

经尿道前列腺汽化电切病人术后并发症的观察与护理

傅文珍

(浙江省绍兴市人民医院 绍兴 312000)

关键词:经尿道前列腺汽化电切;并发症;护理

中图分类号:R472.92

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0083-02

随着经尿道前列腺汽化电切 (Transurethral electro-vaporization prostatectomy, TVP) 技术的成熟,临床上正在以它取代开放手术,虽然近年来药物治疗和微创治疗在前列腺增生治疗中发挥了一定的作用,但 TVP 仍然是治疗前列腺增生的金标准,不仅在于它是一种有效而持久的治疗方法,更在于它避免了常规手术的腹部切口,提高了手术安全性,因其损伤小、出血少,亦减少了病人的痛苦,大大缩短了住院时间。我科从 2000 年 9 月~2005 年 6 月,对 1 150 例前列腺肥大病人行 TVP 治疗,取得了满意的疗效。现将其可能出现的并发症及护理总结如下:

1 临床资料

本组 1 150 例,年龄 54~88 岁,平均年龄 74 岁;进行性排尿困难病史 1~15 年,平均 3.6 年;术前残余尿测定 100~1 100mL,平均 320mL;最大尿流率 1.5~12.2mL/s,平均 5.1mL/s。其中有 30%病人伴有不同程度的心、肺、肝、肾功能不全,有 15 例伴有脑血管意外后遗症。术后并发早期出血 4 例,迟发性出血 3 例,经尿道电切综合征 1 例,尿失禁 2 例,尿道狭窄 10 例,1 例出现脑血管意外,2 例并发下肢静脉血栓形成。

2 并发症的观察与护理

2.1 术后出血 早期出血的原因主要是止血不完善,或电切切开静脉窦过多所致;迟发性出血可能是由于前列腺大量痂皮组织的脱落,或用力不当,大便秘结增加腹压所致。病人主要表现为冲洗液的颜色呈血性或伴有血块,出血严重者可出现面色苍白、脉搏细速、血压下降等休克症状。护理措施:术后用三腔气囊导尿管持续膀胱对流冲洗 1~2d,观察冲出液的颜色,如呈血性,可将气囊导尿管牵拉固定于大腿内侧,利用气囊压迫前列腺窝,达到止血的目的,牵拉时间一般为 6h。保持冲洗通畅,如有血凝块堵塞导尿管时,膀胱及前列腺窝过胀会造成更严重的出血,必要时可按医嘱应用止血药物,或在直视下电灼止血。本组术后早期出血 4 例,其中 3 例经牵拉气囊导尿管、应用止血药物等措施后痊愈,有 1 例上述措施无效后,再次在硬麻直视下电灼止血;迟发性出血 3 例,均经保守治疗后痊愈。

通畅,盲目拔管,拔管第 3 天患者高热,引流管口胆汁溢出,呕吐厉害,怀疑胆总管下段不通畅,腹腔引流管、胆囊引流口、胆总管引流口互通,在腹腔形成胆池,胆汁长时间刺激切口皮肤。(3)化脓病灶、引流物及血未做细菌培养和药敏,抗生素使用不规范,而且使用时间过长,加上病人衰竭,免疫力低,造成菌群失调,导致真菌感染。

2.2 经尿道电切综合征(TURS) 发生原因是由于手术中静脉窦开放,或者前列腺包膜穿透后渗漏重吸收以及 TVP 手术时间过长^[1],大量冲洗液进入血循环,形成稀释性低钠血症。病人可在术中或术后几小时内出现烦躁不安,恶心、呕吐,甚至昏睡,严重者可出现脑水肿、肺水肿、心力衰竭等症状。护理上除严密观察患者有无胸闷、气急、心率加快、恶心、呕吐等症状外,还应监测血压、心率、血气及水电解质的变化,及早发现先兆症状。一旦出现上述症状,应立即给予吸氧,按医嘱给予利尿剂及静脉补充高渗盐水。本组病人 1 例术后即出现烦躁不安,心率 104 次/min,呼吸 24 次/min,血压正常,水电解质测定血钠为 120mmol/L,经上述处理后病人痊愈。

2.3 尿失禁 多因尿道括约肌损伤以及膀胱无抑制收缩所致,多为一时性的尿失禁。本组 2 例,1 例经进行盆底肌肉的收缩训练后痊愈;1 例尿失禁症状较严重,经使用阴茎夹控制排尿,同时服用管通片,2 次/d,约 2 个月后,患者症状缓解,3 个月后痊愈。

2.4 膀胱无抑制收缩 多与导尿管刺激或气囊压迫以及引流管不通畅有关。病人表现为下腹部阵发性胀痛,膀胱持续冲洗受阻,尿道口溢液明显。预防措施:保持患者安静,术后应用镇痛泵,及时清除膀胱内小血块,冲洗液保持合适的温度,或口服颠茄合剂等。

2.5 排尿不畅和尿道狭窄 多因感染和创伤所致,并相互影响。对该并发症的预防除了术中减少损伤外,术后做好留置导尿管的护理,保持会阴清洁,及时清除尿道口分泌物,并嘱病人多饮水,防止泌尿系感染^[2]。本组 10 例,其中 8 例经定期的尿道扩张(每周 1 次,6 次后改为每 2 周 1 次),2~3 个月后病人排尿通畅,未再出现排尿困难症状;另 2 例因瘢痕狭窄较严重,经上述处理失败,改行冷刀尿道内切开术,术后留置导尿管 4 周,拔除导尿管后,再行尿道扩张术,经处理病人痊愈。

2.6 其它并发症 本组 1 例术后并发脑血管意外,病人术后出现昏迷,两瞳孔呈针尖样大小,对光反射迟钝,CT 检查提示丘脑出血,家属要求放弃治疗而自动出院。本组 2 例出现下肢静脉血栓形成,均为气囊导尿管牵拉侧下肢,表现为下

以上均为患者术后多部位感染(肺部、切口、肠道)的危险因素,由此可见切实做好各项护理工作,控制医院感染的重要性。“三分治疗,七分护理”,护理质量的好坏直接关系到病人疾病的转归,护理人员要提高认识,引起重视,积极主动做好各项护理工作、健康宣教,减少术后并发症,降低医院感染发生率,提高医院医疗服务质量,降低死亡率。

(收稿日期:2006-09-21)

内窥镜下儿童腺样体肥大电动吸切术的手术配合

方丽琴 周彩华 方清

(浙江省杭州市萧山区第一人民医院 杭州 311200)

关键词:鼻内窥镜;腺样体肥大;电动吸切术;手术配合

中图分类号:R473.72

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0084-01

腺样体肥大是儿童常见疾病之一^[1]。传统的腺样体切除是用腺样体刮匙经口切除,不仅痛苦,而且出血多;手术操作主要凭医生的经验和手感盲刮,这样同时也存在刮不尽或咽鼓管咽口、咽壁、软腭损伤等并发症。而随着鼻内窥镜技术的临床应用,其视野清晰、损伤少、创伤小、恢复快、病变处理彻底的优势^[2]恰恰弥补了这一弱点,日益得到医生和患者的青睐。我院自 2003 年 11 月~2005 年 6 月开展鼻内窥镜下儿童腺样体肥大电动吸切术 78 例,取得满意的疗效。现将手术配合体会介绍如下:

1 临床资料

本组患儿共 78 例,男 43 例,女 35 例,年龄 3~13 岁,平均 5.6 岁,病程 6~60 个月。术前诊断为腺样体肥大+慢性扁桃体炎 58 例,腺样体肥大 20 例,同时伴有腺样体肥大+分泌性中耳炎 24 例,腺样体肥大+慢性鼻窦炎 21 例。所有患儿均有夜间睡眠时张口呼吸及憋气并伴有鼾声,术前均行鼻咽部 CT 扫描。

2 术前准备

2.1 术前访视患儿 了解患儿的一般状况和各项检查结果。小龄患者心理状态与家长息息相关,所以我们不仅要取得患儿的好感与信任,更要得到家长的配合与支持。根据患儿不同的情况作适当的解释,介绍手术环境及同类患儿的疗效,说明手术的目的、麻醉及术后的注意事项等,以减轻患儿及家长对手术的神秘感和恐惧心理,增加对手术成功的信心,让患儿在最佳的心理状态下迎接手术。

2.2 器械物品的准备 应用美国 Stryker 公司生产的鼻内窥镜手术系统和 Hammer 全自动吸割器,双极电凝器、常规的腺样体包、吸引器、圆枕、头圈以及不同规格的吸割刀头等。并仔细检查其性能,以确保术中不发生故障。

3 术中配合

患儿平卧于手术台,常规开放一条静脉通道,协助麻醉师诱导麻醉,气管插管。取肩高头低位,及时连接光源、监视器电缆、各管道,打开显示器,由暗到亮调节光源至术野清晰;开口器暴露咽腔,用两根细导尿管从双鼻腔插入,前端从口内拉出,将软腭平行拉起,用 70° 鼻内窥镜经口腔插入,观察鼻咽腔,注意腺样体形态、咽鼓管咽口及圆枕位置。利用电

动切割器,从腺样体下缘开始切割,逐渐移向侧缘,并向中央包围,分层推进,逐渐吸割肥大腺样体,纱条或棉球压迫止血,最后检查有无出血和残余腺样体组织;同法吸割对侧(同时伴有慢性扁桃体炎者,先按常规方法切除)。

4 体会

4.1 心理护理 患儿年龄尚小对手术恐惧,应多与患儿交流,通过抚摸、游戏,消除患儿的陌生感,赢得患儿的信任。家长担心手术能否成功、手术是否安全等,故应重点向家长耐心讲解疾病的有关知识,做好各项检查前的解释和指导工作,消除家长的心理障碍,做好患儿的思想工作。

4.2 充分的物品准备 充分的术前准备是手术顺利进行的保障,术前应对特殊器械物品及仪器设备进行检查,处于备用状态,以确保手术中能良好使用。

4.3 正确的器械维护 鼻内窥镜主要部分为光导系统,非常纤细,轻微的碰撞即可引起损伤,故在使用过程中要轻拿轻放,防止扭曲、弯折,禁忌钳、夹。术后先用酶清洗剂浸泡 5~10min,再用软毛刷清洗各管道,流水冲净,酒精灌注,最后用腔镜吹干机吹干保养,使用后登记,专人保管。

4.4 熟练的手术配合 详细了解手术步骤,术中做到传递快捷、准确无误。熟练掌握仪器的使用、调试方法及正确操作程序,以提高手术护理效率,缩短手术时间。

4.5 加强术中观察及物品监测 术中严密观察患儿生命体征、血氧饱和度的变化;随时调节灯光、室温,做好全麻复苏工作,严防意外发生。能耐高温灭菌的器械均用高温高压法灭菌,鼻内窥镜采用环氧乙烷消毒,定期做细菌培养。

总之,手术配合的关键在于做好充分的术前准备和密切的术中配合,把握好手术护理配合的每一关,以缩短手术时间,提高手术护理效率,确保手术顺利、安全地完成,取得满意的疗效。

参考文献

[1]黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998.348~349
[2]崔颖,谷京城,王雪峰,等.鼻内窥镜下儿童腺样体吸割术探讨[J].中国内镜杂志,2005,11(6):591

(收稿日期:2006-04-20)

参考文献

[1]李炎唐,臧美孚.泌尿外科手术并发症预防和处理[M].北京:人民卫生出版社,2004.133
[2]李义,叶敏,王加强.经尿道前列腺汽化电切术后尿道狭窄的防治[J].中华泌尿外科杂志,2005,26(2):122

(收稿日期:2006-07-11)

肢腓肠肌疼痛,并出现下肢凹陷性水肿,经 B 超证实为下肢静脉血栓形成。1 例经下肢制动,并给予尿激酶 30U/(次·d)深静脉注射,7d 后痊愈。1 例因家属要求转上级医院治疗。预防措施是术后定时按摩气囊导尿管牵拉侧下肢,停止牵拉后要争取早期床上活动和离床活动,尽量避免下肢静脉留置等。