

应理解家属悲痛的心情,表示你的同情和遗憾,并告之如有什么需要我们帮助的地方,请与我们联系。切不可一听到病人已死亡,认为没有必要再征求意见,立即挂断电话。这样容易使病人家属产生不满和疑虑,生出事端。

通过出院电话随访方式的健康教育的事实与落实,使广大患者由无知转化为对疾病的发生、治疗有了正确的认识。使医患之间产生了主动配合的关系,从而提高了病人的总体生活质量,使患者树立了战胜病魔的信心。总之对于出院患者的随访使病人在生理、心理、社会方面得到了全面的护理,并体现了医护人员的高度责任心,也使病人及家属或得了无形的心理支持和健康支持,让他们配感亲切、温暖,提高了病人和家属对我们工作的满意度。同时,也提高了护理人员的应变能力及交流沟通技巧,更有效地缩短了护士与病人之间的距离,提高了护理人员的整体素质。

## 前列腺增生术后膀胱痉挛的发生原因与护理

山东省立医院泌尿外科膀胱镜室 250021

张 军 胡志军 姜 晶

膀胱痉挛是前列腺增生症术后常见并发症之一,临床表现为刀口剧痛,尿道烧灼感,强烈的便意或尿意感。尿道口有血液或尿液溢出。它会给病人带来极大痛苦,同时容易诱发术后出血、心脑血管意外等并发症。我们对2005年1月-2007年4月356例前列腺增生手术,183例术后发生膀胱痉挛,对其进行相关因素的分析 and 护理观察,取得良好的效果,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组手术治疗前列腺增生(BPH)356例,术后发生膀胱痉挛183例,患者年龄56-91岁,平均67.5岁。手术方式:前列腺电切术(TURP)215例,耻骨上前列腺摘除术121例,耻骨后前列腺摘除术20例。术前尿流动力学检查发现不稳定膀胱108例。入院时尿潴留置尿管56例,合并膀胱结石49例,尿路感染104例,梗阻性肾功能不全39例。伴糖尿病67例,高血压98例,肺部疾患34例。

### 2 术后发生膀胱痉挛的原因分析

2.1 手术创伤 前列腺增生开放手术膀胱痉挛发生率高达81%,明显高于腔镜术12%。随着腔镜手术的发展,手术创伤减少,膀胱痉挛的发生明显降低。

2.2 出血 术后出血是由于前列腺窝出血形成血凝块,堵塞引流管冲洗不畅,以至膀胱充盈和刺激膀胱收缩导致痉挛。观察中发现膀胱痉挛往往在出血及出血后膀胱内有血块残留者,膀胱痉挛又可使出血进一步加重。

2.3 引流管刺激 术后一日左右患者感到难以忍受三腔气囊尿管引起的不适,气囊充水20~30ml的患者术后不同程度地发生膀胱痉挛,放水后逐渐减轻消失。因膀胱的交感神经主要分布在膀胱三角区、颈部、后尿道前列腺及精囊腺等位置。当膀胱造瘘管旋转

过低触及三角区或气囊尿管气囊内注水过多刺激膀胱三角区,或者因过度牵引尿管,造成膀胱颈部压力过大引起膀胱频繁收缩,发生痉挛。

2.4 不稳定膀胱 前列腺增生患者由于长期膀胱出口部梗阻,膀胱逼尿肌代偿性肥厚、增生,膀胱内压增高,以致出现膀胱高敏性不稳定膀胱及顺应性降低,手术切除后易出现逼尿肌无抑制性收缩。当尿管拔出后可以自行好转。

2.5 冲洗液温度 室温低于20℃有患者会感到膀胱区不适,周身寒战。观察中发现冲洗速度越快,患者膀胱区的感觉就越明显,膀胱痉挛的发生率也越高。老年基础代谢低,大量的明显低于体温的生理盐水冲洗膀胱,使患者全身感觉发冷,除了使患者感到全身发冷外,还可刺激膀胱发生频繁痉挛。

2.6 精神因素 临床体会患者精神紧张、烦躁、恐惧常是诱发膀胱痉挛的因素,紧张、烦躁等带来的躯体变化;身体强直、牵引下肢屈曲、拔管等常常直接导致膀胱痉挛,患者越紧张膀胱痉挛就越严重,互为因果,形成恶性循环。

### 3 护理措施

3.1 心理护理 术前责任护士应多与病人交谈,详细解释病情,向病人及家属说明手术方式、效果及术后留置尿管、膀胱冲洗的目的和大概时间及注意事项,提高病人对疾病认识,强调患者主动配合手术和治疗对疾病早期康复重要意义,消除病人紧张、恐惧心理,增加对术后出现膀胱痉挛的心理承受能力。术后密切观察膀胱痉挛的出现,一旦病人自诉下腹坠胀,有便意感,立即予心理疏导,鼓励病人深呼吸,全身放松,使其保持安静。必要时可遵医嘱予镇静、解痉、止痛药物治疗及膀胱灌注利多卡因、口服舍尼亭等药物缓解膀胱痉挛症状。

3.2 术前抗感染治疗 对有长期尿路梗阻、严重泌尿系感染或尿潴留病人,应先留置尿管解除梗阻,同时常规检查尿常规,尿细菌培养,并选择敏感抗生素控制感染后再行手术,术后用0.1%碘伏消毒尿道口2次/日。

3.3 术中止血 术中彻底止血,且手术时间一般控制在1小时内,同时术后有效镇痛,可采用留置硬膜外镇痛泵,匀速注入镇痛药,改变传统的间断肌肉注射或静脉注射止痛的方法,能明显降低膀胱痉挛的频度和强度。

3.4 保持膀胱冲洗引流通畅 术后为防止膀胱内血凝块阻塞尿管,应用无菌生理盐水持续或间断膀胱冲洗。护士应加强巡视,定时挤捏冲洗管,根据冲洗液的颜色调整冲洗速度,如血色加深,并有小血块,应加快冲洗速度;如血色变淡或澄清,可减慢速度;同时观察冲洗液速度与引流速度是否一致。如有血凝块阻塞尿管,应用50ml注射器抽取生理盐水反复冲洗,直至病人症状缓解,引流通畅。持续发作者给予0.2%利多卡因200-300mg加入500ml生理盐水中膀胱冲洗。

3.5 调节冲洗液温度 膀胱冲洗液的温度变化对膀胱痉挛的发生有直接影响。冲洗液温度过低,易刺激膀胱平滑肌,引起膀胱痉挛导致疼痛并加重出血,堵塞冲洗管道;膀胱冲洗液温度过高可使毛细血管扩张,加重出血。有研究表明30~35℃膀胱冲洗液应用于前列腺摘除术后膀胱冲洗的病人,能有效抑制膀胱痉挛的发生,同时使其程度明显减轻。

3.6 膀胱痉挛的处理 患者一旦出现膀胱痉挛,即刻让患者做深呼吸,屏气呼吸放

松法把膀胱痉挛控制在萌芽状态同时还要嘱患者放松、别紧张分散其注意力来缓解痉挛。也可以采用中医经络的足底对区按摩治疗痉挛疼痛是一种物理疗法。现在大多数患者术后留置硬膜外自控镇痛泵,硬膜外持续给药,也可使膀胱痉挛的发生率明显降低,具有良好的预防、控制作用。经上述处理无效的严重膀胱痉挛者,可采用度冷丁 50~100mg 和异丙嗪 25~50mg 肌注,患者紧张烦躁不安的可采用肌注安定,使患者进入睡眠状态。

3.7 用药护理 ①硬膜外腔注射吗啡止痛:严格遵医嘱用药,注药前先回抽,在确认导管在硬膜外后再注药,加强呼吸、血压的监测,观察肠蠕动恢复情况,并对患者做相应饮食指导。②自控硬膜外镇痛泵:自控镇痛泵可有效抑制膀胱痉挛、减少渗血、促进伤口愈合。用药期间应注意观察患者有无恶心、呕吐情况发生,并进行及时处理。③微量泵泵入度冷丁:常用 100mg 度冷丁加入 50ml 生理盐水,以 2~8ml/h 的速度持续静脉泵入。度冷丁既能止痛,又可缓解膀胱痉挛,且副作用小,但用药时要密切观察此药对患者呼吸、循环系统的影响。④解痉止痛药:严格遵医嘱应用一般解痉止痛药,如黄体酮、山莨菪碱、消炎痛等,并注意观察用药后反应。⑤其它:超短波治疗,可通过调节膀胱逼尿肌的兴奋性,消除膀胱局部炎症、改善微循环,并达到解痉止痛及消炎的目的。

3.8 饮食指导 术后肠蠕动恢复后即给予流质饮食,并鼓励患者多吃蔬菜、水果,防止便秘。因便秘可使腹压升高及膀胱内压升高,诱发膀胱痉挛。

## 股动脉介入灌注化疗术后的观察与护理

中国中医科学院广安门医院肿瘤科 100055 张军岭

新技术的应用为失去外科手术机会的肿瘤患者提供了更多的选择治疗,动脉化疗灌注是目前常用有效的临床治疗手段之一。但由于患者对介入治疗不完全了解,仍充满恐惧、焦虑,因此良好的心理护理与沟通和正确的引导及术前健康教育是患者顺利进行介入治疗的关键。本研究是通过 92 例行股动脉介入灌注化疗的患者进行临床观察与护理,总结常见的术后并发症及相应的护理措施,为进一步提高临床疗效提供有效的保障。

### 1 临床资料

以我科 2008 年 11 月-2010 年 10 月期间 92 例行股动脉介入灌注化疗的患者作为研究对象,针对术后常见护理问题进行回顾性分析与总结。

92 名患者中男性 57 例,女性 35 例;年龄 25~78 岁,平均年龄  $52.1 \pm 13.2$  岁;均为 CT 或 MRI 诊断的肝癌及胰腺癌患者。

### 2 治疗方法

利用可示的 DSA 视频显影技术,在 2% 利多卡因局麻下选择左侧或右侧股动脉行置管术穿刺术,导管到达穿刺部位后将导丝拔出,注入动脉造影剂(欧乃派克),以明确肿瘤部位,了解动脉血管有无变异。再根据患者的化疗治疗方案注入相应的化疗药物(丝裂霉素、顺铂、健择或比柔比星)以达到局部化疗治疗目的。化疗药物注入后,即可拔出导管,穿刺处给予加压包扎。