

- 医学院学报, 2009, 31(5): 51-53.
- [2] 东文霞, 乔爱珍, 李新华. PICC 插管与锁骨下静脉插管在血液病患者中的应用比较[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(1): 31-33.
- [3] 明菊梅, 郭喜朝, 孟静. 中心静脉置管引流胸腔积液 50 例护理体会[J]. 河北医学, 2011, 17(1): 138-140.
- [4] 江淑贤, 刘秀金, 康贤妹. 中心静脉置管在腹腔引流中的应用及护理[J]. 当代护士: 学术版, 2010 (7): 84-85.
- (收稿日期: 2011-07-06)

男性尿道血管瘤的护理探讨

王晓英, 房磊臣, 刘 嫄(重庆医科大学附属第一医院泌尿外科, 重庆 400016)

【摘要】 目的 探讨男性尿道血管瘤患者术后的护理。**方法** 3 例男性尿道血管瘤患者分别行阴囊血管瘤切除术、血管瘤注射硬化剂治疗和阴囊及尿道外口血管瘤切除术。术后分别给予患者心理护理, 一般护理联合泌尿外科护理并积极配合临床医师治疗。**结果** 全部 3 例平稳度过围手术护理, 并以积极的心态配合治疗、护理。手术成功, 无护理并发症。**结论** 消除患者思想负担, 术后及时、准确地观察病情变化, 可有效地预防手术后并发症的发生, 从而提高治愈率。

【关键词】 尿道血管瘤; 男性; 护理
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 02. 064 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)02-0239-02

男性尿道血管瘤临床罕见, 发病年龄 10~68 岁, 好发于 20~40 岁的青壮年。部分患者有外伤史或尿道器械操作检查的诱因, 临床表现主要有无诱因尿道出血或肉眼血尿, 部分患者尿道血管瘤较大时还会造成尿道狭窄, 出现排尿困难。本院 20 年收治 3 例, 在护理上积极配合医生治疗, 治疗非常成功, 现将护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 3 例患者, 年龄 13~21 岁。例 1, 16 岁, 有导尿史, 后发生尿道出血而就诊, 诊断阴囊及尿道血管瘤。例 2, 21 岁, 发现阴茎背侧血管瘤 14 年, 肉眼血尿 15 d 入院, 诊断阴茎及尿道血管瘤。例 3, 13 岁, 发现阴囊血管瘤 13 年入院, 诊断尿道及阴囊血管瘤。本组 3 例病理报告均诊断为海绵状血管瘤。

1.2 病变部位 本组 3 例患者除患有尿道血管瘤外, 均伴有阴茎或阴囊的病变, 2 例发生在尿道外口, 1 例位于尿道球部。

1.3 治疗方法 尿道血管瘤的治疗方法由于病例数有限, 暂无成熟经验可循, 根据血管瘤的部位大小可选用非手术治疗和手术治疗^[1-2]。非手术治疗主要指激光治疗、硬化栓塞治疗等。可采用明胶海绵对膜部尿道血管瘤进行选择性地动脉栓塞治疗, 使血管栓塞坏死, 疗效满意。手术治疗包括经尿道电灼、电切术和开放性手术。经尿道电灼、电切术对局限性血管瘤可以采用, 但手术后局部复发率较高。开放性手术切除是治疗血管瘤的主要方法^[3], 只要手术切除范围充分, 局部很少复发。

2 结 果

例 1 在硬膜外麻醉下行阴囊血管瘤切除术, 随访 10 年未见复发。本组例 2 采用消痔宁作为硬化剂, 行血管瘤注射硬化剂治疗, 随访 5 年未见复发。例 3 在硬膜外麻醉下行阴囊及尿道外口血管瘤切除术, 随访 3 年未见复发。

3 护 理

3.1 心理护理 首先要充分了解患者的心理状况。患者住院以后最关心的问题就是治疗能否成功, 治疗后是否会出现并发症, 将来是否会影响性功能等等。因此, 护士要从以下几个方面对患者进行心理护理: (1) 向患者简单介绍本病的大体治疗方法, 关键技术, 获得患者对治疗方法的认同。(2) 采用多种形式向患者介绍以前成功治疗的病例, 使患者了解到该病的治疗成功率高, 并发症少, 调动其积极性, 打消患者的疑虑, 树立对治疗的信心。(3) 向患者介绍主治医师的工作态度及经验技

术, 建立医患之间的信任关系。

治疗后, 患者一般都担心治疗效果, 因而应对患者做好耐心、细致的解释工作, 消除其思想顾虑, 若为成年人及嘱其戒烟、戒酒, 加强营养, 促进创面愈合, 同时应用有效抗生素, 预防感染。

3.2 一般护理^[4] 治疗前, 对患者进行常规的尿道护理。需要手术者, 进行常规的术前准备, 术前行大小便、血常规, 肝、肾功能, 出凝血时间, 血糖检查。采用手术治疗的患者, 术后行硬膜外麻醉患者 6 h 内去枕平卧, 6 h 体位无特殊要求, 可行翻身等, 24~48 h 后可下床活动。由于本病患者年龄均较小, 身体素质及耐受力差, 较易诱发各种并发症。故手术后, 要严密观察患者的面色、呼吸、血压、脉搏及尿的颜色、性状、量并详细记录 24 h 出入量。向手术医师询问术中情况, 如为开放性手术, 要密切观察切口敷料有无渗血、渗液等情况, 谨防切口感染及切口长期不愈合等, 如果出现伤口异常应及时报告医师处理。

3.3 泌尿外科护理 主要是常规行泌尿道护理, 防止泌尿道感染^[5-6]。作为本病手术治疗后, 主要注意观察尿道口渗血、渗液情况, 保护伤口清洁及敷料干燥。术后 3 d 内, 如无渗液出血, 不必更换敷料, 如敷料潮湿较多, 可更换敷料。保持尿道口清洁, 每天用碘伏行尿道口消毒 2 次; 操作时严格无菌操作。大便时应注意避免污染敷料, 便后洗净会阴部, 以减少污染概率, 影响伤口愈合。术后及时清除尿道分泌物及尿道外口堵塞血痂。每日定时用手指自后向前轻轻地挤压尿道, 排出尿道分泌物。术后每日更换尿袋, 并注意引流尿量及颜色, 如尿量少, 尿色深黄, 说明饮水过少, 要鼓励患者多饮水, 增加尿量, 使尿中沉淀物易于排出。术后饮食应保持有一定的热量, 注意进食易消化、富有营养的食物, 以增强抵抗力, 促进伤口愈合。出院时指导患者恢复期避免大便干结及重体力劳动, 多饮水增加小便量, 达到膀胱自我冲洗作用。3 个月内避免坐浴, 以免引起逆行感染。如出现排尿不畅、血尿、疼痛等症状应随时就诊。

虽然尿道海绵状血管瘤罕见, 但其治疗方法目前看来仍具有简便易行、经济安全、疗效可靠等特点, 而护理是治疗尿道海绵状血管瘤的重要组成部分。术后及时、准确地观察病情变化, 可有效地预防手术后并发症的发生, 从而提高治愈率。

参考文献

- [1] 梁思敏, 苟欣. 男性尿道血管瘤的诊治[J]. 罕少疾病杂

- 志,2006,13(4):43-45.
- [2] 沈运彪,郭树忠,卢丙仑.尿道海绵体部海绵状血管瘤手术治疗 1 例报告[J].整形再造外科杂志,2005,2(2):121.
- [3] Parshad S,Yadav SP,Arora B. Urethral hemangioma. An unusual cause of hematuria[J]. Urol Int,2001,66(1):43-45.
- [4] 王晓英,罗莉,刘婧.经背部直切口成人离断性肾盂输尿管成形术的护理[J].重庆医科大学学报,2004,29(5):705-706.
- [5] 黄光彩.15 例经尿道行前列腺电切术的护理[J].中华现代护理杂志,2005,2(23):2134-2135.
- [6] 郭涛,朱纓,胡雅芳.尿道旋切治疗后尿道狭窄及闭锁的护理[J].护士进修杂志,2008,23(14):1290-1291.
- (收稿日期:2011-07-01)

64 排螺旋 CT 冠状动脉血管造影的护理

杨 蓉(贵航集团三〇二医院 CT 室,贵州安顺 561000)

【摘要】 目的 明确护理对 64 排螺旋 CT 冠状动脉造影检查的重要性。**方法** 记录 194 例患者冠状动脉造影时的护理过程与总结经验。**结果** 194 例患者中有 5 例患者因未能屏住气需重做,经重新训练后检查,获得较佳图像。有 5 例患者出现不同程度过敏,经及时处理症状得到缓解。**结论** 利用 64 排螺旋 CT 进行冠状动脉血管造影检查对临床应用有着十分重要的意义,作为护理人员要十分了解该项检查技术的重要特点和临床应用价值,对配合医技人员做好护理工作具有极其重要意义。

【关键词】 冠状动脉血管造影; 64 排螺旋 CT; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.02.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)02-0240-02

冠状动脉疾病(CAD)是一种严重威胁人类健康和生命的常见病,其发病率呈明显上升趋势,早期预防及诊断 CAD 可有效降低本病的病死率。64 排螺旋 CT 冠状动脉扫描,具有无创、安全、快捷,操作简便,易于被患者接受等优点。目前这种无创性的心脏冠状动脉造影越来越被临床医生接受,已广泛应用于临床。64 排螺旋 CT 冠状动脉造影成功与否主要取决于患者的心率,患者在检查中的配合以及扫描方案的选择。而患者在检查中的成功配合是提高图像质量的关键。作为护理人员,在检查前的细致准备和配合医生正确指导患者配合检查发挥着重要的作用。本院于 2009 年 6 月至 2011 年 6 月用 64 排螺旋 CT 对 194 例患者诊断或怀疑冠心病和冠心病支架植入行多层螺旋 CT 冠状动脉造影(MSCTCA)。本文就该项检查的护理问题进行探讨,旨在总结护理工作中的经验和教训,明确 MSCTCA 检查中护理工作的重要性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 6 月至 2011 年 6 月在本院行 64 排螺旋 CT 冠状动脉造影的 194 例患者,其中男 110 例,女 84 例,年龄 26~87 岁,平均 60.1 岁。

1.2 方法 采用 GE(Light Speed)64 排螺旋 CT 扫描仪和 MEDRAD 全自动双筒高压注射器,非离子造影剂碘普罗胺注射液 100 m:37 g,采用静脉团注射,静脉穿刺位置选择正中静脉或前臂浅静脉血管(最好选择粗、直、弹性好且易于固定的血管),采用 18~20 G 的静脉留置针(套管针),注射速率(mL/s)为 0.9 mL×患者体质量(kg)/12,试注射生理盐水 15~20 mL,速率较正式注射速率快 0.5 mL/s,以利于打开静脉通道,然后试注射造影剂 15~20 mL,延迟 10 s 后,在主动脉弓根部同层连续动态扫描 20~30 层,利用计算机自动算出时间-密度曲线,测出冠状动脉窦区域增强峰值时间,计算出扫描延时时间,正式用量 0.9 mL/kg,待患者上检查床后,训练其吸气、憋气,根据机器上智能呼吸键,测定好患者心率稳定时间,在机器启动预扫描时间内等待心率稳定,到预定时间开始扫描。所有病例均采用心电图门控技术,在 ADW4.4 工作站对冠状动脉及其分支血管进行最大密度投影,多平面重建,二维曲面重建,血管仿真内镜重建和容积再现技术。

1.3 护理 64 排螺旋 CT 冠状动脉血管造影是目前 CT 检查项目中比较先进的技术,它具有独特的优越性,在检查过程中护士精心的护理操作和默契的配合是取得检查成功的重要保证^[1]。

1.3.1 检查前的护理 (1)认真询问病史(有无对碘造影剂过敏及甲状腺功能亢进,有无药物过敏史、严重肝肾功能损害、心脏和循环功能不全、哮喘史)。(2)用体贴的语言向患者详细解释检查目的和注意事项。(3)嘱患者扫描前 4 h 禁食,扫描前 12 h 内不要饮用含咖啡因类食品如茶和咖啡等,防止心率过快。(4)克服患者的紧张情绪,消除其恐惧心理,取得患者的配合^[2],并嘱咐患者取下障碍检查的物品(如项链、带金属扣或饰物的衣服、胸罩等)。(5)行碘过敏实验,阴性后同时控制心率。超过 80 次/分给予 25~50 mg 倍他乐克舌下含服,将心率控制在 70 次/分以下。如遇有心律不齐或频繁早搏的患者,需在临床医生指导下控制好心律再行心脏冠状动脉检查。(6)检查前应对患者进行反复的屏气训练,使每次屏气控制在 10~15 s,良好的屏气是顺利完成心脏冠状动脉检查的关键因素^[3]。患者在扫描过程中若出现不能屏气,呼吸伪影较大,导致血管出现中断、移位。这些与心动周期无关,不能通过重建来减少或消除,对图像质量影响很大,所以确保患者在曝光期间胸腹部均处于静止状态,并在患者呼气或吸气时观察心率变化。总之检查前患者准备过程非常重要,准备得是否充分、细致是心脏检查成败的关键^[4]。

1.3.2 检查中的护理 (1)备齐用物,将高压注射器安装好生理盐水和造影剂并排好气,调整在备用状态。(2)营造一种放松的检查氛围使患者尽量放松心情,解除思想顾虑取得合作^[2]。(3)患者平卧位在检查床上并连接好心电图监护仪及吸氧,流量为 2~4 L/min,同时嘱患者按医生要求练习屏气 15 s 左右^[1]。(4)给患者预置静脉留置针,选择美国 BD 公司生产的 18GA 留置针。(5)选择合适的血管(粗、直、弹性好且易于固定),并尽量避开关节以减少局部渗漏,尽量做到一次穿刺成功,避免同一穿刺部位扎两针以上,若穿刺失败应选择另一静脉再行穿刺,穿刺成功后保证穿刺针头在静脉腔内 1.5~2 cm 以上,且有很好的回血,并用透明胶固定针头。(6)在扫描前静