

规透析 1 年以上。其中 2 例为昏迷状态,5 例为频繁抽搐状态,3 例为嗜睡状态,6 例为肢体不自主抖动。每例患者均行 CT 或核磁共振检查排除脑血管意外等其他因素引起的意识改变。原发病中,慢性肾炎 9 例,高血压 4 例,糖尿病肾病 2 例,多囊肾 1 例。

1.2 方法

1.2.1 治疗仪器 血液透析使用意大利 Bellco 血透机,血仿膜,碳酸盐透析液,灌流器采用丽珠 HA 型一次性使用血液灌流器。

1.2.2 血管通路的建立 动静脉内瘘者行内瘘穿刺,少数采用动-静脉直接穿刺,其余为股静脉或颈内静脉插管建立通路。

1.2.3 操作方法 将血液灌流器与血液透析器串联作血液灌流-血液透析联合治疗,先行血液灌流联合血液透析 2 h,树脂吸附达饱和后取下灌流器,继续血液透析 2 h,总计治疗 4 h。血流量 200 mL/min,透析液流量 500 mL/min。

1.3 护理

1.3.1 严密观察患者的体温、脉搏、呼吸和血压变化,尤应注意灌流初期由于血容量减少而引起的血压下降。因此首先要用 500 mL 5% 的葡萄糖溶液注射灌注灌流器和管道,继用 2 000 mL 内含 80 mg 肝素的生理盐水自下而上以 50~100 mL/min 流量冲洗管路,排气时禁用金属器械敲打,最后用生理盐水 250 mL 冲洗管路,灌流过程中每 30~60 分钟测血压 1 次。

1.3.2 凝血的观察及护理。凝血将使灌流效果下降,甚至被迫终止灌流,如果治疗过程中发现滤网有凝血块,静脉压持续升高凝现象,应立即处理。首先,肝素化程度要充分,首次剂量一般为 0.5~1 mg/kg,以后每 30 分钟追加肝素 0.1 mg/kg,因个体差异较大,肝素剂量视个体情况而定。其次,血流量应从刚开始灌流时的 100~150 mL/min 逐渐增加至 200 mL/min 以上。最后,冬季或室温过低时应对灌流器进行保温处

理,防止凝血。

1.3.3 严格执行无菌操作,防止感染。密切观察患者的意识状态,对谵妄状态的患者要注意不要坠床和自行拔管,对抽搐的患者必要时给予安定静脉推注。

1.4 疗效标准 显效:患者意识状态完全恢复正常,抽搐及肢体抖动消失。无效:维持原状态。

2 结果

经过血液灌流及血液透析联合治疗,16 例尿毒症脑病患者显效 14 例,无效 2 例,总有效率 87.5%。

3 讨论

尿毒症脑病是肾衰竭的主要并发症,随着血液透析技术的不断改进,终末期肾衰竭患者的生存时间延长,尿毒症脑病发生率呈增加的趋势^[1-2]。血液透析对尿素氮、血肌酐等小分子物质清除较高,而对中分子物质清除不理想。血液灌流通过吸附装置清除血中外源性或内源性毒物,达到血液净化,血液灌流可有效清除中分子物质,但单一的血液灌流对尿素氮、血肌酐等小分子物质清除率不高,且不能纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱^[3]。血液灌流和血液透析联合治疗,既清除尿素氮、肌酐等小分子,同时也较理想地清除了引起尿毒症脑病的中分子物质,提高了患者的生活质量及生存率。

参考文献

- [1] 王秀玲,刘健,汪师贞,等.血液灌流治疗慢性肾衰临床研究[J].中华肾脏病杂志,1996,12(2):127.
- [2] 郑小玲,王殿珍.尿毒症脑病的观察和护理[J].局解手术学杂志,2011,20(1):70.
- [3] 金光宙.血液透析加血液灌流治疗尿毒症脑病疗效观察[J].中国中医药咨讯,2009,1(6):204.

(收稿日期:2011-06-15)

39 例高龄患者经尿道前列腺电切术的围手术期护理

吴永珍(重庆市綦江县人民医院泌尿科 401420)

【摘要】 目的 探讨高龄前列腺增生症患者行经尿道前列腺电切术(TURP)的护理。**方法** 回顾性分析 39 例 80 岁以上前列腺增生症患者行 TURP 围手术期的病情记录及相关临床护理资料。**结果** 手术均顺利进行,术中出血少,均未输血,无并发症发生,术后排尿困难症状明显改善,生活质量得到提高。**结论** 对高龄前列腺增生症患者进行系统规范的护理、全面适时地健康宣教是 TURP 取得满意效果的重要保证。

【关键词】 电外科手术; 经尿道前列腺切除术; 手术期间/护理; 前列腺增生; 老年人

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)18-2282-03

前列腺增生症(BPH)是引起中老年男性排尿障碍原因中最常见的一种良性疾病^[1]。半个世纪以来,随着营养状况的改善,人类平均寿命的延长,出现了越来越多的高龄 BPH 患者。据文献报道,65 岁以上为老年期,80 岁以上为高龄期,90 岁以上为长寿期^[2]。为了追求更高的生活质量,更多的高龄患者要求对 BPH 进行彻底治疗。经尿道前列腺电切术(TURP)已有 80 多年的历史,被公认为是 BPH 手术治疗的“金标准”。而高龄患者由于多种组织器官逐渐出现衰老和退化,尤其是高龄且合并有其他疾病患者会给麻醉和手术带来一定的危险性^[3]。围手术期护理对提高患者心理适应能力、控制术前并发症、减少术后并发症、促进康复、缩短住院时间起到关键性的作用。本科室于 2009 年 1 月至 2010 年 12 月,对 39 例 80 岁以上高

龄 BPH 患者行 TURP,经精心护理,取得满意效果。现将围手术期的护理报道如下。

1 临床资料

本组患者 39 例,年龄 80~91 岁,平均 83 岁。病程 6 个月至 10 年,平均 8.7 年。前列腺 20~60 g,平均 45 g。所有患者均有不同程度的尿频及排尿困难症状。经直肠指检、B 超、血清前列腺特异性抗原(PSA)等检查确诊为 BPH。术前伴有急性尿潴留 3 例,慢性支气管炎 2 例,合并高血压 5 例,膀胱结石 1 例,糖尿病 3 例。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 老年人有焦虑、抑郁、孤独、自卑、多疑、角

色素紊乱等心理问题^[4]。由于本组 BPH 患者年龄均属高龄, 疾病导致长期尿频、尿急、夜尿增多、尿后滴沥等, 生活质量明显下降。作为健康和社会的弱势群体, 更强调把尊重和关爱放在心理护理的首位, 真诚、耐心、体贴, 与其建立良好的护患关系, 为实施有效的健康教育提供了良好的平台。健康教育时向患者说明术前戒烟、深呼吸锻炼和有效咳嗽排痰、床上大小便习惯对术后恢复的重要意义及做不到位将引起的危害性。同时向患者介绍手术特点, 不需开腹、损伤小、出血少、恢复快, 以及可能发生的并发症和应对措施, 增强患者和家属的自信心, 为手术打下良好的心理基础, 消除恐惧、紧张心理, 积极配合治疗。

2.1.2 合并症的治理及护理 对高龄患者要充分做好围手术期的治疗和护理, 力求个体化, 积极治疗合并症^[5]。对合并有高血压的患者, 术前血压应控制在 160/90 mm Hg 以内^[6-7]; 糖尿病患者术前血糖一般控制在 9 mmol/L 以内, 尿糖(±)及无酮体^[8]; 慢性支气管炎患者应鼓励戒烟、戒酒, 指导患者掌握有效的咳嗽、深呼吸及扩胸运动的方法, 对于痰稠不易咳出者进行雾化吸入, 遵医嘱使用抗生素治疗。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 术后去枕平卧 6 h, 心电监护, 3 L/min 氧气吸入, 严密观察生命体征变化。本组患者均为高龄患者, 术后卧床应注意翻身拍背, 协助排痰, 防止肺部感染。保持床单清洁、干燥、平整, 给患者翻身时动作要轻柔, 避免拖、拉、拽, 以减少皮肤与床单的直接摩擦, 避免皮肤损伤。对有听力、视力障碍, 痴呆等合作较差者, 更需严密看护, 防止自行拔脱尿管, 损伤尿道。加强饮食指导, 避免便秘, 胃肠道功能恢复后给予粗纤维、高热量、高蛋白的半流质饮食, 常规口服缓泻剂, 确保大便通畅, 避免便秘引起继发性出血。留置三腔气囊导尿管, 每日 0.5% 聚维酮碘棉球消毒尿道口 2 次, 每 3 天更换 1 次防逆流引流袋, 严格无菌操作, 防逆行感染。术后早期即可做四肢按摩及下肢被动活动, 病情平稳可行床上肢体主动活动, 防止下肢静脉血栓形成。

2.2.2 专科护理 加强术后膀胱冲洗路径的管理^[9]。患者术毕回病房, 在无菌操作下及时连接好膀胱冲洗装置, 并固定好留置三腔尿管, 防止脱落、扭曲和受压。若冲洗不畅通, 考虑冲洗管被血凝块或残留前列腺组织碎块所堵塞, 应及时行人工注射器冲洗, 避免阻塞造成膀胱痉挛。根据引流液的血性程度调节冲洗速度, 出血多时做到大冲洗, 液体流量可以直线滴入, 最快可达 300~650 滴/分^[10]。引流液呈浅红色, 滴速调至 80~100 滴/分, 尿液转清亮后以 90~100 滴/分的速度持续冲洗 8~24 h。林碧芳和张振香^[10]报道膀胱冲洗速度以 100~140 滴/分对患者的生命体征无影响, 而冲洗速度为 250 滴/分时会引起患者心率、呼吸增快及血压升高。冲洗时间一般术后 3 d 冲洗液变清亮即可停止膀胱冲洗, 术后 5 d 可拔出导尿管, 以减轻气囊及冲洗液诱发的膀胱刺激症状。Yamaguchi 等^[11]研究发现, 延长术后膀胱冲洗和留置导尿管时间不利于术后恢复, 并增加术后并发症的发生。因此, 对于高龄患者更应选择适当的冲洗速度和冲洗时间, 以达到有效的冲洗目的, 减少并发症的发生。

2.2.3 并发症的观察与护理 (1) 出血: 出血是前列腺电切手术较常见、也是最严重的并发症之一, 若处理不及时会危及患者生命。出血一般在术后 24 h 内较常见, 护理中要密切观察患者的血压变化和冲洗液的颜色、性质和量。出血的原因不同, 应对的措施也不同。①经切割器切碎的组织块没清除干净

阻塞导尿管, 冲洗液进出不平衡, 膀胱内存积血块加重出血。可用小儿灌肠器吸取生理盐水反复冲洗导尿管, 将血块及组织块吸出, 尿管通畅后加快冲洗速度, 静脉应用止血药。如堵塞严重, 须更换导尿管。此类患者要及时发现及时处理, 如经上述处理仍不畅通, 须置镜清除血块及组织块。②术中止血不彻底, 或术后患者过度活动导致小血管开放, 应牵拉导尿管并用宽胶布固定在大腿一侧, 用气囊压迫止血。③术后膀胱痉挛可引起继发性膀胱出血, 可能是导尿管气囊刺激膀胱颈或冷盐水刺激膀胱逼尿肌所致。口服消旋山莨菪碱和吡哌美辛, 可明显解除膀胱痉挛。(2) 膀胱痉挛: 膀胱痉挛是指膀胱壁平滑肌无抑制性收缩, 膀胱痉挛时患者出现强烈的尿意、肛门坠胀、下腹痉挛性疼痛, 同时可观察到膀胱冲洗不畅通, 冲洗液血色加深, 冲洗液回流及尿道口周围有溢尿等。上述情况均呈阵发性出现。从数分钟到数小时不等, 患者表情痛苦。容易引起膀胱痉挛的诱发因素有: ①前列腺切除术中由于创伤及手术刺激, 容易诱发膀胱痉挛^[12]。②术后由于气囊导尿管的气囊压迫膀胱, 造成膀胱颈及三角区持续的压力改变, 并反复刺激膀胱颈、三角区及后尿道创面, 诱发膀胱痉挛发作^[13]。③术后留置导尿管引流不畅, 使膀胱内液体滞留、压力增大, 刺激膀胱发生膀胱痉挛。保持尿管-冲洗管的通畅, 原则上冲洗液的速度与尿管引出的速度相等, 并根据冲洗出的颜色调整滴速。当冲洗液引流不畅时应及时用手挤压引流管, 并加快冲洗速度, 以便及时将小血块或前列腺碎块挤出, 经处理后引流仍不畅时, 在无菌操作下用 20 mL 注射器抽吸导管。本组 2 例经以上方法处理后效果良好。④膀胱冲洗液的冷刺激也可引起膀胱痉挛。高龄患者基础代谢率低, 大量的明显低于体温的生理盐水冲洗膀胱, 不但易诱发膀胱痉挛, 且容易诱发心血管疾病。据文献报道, 20~30 ℃ 的冲洗液可有效减少膀胱痉挛次数^[14]。本组 39 例患者均采用 25~30 ℃ 冲洗液冲洗, 效果满意。加强心理护理, 指导患者看书、看报、听音乐, 多与家属沟通, 减少不良刺激, 对减轻膀胱痉挛的发生可起到良好的作用。(3) 暂时性尿失禁: 高龄患者发生尿失禁的危险性相对较高^[15], 多数尿失禁是暂时性的。本组病例中, 出现暂时性尿失禁 5 例, 拔出尿管后经 1~2 周恢复及肛提肌锻炼都得到痊愈。护士应指导患者进行收缩腹肌、臀肌及肛门括约肌的锻炼。

2.3 出院指导 一般电切术后患者 5~7 d 出院, 但前列腺窝创面移行上皮的爬行替代修复需 3~6 个月, 因此, 做好出院指导是手术成功的重要环节, 同时也助于减轻患者焦虑, 正确对待出院后可能出现的并发症。出院指导内容: (1) 预防便秘, 避免用力大便后引起继发性出血。进食清淡、易消化、含粗纤维的食物, 忌烟、酒及辛辣刺激性食物。多饮水, 每日饮水量 2 000~3 000 mL。(2) 注意休息, 术后 1~3 个月内勿剧烈运动, 严禁骑自行车、跑步, 3 个月内禁性生活。(3) 如有尿失禁现象, 应指导患者有意识地锻炼提肛肌, 以尽快恢复尿道括约肌功能。方法是吸气时缩肛, 呼气时放松肛门括约肌。(4) 出院后如有一过性血尿, 应多饮水, 2~3 d 可消除, 如有持续性血尿或血块堵塞尿道应及时就诊。(5) 如有尿线变细、阴囊肿大、疼痛、发热等症状应及时就诊。

3 讨 论

高龄 BPH 患者由于机体除基础病变外, 常伴发重要器官如心、脑、肺、肾等病变, TURP 的开展与应用为高龄 BPH 患者提供了积极的治疗方案, 提高了患者的生活质量。只要根据高龄患者的病理生理特点, 充分做好围手术期护理, 及时掌握和处理各种并发症, 做好健康宣教, 确定随访对象, 仍能取得很好

的效果。

参考文献

[1] Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, et al. The development of human benign prostatic hyperplasia with age[J]. J Urol, 1984, 132(3):474-479.

[2] 黎介寿, 吴孟超, 黄志强. 手术学全集: 普通外科卷[M]. 北京: 人民军医出版社, 1996: 886-890.

[3] 胡卫列, 何恢绪. 前列腺增生围手术期的治疗[J]. 广东医学, 2002, 23(4): 348.

[4] 化前珍. 老年护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 44-47.

[5] 梅卫玲. 高龄重度患者经尿道前列腺电汽化电切术并发症的防护[J]. 实用护理杂志, 2002, 18(4): 2.

[6] 童仲海, 王成武. 70 岁以上老年胆石症 56 例的外科治疗[J]. 海南医学院学报, 2009, 15(12): 1612-1614.

[7] 汪业方, 王立胜. 56 例老年人急性结石性胆囊炎临床分析[J]. 黑龙江医学, 2009, 33(12): 914-915.

[8] 李庆东, 邓和军, 冉崇新, 等. 老年患者腹腔镜胆囊切除围

手术期处理[J]. 重庆医学, 2007, 36(2): 163-164.

[9] 何其英. 三升输液袋在持续膀胱冲洗中的应用[J]. 护士进修杂志, 2000, 15(7): 541.

[10] 林碧芳, 张振香. 膀胱冲洗速度对患者生命体征的影响[J]. 护理学杂志, 2002, 17(1): 6.

[11] Yamaguchi H, Allen PD, Brose MK, et al. Effective dose of epidunolmorphin for relief of post-cholecystectomy pain[J]. Anesth Analg, 1991, 72(1): 8-16.

[12] 李文军. 经硬膜外患者自控镇痛技术解除术后膀胱痉挛[J]. 苏州医学院学报, 2002, 21(6): 7-9.

[13] 王名伟, 刘定益, 傅维安. 前列腺切除术后静脉自控镇痛与连续硬膜外腔镇痛治疗的疗效观察[J]. 临床泌尿外科杂志, 2001, 16(7): 306-307.

[14] 王芦萍. 膀胱冲洗液温度与膀胱痉挛间关系的临床研究[J]. 实用护理杂志, 2001, 17(5): 19.

[15] 覃丽玲, 黄冬梅. 高危患者前列腺汽化电切围手术期护理[J]. 局解手术学杂志, 2005, 14(6): 393.

(收稿日期: 2011-05-29)

产后出血的预防及护理

雷树菊(四川省仪陇县中医院 637676)

【摘要】 目的 探讨产后出血的原因、抢救、预防及护理。**方法** 对 82 例产后出血患者的临床资料进行分析, 总结产后出血的治疗和护理体会。**结果** 82 例产后出血患者通过临床抢救和护理, 治愈 79 例, 死亡 2 例, 转上级医院 1 例。**结论** 产后出血重在预防, 应认真细致地观察, 及时发现和处理。

【关键词】 产后出血/预防和控制; 产后出血/护理; 急救

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 18. 068 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)18-2284-02

胎儿娩出后 24 h 出血量超过 500 mL 为产后出血, 是分娩期严重并发症, 居产妇死亡之首位, 发生率占分娩总数的 2%~3%, 其中 80% 发生在产后 2 h 内。短期内大量出血可迅速发生失血性休克, 严重者可危及产妇生命。因此, 应特别重视产后出血的预防与护理工作, 以降低产后出血的发生率及产妇死亡率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2005~2010 年, 本院共收治产后出血 82 例, 其中初产妇 60 例, 经产妇 22 例; 未做产前检查 20 例; 年龄 17~42 岁。分娩方式: 剖宫产 25 例, 顺产 57 例, 出血量 1 000~2 000 mL 67 例, 2 000~3 000 mL 13 例, 3 000~4 000 mL 2 例。出血原因: 子宫收缩乏力 62 例(75.6%), 胎盘因素 9 例(11.0%), 软产道损伤 8 例(9.8%), 凝血功能障碍 3 例(3.7%), 有产后出血高危因素 63 例(76.8%)。

1.2 方法 产后出血直接危及产妇的生命安全, 抢救必须争分夺秒。应及时通知医生, 密切监测血压、脉搏、呼吸、皮肤颜色等生命体征变化, 掌握和识别产妇大出血休克的一些症状, 如头晕、胸闷、呼吸急促、冷汗、面色苍白、脉搏细弱、血压下降等。若产妇有明显休克征象, 应建立静脉通道 2~3 条, 紧急情况下可行静脉切开, 以保证输液、输血的进行, 防止弥漫性血管内凝血的发生。临床能否及时补充血容量是抢救出血性休克的关键, 在应用晶体液和胶体液后, 均需输血治疗, 合理使用各种成分血液制品, 以提高抢救成功率。保持呼吸道畅通, 有效及时地吸氧, 观察氧疗效果。视病情掌握正确的静脉输液速度, 快速输液的同时, 注意产妇的自觉症状, 以免输液过快而导

致肺水肿。

1.2.1 产后出血的预防

1.2.1.1 妊娠期预防 (1) 加强孕期保健, 定期接受产前检查, 及时治疗高危妊娠或终止妊娠。如妊娠高血压综合征、肝炎、血液病、多胎妊娠、羊水过多等孕妇应提前住院, 积极治疗产前出血。(2) 孕期纠正贫血, 营养不良, 增强孕妇体质。(3) 加强心理护理, 新入院的产妇有的因过度紧张和焦虑, 导致大脑皮层功能紊乱, 引发子宫收缩乏力、产程延长导致产后出血。护士要认真评估, 耐心细致地做好入院宣教工作, 告之分娩过程可能产生的疼痛, 指导孕妇采取良好的应对措施, 有充分的思想准备, 缓解其紧张和焦虑情绪, 使孕妇增强自信心和自控力。

1.2.1.2 分娩期预防^[1-2] (1) 第一产程密切观察产程进展, 防止产程延长, 保证产妇基本需要, 避免产妇衰竭状态, 必要时给予镇静剂。(2) 第二产程严格执行无菌技术, 指导产妇正确使用腹压, 特别应注意保护会阴, 防止软产道损伤, 适时适度作会阴侧切, 按照正常的分娩机转, 勿使其娩出过快, 胎肩娩出后快速静脉滴注催产素, 以加强子宫收缩减少出血, 禁用未稀释的催产素, 因可导致严重的低血压和心律失常。监测阴道出血量, 采用容积法收集阴道出血量。(3) 正确处理第三产程, 绝大多数产妇第三产程在 3~5 min 结束, 第三产程大于 10 min 出血量明显增加, 胎盘未剥离时不可过早牵拉脐带或按摩、挤压子宫, 待胎盘、剥离征象出现后及时协助胎盘娩出, 并仔细检查胎盘、胎膜是否完整, 胎盘娩出后, 认真检查软产道有无裂伤并及时缝合。