

31 例腹腔镜下超选择性肾动脉阻断肾部分切除手术的护理

于海粟

(天津医科大学第二医院,天津 300211)

摘要 总结 31 例腹腔镜下超选择性肾动脉阻断肾部分切除术患者的护理。术前做好充分准备,术后加强生命体征检测,尤其是心率血压变动,并注意尿量及术区引流液的变化,预防压疮及下肢深静脉血栓的发生,加强呼吸道的护理,防止剧烈咳嗽;注意合理饮食防止便秘。

关键词 超选择性肾动脉阻断;肾部分切除术;护理

中图分类号 R473.6 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2016.05.025 文章编号 1006-9143(2016)05-0421-02

肾癌是我国第二大泌尿系统常见肿瘤,对小肾癌患者(肿瘤大小 ≤ 4 cm,T1a 期)而言,目前较好的治疗方案是肾部分切除术,其特有的优势是可以最大限度地保留残存肾的功能^[1]。残余肾的数量及质量在术后肾功能预后方面起到决定性的作用^[2],而患肾热缺血时间延长是导致术后肾功能衰竭的一个重要因素。随着超选择技术的发展,能最低限度的减少热缺血对于肾带来的损伤。但术中切面的出血会有所增多,损伤集合系统风险增大^[3],术后迟发型出血及尿瘘的发生也会有所增多。我科于 2010 年 6 月至 2014 年 2 月期间实施腹腔镜下超选择性肾动脉阻断保留肾单位手术共 31 例,效果较好,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 31 例,男 19 例,女 12 例,年龄 34~65 岁,平均(53 \pm 8.2)岁,均为单侧单发肾肿瘤。肿瘤直径 1.3~4.0 cm,对侧肾功能正常,行单侧超选择性肾动脉阻断肾部分切除术。高血压患者 12 例,收缩压 152~174 mmHg(1 mmHg=0.133Kpa)舒张压 85~102 mmHg,术前血压均控制在正常范围。行肾动脉造影检查,了解肾动脉分支,便于术中于肾动脉二级血管处行阻断处理。

1.2 治疗方法 患者均行全身麻醉,应用 3 通道法,于腋后线 12 肋下做一切口,分离至腹膜后腔,置入可视扩张器扩张腹膜后腔。于腋中线髂嵴上 2 cm 做另一切口,在腹腔镜监视下在腋前线肋腰点行第三切口,建立操作通道,沿腰大肌向前方分离,打开肾周筋膜,向上沿肾下极分离,显露肾动脉,仔细分离肾动脉,然后剥离肾周筋膜,清除多余脂肪找到肾肿物,用电钩对肿物进行标记,距离肿物约 0.5~1.0 cm,用肾蒂阻断夹夹闭肾动脉或根据术前 CTA 血管走形夹闭肿瘤部肾区供血动脉二级血管,观察缺血区。用剪刀将肿瘤及部分肾实质整块切除,应用电钩对创面较大活动出血点进行止血,用可吸收倒刺线缝合肿瘤底部及集合系统(应用 Hem-O-Lock 夹代替打结的无打结技术),0 号可吸收线连续缝合关闭肿瘤,去除血管夹闭钳,恢复血流,继续 0 号可吸收剪短缝合渗血及缝合不牢

部位,将标本取出,术毕。

1.3 结果 术后病理均为肾透明细胞癌。患者并发症情况:1 例术后出血后行二次手术行缝合;1 例出现术后尿瘘,延长留置引流管及尿管时间,于 2 月后尿瘘闭合。并发症发生率约 6%。后期随访 3~14 个月均无肿瘤复发。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 相对传统术式而言,患者对超选择性肾动脉阻断肾部分切除术了解较少。本组高中以下文化水平患者 8 例,由于对该手术缺乏科学的认知,对该术式成功率及预后持怀疑态度。护士术前与患者及家属的交流,讲解该术式相对传统手术的优势,对其充分、耐心的解释术中情况,增强患者战胜疾病的信心。本组 31 例均存在不同程度焦虑、恐惧心理,术前充分了解患者及家属心理状况,及时进行科学引导,消除患者及家属不必要的担心。

2.1.2 控制血压 术前监测患者生命体征,特别注意血压情况。由于行超选择性肾部分切除术切除肿瘤底部时,术中通常联合麻醉控制低压灌注,需精确控制药物诱导患者低血压,以利于完整切除肿瘤,并在血压监测下完成肾实质的重建,确保彻底止血。所以术前对高血压患者应行药物降压至正常水平。本组高血压患者 12 例,收缩压 152~174 mmHg 舒张压 85~102 mmHg,其中 8 例患者术前给予口服拜新同 40 mg,每天 1 次,连续 7 天后,血压控制在正常水平;4 例患者口服自备降压药物,效果欠佳,于术前使用开博通 12.5 mg 舌下含服,保证血压维持正常水平。

2.1.3 常规准备 术前行血、尿、便检查,了解肝肾功能,凝血水平,肝炎、艾滋病等传染病情况,完善心电图检查。本组年龄在 55 岁以上患者 11 例,明确心肺功能检查。对于 23 例吸烟患者,嘱其戒烟 2 周以上,其中平日痰液较多者 6 例,提前予以生理盐水加氨溴索 30 mg 每日两次雾化吸入辅助排痰,避免术后剧烈咳嗽造成创面撕裂出血。因术后需绝对卧床 7 天左右,所以术前指导患者练习病床上大小便。

2.1.4 备血 相比于传统肾门动脉全阻断,因肿瘤大小、位置及

的效果评价[J].现代医院,2011,11(10):73-75.

作者简介:于海粟(1987-),女,护师,本科

109-110.

[2] 徐海英,沈伟.择期手术病人缩短术前禁食禁饮时间的研究[J].护士进修杂志,2010,25(2):110-111.

[3] 宋爱军,张学洁.鼻咽部局麻中晕厥的护理[J].天津护理,1999,7(3):104-106.

[4] 梁惠兰,李么琴,熊志云,等.“看图对话”互动式教育预防鼻内镜术后晕厥

[5] 邹江燕.鼻内镜手术后患者的疼痛评估[J].现代临床医学,2013,39(4):303-304.

[6] 姚琼.循证护理在五官科鼻内镜术后非切口疼痛患者中的应用[J].当代护士,2013,(8):88-89.

(2016-01-13 收稿,2016-07-13 修回)

血供情况不同,超选择性阻断常选择肾动脉二级甚至三级血管行阻断,止血的效果往往不是很彻底,术中出血会增多,且手术时间略有延长,所以术前需常规备红细胞 800 mL 及血浆。1 例患者因凝血功能、血小板异常又需尽快行手术,适当扩大备血量,备红细胞 1 200 mL 及血浆 800 mL。

2.1.5 术前准备 术前一晚甘油灌肠剂清洁肠道,术前 6 h 禁食水。保证患者充足睡眠。

2.2 术后护理 因肾脏血供丰富,肾部分切除术后短期内可能出现的并发症多为术区出血,较大面积的出血多是致命性的,通常需肾全切。还可能出现其他并发症,如集合系统缝闭不严密术后尿瘘形成,术后肾功能不全,多器官功能障碍综合征等。为避免或尽早知道并发症的发生,尽早实施干预。

2.2.1 严密监测生命体征 患者术后绝对卧床 7 天左右,监测血压、脉搏、呼吸及血氧饱和度。开始时每间隔 15~30 min 测量 1 次,待平稳后延长至 1~2 h 测量 1 次。术后创面出血是该术式最凶险的并发症之一,在失血性休克前期,最先表现出的临床症状往往是代偿性心率增快。而术后应激反应造成的心率增高往往不超过 120 次/分,且血压大多处于正常范围之内。本组 29 例患者心率波动在 56~90 次/分之间,3 例患者心率波动在 90~110 次/分之间,遵医嘱密切观察生命体征,无其他不适症状,未予处理。

2.2.2 引流管的护理 该术式通常于术区常规放置负压引流装置及留置导尿管。引流管道需粘贴标识,注明导管引流部位、置入时间。注意观察引流管引流液量、颜色及性状,注意伤口有无渗血、渗液,并保持引流球的负压状态,防止凝血块、脂肪等阻塞管道。同时注意引流装置的外固定,防止引流管脱出、打折。本组 11 例患者于术后 5 天内引流液小于 15 mL,拔除负压引流,19 例 10 天内拔除引流。1 例患者术后第 8 天引流液由血性转为澄清、黄色液性引流液,考虑出现尿瘘,遵医嘱延长拔除引流管时间,于 2 月后拔除。

2.2.3 导尿管的护理 术后留置导尿管期间,观察并记录尿液颜色及性质,有无血色、絮状物及沉渣等。3 例患者液体入量充足而尿液 <400 mL/d,有术后急性肾功能不全的可能,及时向医生汇报,遵医嘱给予利尿处理,并注意动态检测患者肾功能情况。患者于 24~72 h 恢复正常肠蠕动,进行正常饮食后,根据病情需要嘱患者饮水每日 3 000 mL 以上,增加患者自身尿液冲刷作用,并每日使用生理盐水擦尿道口 2 次/天,同时给予洁悠神消毒尿道口、尿管与尿袋连接处以及尿袋排放口,以防止泌尿系统上行感染。本组 30 例患者于术后 3 周内拔除尿管,1 例患者因出现尿瘘,延长留置尿管时间至 1 月余后拔除。

2.2.4 并发症的观察和护理 该术式常见并发症为术后出血、尿瘘等,都可直观的通过引流管进行观察。若负压引流量 >100 mL/h,引流液性状为血性、鲜红,并有休克早期心率及血压的表现时,提示有活动性出血,应当及时汇报医生,并留置静脉通路做好输血输液准备。保持伤口辅料干燥,出现渗血及时换药处理。而当引流液短期内骤增,引流液性状通常为透亮、黄色,考虑尿瘘发生的可能,注意要保持尿管及引流通畅即可,并与医生沟通,进行并发症的对症处理。当负压引流量 <20 mL/d,且多为淡黄色腹腔分泌液时可考虑拔除引流管。

本组 1 例患者术后出血,行二次手术缝合;1 例出现术后尿瘘,延长留置引流管及尿管时间,2 月后尿瘘闭合。

2.2.5 活动指导 因手术需行残余肾单位实质缝合,鉴于肾脏的血供及其皮质、髓质的形状,为防止术后出血患者需绝对卧床 7 天左右。为缓解患者腰背部酸胀不适以及预防压疮形成,责任护士每日晨间护理时观察患者情况,协助患者变换体位。由两名护士双手托住患者患侧腰背部,帮助患者成健侧卧位,期间避免患者腰部用力过大,以防腰大肌、腰方肌牵拉致患肾吻合口撕裂。同时,责任护士每 4~5 h 为患者行下肢肌肉按摩以促进血液循环,避免下肢静脉血栓形成。待患者情况稳定于术后 7 日在医生指导下逐渐进行床上活动,由半卧位开始,逐渐扩大到床周、轻微活动。本组 31 例患者均能在术后 10 日下床自主活动。

2.2.6 呼吸道护理 由于术后患者卧床时间较长,遵医嘱预防性使用化痰药物静脉输液,避免剧烈咳嗽带来术区震荡出血的可能。同时教会患者正确的咳嗽排痰方法,每日协助患者床上变换体位时,为患者拍背,进行有效咳嗽排痰。患者排气后,鼓励多饮水,保持呼吸道湿润。本组 5 例患者因痰液较多难以咳出,遵医嘱进行生理盐水加氨溴索 30 mg 每日两次雾化吸入以促进排痰。

2.2.7 饮食护理 术后肠蠕动恢复后,指导患者逐渐由流质饮食过渡到普食,饮食以清淡、高纤维、高蛋白为主,保障营养及热量供应。保持大便通畅,避免便秘,以防止腹压过大造成术区出血。

2.3 出院指导 嘱患者术后 3 个月内以少量运动为宜,不宜剧烈运动和过度劳动。注意果蔬等纤维素的摄入,避免大便干结不通。指导患者正确面对疾病所带来的压力,培养积极乐观的生活态度,保持心情舒畅。于出院后 3 个月随访与复查,主要行肾功能、患肾区超声及胸片检查,酌情应用细胞因子治疗如白介素-2 或干扰素- α 。

3 小结

腹腔镜下肾部分切的优势在于不仅能完全的去除了肾肿瘤而且能够尽可能多的保留肾单位。目前,在肾门阻断问题上,越来越多的人倾向越长的热缺血时间会导致短期或长期的肾功能不全的后果,所以越来越多的医疗中心开始施行超选择性肾门动脉阻断。完善的术前准备,与患者及家属充分的沟通交流,使患者以最佳状态面对手术治疗,积极地配合手术。责任护士在此期间进行的详细的健康宣教和心理沟通,手术前后的精心护理,以及协助患者由术后制动到下床活动的活动指导,是提高手术预期效果的关键,也是患者康复的重要保证。其中术后对患者生命体征及引流液情况的精确记录,对于术区出血及尿瘘患者尽可能早期发现起到至关重要的作用。

参考文献

- [1] Ljungberg B, Cowan N C, Hanbury D C, et al. EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2010 Update[J]. EUROPEAN UROLOGY, 2010, 58(3): 398-406.
- [2] Thompson R H, Lane B R, Lohse C M, et al. Renal Function After Partial Nephrectomy: Effect of Warm Ischemia Relative to Quantity and Quality of Preserved Kidney[J]. UROLOGY, 2012, 79(2): 356-360.
- [3] 高跃,李刚,李星,等. 肾段动脉阻断与全阻断在后腹腔镜肾部分切除中的比较分析[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2014, 6(2): 73-76.

(2015-11-04 收稿, 2016-04-21 修回)