

## ◆ 护理研究论著 ◆

## 中西医结合护理路径干预输尿管镜碎石取石术临床观察

金胜筠, 吕丽

金华市人民医院, 浙江 金华 321000

[摘要] 目的: 观察中西医结合护理路径对输尿管镜碎石取石术患者干预的临床效果。方法: 将行输尿管镜碎石取石术的患者 50 例随机分为 2 组, 观察组 25 例按照中西医结合临床护理路径护理, 在遵医嘱服用西药的基础上, 加用艾灸、足三里穴位按压、耳穴贴压等干预措施; 对照组 25 例采取传统治疗及护理模式。对比 2 组患者首次排气时间、住院时间、住院费用及术后并发症情况, 问卷调查患者对疾病相关知识掌握程度。结果: 疾病相关知识掌握程度优良率观察组为 72.0%, 对照组为 56.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组肛门首次排气时间、住院时间、住院费用均短 (少) 于对照组 ( $P < 0.05$ )。术后观察组患者发热、血尿延迟、尿路刺激症状、剧烈疼痛等并发症发生率为 16.0%, 对照组为 80.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 中西医结合护理路径对输尿管镜碎石取石术患者干预效果显著, 值得临床推广应用。

[关键词] 输尿管碎石取石术; 中西医结合疗法; 临床护理路径; 满意度

[中图分类号] R691.4 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 10-0217-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.101

近年来, 伴随腔镜手术快速发展, 输尿管镜碎石取石术现已逐步发展成为治疗输尿管下端结石的常规治疗方式。与传统输尿管切开取石术比较, 该法具有手术时间短、创伤小、术后恢复快等优点<sup>[1]</sup>。作为临床工作的重要环节, 临床护理路径是患者住院期间由医院工作人员制定的护理方案, 是一种医疗服务模式, 按照一定的时间性和顺序性, 科学的、系统的为患者提供高质量、高效率、低成本的整体服务计划。笔者采用中西医结合护理路径干预输尿管镜碎石取石术患者, 观察其临床效果, 结果报道如下。

### 1 临床资料

观察病例均为 2013 年 5 月—2015 年 2 月间在本院就诊的输尿管结石患者 50 例, 所有患者均经 X 线、静脉尿路造影 (IVU) 及泌尿系 B 超检查, 确诊为输尿管结石。随机分为 2 组。观察组 25 例, 男 15 例, 女 10 例; 平均年龄  $(32.26 \pm 2.35)$  岁。对照组 25 例, 男 12 例, 女 13 例; 平均年龄  $(31.58 \pm 1.95)$  岁。2 组患者性别、年龄等方面比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。此项研究在患者知情的前提下进行, 且获本院伦理委员会批准。

### 2 治疗方法

2.1 观察组 行输尿管镜碎石取石术, 术后按照中西医结合临床护理路径护理进行。口服盐酸坦洛新缓释片 (昆明积大制药有限公司), 每天 1 次, 每次 1 片, 饭后服。取艾条 (长沙汉达生物科技有限公司生产), 将其点燃, 将燃烧的艾条放入温灸器中, 在神阙、气海、关元穴上来回滚动, 每次 8~9 min, 每天 2 次。穴位按压: 取足三里穴位, 以大拇指或中指进行按压, 每次 5 min, 每天 2 次。另根据患者疼痛程度实施耳穴贴压法, 予王不留行籽穴位按压双耳神门、肾、输尿管、三焦等穴位, 每穴 3 min, 坚持每天 3~4 次, 每个耳穴贴压 3 天, 力度视患者酸、麻感决定。每次护理过程中, 护士给予患者家属现场护理指导。

2.2 对照组 行输尿管镜碎石取石术, 术后口服盐酸坦洛新缓释片同观察组。护理模式采取常规的引流管常规护理, 并随机给予患者及家属护理指导。

2 组均在术后 1 周后观察统计疗效。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ① 输尿管相关知识问卷调查 (本院医护人员制

[收稿日期] 2015-04-06

[作者简介] 金胜筠 (1977-), 女, 主管护师, 主要从事泌尿外科临床护理工作。

定):共设10个问题,每题设置ABC3个选项,A选项掌握10分,B选项基本掌握5分,C选项未掌握0分。由患者及其家属共同完成答题。最后由护士整理成绩,将评定结果划分为4个等级,优(100~85分)、良(85~75分)、可(75~60分)、差(<60分)。<sup>②</sup>观察比较2组患者肛门首次排气时间、住院时间、住院费用。<sup>③</sup>观察比较2组患者术后发热、血尿延迟、尿路刺激症状、剧烈疼痛等并发症。

3.2 统计学方法 选择SPSS18.0对数据进行统计,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。

#### 4 结果

4.1 2组输尿管相关知识问卷掌握程度比较 见表1。输尿管相关知识掌握程度优良率观察组为72.0%,对照组为56.0%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	优	良	可	差	优良率(%)
观察组	25	14	7	3	1	72.0
对照组	25	10	3	4	8	56.0
$\chi^2$ 值						1.9934
P值						0.0462

4.2 2组肛门首次排气时间、住院时间、住院费用比较 见表2。治疗后观察组肛门首次排气时间、住院时间、住院费用均短(少)于对照组,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	肛门首次排气时间(h)	住院时间(d)	住院费用(元)
观察组	25	5.80±1.25	7.05±2.60	3862±126
对照组	25	15.26±2.06	8.95±4.28	4508±256
$t$ 值		2.7159	2.7098	4.1280
P值		0.0176	0.0178	0.0009

4.3 2组术后并发症比较 见表3。术后观察组患者发热、血尿延迟、尿路刺激症状、剧烈疼痛等并发症发生率为16.0%,对照组为80.0%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	发热	血尿延迟	尿路刺激症状	剧烈疼痛	总发生率(%)
观察组	25	0	1	1	2	16.0
对照组	25	3	4	7	6	80.0
$t$ 值						21.1462
P值						0.0003

#### 5 讨论

近年来,由于人们的饮食结构、生活方式改变,输尿管结石逐步发展为临床常见泌尿外科疾病,常见临床急腹症之一。

据有关文献报道,输尿管结石的发病率逐年上升,发病年龄群也有扩大的趋势,医学界对此关注度提升<sup>[2-3]</sup>。结石刺激输尿管,引发局部出血、水肿,导致平滑肌反射性收缩痉挛,进一步扩大输尿管结石对身体器官的危害程度。病灶长期存在,可引起肾积水,严重者影响肾功能,导致肾功能衰竭,后果严重。

随着腔镜技术的飞速发展,输尿管镜碎石取石术成为临床治疗输尿管结石的常规操作。与传统的取石术相比进步较大,治疗效果得到广大患者的认可。然而作为一种侵入性手术,输尿管镜碎石取石术的并发症也比较常见,如果处理不及时,后果不堪设想。据报道,输尿管取石术并发症的发病率高达4.5%~9.0%<sup>[4-5]</sup>。而其术后并发症以发热、血尿延迟、尿路刺激症状、剧烈疼痛等常见。针对术后并发症,合理的护理路径尤为重要。

本研究对2组输尿管镜碎石取石术患者实施不同的护理路径,即传统治疗和护理模式、中西医结合临床护理路径。中西医结合临床护理路径,能显著提高医学护理品质,充分体现了中医整体观和辨证诊治的理论。在具体实施过程中,针对输尿管镜碎石取石术术后疼痛和术后胃肠功能恢复缓慢等并发症有显著效果;应用中医耳穴贴压法和艾条灸配合按压足三里穴位,能有效缓解疼痛,进而防止术后并发症发生。

观察结果表明,中西医结合护理路径有助于患者的术后恢复,缩短患者的住院时间、降低患者住院费用,患者对相关疾病的知识掌握牢固。传统护理模式,护士随机给予患者及家属相关知识的普及,取得的效果并不理想。综上所述,中西医结合护理路径对输尿管镜碎石取石术患者干预效果显著,值得在泌尿外科护理方面推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 陈楚红,龚旻,胡巍,等. 输尿管镜下钬激光碎石术与开放手术治疗输尿管结石临床对照研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(15): 1763-1765.
- [2] Ferakis N, Stavropoulos M. Mini percutaneous nephrolithotomy in the treatment of renal and upper ureteral stones: Lessons learned from a review of the literature[J]. Urol Ann, 2015, 7(2): 141-148.
- [3] 韩玉娥,高颖,丁秋菊,等. 微创治疗难治性输尿管结石围手术期的护理[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(11): 1016-1017.
- [4] 吴继宏. 中西医结合治疗泌尿系结石40例[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(8): 1736-1737.
- [5] 胡旭敏,劳国平. 尿石通丸对体外冲击波碎石术治疗输尿管结石的辅助疗效观察[J]. 新中医, 2011, 43(9): 73.

(责任编辑:冯天保)