维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.2

迎。现将护理体会进行总结。

一、资料与方法

1.临床资料:我科自2000年10月至2002年2月应用TUVP结合TURP治疗BPH 46例。均在硬膜外麻醉下进行,术中用5%葡萄糖液灌洗,若有糖尿病者用4%甘露醇液或蒸馏水灌洗。年龄62~80岁,平均72.3岁。病程3个月~12年。患者均有明显的进行性排尿困难史,28例有急性尿潴留史,术前膀胱造瘘1例。根据病史、临床症状、经腹B超、膀胱造影均可诊断。Ⅰ度增生6例,Ⅱ度增生28例,Ⅲ度增生12例。26例因急性尿潴留已留置导尿,46例患者中有尿路感染1例,冠心病8例,心律失常2例,高血压6例,肺心病1例,脑出血1例。

2.术前护理

(1)进行术前全面检查,如心、肺、肝、肾功能、血糖等,了解膀胱逼尿肌收缩功能、膀胱的梗阻程度及逼尿肌括约肌协同性,对手术的选择、术后疗效及指导用药均有帮助。

(2)进行术前健康教育,使患者了解手术方法、目的及术后注意事项;训练床上排便,戒烟及肠道准备的重要性,使患者有充分的心理准备迎接手术。

(3)控制尿路感染、治疗泌尿系以外(如高血压、冠心病、糖尿病)的并发症,控制血糖至正常水平。急性尿潴留和肾功不全患者,先给留置导尿或耻骨上膀胱造瘘。

3.术后护理

(1)患者回室后按硬膜外麻醉后常规护理、专人看护。立即接通点滴样膀胱持续冲洗的进出液管,24h内心电监护,密切观察生命体征变化、同时密切观察洗出液的颜色、量,冲洗速度,保持进出液平衡、准确记录24h液体出入量,维持水电解质平衡。冲洗液用无菌生理盐水、温度以20℃为宜,以降低膀胱痉挛、寒战等不良反应及出血、若洗出液血色浓或有血块时、冲洗速度要快,冲洗速度应视病情而定。密切观察腹部情况,有无腹胀、腹痛,若出现痉挛性疼痛,按医嘱给予解痉、止痛药。

(2)加强基础护理、预防并发症:①预防肺炎:鼓励患者深呼吸、咳嗽、进行体位排痰、必要时遵医嘱给予雾化吸入。②预防褥疮:每2h一次给予皮肤护理,及时更换体位、保持皮肤(尤其是会阴部)清洁、干燥、预防湿疹,骨隆突处垫气圈、棉垫减压。③预防便秘:因患者大便秘结,排便时会使前列腺窝处刚愈合的伤口损伤而致出血、给患者带来不必要的痛苦。术后患者的饮食要求是清淡、易消化、低脂高蛋白、高维生素、高纤维素的食物,鼓励患者多饮水、少量多餐。必要时遵医嘱给予缓泻剂及灌肠。④预防尿路感染:遵医嘱应用抗生素,每6h一次给以0.1%新洁尔灭棉球消毒尿道外口,倾倒冲洗液时注意无菌操作、防止逆行感染,同时留置尿管时间不可过长,应每周更换。术后膀胱冲洗的导管多为三腔气囊导尿管、要注意尿管位置引流情况及气囊情况、预防气囊破裂,一年来曾有一例发生气囊破裂,及时发现及时处理。术后保持前列腺窝内平整,方可减少尿路感染的发生。⑤预防下肢深静脉血栓形成:下肢深静脉血栓形成在前列腺开放手术中的发生率为20~50%,在经尿道电切术中不超过10%。主要是由于患者手术后卧床,冲洗时间长、肢体活动少及术后应用止血药等引起。预防的措施主要是卧床休息,抬高患肢,应用尿激酶溶栓治疗及低分子肝素钙抗凝。⑥预防继发性出血:术后4~6h内减少活动,治疗原发病,控制尿路感染,遵医嘱给予止血药,同时要防止便秘,减少因用力排便而引起的出血。⑦预防电切综合症:主要是由于手术时间长、冲洗时间长或手术损伤所致。预防措施是缩短手术时间,降低后尿道内灌注压力,遵医嘱给予高渗钠、利尿、止血、抗炎治疗。⑧预防尿失禁:指导患者做盆底肌收缩功能训练,定时排尿,并使用尿道夹。术后一年只有一位患者出现严重尿失禁,经上述方法处理,两个月后随访上述症状解除。

4.术后保健指导

定时给予卫生宣教,指导患者出院后口服抗生素两周,并多饮水,以预防泌尿系感染。指导患者进行提肛训练,培养定时排尿习惯,使患者学会怎样自我护理和监护病情,发现异常情况及时就诊,介绍复查的时间和方法。

二、结果

按上述方法治疗及护理前列腺增生患者、一般术后只需冲洗12~72h,留置尿管1~3d、拔管后排尿通畅,尿流率改善,无一例出现并发症。

(收稿日期:2002-03-11)

脑中风患者整体护理

张丽杰* 王有莉**

随着医学模式的转变、传统的以疾病为中心护理模式,已不能适应护理专业的发展、而整体护理由于它的先进性、实用性和科学性正得到全面广泛开展,它克服了以往责任制护理的弊端、受到住院患者的欢迎及护理人员的推崇。整体护理在神经科的实践中更是体现了它的优越性。这里报道脑中风的整体护理。

脑中风在漫长的发病和治病过程中、患者往往从一个活动自如的人到卧床、并且伴有不同程度的功能障碍、偏瘫、失语、

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院神经内科
** 山东省海阳市实验小学保健室

维普资讯 http://www.cqvip.com

精神障碍等后遗症，心理的变化是异常剧烈的。这些智能、性格或情绪等心理方面的改变，不仅直接影响着治病，也对病后生活有着密切关系。因此，心理护理是神经科护理的重要措施之一，护理人员在初次与患者接触时，及时向患者介绍病房环境及住院规则，就要给患者留下美好的印象，以利在以后的护理工作中，能顺利地开展心理护理工作，并把这一工作贯穿在整个治疗过程中。

一、应深入了解患者的心理活动和需要，根据患者的不同情况，有目的、有计划地去向患者了解情况，掌握心理状态，解决心理问题。护理人员在其中扮演的角色，不再是单纯的照顾者，更是教育者、管理者。护理人员要以高度的责任心，和蔼可亲的语言，动之以情、晓之以理、不急躁、不厌烦，热心周到的服务和娴熟的技术，精心照料，为患者解除痛苦。另一方面，让其家属学会心理护理，有助于出院后提高患者生存质量。

二、对于恢复期的脑中风患者，护理人员应针对其特点进行宣传教育、健康教育，患者最关心的是他们的疾病和健康，获得健康知识是他们迫切的需要。责任护士要从各个渠道收集患者的资料，了解病情、生活习惯、生活环境、心理状况，然后向他们介绍疾病的病因、诱因、发展过程、预后等相关知识以及所使用药物的作用、副作用、注意事项等。尽力解答他们的疑问，应向他们介绍，随着疾病的治疗好转，偏瘫症状会减轻、恢复的。可举同类疾病曾住院治疗医患配合默契，恢复良好的实例给他们听，以鼓励他们，增强战胜疾病的信心和勇气。对于病期过长，病情过重，确实难以恢复者，也应说明要面对疾病后遗症的现实，鼓起勇气，积极进行代偿性和适应性的功能锻炼，重新开拓生活领域，使情绪上不过于紧张，思想上又高度重视。保持其心态在正常范围内，善于控制不愉快的情绪，胸怀开阔，乐与他人交往，善与他人建立良好的关系，只有这样好的生活环境，才能使脑中风的患者早日恢复正常生活，有利于身心健康。另外，在心理护理之外，还应做到：1. 为了防止褥疮形成，应该经常翻身和按摩，一般先按摩健侧，再按摩患侧，并对全身大关节及容易受压的地方进行按摩。使关节被动运动，促进血流循环。2. 床上运动，在护理人员的帮助下，床上正确体位、坐位，站立平衡训练，重心转移和下肢的运动控制训练。3. 开始站立时，护士或家属给予搀扶或适当的支撑物，如拐杖、腿支架等，再练习站直、站稳、站久，然后撤开支撑物移动身体。同时配合按摩、功能性电刺激及利用脚踏车，手摇车训练，由肢体正常的一侧带动瘫痪的一侧肢体被动训练。4. 迈步，当患者站稳10～15min而无疲劳感时，可开始步态锻炼，迈步时不可硬拉，如瘫痪肢体抬举不便，可用一根套绳套于患者脚中部，协助抬脚起步。在行走时还应防止跌倒，注意患侧踝关节的位置以及患者能否耐受，以免发生意外，加重病情，而影响下一步锻炼。强度以患肢肌肉有酸胀感或轻度不适为宜。5. 微细动作锻炼，上肢功能的锻炼，应以大关节被动运动，逐步到小关节被动活动、如肩、肘、腕、指关节。主要练习抬臂、握拳、抓拿、拾物等微细功能的锻炼。

三、语言的康复训练，有的患者既听不懂又不会说，内心非常痛苦，表现为不同程度的焦虑、恐惧、失望、消极等心理。所以首先要与患者建立良好的护患关系，以树立其自信心，解除心理压力，并向其家属说明早期、反复言语能力得到最大程度的恢复，从而提高患者社会适应能力。鼓励用语言表达意思。从一个简单的字、词、耐心教患者发音说话，或用图表表达意思，逐步训练患者的语言功能。

通过整体护理使脑中风患者会得到很好的恢复，重新树立生活的信心。

（收稿日期：2002-03-06）

改良的新式剖宫产术

李历红* 杨 晶* 杨松梅*

我院自2000年4月始对新式剖宫产进行了改良，根据剖宫产术局部解剖的特点及有关剖宫产的专著的论述，结合我科多年剖宫产的经验，对剖宫产切口的位置、缝合处理方法、胎盘的娩出、子宫切口的缝合等作了改良，至今已施行了910例，效果较满意，现报道如下。

一、资料与方法

1. 临床资料：设2000年4月至2002年1月在我院采用改良的新式剖宫产术910例为观察组，1999年2月至12月采用新式剖宫产术400例为对照组。两组年龄均在22至45岁，孕周为34～41周，均为随机选择病例。

2. 方法：(1)改良的新式剖宫产术，改良之处：①切口选Pfannenstial皱皮切口，在皱纹线内，随皱纹弧形长13～14cm，只切开皮肤。②脂肪及筋膜层同新式剖宫产，只在切口中央切开3cm长，但脂肪层不用手指拉开，而用皮钩钝性拉开，皮钩沿筋膜表面向两侧上方半弧形拉开脂肪层，再斜向两侧上方剪开筋膜层。③胎儿娩出后，助手继续吸净宫腔内残余的羊水，术者一边按摩子宫，一边牵拉脐带，不徒手剥离胎盘，促其胎盘自然剥离。④胎盘娩出后，用纱布擦宫腔1周，对临产已破膜者或宫口开大者，加用碘伏擦宫腔下段一周。⑤缝合子宫切口时先将对侧角单独缝合一针，其余再按新式剖宫产单层连续缝合，最后与角部开始缝的一针线头打结。⑥子宫缝合完毕后，将子宫底向前复位呈前倾屈位，在复位同时，术者的手也同时将宫

* 作者单位：114000 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院妇产科