

快速康复外科理念在多通道 PCNL 术后的应用

孙艺琴

湖南省人民医院 湖南长沙 410000

【摘要】目的 研究快速康复外科理念 (fast track surgery, FTS) 在多通道经皮肾镜取石术 (percutaneous nephrolithotomy, PCNL) 术后的应用价值。方法 选取 2015 年 1 月至 2017 年 12 月我院收治确诊为肾结石并需行 PCNL 术治疗的 100 例患者, 随机分为实验组和对照组, 每组 50 例, 两组患者间具有可比性, 无明显差异 ($P > 0.05$)。对照组采用传统护理方案, 实验组采用快速康复护理方案, 比较两组患者术后焦虑情况、术后并发症发生率及住院时间。结果 对照组患者术后焦虑评分 (46.37 ± 9.68) 分, 住院天数 (4.02 ± 1.56) 天, 术后出血 2 例 (4.00%), 发热 7 例 (14.00%)。实验组患者术后焦虑评分 (32.24 ± 13.89) 分, 住院时间 (1.87 ± 0.82) 天, 术后出血 2 例 (4.00%), 发热 2 例 (4.00%)。实验组患者焦虑情况明显低于对照组 ($P < 0.05$), 住院时间明显少于对照组 ($P < 0.05$), 术后并发症发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 在快速康复外科理念的指导下制定的护理模式可明显促进多通道 PCNL 术后患者的康复。

【关键词】快速康复外科; 多通道经皮肾镜取石术; 护理模式

【中图分类号】R473.6

【文献标识码】A

【文章编号】1672-0415 (2018) 09-201-02

快速康复外科 (fast track surgery, FTS) 理念是指使用一系列措施减少手术对患者的刺激和术后并发症的发生, 加快患者术后康复, 加快患者出院时间, 降低患者死亡率。^[1] 经皮肾镜取石术 (percutaneous nephrolithotomy, PCNL) 自 1976 年被 Fernstrom 和 Johansson 报道, 用于肾结石的治疗, 已经逐渐成为治疗较复杂、较大肾结石以及其他治疗无效的泌尿系统上尿路结石的有效方法和主要手段之一。^[2] 欧洲泌尿外科学会推荐大于 2 cm 的肾结石和大于 1.5 cm 的肾下盏结石使用 PCNL 治疗。^[3] 多通道 PCNL 术是在原有 PCNL 术的基础上, 对多发肾结石患者所制定的更加严谨完善的新手术方案, 能够解决更为复杂的病例, 是对传统 PCNL 术的发展。但是尽管多通道 PCNL 术具有微创、快速康复和手术适应症更等优点, 其严重的术后并发症仍会在临床上出现, 常见如出血、感染甚至脓毒血症等。^[4] 将快速康复外科理念应用在多通道 PCNL 术的护理方案中, 可有效减少术后并发症的发生, 减少患者的焦虑情绪, 并加快患者出院时间, 促进患者早日康复。本文将就快速康复外科在多通道 PCNL 术后护理的应用效果叙述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院 2015 年 1 月至 2017 年 12 月收治的由 B 超、KUB (腹部平片)、CT 以及 IVP (静脉尿路造影) 共同确诊为肾结石, 制定手术方案为多通道 PCNL 术的 100 例患者。双盲法随机分为两组, 一组为实验组, 一组为对照组, 每组 50 例。两组患者在年龄、病程、病史以及一般情况等资料上比较无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 护理方案

对照组患者使用传统护理方案: 患者术前晚灌肠 1 次, 12h 禁食, 4-6h 禁饮。由巡回护士单独且口头讲述一般教育内容, 术前常规用药抗感染。术后患者禁饮 12h, 且待引流液颜色逐渐转清后才允许患者下床活动。采用传统方案镇痛。一般 48 至 72 小时视情况拔除尿管。

实验组护理方案: ①术前引导式健康教育及心理疏导, 制定快速康复外科方案。②术中注意保持手术室内温度及湿度, 对输液液体及药品适当加温, 保证患者在术中的体温保持平稳。③术后指导病人 24h 内下床适当活动。④术后病人清醒后就可少量饮水, 并指导病人由流质饮食逐渐向普食过渡。⑤术前无需用药, 无需对肠道进行准备, 术后指导病人咀嚼

口香糖, 利用咀嚼动作刺激肠蠕动。⑥术后 24h 内就拔除尿管。⑦术后超前镇痛, 根据疼痛视觉模拟评分 (VAS) 量表评估患者疼痛情况, 将患者疼痛控制在 3.5 分以下。⑧注意预防患者恶心呕吐等症状的发生。

1.3 观察指标

患者焦虑值测定采用 Zung 焦虑自评量表^[5] 进行心理状态评定, 得分越高说明焦虑情绪越严重。统计患者术后并发症——出血以及发热的发生率。同时统计患者住院天数。对两组患者以上指标进行比较。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 统计学软件分析, 观察指标中计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以计量资料以 (均数 $\pm$ 标准差) 表示, 采用 t 检验; $P < 0.05$ 表示存在差异, 具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症发生率比较

对照组患者术后出血 2 例 (4.00%), 发热 7 例 (14.00%)。实验组患者术后出血 2 例 (4.00%), 发热 2 例 (4.00%)。

表 1: 患者术后并发症发生率比较表

组别	出血	发热	总计	并发症发生率 (%)
对照组	2	7	9	18.00
实验组	2	2	4	8.00
P				0.048

2.2 两组患者焦虑评分及住院天数比较

对照组患者术后焦虑评分 (46.37 ± 9.68) 分, 住院天数 (4.02 ± 1.56) 天。实验组患者术后焦虑评分 (32.24 ± 13.89) 分, 住院时间 (1.87 ± 0.82) 天。

表 2: 患者焦虑评分及住院天数比较表

组别	例数	焦虑评分	住院天数 (天)
对照组	50	46.37 ± 9.68	4.02 ± 1.56
实验组	50	32.24 ± 13.89	1.87 ± 0.82
P		0.000	0.000

3 讨论

多通道 PCNL 术作为治疗肾结石的一个有效方法, 在过去的 20 年里治疗肾结石的方法选择已经出现了非常重大的改变, PCNL 术在国内外指南中早已成为治疗较大的肾结石及其他治疗方案无效的泌尿系统上尿路结石首选方式, 目前已经明显出现了 PCNL 术代替传统治疗泌尿系统上尿路结石的开放性手

术的趋势,但是美中不足的是多通道 PCNL 术仍有许多严重的并发症发生。^[4]近年来也有许多学者和医生对多通道 PCNL 术进行改良,这其中有一大部分强调了护理方案在减少并发症、加快患者康复等方面的作用。包括:医护一体化的术前教育和健康宣传,减轻患者焦虑紧张情绪,减少手术应激的发生;将护理流程规范化,加强护理人员的培训,加强业务水平,有助于缩短手术时间,帮助患者康复;重视一切可能引起患者应激的因素,尽量减少这些因素对患者的刺激等等。从多方面减少多通道 PCNL 术后并发症等的出现,发挥其能够解决复杂病例、微创和患者康复快的优点。

快速康复外科理念的主要目的是通过一系列基于循证医学的有效措施来减少病人痛苦,加速病人康复。^[1]在快速康复外科理念的指导下针对每个患者制定切实有效的护理方案,能够有效减小手术和疾病对患者刺激,加速患者术后康复时间。本实验中针对患者的护理方案主要围绕着以下几点:①科学高效地缓解病人对手术的紧张焦虑情绪,使患者以积极配合的态度参与手术。主要是术前医师与护士一同对患者及家属以引导式降解手术相关知识,帮助患者了解手术过程等,以便患者在治疗过程中以积极乐观的态度配合医生。②缩短或取消患者术前的用药和肠道准备,减轻患者术前的口渴和饥饿感,避免术后腹胀的不适感,大大提高了患者舒适度,同时有利于患者术后的康复。^[6]③术后早进食、早饮水、早下床活动。允许患者术后少量饮水,缓解患者口渴不适感。指导病人从流食向普食过渡,利用咀嚼动作逐渐刺激患者胃肠道的活动,加快患者消化系统的恢复。鼓励患者积极进行适当活动,最好在术后 24h 内就下床做适量活动,需注意活动时需保护伤口,可以帮助患者早日康复。④术后早拔管。近年来无管化 PCNL 术的应用逐渐为人所重视,随着技术的逐渐完善和发展,无管化 PCNL 术比传统留置肾造瘘管的 PCNL 具有更大优势。^[7]在这一理念的指导下,对多通道 PCNL 术后患者尽早拔管,能够减少患者疼痛,减少并发症发生的风险^[8],并且能加速患者的康复速度,缩短患者住院时间。⑤超前镇痛。良好的镇痛是术后护理的关键措施之一,不仅能够缓解患者焦虑情绪,缓解患者痛苦,还能够促进患者尽早下床

活动,改善患者胃肠功能。

综上,在快速康复外科理念指导下制定严格有序、科学合理的护理方案,更加符合人体的生理状态,能够给患者最大程度地减少一切不必要的应激,减少了不必要的一切可能操作损伤。制定并实施在快速康复外科理念指导下的护理方案,能够促进患者术后康复速度,减少并发症的发生,加快患者出院,还能够增加多通道 PCNL 术的适应症,具有较大的应用价值。

参考文献

- [1] Nanavati AJ, Nagral S, Prabhakar S. Fast-track surgery in India. *Natl Med J India*. 2014 Mar-Apr;27(2):79-83. Review. PMID: 25471759
- [2] Wilhelm K, Fritsche HM, Netsch C. Percutaneous Stone Treatment Today: Standard-, Mini-, Micro-, Ultramini-PCNL. *Aktuelle Urol*. 2015 Jul;46(4):297-302. doi: 10.1055/s-0035-1555863. Epub 2015 Jul 30.
- [3] Türk C, Petřík A, Sarica K, Seitz C, Skolarikos A, Straub M, Knoll T. EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. *Eur Urol*. 2016 Mar;69(3):475-82. doi: 10.1016/j.eururo.2015.07.041. Epub 2015 Sep 4.
- [4] 陈锐, 岳明, 朝鲁, 等. 经皮肾镜碎石术的并发症及其防治 [J]. 临床军医杂志, 2011, (3):453-455. DOI:10.3969/j.issn.1671-3826.2011.03.19.
- [5] 李芳芳, 张敏, 冯秋霞, 等. 快速康复外科理念在超微经皮肾镜取石术护理中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2017, (10):1430-1433. DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-4351.2017.10.045.
- [6] 黄桂英, 廖佩仪, 陈翠华. 快速康复外科在肾切开取石术围手术期护理中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2016, (14):40-41. DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2016.14.017.
- [7] 王少刚, 余琥. 经皮肾镜碎石取石术的现状与进展 [J]. 中华腔镜泌尿外科杂志 (电子版), 2016, (3):1-4. DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-3253.2016.03.001.
- [8] 许玲, 范立新. 快速康复外科理念在无管化 PCNL 术围手术期护理的临床应用 [J]. 内蒙古中医药, 2017, (11):127-128.

(上接第 200 页)

较高的责任心和较强的专业技能,所以要强化护理人员对皮瓣血运观察的培训,并通过比对卡统一医护人员对游皮瓣颜色、张力判断的客观标准,在游离皮瓣移植术后 3d 内,每间隔 30min-1h 观察 1 次皮瓣温度、颜色、毛细血管充盈及肿胀程度,准确判断患者是否血管危象。动脉危象多发生在术后 24-72h 内,表现为患者移植的皮瓣颜色由红润转为苍白,皮肤温度与健康部位相比降低 2℃-4℃,皮肤张力或弹性不断下降,皮纹增多,同时毛细血管充盈时间延长,说明动脉痉挛、供血不足或栓塞。静脉危象同样多发生在术后 24-72h 内,表现为皮瓣颜色由红润变暗红,并逐渐转变成紫红,皮肤张力高,皮纹消失,皮瓣温度降低,毛细血管充盈时间缩短多在 1s 内出现,说明静脉栓塞,回流障碍。同时皮瓣术后血管危象的发生往往与多种因素有关,例如过于恐惧、焦虑的心理,极易容易造成血管痉挛,从而诱发血管危象的发生,所以护理人员要及时有效地给予患者心理护理;在手术完成后,要尽量避免患者因疼痛而导致血管收缩,从而引起血栓的形成或血管出现闭塞等情况,所以术后给予患者疼痛护理干预

是非常有必要的;保持病室适宜温湿度,因为温度过低易导致患者血管痉挛,过高易出现烦躁、多汗等现象,此外,清洁病室环境能够减少感染概率;禁止吸烟、卧床制动、饮食干预等措施都是避免皮瓣血液循环出现障碍的措施^[5]。总之,医护人员应针对诱因及时地采取有效的预防护理措施,最大限度降低血管危象的发生率,从而提高皮瓣的存活率。

参考文献

- [1] 武林燕. 游离皮瓣移植病人的围术期护理 [J]. 全科护理, 2018(16):1982-1984.
- [2] 谢玉珍. 游离皮瓣移植术后血管危象的观察与护理 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017(81):201.
- [3] 胡利, 廖春梅, 雷湘莲, 等. 综合护理干预对指动脉终末节皮瓣修复术后患者发生血管危象的影响 [J]. 护理实践与研究, 2018(10):54-55.
- [4] 张伟球. 循证护理路径预防游离皮瓣移植术后血管危象的临床效果观察 [J]. 中国医药科学, 2017(20):146-148.
- [5] 陈亚平, 梁夏威. 观察综合护理干预预防游离皮瓣移植术后血管危象的效果 [J]. 哈尔滨医药, 2017(6):599-600.