

门、开门动作要轻,减少外界环境对病人视、嗅、听、等感觉器官的不良刺激。尽可能将待移植患者安排在单独的房间,患者入睡后应尽量少打扰。告知病人睡前少饮水,以免夜间小便影响睡眠,指导病人做自我催眠,可通过调整呼吸节律,使全身放松而促进睡眠。③满足病人的需求:介绍病房环境、主管医生、护士及同室病友,尽快消除陌生感,营造良好的人际氛围,安排手术成功病人讲解亲身感受,传达正向信息,帮助病人建立相互支持、关爱、鼓励的融洽关系。鼓励病人说出自己对手术的想法及恐惧,并尽可能在条件允许的情况下让病人选择手术时间及手术医师,并邀请病人参与治疗及护理的决策过程,使病人在自己能控制的范围内进行决策。

1.2.2 睡眠质量评定标准采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表评定睡眠质量。总分 <6 分为睡眠质量好,6 分~8 分为睡眠质量一般,>8 分为睡眠质量差。于病人进入手术室前 30min 评定。

1.2.3 统计学方法采用 Ridit 分析。

2 结果(见表 1)

表 1 两组病人睡眠质量比较 60 例

组别	例数	好	一般	差
对照组	30	5	8	17
实验组	30	16	10	4

注:经 Ridit 分析, $P < 0.05$

3 讨论

睡眠是一种生物行为,人类的睡眠与精神活动密切相关。人是生物、心理和精神的整体,而精神是人最为本质的存在,如果病人的精神问题没有得到解决,那么任何的心理疾病都不会得到根治。客观上任何一种手术都存在可预测的风险和不可预测的意外,给病人很大的心理压力,使病人焦虑不安、精神紧张,难以入睡。精神支持是病人面临心理危机时真正需求,从病人的角度思考他的真正需要,营造亲切、友好、轻松的氛围,给病人以人性的关爱,满足病人的精神需要,为病人提供身体、心理、精神方面照护,能使身体、心灵、精神达到和谐、安宁状态,以良好的精神面貌接受手术治疗。这对于提高护理质量满意度,促进患者术后顺利恢复,都将起到积极的意义。

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 济南 250021 张 军

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149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人引起膀胱频繁收缩,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,手术切除后易山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一小时内,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,改变传统的间断肌内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,正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。