期腹部症状明显者,只要无手术禁忌,能耐受麻醉,均可选择腹腔镜去顶减压术。既可以减轻患者症状,又能改善肾脏功能,减缓肾衰退速度<sup>[3]</sup>。向患者介绍同类手术后恢复期的病例,并组织患者观看手术的录像资料,使其了解手术的全过程,减轻心理压力,主动配合治疗。

**2.1.2 健康知识讲座:**由责任护士进行讲解,1 次/周,每次 30 min。内容包括什么是成人型多囊肾,主要临床表现及危害,早期诊断、治疗的利弊,定期监测血压、肾功能、双肾 B 超的重要性及护理治疗措施等。对患者的主要症状、体征随时有针对性地

给予健康指导。如对囊肿较大者,应避免外伤,双侧腰腹部不要触及床挡,查体时腰腹部不要用力按压,以防囊肿破裂引起出血。高血压主要源于囊肿扩张导致肾内缺血,进而激活肾素血管紧张素系统,导致血压升高。故血压应控制在 130/80mmHg 以内,目前推荐使用的抗高血压药物为血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体拮抗剂<sup>[3]</sup>。合并高血压的患者调整饮食,以低盐、低脂饮食为宜。发生血尿时应减少活动,卧床休息。合并囊内感染时,根据医嘱应用抗生素,注意观察体温变化及疗效。氮质血症患者应用药物降低尿素氮、肌酐,必要时术前行血液透析。有贫血者术前可肌肉注射促红素或输红细胞纠正贫血。通过对相关医学知识的讲解,提高了患者对疾病的认识,使患者主动参与到护理活动中来,为术后的定期随访及治疗和护理打下基础。

**2.1.3 术前准备:**按全麻手术常规准备,术前检查心、肺、肝、肾功能。术前 6 h 禁食、禁水,手术当日备好抢救用品,如心电监护仪、吸痰器、氧气等。

## 2.2 术后护理

①加强生命体征的监测。密切观察患者的呼吸频率、节律,鼓励患者深呼吸,进行有效的咳嗽、咳痰,保持呼吸道通畅。患者术前多伴有高血压,广泛的囊肿去顶减压后,肾内缺血得到改善,短期内血压不稳定,有的患者术后血压下降很快,在护理中及时提醒患者在坐起或下床活动时要有他人扶助,以防晕倒发生意外。由于 CO<sub>2</sub> 气腹可造成高碳酸血症,术后应给予间断吸氧,监测 SpO<sub>2</sub>, 根据 SpO<sub>2</sub> 值调整吸氧浓度以提高氧分压,促进 CO<sub>2</sub> 排出,我们调整氧流量一般在 2~5 L/min。如果氧流量 > 5 L/min, SpO<sub>2</sub> 仍低于 0.95, 应仔细查找原因,本组有 1 例患者术后氧流量达 5 L/min, SpO<sub>2</sub> 在 0.88~0.92, 责任护士经仔细观察,发现患者口唇、面色苍白,立即通知医生,急查血常规示血红蛋白为 60 g/L, 考虑与贫血有关,即给予输红细胞 2 U、血浆 100 ml, SpO<sub>2</sub> 逐渐升至 0.95~0.99。注意观察心率、心律变化,本组有 5 例术后出现心率增快, 104~130 次/min, 经严密监测及时处理,予倍他乐克 12.5~25.0 mg 口服, 心率逐渐降至 60~100 次/min, 无心悸、气短等不适。注意观察体温的变化,术后 2~3 d, 由于手术吸收热, 患者体温可较基础体温偏高, 但一般不超过 38 ℃, 本组 1 例患者从

术后第 4 天起体温波动 37.5~38.5 ℃, 经检查与并发肺部感染有关, 即予抗生素治疗, 体温降至正常。

②保持肾周引流管通畅, 观察伤口渗出液情况。囊肿去顶减压后, 创位面多, 术后早期可能有渗血, 另外囊壁上皮细胞短期内仍可继续分泌囊液, 伤口敷料经常被渗湿, 向患者及家属讲明渗出的原因, 减轻患者的恐惧心理; 及时更换敷料, 用一次性无菌方垫遮盖在伤口上, 以防渗出污染被服。密切观察引流液的性质及量, 检查引流管有无扭曲、折叠, 如果引流液颜色鲜红, 引流量 > 100 ml/h, 持续 3 h, 提示有内出血的可能, 应及时报告医生。本组 2 例术后 2 h 引流量在 300~500 ml, 色鲜红, 及时输入止血药物、加压包扎伤口、输红细胞 2 U, 经及时治疗, 引流量逐渐减少。引流袋勿高于肾区, 以防引流液倒流引起肾周感染; 翻身或下床活动时动作应缓慢, 以防牵拉将引流管拽出。③饮食与活动。由于经腹腔途径进行手术对肠道等腹腔脏器刺激大, 可出现脏器损伤、肠麻痹、肠粘连、腹腔感染等并发症<sup>[4]</sup>。全麻清醒后, 鼓励患者做床上活动, 方法是: 患者平卧, 双脚平放于床上, 屈膝、屈髋, 借助肘关节的力量将腹部抬起, 1 次/3 h, 同时按摩背部、腰骶部皮肤。仅做单侧手术的患者也可取患侧卧位, 这样有利于渗血、渗液的引流。由于创面的大小及肾蒂游离的程度不同, 术后离床活动的时间亦有所不同, 需与手术医生联系, 了解术中情况, 创面大、肾蒂完全游离, 手术后 3 d 内一般不主张早期下床活动, 以免引起肾下垂及活动后出血; 术后 1 月内不应从事体力活动; 若创面小、肾蒂未完全游离, 可于手术后 24 h 鼓励患者下床活动, 以促进胃肠蠕动, 预防肠粘连。肠蠕动恢复, 肛门排气后, 可进食清淡的流质饮食, 肾功能正常的患者可逐渐过渡到普通饮食。如患者术后出现肾功能不全时, 蛋白质应严格控制, 按 0.6~0.8 g/(kg·d) 供给, 避免加重肾脏负担<sup>[5]</sup>。

## 3 小结

腹腔镜手术治疗成人型多囊肾作为一项微创新技术, 患者对此了解甚少, 术前我们利用幻灯片、光盘等进行介绍, 使患者及家属了解成人型多囊肾的医学知识, 诊治、护理及自我保健措施, 并运用解释、支持、鼓励等心理疏导手段, 及时与患者进行心理沟通, 使其消除思想顾虑, 配合治疗。由于腹腔镜手术采用 CO<sub>2</sub> 气腹易形成高碳酸血症、皮下气肿、肩背部疼痛等, 并出现腹腔脏器及血管损伤、肾出血等并

发症,护理人员须密切观察术后病情变化,并根据情况采取相应的治疗护理措施。术后进行合理的饮食及活动指导,减少术后并发症,促进患者早日康复。

参考文献:

[1] 梅如冰,赵永伟,聂卫星,等.成人型多囊肾手术治疗的改进(附 18 例报告)[J].泰山医学院学报,2003,24(1):71.  
 [2] 邵世修,王振林,张淑香,等.腹腔镜手术治疗成人型多囊肾 22 例疗效观察[J].山东医药,2003,43(18):12.

[3] 龚伟,曾彩虹.遗传性肾囊肿性疾病[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2004,13(5):474.  
 [4] 张晨光.泌尿外科腹腔镜操作技术的变迁及应用进展[J].国外医学泌尿系统分册,2004,24(5):622.  
 [5] 张爱珍.临床营养学[M].北京:人民卫生出版社,2000.65.

作者简介:宫月花(1971-),女,本科,护师。

收稿日期:2005-02-23;修回日期:2005-04-10

(本文编辑 镇郁琼)

## AF 系统复位固定加植骨治疗胸腰椎骨折的护理

刘红娟,李娟

(天津市人民医院贵宾病房,天津 300131)

Nursing Care in the Treatment of Thoracic-lumbar Fracture by AF System plus Bone Graft//LIU Hongjuan, LI Juan

摘要:对 72 例胸、腰椎骨折患者采用 AF 系统复位固定加植骨融合。提出术前做好心理护理及术前准备,术后严密监测生命体征,观察双下肢感觉和运动并指导其进行早期肢体康复训练是保证手术成功的关键。

关键词:AF 系统; 胸椎; 腰椎; 骨折; 护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1001-4152(2005)16-0023-02

AF 系统(atlas fixator system)是用于治疗胸、腰椎骨折的一种复位固定装置,该系统结构简单<sup>[1]</sup>,操作方便,既能达到短节段三柱固定,又有三维空间可调性和解剖复位的坚强稳固性,还有利于患者早期活动。我院于 1998 年 10 月至 2003 年 12 月采用 AF 系统复位固定加植骨或融合治疗胸、腰椎骨折 72 例,以恢复脊柱的稳定和正常序列,改善脊柱和神经的功能,取得满意疗效,护理报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

72 例中,男 46 例、女 26 例,年龄 14~61(32.5±10.6)岁。受伤原因:高处坠落伤 32 例,交通伤 30 例,砸伤 10 例。损伤节段:T<sub>11</sub>2 例,T<sub>12</sub>15 例,L<sub>1</sub>28 例,L<sub>2</sub>19 例,L<sub>3</sub>8 例。骨折类型按 Denis 分级:压缩型 4 例,爆裂型 50 例,骨折脱位型 14 例,牵张型 4 例。神经损伤按 ASIA 分级<sup>[2]</sup>:完全性神经损伤(A 级)8 例,不完全性神经损伤 64 例(B 级 11 例,C 级 13 例,D 级 22 例,E 级 18 例)。根据病史、症状与体征、影像学检查(X 线、CT)确诊。

#### 1.2 方法

患者在全麻或连续硬膜外麻醉下取俯卧位,显

万方数据

露伤椎及相邻上下各一节段脊柱的棘突、椎板、上下关节突,常规植入 AF 系统(北京奥斯比利克新技术开发公司生产)复位固定后,对压缩型或爆裂型骨折,椎体高度压缩 1/2 且 CT 提示椎管受阻指数 1 或伴有神经损伤者,在骨折椎体靠近椎弓根部,切除部分椎板,探查突入椎管的骨片是否复位<sup>[1]</sup>。如未复位,用陷入法打入后用 0.8 cm 的刮匙插入椎体向上下撬拔,整平骨折塌陷的终板。此时,椎体留下的空腔用咬下的棘突和椎板以及自体髂骨或人工骨植入,尽量植入足够量的骨块。脱位型骨折采用椎间植骨融合。如伴有椎体压缩,在椎间植骨融合的同时,行椎体内植骨。牵张型骨折以及 Cobb 角>30°且后部结构破坏明显的爆裂型骨折,取大块自体髂骨块行棘突椎板间融合。经椎管椎体内植骨 48 例,椎间植骨融合 12 例,后路椎板关节突融合 10 例,椎间融合加椎体内植骨 2 例。

#### 1.3 结果

72 例术后随访 6 个月至 3 年,64 例不完全性神经损伤患者神经功能分别提高 1~3 级,8 例完全性神经损伤,神经功能有不同程度恢复。4 例压缩性骨折、4 例牵张型骨折、50 例爆裂性骨折患者椎管阻