



上尿路结石梗阻合并尿脓毒血症的护理体会

王琳 雷春梅 陈昌珍 (三六三医院泌尿外科)

摘要:目的 探讨上尿路梗阻合并尿脓毒血症的护理干预效果。方法 选择我院2017年1月至2018年3月收治的23例上尿路结石梗阻继发感染合并有尿脓毒血症的患者,术前行全面风险评估及原发病的控制、感染的预防,即在局麻下或全麻下行双J管置入或腔内钬激光碎石术,手术中病情交接,术后护理观察等。**结果** 23例患者中22例患者经微创技术引流、抗感染治疗一周左右,血常规、体温、降钙素原恢复正常,康复出院。而有1例患者转入重症医学科后因严重感染死亡。**结论** 上尿路结石梗阻合并尿脓毒血症,加强早期发现,早期预防性抗感染治疗和专科护理,是降低死亡率和阻止疾病进展的关键。

关键词: 上尿路梗阻 尿脓毒血症 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 09-273-01

尿源性脓毒血症指通过泌尿系统感染的病原菌侵入到血液,并传播到身体其他组织和器官而造成的感染灶导致的一种全身炎症反应征象^[1],临床并不十分常见,发病率约占全身脓毒血症的5%^[2-3]。手术操作不当是引起尿源性脓毒血症的主要原因,尿脓毒血症隐蔽性强、起病急骤、病死率高等特点^[4-5]。基于此,选择我院2017年1月至2018年3月收治的23例上尿路结石梗阻继发感染合并有尿脓毒血症的患者,行钬激光腔内碎石术的患者为对象,对钬激光腔内碎石术后并发尿源性脓毒血症患者的护理进行了分析和探讨。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我科2017年1月至2018年3月收治尿路结石梗阻的23例患者,其中男性8例;女性15例;年龄45—75岁(平均58岁)。7例合并高血压加糖尿病,4例合并有高血压。入院时体温37℃—38.5℃、脉搏88—108次/分、白细胞 $>10 \times 10^9 / L$ 、降钙素原 $>0.05 ng / L$ 。术前行B超、CT及KUB、IVU检查,确定结石大小及分布,并选择敏感抗生素应用3天,即行双J管置入或输尿管软镜钬激光碎石术。术后2—10小时内均出现高热、寒战、烦躁不安,体温达39℃急查血常规:白细胞 $>12 \times 10^9 / L$ 以上;降钙素原 $>0.05 ng / L$ 10倍以上。尿量少,神志均清楚。仍有感染的风险。

1.2 治疗方法

诊断为尿脓毒血症早期行复苏支持治疗,通畅气道,提高灌注,维持水、电解质平衡,纠正酸碱平衡紊乱。根据监测生命体征、氧饱和度、持续低流量面罩吸氧,记录24小时出入量。根据尿量等监测决定补液量,在补足血容量的前提下,静脉应用血管活性药物,以维持血流动力学稳定。立即采血进行血培养及中段尿培养与药敏实验,给予有效抗生素抗感染治疗。动态监测血常规、肾功、电解质、降钙素原,观察感染程度。

2 结果

23例患者均术前全面评估、原发病的控制、感染的预防和控制、术后及时给予抗感染治疗及早期专科护理措施干预,均在一周左右体温、血常规、降钙素原逐渐恢复正常。平均住院日15天左右,22例患者康复出院。1例患者术后转入ICU进一步救治,因感染较重而死亡,死亡率占10%。

3 护理

(1) 术前护理。脓毒血症是指由感染病原体导致的全身炎症反应综合征(SIRS),SIRS诊断标准包括:1) 体温 $>38^\circ C$ 或 $<36^\circ C$, 2) 心率 >90 次/分, 3) 呼吸 >20 次/分 4) $PaCO_2 < 32.25 mmHg$ 5) 白细胞 $>12 \times 10^9 / L$ 。我们要重视患者的最先主诉、观察有无口渴呼吸频率有无增快、注意有无心动过速,脉压差增大等休克早期的表现做到早发现、早处理。(2) 全面护理评估患者。从进入病区开始,由责任护士对患者给出全面护理评估,详细了解患者的心理状态,认真评估患者基础疾病情况。尤其提防有以下5种情况:1) 既往有体外振波碎石患者未成功形成石阶再行手术者或有发热病史;2) 结石位置较高或石头较大,结石梗阻明显;3) 感染性结石或结石合并感染;4) 结石病史较久且反复尿路感染的女性患者;5) 术前有高血压或糖尿病的患者。

(3) 原发病的控制。血压血糖的水平可直接影响术后并发症的发生。请心内科、内分泌科医生会诊,调整治疗方案。对有血压血糖异常的患者做到提前预防控制。一般空腹血糖控制在 $7.25 \sim 8.34 mmol / L$; 24小时尿糖小于 $5 \sim 10 g$;血压控制在 $140 / 80 mmHg$;做好监测血糖、血压的书面护理计划。(4) 心理护理。上尿路结石梗阻合并尿脓毒血症起病急、病情发展快,抢救措施繁多而紧急;加之仪器的使用,患者倍感自己病情危重;而产生恐惧、焦虑紧张的情绪。对患者保持良好态度,要及时做好安慰和解释工作,对于患者心理情况进行深入了解,消除患者恐惧心理及消极心态,调动患者能动性,使患者积极配合治疗,减轻其心理负担,建立乐观心态。(5) 术后病情交接。患者返回病房时,与手术室护士交接时要全面仔细;不仅包括管道、输液登记本情况,还要了解术中手术顺利与否。对于并发尿脓毒血症的高危人群,可做一个初步判断,提高警惕,做好预防。(6) 生命体征的观察。脓毒血症诱发低血压1h内进行复苏,是脓毒血症治疗成功与否的关键。术后患者常规床边心电监测、氧饱和度监测、持续低流量面罩吸氧,如寒战高热,脉搏有力,心跳加快,脉压差小,呼吸深快,尿量减少,特别是术后1—4小时不明原因血压偏低,因高度怀疑脓毒血症,及时通知医生,并做好畅通气道、维持呼吸、提高灌注,必要时行机械通气,维持水、电解质平衡的相关护理。按医嘱输入大量液体,行扩容治疗,记每小时尿量。(7) 发热的护理。尿路各种致热源在高压时发生逆流,被吸收如血,是导致术后发热的重要因素。手术医生在术中能较好地保持肾内的低压冲洗,减少灌注液的逆流或吸收而引起的并发症,可有效降低脓毒血症的发生。如患者体温不超过 $39^\circ C$,可温水擦浴,或肛门塞入咪唑美新栓降温,及用药物降温,同时做好病人的皮肤护理。(8) 导管的护理。尿管及肾造瘘管要妥善固定,防止受压、牵拉扭曲、脱落,保持引流通畅,引流管位置不得高于肾造瘘管,观察尿管及造瘘管引流液的颜色、量、性状、做好交接班。

结论: 上尿路梗阻合并尿脓毒血症,隐蔽性强,起病急、病情发展快,易转化成严重脓毒血症一休克—死亡。术前术后的护理监测十分重要。严密的专科观察,早期发现病情变化,及时抗休克、抗感染,是抢救成功的关键,此外还要做好消毒隔离、管道护理、安慰患者及家属等基础护理工作。

参考文献

- [1] 孙颖浩, 那彦群, 叶章群, 等主编. 2014版中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 1428.
- [2] 魏育英, 张轶庠, 张小琼, 等. 风险评估下护理干预对预防上尿路结石腔内碎石术后并发尿源性脓毒血症的影响[J]. 护理研究, 2015, 29(22): 2762—2764.
- [3] 赵燕, 许兵, 唐正利, 等. 微创经皮肾镜钬激光碎石术的手术护[J]. 现代护理, 2005, 11(21): 1811—1812.
- [4] 黄浩夫, 湛海伦, 刘小彭, 等. 尿源性脓毒血症的防治[J]. 中华临床医师杂志, 2012, 6(7): 164—166.
- [5] 申吉泓, 张白羽. 泌尿外科医师必须高度重视的尿源性脓毒血症[J]. 现代泌尿外科杂志, 2014, 19(4): 219—221.