

优质护理模式在局部麻醉下经皮肾镜碎石术中的应用



雍杰¹, 谢燕增², 郭丽霞³, 王浩^{2,*}

¹ 东部战区海军医院麻醉科, 浙江舟山 316000

² 东部战区海军医院心胸泌尿外科, 浙江舟山 316000

³ 东部战区海军医院神经普通外科, 浙江舟山 316000

摘要: 目的: 探讨优质护理管理模式在局部麻醉下经皮肾镜碎石取石手术患者中的应用体会。方法: 将 2020 年 9 月至 2022 年 9 月收治的 80 例局麻经皮肾镜碎石患者采取优质护理模式(护理模式的信息化、护理模式的个性化、护理模式的全程化), 术前通过影像、图片、微信、宣传册等做好综合评估、心理护理、手术方式宣教、体位训练, 术中做好体位的摆放、保温、心理指导, 术后注意引流管的管理、疼痛的监护、出院指导和随访。比较患者术前术后心理状态、疼痛评分、护理满意度。结果: 90 例患者均手术成功, 3 例出现胸腔积液, 4 例出现引流管的堵塞, 2 例出现体温的上升, 3 例出现明显血尿, 均予对症治疗及护理后恢复。患者术后心理状态、疼痛评分、护理满意度明显改善 ($P < 0.05$)。结论: 局麻经皮肾镜碎石取石术具有创伤小、恢复快优势, 但患者可能存在紧张、焦虑的不良情绪, 通过优质护理管理模式, 能有效缓患者不良情绪、改善睡眠质量、减轻疼痛, 促进患者的快速康复。

关键词: 优质护理; 局部麻醉; 经皮肾镜; 心理状态; 围手术期护理

DOI: [10.57237/j.nhres.2023.02.003](https://doi.org/10.57237/j.nhres.2023.02.003)

Application of High-Quality Nursing Mode in Percutaneous Nephrolithotomy Under Local Anesthesia

Yong Jie¹, Xie Yanzeng², Guo Lixia³, Wang Hao^{2,*}

¹Department of Anesthesiology, Naval Hospital of Eastern Theater, Zhoushan 316000, China

²Department of Cardiothoracic Urology, Naval Hospital of Eastern Theater, Zhoushan 316000, China

³Department of Neurogeneral Surgery, Naval Hospital of Eastern Theater, Zhoushan 316000, China

Abstract: Objective: To explore the application experience of high-quality nursing management mode in patients undergoing percutaneous nephrolithotripsy under local anesthesia. Methods: From September 2020 to September 2022, 80 cases of percutaneous nephrolithotomy under local anesthesia were treated with high-quality nursing mode (informatization, individualization and whole process of nursing mode). Before operation, comprehensive evaluation, psychological nursing, propaganda of operation methods and posture training were done through images, pictures, WeChat and brochures. Posture placement, heat preservation and psychological guidance were done during operation,

*通信作者: 王浩, wrw168@aliyun.com

and attention was paid to drainage tube after operation. The psychological state, pain score and nursing satisfaction of patients before and after operation were compared. Results: All the 90 patients were successfully operated, with pleural effusion in 3 cases, blockage of drainage tube in 4 cases, temperature rise in 2 cases, and hematuria in 3 cases. All patients were cured after symptomatic treatment and nursing. After operation, the psychological state, pain score and nursing satisfaction of the patients were significantly improved ($P < 0.05$). Conclusion: Percutaneous nephrolithotomy under local anesthesia has the advantages of less trauma and quick recovery, but patients may have bad feelings of nervousness and anxiety. High-quality nursing management mode can effectively relieve patients' bad feelings, improve sleep quality, relieve pain and promote patients' quick recovery.

Keywords: High-quality Nursing; Local Anesthesia; Percutaneous Nephroscopy; Psychological State; Perioperative Nursing

1 引言

上尿路结石如不及时治疗可致输尿管梗阻、肾积水、肾功能减退、尿源性脓毒血症等并发症,目前微创经皮肾碎石术(PCNL)已经成为治疗较大肾和输尿管上段结石的首选方式,目前较多医院PCNL采用插管全麻,存在对患者心肺功能要求较高、术中监测困难、手术费用高、住院时间长等不足。

我院近年来开展局麻下PCNL治疗肾和输尿管上段结石[1],局麻经皮肾镜手术创伤小、恢复快,但手术本身是应激源,手术过程中患者全程为清醒,易使患者产生抑郁、恐惧、焦虑等负性情绪[2, 3],进而影响手术的顺利完成和术后康复进程,降低患者的生活质量。我院在前期工作上开展优质护理模式(护理形式的信息化、护理形式的个性化、护理形式的全程化),有效缓患者不良情绪、改善睡眠质量、减轻疼痛,促进患者的快速康复。

2 对象与方法

2.1 对象

本组男性 58 例,女性 22 例,年龄 21~64 岁,鹿角形结石 6 例,肾盂结石 40 例,肾脏多发结石 10 例,输尿管上段嵌顿性结石 24 例,合并不同程度肾积水 66 例,结石直径 1.8~5.5cm,有开放手术取石史 5 例,合并肾功能不全 15 例,高血压 18 例,慢性支气管炎 12 例,心功能不全 3 例。

2.2 手术方法

入院后行生化检查排除手术禁忌症、行术前宣教、

手术体位指导,使患者了解手术的术前、术中、术后注意事项。患者术前无需禁食及灌肠,术前半小时内肌肉注射杜冷丁 50~75mg、盐酸异丙嗪 50mg,入手术室后行静脉留置及心电监护,患者先取截石位,丁卡因胶浆局部尿道表面麻醉后经膀胱镜逆行留置 F5-6 输尿管导管并连接含有美兰的 3000ml 生理盐水持续滴注,留置导尿后,患者自主改为俯卧位,剑突下垫高,消毒铺巾后超声定位决定穿刺点,用利多卡因沿穿刺点做皮肤、皮下、肌肉、肾周筋膜的局部浸润麻醉[4],在超声引导下用 F18 号肾穿刺针行目标肾盏的穿刺,穿刺成功后留置硬质导丝,切开皮肤,予以筋膜扩张器沿硬质导丝逐次扩张,留置 16~18F 号 Peel-away 鞘,行气压弹道或钬激光碎石,术毕留置双 J 管、肾造瘘管。

3 优质护理模式

3.1 护理模式的信息化

以往患者入院教育模式以口头宣教简单模式,患者及家属往往对局麻经皮肾镜取石的相关知识、手术的操作方法、术前术后注意事项理解比较表浅,难以与医生护士进行有效地沟通。针对这种现象我们制作了结石的教育手册、手术简要过程动画的微信二维码、走廊的版报宣传等,组建了患者微信群,满足了不同层次病人的知识面,使病人及家属对局麻经皮肾镜手术有了一定的了解。

以往护士开展健康教育时,通常是想到什么说什么,患者问什么答什么,缺乏规范化与系统性。使患者对疾病知识的了解和预防很模糊,一知半解。定期开展科室护士培训,提高专科疾病知识、新技术新理

念、心理护理及沟通技巧[5, 6], 要求每位护士全面、系统掌握相关疾病知识、局麻经皮肾镜的常规护理、围手术期护理及新的理念和技术, 学习心理护理及沟通技巧, 熟悉临床护理健康教育路径的内容并对患者进行教育, 在全面教育基础上选取业务精干护士, 组成护理骨干。在患者入院时在多种教育模式的宣教下, 护理骨干对患者及家属介绍局麻经皮肾镜取石手术方式、术前准备、体位摆放、术中及术后可能出的情况及注意事项, 避免了传统护理的盲目性、不系统性[6, 7], 使病人及家属对局麻经皮肾镜手术有了一定的了解。

3.2 护理模式的个性化

- (1) 入院后通过仔细的病史及询问, 首先为患者建立详细的病情档案, 包括生活习惯、饮食习惯、疾病状况、心理状态、家庭情况等, 并据此制定个体化的护理方案。指导患者术前饮食宜少渣、高营养、易消化, 提高患者手术耐受性。注意结合患者的饮食习惯, 合理调整饮食。
- (2) 因患者和家属各自对疾病的掌握情况和受教育程度, 采用不同方式讲解疾病和手术的相关知识, 对受教育程度较高的患者和家属采用科学、严谨的语言解释。对受教育程度低的患者和家属应采用通俗、易懂的语言解释, 对其提出的疑问耐心回答。使所有患者和家属都能了解自身的疾病状况、手术方式、术后用药、术后并发症等, 提高疾病认知程度, 增强治疗信心[7]。

3.3 护理模式的全程化

3.3.1 术前护理

对于局麻经肾镜取石术的泌尿外科新技术, 患者在先前宣教有一定的理解, 仍存在不同的心理问题, 对疾病本身及手术治疗缺乏正确认识, 加上外科手术本身是应激源, 易使患者产生抑郁、恐惧、焦虑等负面情绪, 进而影响手术的顺利完成和术后康复进程, 降低患者的生活质量。如担心手术的麻醉、疼痛、出血等, 给患者带来焦虑、恐惧等不良情绪, 详细及时地回复患者的问题, 讲述手术方式的优势, 介绍既往手术病例, 缓解患者的紧张情绪[2, 3, 7]。

协助患者做好术前各项检查, 包括三大常规、生化检查、出凝血时间、心电图、胸 x 线片、血糖等,

维持良好的肝肾功能, 确保药物、代谢产物、麻醉剂及毒素的处理及排。术前行 B 超、IVP 或 CT 检查, 以明确诊断。嘱患者戒烟, 进行深呼吸、咳嗽及咳痰训练, 以改善通气功能, 预防术后发生并发症。

我院局麻经皮肾镜采取俯卧位, 为适应手术卧位, 更好配合手术, 术中患者的配合对于手术成功也相当重要, 术中垫高腹部, 容易压迫胸腹部, 可能有一定的不适感。入院后责任护士指导患者进行体位训练, 嘱患者在床上取俯卧位, 双臂向上环抱一软枕, 腹部下垫一大小适中软枕, 头部偏向任意一侧, 上肢自然置于头部两侧, 教会患者在床上进行俯卧位吸气末屏气训练, 最初从 30 min 开始, 逐渐延长到 45 min、1 h、2 h, 术前针对不同患者进行体位训练[8], 年轻理解能力强可自行训练。对于理解能力差、肥胖、老年患者或有心肺基础疾病的患者每日进行指导性的训练, 时间由短至长, 使患者适应手术的强度[9-11]。

3.3.2 术中护理

(1)体位的摆放

局麻经皮肾镜的体位先采取截石位放置输尿管导管滴水开成人工积水, 再采取俯卧位, 术前通过宣教患者有一定地了解, 术前与手术室护士进行有效地对接摆放体位时向患者简要介绍体位架的功能、注意事项, 使患者能够自然的配合, 采取俯卧位时腹部下垫一大小适中的软垫, 头部偏向一侧, 上肢自然抱于头部两侧[11], 减少患者的不适感。

(2)体温的护理

术中体温过低对机体各系统影响较大, 轻度低体温可通过直接损害免疫功能, 低体温使血小板功能减弱, 降低凝血物质的活性, 从而抑制凝血功能, 明显增加失血量和对输血的需求; 影响心血管系统功能, 可增加心脏病的发生率。术中应严密观察患者的生命体征, 局麻经皮肾镜患者暴露面积较多, 由于经皮肾镜穿刺及碎石过程中都要向肾脏内灌入生理盐水, 导致患者体温下降, 基础代谢增加。患者在局麻下感受更加明显。术前控制好手术室的温度, 手术室温度最好不低于 24 ℃, 相对湿度 40%~60%为宜[12]。术前将灌注液加热及保温至合适温度, 术中注意患者暴露部位的有效覆盖, 加强防水保护术区[8], 观测患者生命体征的变化, 如患者出现心率、血压的明显变化、寒颤等的出现[13], 应及时告知术者。

(3)心理的护理

肾脏及其周围区域的神经支配主要来自 T10~L2 节段, 接受交感、副交感神经的双重支配, 对牵拉、膨胀等刺激相对较为敏感, 而对触觉、切割和烧灼等相对较为迟钝。局麻术中应用利多卡因沿穿刺点做皮肤、皮下、肌肉、肾周筋膜的局部浸润麻醉后患者几乎无痛感。但局麻经皮肾镜取石术, 患者全程清醒, 患者术前虽对手术有了一定的认识, 但因环境、仪器、器械的声响等条件变化, 使患者会出现一定的恐惧焦虑, 手术护理过程中观察患者的表情, 适时询问患者的感受, 配合医生给予舒适的体位, 给予及时的解释及安慰。也可在不影响手术的情况下调整画面让患者观看碎石过程, 可分散注意力, 缓解患者紧张、焦虑的情绪[10, 13]。

3.3.3 术后护理

(1) 指导体位和饮食

局麻经皮肾镜术后患者即可进食和适度活动, 术后第 1 天以清流为主, 依据患者是否原有糖尿病等基础疾病, 制定指导饮食结构。可进流质饮食, 适当摄入水果蔬菜等, 无糖尿病患者可多食香蕉, 以促进排便, 勿用力排便引起腹压增高。指导患者床上进行上肢及下肢的轻度活动, 避免大幅度的变位, 协助年老体弱者在床上翻身、按摩上下肢以预防深静脉血栓形成, 常规给予双下肢的压力波治疗, 即可避免长时间卧床带来的不适, 又可防止下肢静脉血栓的形成, 本组 80 例术后无 1 例深静脉血栓的形成。

(2) 严密观察生命体征

术后严密观察患者生命体征, 及早发现处理并发症: ①术后常规给予吸氧、心电监护, 加强巡视, 如遇患者出现呼吸频率的加快、烦躁等表现, 给予加大流量吸氧, 观察引流管色泽, 排除出血可能引起的低血压。

肾上盏入路 PCN 容易出现胸膜损伤致胸腔的积液、积血, 经皮肾镜术中冲洗液量较大, 胸腔可出现反应性胸腔积液, 少量多无明显临床症状, 较多时可引起呼吸的困难, 表现为手术侧胸痛、气促和呼吸困难, 呼吸 25~48 次 / min. 血氧饱和度下降至 90% 以下, 检查患侧呼吸音减弱或消失。轻者给予患者止痛对症处理, 吸氧, 留置尿管, 保持尿管及肾造瘘管引流通畅, 减少外渗至胸腔的尿量。对于大量气胸或胸腔积液患者, 准备利多卡因、胸腔穿刺包、置管三通接头、连接管及注射器。协助医生在 B 超定位下行胸腔穿刺抽

吸术。本组 80 例术后出现 3 例呼吸急促, 给予调整氧流量等措施后无改善, 考虑胸腔的积液, 经胸腔穿刺置管后治愈。均为护理巡视中及时发现处理。②经皮肾镜术后出血为较重并发症, 及时发现及处理至关重要。手术需建立经皮肾通道, 肾实质损伤不可避免, 加上肾脏血液供应丰富或扩张通道不当、穿刺过深等均易发生出血。术后密切观察患者的生命体征、引流液颜色及性状, 术后均有不同程度的肉眼血尿, 轻微的血尿或出血多因引流管刺激或手术碎石损伤黏膜所致, 色泽较清时叮嘱患者平卧、减少活动、给予适度的膀胱冲洗、腹带加压对症处理, 不需要特殊处理。若出现引流液呈鲜红色、量逐渐增多并伴血压下降、血红蛋白进行性下降, 提示有肾实质血管损伤出血, 应做好记录并及时报告医生进行治疗。80 例患者术后出现 3 例明显血尿, 护理过程中及时发现, 2 例保守治疗成功, 1 例行动脉栓塞后治愈。③局麻术后疼痛较轻, 局部的加压包扎、肾盂压力的升高都会导致疼痛不适, 一般程度较轻, 但也有个体差异, 有些术后疼痛敏感, 可能导致不良情绪, 睡眠质量差, 影响术后的恢复, 及时做好患者解释工作, 可以小方枕垫于腰背部、给予止痛药物口服治疗, 如症状无缓解, 及时报告医生, 予以适当的镇痛处理[11, 13]。早期的护理干预能及时发现患者错误的医疗观念和方法并加以纠正, 从而提高患者的疼痛缓解率, 减轻患者心理负担[14]。④术后肾造瘘管的留置利于术后观察引流色泽、加压止血、术后二期手术。术后应妥善固定肾造瘘管, 严防脱落, 保持通畅。肾造瘘管上贴上留置管道日期, 将肾造瘘管固定于床旁, 嘱患者引流袋不能高于腰部的穿刺部位, 以防交叉感染。定期挤压引流管, 给予翻身、换药时避免发生引流管的扭曲、脱落, 记录引流量和性质[2, 13]。定时挤压造瘘管, 防止血凝块堵塞, 详细记录造瘘液的颜色、性质、量。⑤建立患者出院档案, 微信小程序登记患者姓名、手术方式、留置输尿管支架及取出时间、指导出院饮食和活动, 指导患者出院后 1 个月内不能从事重体力劳动, 特别是腰部不能做剧烈运动, 因为肾组织较脆弱, 愈合需要较长时间。根据结石成分指导患者合理膳食。若为尿酸盐结石, 不宜食用高嘌呤食物, 如动物内脏、沙丁鱼、贝类等, 应多食碱性食品, 如水果、蔬菜等; 若为高钙结石, 不宜食用牛奶、奶制品、坚果、巧克力等; 若为草酸钙结石, 不宜食用浓茶、菠菜、芦笋等, 应多食纤维素丰富的食物; 若为感染性结石, 建议患者进食酸性食物, 使尿液酸化, 同时鼓励患者多饮水。给予患者

联系电话，如有不适电话问诊，按照术后复查时间联系患者，避免遗漏复查[15]。

4 观察指标及统计方法

4.1 观察指标

比较患者术前术后心理状态（术后 2 天检测）、疼痛评分（术后 6、24 小时检测）、护理满意度（入院时和出院时）。心理状态采用焦虑自评量表（SAS）和抑郁量表（SDS）[2, 16]，轻度焦虑 50-59 分，中度焦虑 60-69 分，重度焦虑 70 分以上，轻度抑郁 53-62 分，中度抑郁 63-72 分，重度抑郁 70 分以上。采用护理满意度问卷表进行入院及出院的满意度调查，满分为 100 分，<80 分为不满意，80-90 分基本满意，>90 分为满意（总满意度=满意+基本）[3]。采用视觉模拟评分法（VAS）[17]进行疼痛测试，0~10 分（0 分为无痛，1~3 分为轻度疼痛，4~6 分为中度疼痛，7~9 分为重度疼痛，10 分为重度疼痛）。

4.2 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件进行数据分析，定量资料用均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；定性资料用例数、百分比表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

5 结果

80 例均手术成功，术中患者意识清楚，能较好的耐受、配合手术，无血压的剧烈波动，无因患者心肺功能不适而中止手术。术后 3 例出现胸腔积液，4 例出现引流管的堵塞，2 例出现体温的上升，3 例出现明显血尿，对症治疗及护理后恢复。患者入院时 SAS 评分 56.75 ± 5.53 ，术后 SAS 评分 42.52 ± 4.53 ，入院时 SDS 评分 58.75 ± 4.33 ，术后 SDS 评分 43.56 ± 4.37 ，两者差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。术后 6 小时疼痛评分 5.84 ± 1.86 ，术后 24 小时评分 3.45 ± 1.03 ，两者差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。护理满意度入院时满意 40 例，基本满意 25 例，不满意 15 例，出院时满意 60 例，基本满意 15 例，不满意 5 例，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

6 讨论

泌尿系结石为泌尿外科常见及多发病，手术方式有体外碎石、输尿管镜、腹腔镜、经皮肾镜取石术等[18]。经皮肾镜碎石术（PCNL）是治疗直 ≥ 2 cm 的肾结石及梗阻严重的输尿管上段结石的有效手段，碎石清石率高，多数医院采用全麻或硬膜外阻滞麻醉，麻醉和插管风险高，对于患者心肺等功能要求较高，术前需禁食水、灌肠，术后恢复时间长，术中两种麻醉患者均无法自动变换体位，变换体位较为烦，术中易导致患者术中的生命体征的明显波动。局麻下 PCNL 术前无需灌肠及禁食水，术中与患者交流，监测简单实用，减少硬膜外或全麻对机体内环境的干扰，减少炎症因子的反应，降低术后脓毒血症的发生。

作为一种新型手术方式，局麻经肾镜碎石取石具有创伤小、恢复快、费用低等优势，但患者往往考虑手术考虑风险、疼痛等，由于个体差异及对于疼痛的差异耐受性，术后疼痛程度也不同，存在焦虑、抑郁、烦躁等负面情结[16, 19, 20]。临床多有探索科学、快速、全面、有效的干预方案，优化住院期间多项护理措施，缓解患者不良情绪，提高他们的生活质量和护理满意度，减轻术后疼痛，降低术后并发症和应激反应的发生率，促进术后康复，通过优质护理可以缓解患者的负面情绪[5, 16, 21]。针对局麻经皮肾镜取石术，我们提出了优质护理模式：①护理模式的信息化。随着信息化时代的到来，知识的获得不仅限于书本或口头，我们入院教育模式不仅以口头宣教简单模式，制作了结石的教育手册、手术简要过程动画的微信二维码、走廊的版报宣传等，满足了不同层次病人的知识面。出院时微信程序登记患者姓名、手术方式、留置输尿管支架及取出时间，按照术后复查时间联系患者，避免遗漏复查。②护理模式的个性化。针对患者采用科学性、个性化护理，为患者建立个体化档案，生活质量是一个全面、多维的概念，涉及躯体、情绪、认知、社会、生活等多个方面。外科手术患者因疾病本身、手术创伤、应激反应等因素可造成躯体、心理、日常生活等功能紊乱或失调，进行影响生活质量。提高手术患者生活质量的关键在于消除负面因素作用、促进正面因素作用，因此在制定干预方案时要充分评估患者的家庭背景、文化程度、健康、心理状态，再根据评估情况制定和实施具体的护理计划。护理过程中有针对性对患者进行饮食、药物及心理护理[2, 22]。患者入院与护士的交流往往较多，护理水平的高低和专业

化对患者整个疾病的治疗过程起到重要角色。选取业务精干护士,对护士进行全面、系统的专科护理常规、围手术期护理常规,疾病的发病原因、临床表现、治疗、出院宣教等内容及技巧的培训并考核,针对患者具体情况不定期提问,使护士的知识更专业化、更有针对性、系统性[6, 7]。③护理模式的全程化。对患者实行术前、术后护理、出院指导,还与手术室护士交接患者的差异和手术的注意事项,做好手术过程中的体温、体位、心理的护理。出院时建议出院档案,指导出院饮食和活动,按照术后复查时间联系患者,避免遗漏复查[15]。

7 结论

通过局麻经皮肾镜的优质护理模式,患者术后 SAS 评分、SDS 评分、术后疼痛评分较术前均有明显改善,出院护理满意度较入院护理满意度大幅度提升,使患者由原来的被接受治疗,变为积极地配合治疗,提高了护理效果,减少医患纠纷,利于优质服务的开展。

参考文献

- [1] 王浩, 李健, 王奎海. 超声引导局部麻醉经皮肾镜碎石术治疗上尿路结石 56 例 [J]. 海军医学杂志, 2018, 39 (02): 183-185.
- [2] 刘少佳, 杨芳, 石正娟, 等. 个体化护理对胆结石择期手术患者术前负性情绪及术后生活质量的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20 (20): 86-88.
- [3] Guanghong M, Wanying J, Weidong X, et al. Effect of comfort care on pain degree and nursing satisfaction in patients undergoing kidney stone surgery [J]. American Journal of Translational Research, 2021, 13 (10): 11193-11197.
- [4] 李虎林, 刘春晓, 徐阿白. 局麻下经皮肾镜取石术治疗上尿路结石 1363 例报告 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2011, 32 (8): 525-527.
- [5] 翟秀丽, 杨红兰, 周明, 等. 护理路径在局麻下 PCNL 健康宣教中的应用研究 [J]. 西南国防医药, 2016, 26 (07): 816-817.
- [6] Luzinski C. Advancing the science of nursing, improving the quality of care [J]. J Nurs Adm, 2012, 42 (3): 123-124.
- [7] 杨会群, 陈利明. 输尿管镜钬激光治疗输尿管结石的护理观察 [J]. 护理学杂志, 2002, 17 (5): 347-349.
- [8] 盛夏, 万蓬, 王爱国, 等. B 超引导下经皮肾镜钬激光碎石手术配合的改进 [J]. 解放军护理杂志, 2007 (04): 62-63.
- [9] 王淑雯, 孙红玲, 刘丽欢, 等. 237 例肾上盏入路经皮肾镜取石术的围手术期护理 [J]. 中华护理杂志, 2012, 47 (02): 110-112.
- [10] 刘慧馨. 局麻下微创经皮肾镜治疗输尿管上段嵌顿性结石的护理 [J]. 实用临床护理学杂志, 2018, 3 (13): 77-78.
- [11] 程顺花. 局麻下无管化经皮肾镜术围手术期护理体会 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3 (33): 53-54.
- [12] 金阳阳, 盛夏. 腹腔镜下行根治性膀胱切除术患者术中低体温的预防及护理 [J]. 解放军护理杂志, 2018, 35 (11): 70-72.
- [13] 杨红兰, 江咏, 李丹. 局麻下微创二期经皮肾气压弹道碎石术治疗马蹄肾结石的护理 [J]. 护士进修杂志, 2011, 26 (11): 1012-1013.
- [14] Liu Y, Zhang Z, Gong Q, et al. Analysis of primary nursing intervention for elderly patients with cancer pain on the improvement of potential risk and pain degree [J]. Am J Transl Res, 2021, 13 (10): 11890-11898.
- [15] 蔡文锦, 戴丽萍, 颜美, 等. 局麻下微创经皮肾输尿管镜取石术治疗复杂性肾结石 38 例围术期护理 [J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16 (10): 82-84.
- [16] Yang L, Liu Q, Chi Q, et al. Effect of rapid rehabilitation nursing on improvement of quality of life after super-miniPCNL and risk analysis for postoperative complications [J]. Am J Transl Res, 2022, 14 (7): 5146-5154.
- [17] Reed MD and Van Nostran W. Assessing pain intensity with the visual analog scale: a plea for uniformity [J]. J Clin Pharmacol, 2014, 54: 241-244.
- [18] 明少雄, 高小峰. 软性输尿管镜在肾及输尿管上段结石中的应用 [J]. 临床外科杂志, 2017, 25 (25): 91-93.
- [19] Oguz U ST, Senocak C OE, Bozkurt. Factors associated with postoperative pain after retrograde intrarenal surgery for kidney stones [J]. Turkish Journal of Urology, 2017, 43: 303-308.
- [20] Cui Y, Li YX. Effect of high-quality nursing on alleviating depression and anxiety in patients with thyroid cancer during perioperative period: A protocol for systematic review [J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99 (45): e23018.
- [21] Sun H, Lin H, Ye H. Effect of comprehensive nursing intervention on serum inflammatory factors and quality of life in patients with pelvic inflammatory disease [J]. Am J Transl Res, 2021, 13 (5): 5554-5560.
- [22] Burhenn PS, Perrin S, McCarthy AL. Models of Care in Geriatric Oncology Nursing [J]. Semin Oncol Nurs, 2016, 32 (1): 4-32.