

• 专科护理 •

新型 KTP/532 激光汽化术治疗尿道狭窄与闭锁病人的护理

宫月花 刘红 任秀平 崔玲

(山东大学附属山东省立医院泌尿微创科, 山东 济南 250021)

摘要 目的 探讨新型 KTP/532 激光汽化术治疗尿道狭窄与闭锁患者的护理措施。方法 对 76 例尿道狭窄与闭锁患者进行新型 KTP/532 激光汽化治疗, 术前加强心理护理, 做好尿道软镜检查 and 膀胱造瘘的护理, 充分的术前准备; 术后严密监测生命体征, 指导进行盆底肌肉训练, 注意引流管的护理观察, 合理安排活动和饮食, 做好健康教育指导。结果 76 例患者手术均一次取得成功, 术后留置尿管 5~10 d, 拔除尿管后 9 例出现尿线变细, 排尿欠通畅, 经尿道定期扩张后治愈; 4 例出现暂时性尿失禁, 经加强盆底肌肉训练 3 月后改善。结论 对行新型 KTP/532 激光汽化术治疗尿道狭窄与闭锁的患者给予有针对性的心理疏导。完善的术前准备, 严密的病情观察, 科学及时的护理指导。是手术成功的基础和保证。

关键词 尿道狭窄 尿道闭锁 激光汽化术

Key words Urethral stricture Urethral obliteration Laser vaporization

中图分类号: K473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1002-6975(2008)21-1959-02

尿道狭窄与闭锁是泌尿外科的常见病, 其治疗方法繁多, 但效果多不理想, 是泌尿外科的难题之一。我院泌尿微创科 2004 年 9 月~2007 年 12 月采用新型 KTP/532 激光汽化术治疗尿道狭窄与闭锁病人 76 例, 效果满意, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 76 例, 均为男性, 年龄 19~78 岁, 平均 49.6 岁。病程 3 个月~9 年。尿道狭窄与闭锁原因: 骨盆骨折 19 例, 会阴外伤 14 例, 前列腺摘除术后 13 例, 经尿道前列腺电切术后 15 例, 尿道术后 6 例, 感染性狭窄 9 例。狭窄部位: 膀胱颈部 16 例, 前列腺部及膜部 39 例, 球部及悬垂部 21 例。狭窄长度: 0.6~4 cm。其中完全闭锁 29 例, 尿道狭窄 47 例。入院时保留膀胱造瘘者 46 例。术前均行尿道软镜检查以了解狭窄情况, 对于直径 < 2 mm 小孔型狭窄及完全闭锁者, 术前均行膀胱造瘘。

1.2 手术方式 采用美国 Laserscope 公司生产的非接触式新型 KTP/532 激光治疗系统及一次性侧出光光纤传输装置, 裸光纤直径为 600 μm, 波长 532 nm, 平均功率 80 W。应用美国 ACMI 连续冲洗膀胱镜 (23 F, 0°), 以生理盐水作为冲洗液, 直视屏幕下进行手术。硬膜外麻醉成功后, 患者取膀胱

截石位, 膀胱镜窥视下逆行插至尿道狭窄段远端, 注意勿插入假道。小孔型尿道狭窄可直接以激光汽化, 必要时需经狭窄处小孔将输尿管导管插至膀胱进行引导。完全闭锁者, 自膀胱造瘘口插入金属尿道探子达闭锁段上方, 轻轻摆动尿道探子以进行手术路径引导。将侧出光光纤伸出膀胱镜约 1~2 cm, 看到位于光纤头部的标记物和瞄准光后便可进行汽化。边汽化边推进膀胱尿道镜, 直至将切除内镜顺利通过狭窄或闭锁段进入膀胱, 然后由远及近进行尿道瘢痕纵向汽化, 如此反复进行, 逐渐扩大尿道内腔, 形成一条宽敞、光滑、稳定、视野连续的单轴线通道^[1]。术中均持续心电监护, 生命体征平稳。

2 结果

76 例患者手术均一次成功。手术时间 20~70 min, 平均 40 min, 术中无明显出血, 患者无痛苦, 25 例患者返回病房后因有淡红色血尿, 给予膀胱冲洗 4 h~1 d, 冲洗液清亮, 停止冲洗。留置导尿管 5~10 d, 平均 7 d。拔除尿管后患者排尿通畅, 无大出血、假道形成、直肠损伤等并发症。随访 2~24 个月, 8 例出现尿线变细, 排尿欠通畅, 经尿道定期扩张后排尿通畅。4 例拔除尿管后出现暂时性尿失禁, 经加强提肛训练、练习憋尿, 3 月后好转。

3 护理

3.1 术前护理

作者简介: 宫月花 (1971—), 女, 山东, 本科, 学士, 主管护师, 从事临床护理工作

3.1.1 术前行尿道软镜检查的护理 术前行尿道软镜检查,可了解患者尿道狭窄的部位、程度、有无小孔或正常通道及狭窄瘢痕增生情况;了解尿道黏膜的病变情况;对于膜状或小孔型狭窄,可即时用软镜在直视下行治疗性扩张,或明确尿道狭窄情况后直接行尿道扩张器扩张,并观察扩张后情况^[2]。检查前应向病人解释检查的目的和意义,取得合作;检查过程中严格无菌技术操作,保持尿道软镜和监视器图像清晰,冲洗液通畅不中断,做好录像以保存影像资料,以利于手术前后参考对比;检查后应鼓励患者多饮水,每日 2 000~3 000 ml,以增加尿量,加强对细菌和毒素的冲刷,减少感染几率,询问病人有无尿道疼痛、排尿困难及血尿,必要时遵医嘱应用止血剂及抗生素治疗。

3.1.2 膀胱造瘘护理 对于小孔型尿道狭窄及完全闭锁者,术前均应行膀胱造瘘,以备术中引导汽化路径。本组病人入院时已带膀胱造瘘者 46 例,18 例术前行尿道软镜检查提示小孔型狭窄,给予耻骨上膀胱穿刺后放置双腔硅胶导尿管行膀胱造瘘。膀胱造瘘管应妥善固定,切勿脱落,因造瘘处形成窦道需 2 周左右,未形成窦道前造瘘管脱落难以重新置入,需再次穿刺膀胱,增加了病人的痛苦,因此要向病人反复宣教造瘘管妥善固定的重要性。造瘘口周围用引流敷贴覆盖,敷料有渗出或被污染时应及时更换。一般无需行膀胱冲洗,指导患者多饮水,达到内冲洗的目的;尿液浑浊,有感染征象时,可遵医嘱用 0.02% 呋喃西林溶液行膀胱冲洗,每日 2 次,每次灌注 50~100 ml,反复低压冲洗至冲出液澄清为止。对于仍可自行排尿的患者,应夹闭造瘘管,用无菌纱布固定于腹壁上,鼓励病人自行排尿,以利于保持正常尿道形态,防止尿道镜检查后炎症及瘢痕增生致小孔闭塞^[2]。

3.1.3 术前常规准备 术前评估病人身体状况,协助检查重要脏器功能,行血、尿常规、肝肾功能、凝血功能、肺功能、胸片、心电图及心脏彩超检查。有合并症者,请相关科室会诊,积极治疗,使之达到稳定状态。指导患者行提肛训练,以增加盆底肌肉收缩力,协调尿道括约肌的功能。术前 1 日晚对入睡困难、精神紧张者,给予镇静催眠剂口服。手术日晨给予肥皂水灌肠一次,以排空直肠内的大便及气体,避免术中直肠损伤。

3.2 术后护理

3.2.1 严密监测生命体征变化 患者返回病房后,行持续心电监护,观察体温、脉搏、呼吸、血压的变化。保持呼吸道通畅,有痰液患者,给予拍背,协助咳嗽、咳痰,应用双孔鼻导管持续低流量氧气吸入

(3 L/min),使血氧饱和度 ≥ 0.95 。本组所有患者在监护 12/24 h 后,生命体征稳定,停止监护及吸氧。

3.2.2 导尿管护理 导尿管应妥善固定,保持引流通畅,防止扭曲受压,高度不可超过耻骨联合水平,以防尿液倒流造成逆行感染。留置导尿管期间,每日 2 次用 0.1% 苯扎溴铵棉球清洁尿道外口,注意包皮内侧和冠状沟的消毒。多数患者术后尿色清,不需进行膀胱冲洗;18 例患者术后尿液颜色较红较深,通知医生给予生理盐水持续膀胱冲洗,并应用止血药物,尿色逐渐转淡,4~20 h 停止冲洗。保持膀胱冲洗通畅,保证冲洗液温度 25~30℃,观察引流液的颜色、性质及量并做好记录。术后留置尿管 5~10 d,拔除尿管前间断夹管,让病人练习憋尿,训练膀胱功能。

3.2.3 活动与饮食 由于硬膜外麻醉,下肢肌肉持续松弛,血管扩张,且术中采用截石位,使双下肢过度外展,或金属架压迫双下肢,可使静脉血流受阻而淤积,加上术后应用止血药物,可诱发下肢深静脉血栓形成^[3]。术后早期我们即协助患者床上被动活动下肢,按摩肢体并进行下肢曲伸运动,随着麻醉恢复,逐渐由被动活动过渡到主动活动,预防下肢静脉血栓形成。一般情况下,术后第 1 天病人可下床活动。术后 6 h 可饮水,进食少量流质饮食,逐渐过渡到高蛋白、高热量、富含纤维素的饮食,多食水果和蔬菜,保持大便通畅,避免用力大便引起尿道出血。

3.2.4 指导病人进行盆底肌肉锻炼 本组 4 例病人拔除尿管后出现暂时性尿失禁,为减少术后尿失禁的发生率,入院后我们即开始指导患者进行提肛训练。我们在临床工作中总结的方法为:患者直立或扶墙站立,吸气时缩肛,持续 2~3 s,呼气时松肛,连续做 30 次缩松训练为 1 组,早晚各两组,最好配合下蹲动作,因尿道括约肌与肛门括约肌有协同作用。通过临床观察,此方法能明显改善尿道括约肌功能。本组 4 例尿失禁病人经加强提肛训练,3 个月好转。

参 考 文 献

- [1] 赵勇,金讯波,王慕文,等.新型 KTP/532 激光在尿道闭锁治疗中的应用[J].中华泌尿外科杂志,2005,26(9):632-634.
- [2] 李连军,郑峥,赵勇,等.KTP 激光治疗尿道狭窄与闭锁(附 58 例报告)[J].山东医药,2007,47(21):32-33.
- [3] 张凤芹.前列腺术后下肢深静脉血栓形成的预防[J].中原医刊,2007,34(9):63-64.

(收稿日期:2008-05-22)