前列腺电切术后综合护理措施对患者并发症的改善作用

Application of nursing measures for patients with complications after transurethral resection of prostate

王卫妮[1],张宇兵[2] (西安市第一医院:1. 泌尿外科;2. 心脏外科,陕西 西安 710002)

[关键词] 前列腺电切术;综合护理;术后并发症
[中图分类号] R248.2;R697.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)04-0425-02

良性前列腺增生(BNP)是男性泌尿系统的一种常见病,随着年龄的增加有发病率逐渐增高的趋势[1-2]。良性前列腺增生多采用手术方法进行治疗,经尿道前列腺切除术(TURP)与传统外科切除相比有微创、损伤小、出血少、住院时间短等优势。但部分患者出现不同程度的 TURP 术后并发症,增加了患者的经济负担,较为严重者需要再次手术治疗。我院 2011 年 1 月至 2013 年 1 月收治 150 例良性前列腺增生患者,其中 75 例患者在经尿道前列腺电切术术后进行综合护理措施进行干预预防并发症,取得了良好的临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组良性前列腺增生患者共 150 例,年龄 52~84 岁,平均(74.5±5.6)岁,均有明确前列腺良性增生症状,符合行径尿道前列腺电切术的指征,在接受 TURP 治疗前未进行过其他任何手术治疗。按完全随机原则将 150 例患者分为实验组和对照组,其中实验组 75 例,对照组 75 例。与 150 例患者签署知情同意书。2 组患者在年龄分布、文化程度、导尿管情况、术前前列腺症状评分、用药等一般资料比较,$P>0.05$,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组护理方案 常规护理:①叮嘱患者戒烟、戒酒,调整身体及心理良好状态,保证充足睡眠,避免便秘。②术后密切监测患者基本生命体征,保持导尿管畅通,注意观察引出尿液颜色及形状,每日进行会阴护理及导尿管护理,避免感染。③术后 1 个月内避免重体力劳动及剧烈运动,继续戒烟、戒酒,避免性交,禁辛辣等刺激性食物,避免便秘。

1.2.2 实验组护理方案 综合护理:①对患者进行抑郁自评量表(SDS)以及焦虑自评量表(SAS)评分[3]根据每个患者的抑郁及焦虑评分的不同,采取不同的心理护理干预措施;②术前对患者进行床排便练习指导,增加纤维素摄取量避免便秘,术后给予西甲硅油或乳果糖等通便药物避免便秘。术后 2~3 d 进行盆底肌肉锻炼如:保证早中晚各 1 次,每次缩肛约 100 次,每次保证不少于 30 s;③将膀胱冲洗液加热至 36 ℃,并保持恒温,冲洗液输入速度要注意逐渐加快,在术后的 2 h 内应保证初始的速度为每分钟150滴左右,术后2~8h可维持在每分钟120 滴左右,之后冲洗液输入速度根据患者尿液性状进行调节;④叮嘱患者术后尽量少食多餐,增加纤维素的摄取量,术后 6 h 如无腹胀、腹痛可进全流食,术后 2 d 如无明显不适可恢复正常饮食但应避免辛辣等刺激性食物,术后 3 个月内避免重体力劳动及剧烈运动,避免性生活;⑤术后 24 h 内密切监测患者基本生命体征,询问患者有无恶心、呕吐、腹胀、腹痛等不适。

1.3 观察指标

对比分析实验组及对照组进行护理干预后抑郁和焦虑自评量表评分的变化情况和 2 组患者行经尿道前列腺电切术术后并发症的发生情况。

1.4 统计学分析

所有数据均使用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析,计量资料以均数标准差($\bar{x}\pm s$)表示,使用 t 检验;计数资料以 χ^2 检验,$P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2 组患者护理措施干预前 SAS 与 SDS 评分比较,$P>0.05$,差异无统计学意义,护理措施干预后 2 组患者 SAS 与 SDS 评分均有明显下降,实验组与对照组比较 SAS 与 SDS 评分下降更加显著,$P<0.05$,差异有统计学意义,见表 1。实验组和对照组比较出电切后综合症发生率无明显差异($P>0.05$),其他各项并发症发生率实验组均优于对照组($P<0.05$),差异有统计学意义,见表 2。

表 1 患者护理措施干预前后抑郁及焦虑评分($\bar{x}\pm s$)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	47.26±7.56	30.12±5.50	47.76±7.19*	31.12±5.69*
对照组	48.24±8.01	40.12±6.12	46.97±6.97	39.44±6.01

*:与对照组比较,$P<0.05$

表 2 患者护理措施干预后并发症发生率比较[例(%)]

组别	膀胱痉挛	继发出血	尿失禁	尿路感染	电切综合征
实验组	3(4)	4(5.33)	4(5.33)	14(18.67)	5(6.67)
对照组	12(16)	11(14.67)	13(17.33)	25(33.33)	7(9.33)
χ^2	10.26	11.22	21.56	13.42	2.56
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

良性前列腺增生患者多为老年男性,病史较长且多合并其

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201404038
[收稿日期] 2014-03-22 [修回日期] 2014-04-01

他基础疾病,而且 BNP 患者临床主要表现为尿频、尿急、排尿困难、尿等待、排尿时间延长等,有些严重者会继发尿路感染,表现为尿痛、血尿等尿路刺激症状,上述临床症状会给患者的生活和心理带来极大的伤害,降低了患者的生活质量,对患者的心理及自信心造成严重影响。TURP 对患者来说是一个较强烈刺激容易加重患者的心理障碍,容易出现抑郁及焦虑过度等紧张情绪。而患者处于抑郁情绪当中,会使交感神经兴奋性下降,抑制肾上腺皮质系统对膀胱憋尿肌的控制作用,从而引起膀胱痉挛。所以,术前及术后对患者进行确实有效的心理护理是十分必要的,舒缓患者的紧张情绪,调整心理状态以积极的状态接受手术治疗。

TURP 术后导致的电切综合征是最常见的术后并发症之一,严重者可危及生命导致死亡。TURP 患者术后电切综合征的发生率约为 10%[4-5],死亡率为 1.6% 左右[6-7]。在行 TURP 术的过程中用使用大量的膀胱冲洗液,冲洗液被患者吸收进入血液后,会使患者的血容量增加,导致稀释性低钠血症进一步的加重血钠降低,患者在术后会产生恶心、呕吐、烦躁不安等表现,严重者会出现低钠性昏迷、脑水肿、肺水肿、心力衰竭等严重症状。所以,术后一定要注意患者生命体征的监测,使用持续心电监护等措施,对患者进行 24 h 监护,精确记录患者 24 h 尿量及尿色、形状等,如发现病情变化等异常,必须及时排查是否发生电切后综合征,从而及时采取干预措施,减轻患者临床症状,降低死亡率[8-9]。本组资料显示,前列腺电切术后综合护理措施对患者并发症的发生率有明显降低作用,且可显著地避免患者产生抑郁和焦虑情绪。

[参考文献]

[1] 李丽芬,梁建丽,朱苏琳. 护理干预对前列腺电切术后患者近期尿失禁的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(17):2061 - 2062.

[2] 王春霞,王占峰. 经尿道前列腺电切术的护理体会[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(21):2713 - 2714

[3] 陈文均,罗生军,张唯力. 前列腺增生患者术前心理影响因素的调查及护理对策[J]. 重庆医学,2010,39(22):3080 - 3081.

[4] Martis G, Cardi A, Massimo D, et al. Transurethral resection of prostate: technical progress and clinical experience using the bipolarGyrus plasm akinetic tissue management system[J]. Surg Endosc, 2008, 22(7): 2078 - 2083.

[5] 陈月英. 心理护理干预对行电切术前列腺增生症患者的影响[J]. 中国医疗前沿,2008,3(8):18.

[6] 叶冬荣. 综合性护理干预对前列腺电切术患者康复的影响[J]. 临床护理杂志,2010,9(6):32 - 33

[7] Autorino R, Damiano R, DiLorenzo G, et al. Four-year outcome of aprospective randomised trial comparing bipolar plasm akinetic andmonopolar transurethral resection of the prostate[J]. Eur Urol, 2009, 55(4): 922 - 931.

[8] 徐冬花,王 俊. 心理护理干预对前列腺电切术患者心理状态和术后并发症的影响[J]. 中国现代医生,2011,49(19):113 - 114.

[9] 徐秋莲. 前列腺电切术后膀胱痉挛的预防和护理[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(27):4345 - 4346.

(编辑:左艳芳)

同种异体半腱肌腱重建膝内侧副韧带陈旧性损伤的疗效

Reconstruction of old injury of knee medial collateral ligament by semitendinosus tendon allograft

刘江锋 (邢台市人民医院关节骨科,河北 邢台 054001)

[关键词] 膝内侧副韧带;陈旧性损伤;异体肌腱
[中图分类号] R613 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)04-0426-02

膝关节内侧副韧带是膝关节韧带损伤中发病率最高者,约占 46.2%[1],损伤后如被漏诊或治疗不适当,可出现膝关节内侧不稳定,最终可导致膝关节骨关节炎的发生[2]。临床上治疗内侧副韧带陈旧性损伤方法较多。我们使用异体半腱肌腱解剖重建的方法治疗膝内侧副韧带陈旧性损伤,取得了满意的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院自 2008 年 3 月至 2012 年 2 月收治 32 例膝关节内侧副韧带陈旧性损伤患者,其中男 22 例,女 10 例;年龄 21 ~ 48 岁,平均 38 岁。左膝 18 例,右膝 14 例。患者在入院时均有膝部酸痛、无力的症状,上下楼困难,外翻试验在膝关节伸直 0 度及屈膝 30 度位均呈阳性。依据美国医学会运动医学专业委员会在《运动损伤命名法标准》(standard nomenclature of athletic injuries)中按损伤程度对膝关节内侧副韧带的分类[3],33 例患者均为Ⅲ度损伤,双膝伸直位外翻应力 X 线片示:双膝内侧关节间隙差 3 ~ 5 mm 有 4 例,5 ~ 10 mm 有 26 例,大于 10 mm 有 2 例。MRI 示内侧副韧带均损伤,有韧带连续性中断和高信号表现。损伤部位:股骨内髁起点处撕脱 21 例,中部裂伤 8 例,胫骨止点撕裂伤 3 例。受伤至入院时间为 3 ~ 14 个月。术前采用膝关节 Lysholm 评分法[3],20 ~ 30 分 6 例,31 ~ 40 分 10 例,41 ~ 50 分 9 例,51 ~ 60 分 7 例,平均(42.5 ± 5.3)分。

1.2 手术方法

硬膜外麻醉,患者平卧位,上气囊止血带。首先使用关节

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201404039
[收稿日期] 2013-09-28 [修回日期] 2013-10-10