

## 经皮顺行性输尿管支架介入治疗输尿管狭窄的护理

徐 寅, 杨如美, 顾美珍, 王忠敏

**【摘要】 目的** 探讨经皮顺行输尿管支架介入治疗输尿管狭窄的护理。**方法** 对 35 例患者通过术前病房护理,给予营养支持治疗;做好术中准备和配合工作,监测生命体征;术后做好饮食指导、体位指导、并发症的观察和护理及出院指导。**结果** 35 例输尿管支架置放术均一次成功,术后肾功能明显改善,与术前比较差异有统计学意义( $P<0.05$ );通过积极的护理干预措施,腰酸腰痛、膀胱刺激症、血尿及尿路感染等并发症均得到了有效的缓解。**结论** 全面、周到、细致护理是完成经皮顺行输尿管支架置入治疗输尿管狭窄和减少术后并发症的重要保证。

**【关键词】** 输尿管狭窄;顺行输尿管支架;护理

中图分类号:R693.2 文献标志码:A 文章编号:1008-794X(2017)-03-0277-04

**Nursing care for patients receiving percutaneous antegrade ureteral stent implantation for ureteral stricture** XU Yin, YANG Rumei, GU Meizhen, WANG Zhongmin. Luwan Branch of Ruijin Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200020, China

Corresponding author: WANG Zhongmin, E-mail: james0722@163.com

**【Abstract】 Objective** To discuss the nursing measures for patients who are receiving percutaneous antegrade ureteral stent implantation for ureteral stricture. **Methods** A total of 35 patients with ureteral stricture, who were treated with percutaneous antegrade ureteral stent implantation, were included in this study. The nursing care for these patients included the following measures: comprehensive preoperative ward nursing and nutritional support therapy; active preparation, cooperation and monitoring of vital signs during operation; strict postoperative dietary guidance, body position guidance, observation and nursing of complications, and discharge guidance. **Results** Successful implantation of ureteral stent with single procedure was accomplished in all 35 patients. After the procedure, the renal function was markedly improved, when compared with the preoperative data the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). The complications, including soreness of waist, lumbago, bladder irritation, hematuria, urinary tract infection, etc. were effectively relieved by positive nursing intervention measures. **Conclusion** Comprehensive, thoughtful and meticulous nursing care is an important guarantee to ensure a successful percutaneous antegrade ureteral stent implantation for ureteral stricture as well as to reduce the postoperative complications. (J Intervent Radiol, 2017, 26: 277-280)

**【Key words】** ureteral stricture; antegrade ureteral stenting; nursing care

近些年来,解除尿路梗阻的过程中双J输尿管支架的应用尤其显得重要。双J输尿管支架作为支架内引流的管道克服了以往外引流带来的诸多不便。支架可通过逆行经膀胱,或经皮顺行插入。但是,由于部分输尿管狭窄是完全梗阻,膀胱镜下逆

行置入双J支架对于一些肾盂和膀胱癌的治疗,有时比较困难,甚至不可能。Chitale等<sup>[1]</sup>报道65例患者因为肾盂恶性肿瘤,逆行置入支架术的成功率仅21%,而顺行双J支架术插入的成功率为88%~96%。双J输尿管支架的应用给护理工作提出了更高的要求,我科自2013年4月至2015年4月在经皮肾造瘘术后顺行置入双J输尿管支架进行内引流,术后对患者采取密切观察及相应护理措施,效果较满意,现将护理体会整理如下。

DOI:10.3969/j.issn.1008-794X.2017.03.021

作者单位:200025 上海交通大学医学院附属瑞金医院卢湾分院

通信作者:王忠敏 E-mail: james0722@163.com

## 1 材料与方法

### 1.1 临床资料

2013 年 4 月—2015 年 4 月在我院介入科接受经皮肾造瘘术并顺行性置入双 J 输尿管支架的患者 35 例,女 13 例,男 22 例,年龄为 33~84 岁,平均 62 岁。超声检查显示双侧肾盂积水 15 例,单侧积水 20 例。肾功能异常者 20 例,血肌酐(Cr)值 120~719  $\mu\text{mol/L}$ ,血尿素氮(BUN)值 8.9~30.6 mmol/L。

### 1.2 方法

置管步骤:35 例患者均采用经皮顺行性置入输尿管支架。经造影证实输尿管狭窄的部位、长度、程度后沿导丝导管通过狭窄段,交换血管导丝,换置 7 F 超长鞘入膀胱,将 6.5~7 F 双猪尾巴输尿管支架及推送杆送入长鞘内。定位后撤除外鞘,使双猪尾巴分别盘曲在膀胱和肾盂内。

### 1.3 统计学分析

采用统计学软件 SPSS17.0 进行数据处理,经过对各组数据统计学分析,两组数据之间的比较采用配对资料的秩和检验。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

2.1.1 术前辅助检查 向患者注明术前各项辅助检查的意义及必要性,常规完善血常规、凝血功能、肝功能、肾功能,心电图、X 线片、B 超及 CT 检查,以明确病变部位、范围。

2.1.2 心理护理 绝大多数患者会有较大的心理压力,出现消极、恐惧、忧虑等心理状态。根据患者的心理状态以交谈的方式向患者及家属讲解疾病的相关知识,手术方式,术前、术后的注意事项,输尿管支架置入的重要性及作用,带给患者心理上的安全感和树立治疗的信心,更好地配合治疗。

2.1.3 肾性水肿护理 轻度水肿的患者严禁剧烈活动,注意休息;眼睑、面部有水肿患者枕头垫高;对于双下肢水肿者,卧床时提高双下肢的角度为 30°~45°,有利于血液循环,减少肿胀;严重水肿患者绝对卧床休息,并经常更换体位,保持床铺无皱褶整洁,注意皮肤清洁,衣裤要柔软,防止压疮的发生<sup>[2]</sup>。

2.1.4 饮食护理 予以低脂、少渣、易消化含有丰富营养的食物,指导其加强营养,摄入高蛋白、高维生素、易消化的食物,增加对手术的耐受度,提高机体的抵抗力。

### 2.2 术中护理

2.2.1 术中准备 首先要协助医师将患者摆放合

适的体位俯卧于摄片床上,便于操作的同时充分暴露手术视野,要兼顾患者的舒适度;其次打开无菌包,配合医师消毒,铺无菌巾;做好充分的应急准备。

2.2.2 监测生命体征 为患者开通静脉输液通路,密切观察患者的脉搏、呼吸、血压的变化,经常和患者交流沟通,给予情感上的安慰,转移患者的注意力,最大限度地减少由心理因素所引起的不良反应<sup>[3]</sup>。如发现异常情况立即报告医师,并协助处理。

### 2.3 术后护理

2.3.1 体位 术后患者须平卧 6~12 h 后恢复自由体位,期间密切观察患者的生命体征。加强巡视,重视患者主诉,若有异常及时告知医师。

2.3.2 饮食指导 给予低脂、无刺激性食物,禁烟酒。结石患者不宜多吃乳制品、巧克力、茶、番茄、菠菜等,食用含纤维素的食物。鼓励患者多饮水,每天饮水量应 2 000~3 000 ml。

2.3.3 体位指导 留置双 J 导管期间告知患者尽量避免剧烈活动,特别是猛烈的大幅度弯腰动作,以免支架移位或损伤尿道黏膜。同时,应多采取头高脚低位,始终保持膀胱低于肾盂,以免尿液反流。向患者介绍双 J 管引流的留置时间、可能产生的并发症及预防措施,发挥患者的主观能动性,密切配合治疗。

2.3.4 术后并发症的观察与护理 ①腰酸、腰痛的护理:术后加强生活护理,多食蔬菜水果,保持大便通畅。减少引起腹压增高的诱因,例如憋尿、便秘、咳嗽等情况。指导患者定时排空膀胱,如排尿后腰疼不能缓解者应尽早就医,应考虑是否由于双 J 管引流不畅所导致。②血尿的护理:一般情况下,置管后 1~3 d 出现肉眼血尿是正常现象,不需要特殊处理,嘱患者卧床休息,饮水量保持在 2 500~3 000 ml/d,起到生理性冲洗尿路作用,每日维持尿量在 2 500 ml 左右,进食清淡易消化食物,禁食刺激性食物。若发生更严重血尿,遵医嘱静脉滴注止血药物,必要时膀胱镜排除肿瘤侵蚀血管的可能。大量血尿以间歇性为特征,原因可能是输尿管动脉瘘,可行血管造影明确。除上述护理措施外必要时可行经动脉栓塞或手术治疗<sup>[4]</sup>。③膀胱刺激症状的护理:对于轻度尿路刺激症状的患者,做好心理疏导工作,避免其过度紧张的情绪,减少活动,改变体位,多饮水,症状可减轻甚至消失,也可用暖水袋热敷膀胱区或口服解痉剂缓解症状<sup>[5-6]</sup>。④尿路感染:临床表现为突发性持续高热,腰痛,尿液细菌培养阳性。在护理工作中,密切观察体温变化及尿液性状,每天更换引流

袋,固定引流袋在膀胱肌水平下,防止尿液反流。告知患者不要过度憋尿,一有尿意即刻排尿,或养成定时排尿的习惯。排尿时不要加压用力,避免卧位排尿。应注意尿道口处清洁卫生,保持会阴清洁干燥。⑤支架的位置摆放不当:双 J 输尿管支架移位是临床比较严重的并发症。双 J 支架近段的一侧应蜷缩在肾盂,远端另一侧应在膀胱。输尿管双 J 支架向下移位盘曲在膀胱随尿液排出,从而导致输尿管双 J 支架移位脱出。膀胱三角区可能会持续受机械性的刺激,造成持久性排尿困难和尿急。因此患者必须知晓在日常生活中要尽量避免腰部和四肢的同时伸展或突然下蹲。注意休息,避免重体力劳动及剧烈活动,以防输尿管支架移位。此外,支架应当定期更换,一般进口输尿管双 J 支架管最长不超过 6 个月,国产输尿管双 J 支架不超过 3 个月。长期留置者可在腔镜下定期更换。

#### 2.4 出院延续护理

患者出院后容易受外界因素影响,医嘱依从性很低,破坏了治疗的连贯性,降低了治疗效果<sup>[7]</sup>。为有输尿管支架患者建立咨询档案,通过电话回访指导患者出院后的生活、饮食及活动。患者早期可能有尿频、尿急、尿痛、甚至血尿等症状,嘱患者不要紧张,多喝水,勤排尿,症状严重时服用抗生素,解痉药物以减轻或消除症状<sup>[8]</sup>。嘱留置双 J 管的患者在拔管前不要突然下蹲、做大量体力劳动和剧烈运动,防止双 J 管滑脱或上下移动。针对患者不同的情况,由专门负责的护士安排拔管的住院日期及床位等事宜,解决了患者因入院手忙脚乱又无从下手的现状。有大量数据显示,通过电话回访对患者进行疾病指导,提高了患者的依从性和生活质量<sup>[9]</sup>。

### 3 结果

#### 3.1 治疗效果分析

本文选取的 35 例患者均一次性置管成功,术后 1 周超声检查示:35 例肾积水均明显好转或消失。术前 20 例肾功能不全患者中有 7 例因梗阻时间过长而未能痊愈,其余 13 例均恢复至正常水平,术前、术后差异有统计学意义( $P<0.05$ ,见表 1)。

表 1 顺行性输尿管支架置入前后肾功能指标比较  $\bar{x}\pm s$

组别	例数	血肌酐/( $\mu\text{mol/L}$ )	尿素氮/( $\mu\text{mol/L}$ )
治疗前	35	171.4 $\pm$ 83.2	6.9 $\pm$ 3.1
治疗后	35	112.7 $\pm$ 37.9	5.3 $\pm$ 1.9

注:两组比较经过非参数检验:血肌酐  $Z=-5.559$ , $P<0.05$ ;尿素氮  $Z=-4.782$ , $P<0.05$

#### 3.2 护理干预措施对留置双 J 导管术后并发症的疗效评价

本文选取的 35 例患者中,腰酸腰痛的发生率最高为 42.9%,其次是膀胱刺激症 28.6%,此外,在治疗后出现了 1 例尿路感染,2 例轻度血尿,1 例患者子宫内膜癌术后 2 年治疗前有轻度贫血,术后因血尿导致了重度贫血,后经膀胱动脉栓塞止血术后好转。上述并发症经积极的护理干预措施后,通过征询患者的主诉症状及尿液检测结果显示,患者的不适症状绝大部分明显改善或消失,见表 2。

表 2 护理干预措施对留置双 J 导管术后并发症的

疗效评价		(n)			
项目	并发症	完全消失	明显改善	无改善	
腰酸、腰痛	15	10	5	0	
血尿	2	2	0	0	
膀胱刺激症状	10	8	2	0	
尿路感染	1	1	0	0	

### 4 讨论

经皮顺行输尿管支架置入是一种安全的技术,对患者的生活质量会产生积极的影响。但顺行输尿管支架术的选择,取决于患者的疾病基础情况。尿路梗阻原因决定了最恰当的治疗理念<sup>[5]</sup>。同时输尿管支架的放置又减轻了患者及家属长期护理集尿袋、引流管的负担,改善了患者的生活质量。

总结此次经皮顺行输尿管支架介入治疗输尿管狭窄的围手术期护理经验,做好术后并发症的观察及护理显得尤为重要。本文选取的 35 例患者中 15 例患者术后有腰酸、腰痛的主诉不适,10 例患者术后发生不同程度的尿频、尿急、尿痛、肉眼血尿等不适症状。主要是由于术后输尿管口正常的抗返流作用消失,膀胱压力大于肾盂压力而致<sup>[10]</sup>。对此除了要求护理人员对术后可能出现的并发症有充分的认识外,更需要临床护理人员耐心细致的安抚与健康指导。患者术后最常见的并发症是出血,本组 35 例患者中 2 例术后出现了肉眼血尿,主要为双 J 管刺激肾盂、输尿管或膀胱壁使黏膜受损所致<sup>[11]</sup>,1 例术后因严重血尿出现了重度贫血,后经膀胱动脉栓塞止血术后好转。另 1 例患者经药物止血治疗后症状消失。对于此类患者,密切观察患者生命体征变化,加强巡视,积极配合医师处理,对临床护理工作而言是重中之重。本组还有 1 例患者出现了尿路感染的症状,可能是因为尿液逆流入输尿管支架,后经高热护理及对症处理后体温恢复了正常。

此次 35 例临床护理实践表明,护理工作除

熟悉该项技术的治疗原理及掌握术中护理配合方法外,还应充分做好患者肾性水肿的护理及心理疏导工作,使患者具有良好的心理、生理状态来面对治疗。术后还应确保严密观察病情变化,密切监测生命体征以预防并发症的发生。有报道显示,对于支架更换的持续监督,是保持支架的功能,避免晚期并发症的必要措施。因此患者出院后通过电话随访,采取全程无缝隙化的护理管理模式是达到预期的治疗目的和手术治疗成功的重要保证。然而,对于经皮顺行输尿管支架置入治疗输尿管狭窄,由于护理的例数比较少,还有很多护理措施有待于得到进一步的完善。

#### [参 考 文 献]

- [1] Chitale SV, Scott-Barret S, Ho ET, et al. The management of ureteric obstruction secondary to malignant pelvic disease[J]. Clin Radiol, 2002, 57: 1118-1121.
- [2] 刘 欢,姚文秀. 肾性水肿的护理[J]. 中国疗养医学, 2010, 19: 29-30.
- [3] 杨如美,徐 寅,任彩凤,等.  $^{125}\text{I}$  粒子植入治疗后腹膜转移性淋巴结的护理[J]. 介入放射学杂志, 2014, 23: 359-362.
- [4] 李晓光,金征宇,杨 宁,等. 经皮顺行双 J 支架置入治疗输尿管狭窄[J]. 放射学实践, 2009, 24: 312-315.
- [5] Hausegger KA, Portugaller HR. Percutaneous nephrostomy and antegrade ureteral stenting: technique-indications-complications [J]. Eur Radiol, 2006, 16: 2016-2030.
- [6] Dyer RB, Chen MY, Zagoria RJ, et al. Complications of ureteral stent placement[J]. Radiographics, 2002, 22: 1005-1022.
- [7] 丁 艳. 电话回访对肿瘤化疗患者遵医行为的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20: 1001-1002.
- [8] 冯永娟. 留置双 J 管的护理进展[J]. 中国社区医师, 2012, 14: 311-312.
- [9] 王玉娥,牛立志,黎满霞,等. 建立住院肿瘤患者全程“无缝隙对接”护理服务机制[J]. 现代医院, 2011, 11: 106-108.
- [10] 邱 智,孙玉成,朱丽珍,等. 输尿管留置双 J 管患者生活质量的初步调查[J]. 中华泌尿外科杂志, 2010, 31: 828-830.
- [11] 李麟荪,徐 阳,林汉英. 介入护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2015: 243-245.

(收稿日期:2016-06-11)

(本文编辑:俞瑞纲)