

经尿道等离子前列腺剜除术的护理

孔令环 陈冬梅 苏桂荣

[摘要]目的:探讨经尿道等离子前列腺剜除术的临床护理。方法:通过对30例老年良性前列腺增生症患者经尿道等离子前列腺剜除术的护理,及时做好术前心理护理和术前准备、术后密切观察病情变化、并发症的预防和护理及其健康教育。结果:30例患者中,术后出血2例,暂时性尿失禁2例,膀胱痉挛2例,其余24例疗效较佳。结论:老年良性前列腺增生症患者经良好的围手术期身心护理能提高治疗效果,避免或减少并发症的发生,保证患者早日康复。

[关键词] 前列腺增生症; 经尿道等离子前列腺剜除术; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 697.32 [文献标识码] A

良性前列腺增生症(BPH)是老年男性常见病,随着社会老龄化的加速发展,其发生率不断增高^[1]。经尿道等离子前列腺剜除术是近年来治疗BPH的新方法,具有手术创伤小、痛苦少、术后膀胱冲洗时间短、尿路刺激症状轻、术后恢复快、住院时间短等优点。2009年6月至2010年8月,我科应用经尿道等离子前列腺剜除术治疗BPH 30例,经围手术期精心的护理,效果满意。现将护理体会作一报道。

1 临床资料

行经尿道等离子前列腺剜除术的30例BPH患者,年龄64~85岁。术前症状主要有尿急、尿频、夜尿次数增多、排尿困难。患者术前常规行前列腺B超检查、肛门指检、前列腺特异性抗原检查,排除神经源性膀胱和前列腺癌。确诊前列腺I度增生2例,II度增生9例,III度增生19例;合并尿潴留14例,合并高血压5例,冠心病4例,糖尿病6例,肾功能不全2例,脑梗死1例;切除的前列腺组织重50~110g;术后出血2例,暂时性尿失禁2例,膀胱痉挛2例,住院7~15天,经采取有效措施,均治愈出院。余24例疗效较佳。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 健康指导 向患者介绍BPH的相关知识,让其了解该病的病因、治疗及护理方法,为减少并发症的发生、促进患者康复打下良好基础。以诚挚的态度,耐心解答患者的疑问,消除患者过度紧张、兴奋、悲伤、焦虑等心理,强调治疗的正面效果,并给予

有效的心理疏导,让其了解手术的方式、效果以及介绍手术成功的案例和主管医生的技术水平,使患者有心理准备,消除顾虑,保持情绪稳定,积极配合治疗及护理。

2.1.2 基础护理 术前适当休息,避免劳累,预防感冒,忌烟酒,宜食含纤维多、易消化的饮食,避免辛辣刺激性食物。协助患者做好各种相关检查,向其讲解术后注意事项,做好心理护理,缓解患者紧张焦虑的心情,对手术耐受情况做出评估。

2.1.3 术前准备 指导患者练习深呼吸、有效咳嗽及肛门括约肌收缩运动等。缩肛运动的方法是吸气时缩肛,呼气时放松肛门括约肌。老年人肠蠕动较慢,易产生大便干结,术前1天宜进少量半流质饮食,术前一晚及术晨给予灌肠,预防术后腹胀,防止术后大便干结、排便用力引起的继发性前列腺出血。术前配血及备血,做好皮肤清洁准备;术前一晚对情绪紧张不能入睡者,可给予镇静剂,术前一晚开始禁食、水,完成术前用药。

2.2 术后护理

2.2.1 严密观察生命体征的变化 由于经尿道等离子前列腺剜除术较传统手术更加安全,许多原来不能耐受手术的高龄重度BPH患者可行此项治疗,这些患者合并高血压、冠心病、糖尿病和脑血管疾病较多,器官代偿功能和机体调节机能差,术后严密观察生命体征尤为重要。每小时测血压1次、脉搏、血氧饱和度,待病情稳定后酌情测量。

2.2.2 出血的观察与护理 术后出血是经尿道前列腺手术不可避免的,多发生在术后24h,常因术中电凝止血不彻底,术后过早剧烈活动、久坐、用力排便等引起。术后膀胱冲洗是为了防止血块的形成,减少出血,冲洗液变清,即停止冲洗,故术后膀胱冲洗时间可间接反映术后出血量^[2]。术后出血预防及处理措施:患者术后返回病房妥善固定引流管,保持膀胱冲洗持续通畅;严密观察引流液的颜色及量

[收稿日期] 2010-08-20

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 泌尿外科 安徽 蚌埠 233040

[作者简介] 孔令环(1974-),女,主管护师。

的变化,冲洗液温度最好控制在 33~35℃,速度一般 70~80 滴/分;冲洗过程中定时挤压引流管,以及时引流出膀胱内小血块,或用注射器加压膀胱冲洗,将引流管周围的血块冲碎,反复冲洗直至冲洗液淡红或澄清为止^[3]。及时应用止血剂;术后取平卧位 24~48 h,患者翻身活动应在护士协助下进行;注意保暖,预防感冒;术后肛门排气即鼓励患者多饮水,多吃粗纤维蔬菜水果,积极防治便秘;避免腹内压增高的各种因素,如剧烈活动、提重物、咳嗽等。本组术后出血 2 例,经上述处理均获得缓解。

2.2.3 膀胱痉挛的观察及处理 因手术创伤、导尿管气囊的压迫、引流不畅以及冲洗液反复刺激膀胱三角区、膀胱颈及后尿道等,使膀胱敏感性增强,引起膀胱平滑肌无抑制性收缩,出现膀胱痉挛;另外,术后的疼痛刺激、焦虑和过度紧张也是诱发膀胱痉挛的主要原因之一。精神过度紧张者,其膀胱痉挛次数明显增高,出血程度加重,形成血块,血块又堵塞管道,诱发膀胱痉挛,形成恶性循环^[4]。膀胱痉挛性疼痛症状可分为主诉症状和可观察症状。主诉症状有:明显的膀胱憋胀感,急迫的尿意及便意感,膀胱痉挛性疼痛;可观察症状指膀胱持续冲洗滴数减慢或停止,发生逆流或冲洗液不自主从尿道口溢出等。处理措施:首先排除导尿管有无堵塞,确保引流通畅,如有血块及时冲洗;加强心理护理,消除紧张情绪,嘱患者全身放松,深呼吸,减轻各种不良刺激。据报道^[5],留置硬膜外镇痛泵是一种预防膀胱痉挛发生的有效措施,本组应用 28 例,效果确切。

2.2.4 暂时性尿失禁的护理 在经尿道前列腺剥离过程中镜鞘有损伤外括约肌的可能。术后 48 h 膀胱冲洗无血性液流出,引流液澄清,活动后无出血,可适当减慢滴速或间断膀胱冲洗,观察 12~24 h 后无血性液可拔除导尿管。拔管后注意观察患者排尿情况。本组 2 例发生暂时性尿失禁,多为尿道外括约肌受损、剥离创面的疼痛刺激等因素造成。处理措施:护士及时向患者解释尿失禁是暂时现象,解除患者的思想顾虑,稳定情绪;给予接尿袋使用,并定时放尿,指导患者进行提肛肌收缩训练,锻炼盆底肌肉;必要时给予口服解痉药物,经过 1~4 周后患者全部治愈。

2.2.5 饮食及活动指导 术后患者肠蠕动恢复肛门排气方可进食,无渣流食 3 天,逐渐过渡到半流质、普食,宜清淡易消化,含纤维素多的饮食。鼓励患者多饮水,防止便秘,如有便秘发生给予缓泻剂口服,防止因排使用力引起前列腺窝继发性出血。本组出现便秘 5 例,经多饮水,合理饮食,适当口服缓

泻剂,便秘解除,未发生继发性出血。前列腺切除后的创面一般需要 2~3 周后才能被新生的黏膜覆盖,安全上皮化约需 3 个月左右,远期出血一般发生在术后 1~3 个月内^[6]。告知患者术后 3 个月内避免骑脚踏车、摩托车及温水浴,坐硬物,避免上下楼梯、跑步等剧烈活动。

3 讨论

经尿道等离子前列腺剝除术具有以下特点:术中用生理盐水冲洗,防止了经尿道前列腺电切综合征的发生;比传统的经尿道电切术(TUR)切除组织更彻底,可切除大体积的腺体,且复发率低;成功剝离后的腺体没有血供,剝除时较完整,无出血或出血很少,是目前前列腺手术中较为理想的手术方法。与传统的 TUR 技术相比,手术更为安全,术后并发症及护理量明显减少。

通过对 30 例 BPH 经尿道等离子前列腺剝除术患者的护理,强调术前的耐心疏导,有效的心理支持,术后精心护理,密切观察病情,预防并发症的发生,促进患者康复。老年人合并心脑血管疾病、糖尿病等疾病者多,术前积极治疗待病情稳定后再手术。术前患者可能长期服用抗凝药物和扩血管药物,必需在术前停用 2 周,否则易导致术中及术后大出血危险。另外老年人常有便秘,术前术后应改善患者的通便状况。本组 2 例患者在术后用力排便时出现引流液颜色变红,嘱患者平卧,加快冲洗速度,症状缓解。术后出现暂时性尿失禁 2 例,延迟出院,但通过心理护理和指导患者做盆底肌收缩训练,排尿中止训练,每次训练 10~15 min,每次收缩 3~5 s,并结合药物治疗,1 个月后均恢复。总之针对不同患者出现的问题,采取相应的护理措施,细心护理好每一个环节,对患者的早日康复至关重要。

[参 考 文 献]

- [1] 刘玉环,于小华,胡芝华,等.经尿道等离子双极汽化电切术治疗前列腺增生症的护理[J].现代中西医结合杂志,2009,18(30):3763-3764.
- [2] 鲍文翔,陈大可,陈翔,等.经尿道等离子前列腺腔内剝除术并发症分析[J].现代实用医学杂志,2009,21(7):723-725.
- [3] 韩玉娟,刘英,曹长英,等.经尿道前列腺汽化电切术术前、术后护理体会[J].临床和实验医学杂志,2006,5(1):87.
- [4] 谢萌.经尿道前列腺汽化电切术后膀胱痉挛的原因及护理[J].现代中西医结合杂志,2007,16(31):4698.
- [5] 金菊英.经尿道前列腺汽化电切术后早期并发症的预防及护理[J].实用医学杂志,2007,23(22):3626-3627.
- [6] 熊丙建,唐明忠,徐宝海,等.前列腺剝除术后出血原因分析及临床对策[J].现代泌尿外科杂志,2006,11(6):330-332.

(本文编辑 刘璐)