维普资讯 http://www.cqvip.com

1 临床资料

本组共20例,年龄50~89岁,平均69岁,单纯前列腺增生者19例,合并膀胱结石者1例,其中合并心脑血管或(和)肺部疾患者8例,合并糖尿病者5例。20例患者均痊愈出院,无1例并发症发生,住院时间为5~7 d。

2 护理体会

2.1 密切观察病情

注意观察病人的意识及生命体征,因此类病人大多为高龄体弱者,术后12~48 h需常规吸氧,监测血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度及体温变化。如病人出现烦躁不安,面色苍白,紫绀,恶心呕吐,血压下降,胸闷,心慌等症状时应及时报告医生,予相应处理。

2.2 尿管管理

术后患者均有留置三腔导尿管,要防止扭曲、受压、脱落、堵塞等现象。前列腺血管丰富,出血一般在术后24 h内较明显,术后应连续膀胱冲洗24 h,密切观察引流出尿液的颜色、量,根据出血量来调整冲洗的速度,一般为100滴/分,如出现尿液颜色逐渐加深,可能为出血,应加快冲洗速度;如出现腹胀,有排尿困难感,尿液引流少,甚至出现进多出少,或只进不出的现象时可能有血块堵塞于尿管,应挤捏尿管,如无效应选择无菌生理盐水,少量多次、反复抽吸尿管,将血块吸出,恢复通畅。冲洗液温度应接近人体体温,一般为25~40 ℃。过高易引起血管扩张而加重出血;过低易导致体温下降、寒战,甚至出现膀胱痉挛。导尿管在术后第3天即可拔除,拔除前应训练尿道,每2~3 h定时开放尿管一次,以刺激排尿反射的恢复,如病人感觉到有小便感即可拔除尿管,拔管后嘱病人勿憋尿,要多饮水,勤解小便。

2.3 疼痛护理

因手术创伤,导尿管及术后膀胱冲洗液的刺激,可使膀胱敏感性增高,易引起膀胱痉挛疼痛,患者出现烦躁不安,疼痛难忍。当出现膀胱痉挛时可适当减慢冲洗速度或加温冲洗液,必要时可应用解痉止痛药物,也可使用术后留置的硬膜外导管,注入吗啡3~5 ml进行解痉镇痛。

2.4 防止泌尿系感染

术后留置尿管、膀胱冲洗管易发生尿路感染,除常规运用抗生素外还应固定好集尿袋使低于人体的水平位,袋内尿液不超过2/3,防止逆流而造成逆行感染,每日更换集尿袋1次,保持尿道口的清洁,早晚用0.1%安多福棉球清洗尿道口及尿管,嘱病人应多饮水,饮水量为2 500~3 000 ml以冲洗尿路。

2.5 饮食生活护理

前列腺增生病人年龄大,病情复杂,长期卧床,应加强对患者的基础护理,预防肺部感染、下肢静脉血栓形成和压疮,术后1周内禁止行肛管排气或灌肠,以免诱发出血,便秘时可服缓泻剂 肠蠕动恢复后,嘱病人按流质-半流质-软食-普食循序进食,以高热量高维生素易消化食物为主,多食新鲜水果蔬菜[2]。

[参考文献]

[1] 马玉田. 经尿道前列腺等离子体汽化电切术32例护理体会[J]. 现代医药卫生,2004,20(17):1775.
[2] 郑小芳,武 梅,黄春燕,等. 经尿道前列腺等离子双极电切术的护理[J]. 天津护理,2005,13(4):209.

(编辑:朱志立)

气管切开术的术后护理体会

杨丽芹[1],魏丽萍[1],刘晓霞[1],王晓光[2],张洪岩[2],谭敬辉[2] (1.佳木斯市结核医院;2.佳木斯市传染病医院,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 气管切开术;术后护理;体会
[中图分类号] R653 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0286-02

气管切开术应用广泛,尤其适用于喉阻塞的急救。气管被切开后患者的呼吸困难症状能立即得到缓解或消除,手术的治疗效果,从手术完成到顺利拔除气管套管,术后护理是非常重要的一个环节。现将体会报告如下。

1 术后护理

气管切开后,外界空气不再经鼻吸入,失去了鼻腔对吸入空气的加温、湿润、过滤等生理性保护作用,过冷、过热或不洁的空气可刺激呼吸道粘膜分泌物增加,因此,应将患者安置在安静、清洁、空气新鲜的病室内,病室温度在21 ℃左右,湿度保持在50%~60%,气管套口覆盖2~4层温纱布,室内经常洒水或用加湿器,定时用紫外线灯消毒空气。备齐急救药品和物品如吸引器、氧气、手电筒、呼吸机等放置于床旁。气管内套管每天取出清洁消毒2~3次,外套管一般在手术后1周,气管切口形成窦道之后拔出更换消毒。气管纱布应保持清洁干燥,每日更换,经常检查创口周围皮肤有无感染或湿疹。吸痰时应注意无菌操作,操作前洗手,导管严格消毒,一根导管只用一次,坚持由内向外的原则,先吸气管内分泌物,然后再吸鼻、口腔内分泌物,预防局部感染。

[收稿日期] 2007-03-29 [修回日期] 2007-05-09

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 术后并发症观察

皮下气肿是气管切开比较常见的并发症。多发生于颈部，触及有捻发感，严重的延及头、胸、背部。对有皮下气肿的患者要密切观察气肿的变化，发现有进展情况时，应及时报告医生。气管切开术后24 h内发生的出血，为原发性出血，多因术中处理不完善所致，如发现大出血及时报告医生，应立即进行气管插管压迫止血。套管位置不正或固定不牢可导致脱管，脱管是非常紧急而严重的情况，如不及时处理，将迅速发生窒息造成死亡。消毒不严或全身抵抗力差、吸痰操作污染等均容易导致创口感染；术后应每天更换气管纱布1次，对渗血或痰液较多者要及时换药，以保持创口干燥、清洁，局部有红肿压痛时，应报告医生，给予相应处置。

3 保持呼吸道通畅

如果听到空气进出套管发出尖锐的啸声伴有呼吸气时间长，则是套管不通畅的表现。一般要求每6～12 h清洗消毒内管一次。取内管时要注意固定好外管底板以免一道带出，不可用力蛮拔。取出时间不应太长，以免分泌物结于外管引起堵塞。洗管时动作要轻巧，管子要小心轻放，防止碰撞变形造成放入困难。吸痰时动作要轻、迅速，减少对气管壁的损伤。一般选用硬度适中、表面光滑、内径相对大的橡胶或硅胶导管或用专制的吸痰管。

4 拔管的护理

拔管应在病情稳定，呼吸肌功能恢复，咳嗽有力，能自行排痰，解除对气管切开的依赖心理时，才能进行堵塞试验。堵管时，一般第一天塞住1/3，第二天塞住1/2，第三天全堵塞，如堵24～48 h后，无呼吸困难，能入睡、进食、咳嗽即可拔管。拔管后的瘘口用75%酒精消毒后，用碟形胶布拉拢2～3 d即可痊愈，愈合不良时可以缝合。早期拔管可降低气管感染、溃疡等并发症的发生。患者经气管切开术后不能发音，难以表达自己的痛苦和要求，脾气容易变得急躁，这就要求我们在护理方面充分体谅病人的痛苦，格外耐心地照料他们，可采用书面交谈或动作表示，以解除顾虑。要有责任心做到细致周到护理，及早发现病情变化，减少病人痛苦，促进早日痊愈。

（编辑：朱志立）

1例男性尿道上裂伴完全性尿失禁手术治疗体会

刘维如，王 伟，石理华 （武警医学院附属医院泌尿外科，天津 300162）

[关键词] 尿道上裂；尿失禁；尿道手术
[中图分类号] R695；R699.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0287-02

膀胱外翻合并尿道上裂是泌尿生殖系统一种少见的先天性畸形，据文献报导，大约每3.5万个存活的新生儿中有1例，男性为女性的3～4倍。我科收治1例膀胱内翻修补术后，遗留完全性尿道上裂，经手术治疗，临床效果满意，现报告如下。

1 资料与方法

患者男性，16岁。因1岁时在外院行膀胱内翻修补术，膀胱修复成功，尿道上裂遗留，伴完全性尿失禁，于2004年6月14日入院。体检：两侧海绵体分离，完全性尿道上裂。拉直阴茎可见一被覆粘膜的浅沟，尿道开口于耻骨联合下缘呈漏斗状，仍可见少许膀胱粘膜外翻，耻骨分离7 cm。阴囊中隔分离，双侧睾丸附睾大小基本正常。IVU显示双肾形态、功能正常。膀胱造影显示有明显双侧输尿管返流，膀胱容量约80 ml。术前准备，自尿道开口放置Foley气囊导尿管，牵引固定以阻止尿液外溢，持续引流2周，会阴部尿性皮炎消失。连续硬膜外麻醉，先行耻骨上膀胱切开，可见膀胱粘膜呈暗红色、结节样水肿，血管纹理不清。游离膀胱颈部及双侧输尿管下段，采用Young-Dees-Leadbetter法，即裁剪膀胱颈及三角区缝成管形。取阴茎背侧的尿道粘膜宽约1.5 cm，沿两侧切开，保留基底部有充分血运，围绕F8号多孔硅胶管同时缝成管形。术中要彻底切除阴茎背侧纤维索带，使阴茎充分伸直，使得新形成尿道变的更短，难以修复长段的尿道缺损，术中利用阴茎腹侧带蒂皮瓣缝合成管状，穿过阴茎头隧道至背侧，三段成形尿道分别用0/5可吸收线间断缝合对接，构成一个完整的尿道。根据术中条件采取输尿管跨三角区前移抗返流手术。予以膀胱造瘘。将两条阴茎海绵体向外侧稍做游离后，向上翻转至新形成的尿道上方，应用0/5可吸收线间断缝合。使新形成的尿道位于双侧海绵体下方，尿道口位于阴茎头正中，术中注意要减张缝合，以防止尿道受压。纵行剪开阴茎腹侧包皮，旋转到背侧缝合。固定硅胶支架管，包扎伤口。术后严格管理病人，保持引流管道的固定通畅，定时从尿道支架管应用庆大霉素溶液低压冲洗管腔，每日1～2次，直至拔管，防止尿道分泌物滞留、引起尿道感染。术后3周拔除尿道支架管，排尿通畅，无尿失禁，仅在用力时有少量尿液溢出。

2 讨论

该病例虽为膀胱外翻，但因1岁时外翻膀胱修复成功，只遗留下完全性尿道上裂、尿失禁，因此处理与完全性尿道上裂

[收稿日期] 2007-03-20 [修回日期] 2007-05-01