

经尿道前列腺等离子电切术的健康教育体会

李传会, 吴永珍, 魏利军(綦江区人民医院, 重庆 401420)

【关键词】 前列腺; 电切术; 健康教育

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.091 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)12-1627-02

前列腺增生症是老年男性的常见疾病, 临床上主要表现为进行性排尿困难, 多为增生的结节压迫尿道所致。经尿道前列腺等离子电切术具有安全、有效、无切口、对患者打击小、痛苦少、疗效好等优点^[1]。因此护理人员应尽可能通过有计划有目的的教育过程, 使患者了解或增进健康知识, 积极配合手术治疗, 有效地防止并发症, 促进身体康复, 并提高康复后的生活质量。2010 年 1 月至 2011 年 12 月, 本科针对 108 例经尿道前列腺增生等离子电切术患者进行有效的健康教育, 取得了满意的效果, 现报道如下。

1 临床资料

本组 108 例, 年龄 55~88 岁, 平均 71 岁, 住院天数 11~60 d, 平均 16 d。入院时合并尿潴留 40 例, 心肺疾病 17 例, 糖尿病 3 例, 慢性肾功能不全 1 例, 膀胱结石 23 例, 尿路感染 6 例, 前列腺癌 7 例, 经治疗后前列腺癌患者均得以好转, 其余患者均痊愈出院。

2 健康教育方法

根据患者不同的职业、家庭背景、文化程度、经济水平, 在入院评估、术后教育及出院指导中采用口头讲解、健康教育、健康宣传栏等方式进行有目的、有计划的宣传教育, 将健康教育贯穿于治疗和护理活动之中。责任护士除耐心向患者宣传疾病相关知识, 解答患者的提问外, 同时还可列举以往同类手术得以康复的病例, 以激发患者的积极性, 使其维持良好的心理状态接受手术治疗。

3 健康教育内容

3.1 入院前教育

患者来到病房时, 护士要主动热情接待, 向患者介绍主任、护士长、主管医生、主管护士、病区的环境及规章制度, 详细询问病情。患者感到医护人员尊重关心他, 使其减少对医院的陌生感, 同时通过交流, 了解患者的职业、文化程度、经济水平及心理存在的问题。通过口头询问和问卷调查方法, 确定前列腺增生患者对健康教育的需求; 根据文化程度及个性特征, 确定教育计划, 分发健康教育处方, 建立良好的医患关系。

3.2 术前教育

3.2.1 术前心理指导

前列腺增生症患者多为老年人, 根据老年人自尊心强、自卑和无价值观、敏感、多疑、孤独等心理特点进行心理指导^[2]。尊重老人, 态度和蔼地倾听老人的诉说, 主动向其讲解疾病的诱发因素、临床表现、治疗的方法, 介绍手术的重要性和电切治疗的情况、手术的方式和体位, 多给予关心体贴, 认真细致地解答他们提出的问题, 使患者对医护人员产生信任感和依赖感, 消除恐惧心理, 树立战胜疾病的信心。

3.2.2 宣教及术前准备

指导患者戒烟戒酒, 避免劳累, 指导患者进行有效咳嗽、深呼吸, 注意防感冒受凉, 预防肺部感染, 练习床上排便。急性尿潴留给予留置尿管者, 指导患者多饮水, 以利冲洗尿路, 做好留置尿管的护理。同时告诉患者做好术前准备的时间、目的和意义, 除做一些常规准备, 如备皮、灌肠等, 协助患者完成相应的术前检查, 以了解患者的心、肺、肾

功能, 有高血压者给予降压治疗, 糖尿病患者控制血糖水平致正常。

3.3 术后教育

3.3.1 常规宣教

因手术多是采用的硬膜外麻醉, 术后指导患者去枕平卧 6 h, 注意保暖, 禁食禁水至肠蠕动恢复后进软食, 向患者讲解禁食禁水的目的及意义, 禁食期间注意遵医嘱静脉补液。

3.3.2 术后出血的宣教

经尿道前列腺等离子电切术的患者术后均有肉眼血尿, 可分为术后出血和继发性出血。术后出血常发生在患者送回病房后不久或数小时内, 主要是术中止血不完善; 继发性出血多发生在术后 1~4 周, 出血原因系焦痂脱落出血, 由于过早的活动、饮酒、进食刺激性的食物、用力排便等所致。保持膀胱冲洗及引流通畅, 根据冲出液的颜色调整滴速, 妥善固定三腔尿管, 保持其有效的牵引效能, 防止气囊破裂和滑脱, 确保气囊压迫前列腺窝, 达到止血的目的; 术后 24 h 内指导患者平卧位休息, 24 h 后定时协助患者有效翻身(翻身角度 45°即可), 床上轻微活动, 膀胱冲洗停止后指导患者逐渐离床活动, 避免过度活动引起出血。肠功能恢复后鼓励患者多饮水, 每天 2 000 mL 以上, 忌烟酒及刺激性的食物, 多摄入高蛋白、高维生素、粗纤维易消化营养丰富的食物, 多吃蔬菜水果, 防止便秘, 勿用力排便造成前列腺窝出血, 必要时可遵医嘱应用缓泻剂。

3.3.3 膀胱痉挛的宣教

由于长期膀胱出口梗阻、逼尿肌不稳定、手术创伤、伤口疼痛、气囊对前列腺窝的压迫、尿管引流不畅、膀胱冲洗温度的刺激以及患者情绪焦虑、紧张等因素, 而使膀胱敏感度增高, 引起膀胱不自主的收缩, 是术后常见的并发症^[3]。主要表现是下腹部、阴茎痉挛性疼痛, 有明显的急迫排尿感和膀胱区胀感, 冲洗一过性受阻, 血色加重或尿道口有血色尿液溢出, 严重者大汗淋漓, 痛苦不堪。因此, 要做好患者的心理护理, 消除其紧张的情绪, 告诉患者引起膀胱痉挛的原因, 保持膀胱冲洗通畅, 痉挛发生时指导患者深呼吸, 分散注意力, 膀胱痉挛严重者遵医嘱给予止痛剂以缓解因膀胱痉挛引起的疼痛。

3.3.4 术后防止下肢静脉血栓形成

电切术患者由于卧床时间较长, 且多为老年患者, 机体抵抗力差, 术中采取截石位, 小腿根部在支架上受压过久, 术后卧床行膀胱冲洗, 活动量少, 止血药物的运用, 血液黏稠度高, 容易发生下肢静脉血栓。因此, 在饮食上需给予低脂富含纤维素的饮食, 多饮水, 避免高胆固醇饮食, 同时协助患者定时有有效的翻身, 麻醉消失前协助患者行双下肢被动运动(由远心端向近心端按摩); 麻醉消失后主动行踝泵运动, 5 min/h。对高危患者如原有深静脉血栓者, 下肢静脉曲张者, 下肢静脉肿胀明显者, 凝血功能异常(D 二聚体), 更要加强双下肢活动的指导, 以促进下肢静脉回流, 防止下肢静脉血栓形成。

3.3.5 留置尿管的护理

术后指导患者平卧位, 医生已在术后有效牵拉尿管, 用一纱布节固定在尿道外口, 以防气囊移位,

尿管松脱引起大出血,于术后第 1 天取下纱布节,观察有无出血情况,并随时妥善固定尿管,防止扭曲、折叠和脱落。术后常规留置尿管行膀胱冲洗,易发生尿路感染^[4]。每日行尿道口护理 2 次,每周更换引流袋 2 次,引流袋的位置不能高于膀胱水平,防止逆行感染,留置尿管期间及拔出尿管后指导患者多饮水,每天 2 000~3 000 mL,以达到冲洗尿路的作用。

3.3.6 拔除尿管的指导 术后约 5~7 d 可拔出尿管,患者会产生焦虑紧张的心理,担心不能自然排尿,应耐心向患者解释拔出尿管的目的,告知患者长期留置尿管容易发生泌尿系感染。而拔管后可能会出现尿失禁、尿频或溢尿,一般都是暂时性的。为减轻拔管后出现的尿失禁和尿频现象,一般在术后 2~3 d 指导患者练习收缩腹肌、臀肌及肛门括约肌,告知患者尿失禁和尿频现象一般在术后 1~2 周可缓解,以消除其紧张焦虑心理^[3]。

4 出院指导

4.1 指导患者回家以后以积极的心态适应术后的生活,力求生活自理。

4.2 进食高热量、高蛋白、低脂、粗纤维的饮食,多饮水,每天 2 000 mL 以上,以达到冲洗尿路的作用。

4.3 遵医嘱口服抗感染的药物,详细交代用药的方法和注意事项,防止泌尿系统感染,缓解尿频症状,定期复查尿常规、尿流率及膀胱残余尿量。

4.4 告知患者预防继发性出血。前列腺窝创面未完全愈合之前,在 1~3 个月之内,仍有继发性出血的可能。指导患者避免辛辣的饮食,戒烟戒酒,多吃粗纤维饮食,多吃蔬菜水果,保持大便通畅,勿用力排便;术后 1~3 个月内避免骑自行车及剧烈运动,1 个月内避免性生活,一旦发生出血,血块形成,造成排尿困难,应及时来院处理。

4.5 出院后如发生尿频、尿急、排尿困难等症状时,可能发生泌尿系统感染,或并发尿道狭窄,应及时到医院检查,如有狭窄者定期行尿道扩张,直至排尿通畅。

4.6 预防溢尿。由于尿道括约肌仍处于松弛状态,术后 3~6 个月仍有可能出现溢尿现象,指导患者进行肛门括约肌收缩训练,慢慢恢复。

4.7 注意附睾炎的发生。附睾炎常在术后 1~4 周发生,出院

后若出现阴囊肿大、疼痛、发热等症状,应及时到医院就诊。

5 体会

5.1 健康教育的最终目的,是帮助患者建立健康的行为,达到最佳的健康状态,它不仅是连接卫生知识与行为改变的桥梁,更是一种治疗手段^[5]。通过系统性有针对性的健康教育,让患者掌握前列腺增生疾病的相关知识,对于其在接受治疗、预防术后并发症、避免术后出血等方面都能起到积极作用。

5.2 通过健康教育的实施,可以提高护士的自身素质和专科知识水平。护士仅有护理专业知识是不够的,还需要掌握专科疾病的预防、保健、康复护理知识。要提高健康教育的能力,首先要加强护士的在职培训,对护士有系统、分层次地进行护理理论、健康教育、相关知识的学习。通过每周 2 次的晨间提问,每周 1 次的整体护理交班,每月 1 次的业务学习、护理查房,督促护士不断地学习专科知识,促进护理人员自觉钻研业务的积极性,拓宽知识面,提高专科知识,提高护理人员的自身素质和修养。

5.3 通过健康教育改变护患关系,提高患者对医务人员的信任度和满意度,激发护士工作的积极性。同时在工作中通过良好的护患沟通,加强彼此之间的交流,增加护士对患者的关心和爱心,建立良好的护患关系,提高患者对医务人员的满意度。

参考文献

- [1] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2004:1203.
- [2] 周郁秋. 护理心理学[M]. 北京:人民军医出版社, 2006: 137-139.
- [3] 叶锦, 靳风烁, 李黔生. 微创泌尿外科护理手册[M]. 北京:人民军医出版社, 2009:129-131.
- [4] 鲍隆梅. 经尿道前列腺电切术后的健康教育[J]. 中国老年保健医学, 2008, 6(3): 3-90.
- [5] 张雨生, 崔志敏, 侯月影, 等. 69 例浅谈老年性高血压患者的整体护理体会[J]. 当代医学, 2009, 4(33): 110-111.

(收稿日期:2013-01-14 修回日期:2013-03-02)

13 例溶组织内阿米巴误诊原因分析

唐 宏, 谭钦伟, 苏 伦(重庆市云阳县人民医院检验科, 重庆 404500)

【关键词】 溶组织内阿米巴; 误诊; 临床医生; 检验技师; 患者

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.092 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1628-02

溶组织内阿米巴属内阿米巴科的内阿米巴属。溶组织内阿米巴可分包裹和滋养体两个不同时期,成熟的 4 核包裹为感染期。溶组织内阿米巴滋养体可侵入肠黏膜,吞噬红细胞,破坏肠壁,引起肠壁溃疡,也可随血流进入其他组织或器官,引起肠外溶组织内阿米巴病。临床过程可分急性和慢性。急性期的临床症状从轻度、间歇性腹泻到暴发性、致死性的痢疾不等。被误诊的患者临床症状往往是轻度、间歇性腹泻数十日,有时加重表现为一日有数次或数十次腹泻,粪便呈果酱色、奇臭并带血和黏液,80% 的患者有局限性腹痛、不适、胃肠胀气、里急后重、厌食、恶心呕吐等。慢性阿米巴病的特点长期表现为间歇性腹泻、腹痛、胃肠胀气和体质量下降,可持续 1 年以上,甚

长达 5 年之久^[1]。

2006 年 1 月至 2012 年 12 月在本院确诊为溶组织内阿米巴感染的患者共 13 例,年龄 30~82 岁,平均 56 岁;男 3 例,女 10 例;12 例为边远山区农民,1 例为县城居民,农村患者多于城镇患者^[2];均有典型的酱色黏液便或酱色黏液脓血便,且有腥臭味;发病期间,12 例有明显里急后重感,1 例里急后重感不明显;入院诊断“重度贫血”1 例,也是病史最长的 1 例,此患者是在昆明市务工的农民,于 2006 年 1 月 1 日以“重度贫血”入院,因腹泻、果酱样大便 6 个月,乏力、头昏、面色苍白 1 月;“急性肠炎”8 例,“慢性肠炎”3 例,“腹泻”1 例;住院治疗 12~19 d 出院,症状完全消失,痊愈出院 12 例,病情好转,强烈要求出院