

微创经皮肾镜取石术并发感染性休克的高危因素分析及急救护理研究进展

谭燕勤

桂林市中西医结合医院 广西桂林 541004

〔摘要〕 经皮肾镜取石术由于具有恢复快、创伤小以及结石取出率高等特点，在临床上得到了广泛的应用。然而在对患者进行手术的过程中，依然存在诸多的并发症如尿外渗、周围脏器损伤以及全身性炎症反应等，从而延长了患者的恢复时间。在对并发症采取有效预防的同时，通过实施急救护理可减少并发症的发生。本文分析了经皮肾镜取石术并发感染性休克的高危因素以及急救护理，旨在减少术后并发症的发生。

〔关键词〕 经皮肾镜取石术；感染性休克；高危因素；急救护理

〔中图分类号〕 R473.6 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2019) 07-276-02

0 前言

近些年，在治疗尿路结石疾病时，常采用经皮肾镜取石术，特别是在治疗直径 > 2 厘米的尿路结石患者时，取得了显著的治疗效果。经皮肾镜取石术具有手术创伤小、术后恢复快等特点，然而术后极易发生各种并发症，倘若得不到有效的预防和护理，不但会造成感染性休克，同时还会给患者的生命安全构成威胁。本文通过对经皮肾镜取石术并发感染性休克的高危因素以及急救护理研究进展做一综述。

1 感染性休克的概念

感染性休克又被称为脓毒性休克，在 2017 年国外泌尿外科疾病诊疗指南中被定义为：脓毒性合并低血压，同时经过液体复苏依然存在机体灌注异常情况，如乳酸性酸中毒、少尿等急性变化^[1]。按照血流动力学的变化能够把感染性休克详细分为高动力型、低动力型。其中高动力型在临床上又被称为高排低阻型感染性休克，并伴有外周血管扩张、阻力降低等症状；低动力型又被称为低排高阻型感染性休克，并伴有外周血管收缩、微循环瘀滞等症状。

2 经皮肾镜取石术并发感染性休克的高危因素

经皮肾镜取石术并发感染性休克，通常是在各种因素的共同作用下所导致的结果，一般情况下不会发生单一的决定性因素。患者在发生休克时，多表现为体循环阻力下降、肺循环阻力增加以及组织缺氧，并伴有组织灌注不足等症状^[2]。一旦机体发生微循环收缩、酸中毒以及代谢异常等症状，极易给各种器官造成损伤。经皮肾镜取石术并发感染性休克的高危因素通常包括以下几方面。

2.1 术前因素

2017 年国外泌尿外科疾病诊疗指南中明确指出，影响机体免疫力的因素通常为易感人群，如老年患者、接受化疗患者以及糖尿病患者等。据耿和等^[3]学者认为女性患者发生感染性休克的发生率明显高于男性，其原因为女性是一个相对独立的易感因素，然而造成此种现象的原因可能与女性缺乏阴部位置的保护、更年期缺乏雌激素等存在着较大的联系，加之术前没有预防尿路感染，也是引起感染性休克的重要因素。据全旭亚等^[4]人研究发现，对于结石越大的患者，尤其是鹿角形结石患者发生术后感染的几率更大；同时尿路梗阻以及积水程度也是导致发生术后并发感染性休克的易感原因。据 Wang Y J 等^[5]学者临床调查发现，在尿源性感染休克患者中，约有 80% 的患者与泌尿系统梗阻以及积水存在着很大的关系。

2.2 术中因素

在术中碎石的过程中，由于感染性结石所释放的细菌、内毒

素等会伴随着冲洗液被肾脏吸入到血液循环，同时尿路积水内的细菌也极易被带入到血液循环中，从而增加了发生感染性休克的几率。据林毅锋等^[6]人研究发现，经皮肾镜取石术时间大于 90 分钟，也会增大发生术后并发感染性休克的可能。由于手术时间的延长，不但导致肾脏增多了对灌注液的吸收，同时还极易造成病原菌在碎石的过程中侵入循环系统，以至于刺激机体产生了大量的内源性炎症因子，从而诱发了感染性休克。

2.3 术后因素

术后由于双 J 管位置摆放不当引起了尿路梗阻，导致细菌直接进入到了血液以及淋巴系统，从而增加了经皮肾镜取石术并发感染性休克的风险。

3 急救护理

3.1 抢救护理

感染性休克患者在被紧急送到医院后，医护人员应立即对其生命体征进行检查，如心率、脉搏等，以充分掌握患者的病情，从而为其开展科学的抢救治疗^[7]。

3.2 构建静脉通道

感染性休克患者在发病后，极易导致其血压下降、心率加快等。所以护理人员应立即为患者构建静脉通道，并对其进行补液，以确保患者各项晶体液、胶体液以及药物能够快速进入到患者体内，从而补充有效的循环血容量^[8]。

3.3 保持呼吸道畅通

由于患者在发生感染性休克时，会发生不同程度的缺氧症状，因而护理人员应及时对其进行面罩吸氧，同时还应把患者头部偏向一侧，以确保患者呼吸道畅通。

3.4 坠床护理

由于休克以及强烈的手术刺激，极易让患者产生悲观、焦虑情绪，为防止患者发生坠床情况，护理人员应用束带对患者四肢进行固定，同时还应安排专门的护理人员对其进行心理疏导，从而提高患者对各项工作的依从性^[9]。

3.5 体温护理

在对患者进行手术的过程中，由于需要使用较多的灌注液，以至于引起了患者体温下降，因此护理人员应通过调节手术室温度值（25 摄氏度），同时还应使用暖风加热装置以提高患者体温，从而确保顺利地开展工作。

4 结束语

泌尿系感染极易并发感染性休克，特别是在术前、术中以及术后，也都极易导致患者发生感染性休克，从而对患者的生命造

(下转第 278 页)

例肝炎肝硬化患者分为两组并分别给予 AVD 和联合六味五灵片治疗, 结果发现联合用药组患者血清肝纤维化指标显著减低, 不适症状获得改善, 临床疗效较好。曹亚昭等人^[19]使用扶正软肝丸联合 AVD 对乙肝代偿期肝硬化治疗后显示, 患者肝纤维化指标获得显著改善, 脾脏厚度减轻, 门静脉与脾静脉宽度也显著减少。

乙型肝炎肝硬化目前尚无彻底治愈的有效方法。祖国传统医学与现代医学对疾病的治疗均具有优缺点, 中医治疗可发挥扶正祛邪益气、调理肝脾功能且副作用低的优势; 但由于疾病致病机制复杂, 辨证标准较难统一, 对方药的研究多停留在益气活血化痰方面, 未能进一步探清疾病的机制, 因此仍需进一步研究。另外, 中医药治疗肝炎肝硬化的疗效评价标准与相关指标体系仍未科学化与标准化, 复方制剂由多种药物组成, 其作用具有多靶点、多层次的特点, 对中药复方的有效活性成分及作用机制难以完全阐明^[20]。核苷酸类药物尽管能够抑制 HBV 的复制, 减轻肝损伤并延缓疾病进一步发展, 但副作用明显, 远期疗效欠佳, 易产生耐药性。中医中药优点是作用机理全面, 具有抗病毒、调节免疫、抗炎抗肝纤维化等多重作用, 主要适用症状明显的患者、乙肝病毒携带者、慢性轻度乙型肝炎, 但是却起效慢, 抗病毒的速度难以和西药相比。“病证结合”是中西医结合治疗的核心内容, 应充分发挥中药(中成药)的特色, 在全方位解析疾病的前提下, 系统的融合中医辨证论治与西医对症治疗理论, 联合应用进行多途径、多层次的调控控制病情进一步发展。现在临床上常采用中药(中成药)联合抗病毒类药物治疗的慢性乙肝患者、乙肝后肝硬化、合并肝癌的患者。

中药联合核苷(酸)药物治疗肝炎肝硬化的过程中仍有部分需要解决的问题, 如联合用药的疗效及成本均需进一步探讨; 另外, 联合用药治疗肝炎肝硬化的停药标准及生物学标志仍有待确定。相信随着临床对肝炎肝硬化发病机制研究的进一步深入, 实现对患者进行个性化精准治疗必然将受到临床的广泛应用与认同, 肝炎肝硬化这一难题也终将被攻克。

[参考文献]

[1] 邓冬梅. 核苷类药物应用在乙型肝炎后肝硬化治疗中的临床疗效[J]. 吉林医学, 2019, 40(03):563-565.
 [2] 许增佳, 詹小涛, 杨建辉, 等. 核苷类抗病毒药物治疗乙型肝炎肝硬化的疗效观察[J]. 数理医药学杂志, 2019, 32(03):420-421.
 [3] 杨丽敏. 核苷类药物在乙型肝炎后肝硬化治疗中的疗效分析[J]. 中国实用医药, 2019, 14(05):127-128.

[4] 魏小娟. 核苷和核苷酸类药物治疗乙型肝炎肝硬化失代偿期的临床效果[J]. 北方药学, 2019, 16(01):96-97.
 [5] 刘起赞. 核苷和核苷酸类药物治疗乙型肝炎肝硬化失代偿期患者的疗效观察[J]. 当代医学, 2018, 24(26):10-12.
 [6] 赵华. 乙型肝炎后肝硬化应用核苷类药物治疗的效果分析[J]. 中国医药指南, 2018, 16(15):152-153.
 [7] 姜海波, 付喜花. 乙型肝炎后肝硬化治疗中应用核苷类药物的疗效分析[J]. 中医临床研究, 2018, 10(15):141-142.
 [8] 张进. 核苷类药物应用在乙型肝炎后肝硬化治疗中的临床疗效分析[J]. 中国社区医师, 2018, 34(10):85-86.
 [9] 杨红洁, 戴静毅. 核苷类药物在乙型肝炎后肝硬化治疗中的应用与疗效[J]. 中外医疗, 2018, 37(03):121-123.
 [10] 孙静, 李荣辉, 姜丽氏, 等. 分析核苷类药物应用在乙型肝炎后肝硬化治疗中的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(01):104-105.
 [11] 游长胜, 周清霞, 黄坚彤. 核苷(酸)类药物初始治疗乙型肝炎肝硬化的效果对比分析[J]. 现代诊断与治疗, 2017, 28(21):3981-3983.
 [12] 吴城珍. 核苷类药物在乙型肝炎后肝硬化治疗中的应用与疗效[J]. 中外医学研究, 2017, 15(31):177-178.
 [13] 董淦功. 核苷类药物用于乙型肝炎后肝硬化治疗中的价值探讨[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(87):17191.
 [14] 刘亚辉, 凌麟. 核苷类药物在乙型肝炎后肝硬化治疗中的应用与疗效[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(S3):321.
 [15] 孙桂静. 乙型肝炎后肝硬化治疗中核苷类药物的应用效果研究[J]. 中国医药指南, 2017, 15(20):134.
 [16] 王亮. 核苷类药物在乙型肝炎后肝硬化治疗中的疗效分析[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(18):158-159.
 [17] 李浩, 王金成. 核苷类药物用于乙型肝炎后肝硬化治疗中的价值探讨[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(18):32-33.
 [18] 何榆梅. 核苷类药物在乙型肝炎后肝硬化治疗中的应用探讨[J]. 中外医学研究, 2017, 15(15):35-36.
 [19] 曹亚昭, 黄成军, 程书权. 核苷类药物在乙型肝炎后肝硬化治疗中的应用与疗效研究[J]. 海峡药学, 2017, 29(05):165-166.
 [20] 李福英, 陈然, 黎芬芬, 等. 核苷类药物联合中成药治疗乙型肝炎肝硬化研究进展[J]. 山东医药, 2014, 54(30):96-97.

(上接第 276 页)

成威胁。因此在对患者进行手术的过程中, 护理人员应对患者进行充分的评估和科学的护理, 才能减少其感染性休克情况的发生, 降低手术风险。术后并发症的预防以及急救护理, 应伴随着手术水平的提高, 而逐步得到完善, 唯有如此才能更好改善患者术后的生存质量。

[参考文献]

[1] 郝继东, 廖国强, 杨波, 等. 自制“卜”型负压吸引通道连接可撕开鞘在微创经皮肾镜碎石术中的临床应用价值[J]. 国际泌尿系统杂志, 2017, 37(3):355-358.
 [2] 周泓旭, 田阿勇, 方波, 等. 超声定位法与触摸法桡动脉穿刺置管在感染性休克患者中的临床应用比较[J]. 中国医科大学学报, 2017, 46(3):258-260.
 [3] 耿和, 施华娟, 吴宗林, 等. 输尿管软镜碎石术和微创经皮肾镜碎石术治疗直径 2~4cm 上尿路结石的疗效比较[J]. 国际泌尿系统杂志, 2018, 38(1):75-79.
 [4] 仝旭亚, 刘卫芳, 宋颖飞, 等. 平均动脉压维持水平对感染性休克患者肾功能及肾血流指标的影响研究[J]. 中华医院感染

学杂志, 2017, 27(4):762-765.
 [5] Wang Y J. A Health Informatics Study Based on Prognostic Value of Extravascular Lung Water Index Monitoring by Minimally Invasive Quantitative Measurement in Elderly Patients with Septic Shock[J]. Journal of Medical Imaging & Health Informatics, 2018, 8(2):337-343.
 [6] 林毅锋, 何强, 黄典东, et al. 输尿管镜联合封堵器与斜卧截石联合体位微创经皮肾镜治疗输尿管上段嵌顿性结石比较[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(13):2140-2143.
 [7] 阳旭明, 马子芳, 资小龙, 等. 标准通道辅助微通道经皮肾镜取石术联合 EMS 治疗鹿角形肾结石合并脓肾的经验总结[J]. 中国内镜杂志, 2017, 23(12):106-110.
 [8] 史建国, 王卫宁, 王领军, 等. 经皮肾镜取石术治疗老年上尿路结石患者术后全身炎症反应综合征的危险因素[J]. 河北医科大学学报, 2019, 40(1):56-59.
 [9] 周可义, 赵春利, 杨文增, et al. 超声引导下可视化穿刺设备联合输尿管软镜在治疗肾下盏结石中的临床应用[J]. 中华泌尿外科杂志, 2017, 38(3):196-200.