

经尿道等离子剝除治疗前列腺增生症的手术配合

刘燕, 黄利香, 陆谢娜, 韦凤平

(广西河池市人民医院, 右江民族医学院附属河池医院手术室, 广西 河池 547000)

E-mail: liuya8n@sina.com

关键词: 前列腺增生; 经尿道等离子剝除术; 手术中护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2014)01-0155-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.093

良性前列腺增生(BPH)是以排尿不畅为主要表现的老年男性泌尿系统常见疾病^[1],经尿道等离子剝除术(PKEP)治疗前列腺增生症是近年来提出的一种新的治疗方法,自2012年1月~2013年6月我院采用PKEP对50例BPH患者进行手术治疗,取得良好效果,现将手术配合总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例50例,年龄64~81岁,平均(71.5±10.5)岁;病程3个月~23年,平均(6.5±10.5)年;国际前列腺症状评分(international prostate symptom score, IPSS)(25.5±4.0)分、残余尿量(residual urine volume, RUV)(175.8±50.5)ml、最大尿流率(maximum urine flow, Qmax)(6.5±3.5)ml/s、前列腺重量(65.5±25.5)g。50例患者均有排尿困难、尿频、尿线细弱、尿后滴沥,以及夜尿4~10次/夜,入院后经B超等检查确诊,均无心力衰竭等严重内科疾病、前列腺上皮内瘤及尿路感染。

1.2 手术方法 均给予患者硬膜外麻醉或硬腰联合麻醉后取截石位,采用德国狼牌等离子双极体内窥镜镜体,生理盐水持续膀胱灌注。经尿道置入电切镜后,观察尿道、膀胱、膀胱颈、精阜、前列腺增生情况,以及膀胱颈至精阜的距离,如有结石先碎石清石。采用剝除法,于6、10、2点钟方向切一深达前列腺外科包膜的沟后将前列腺分段剝除。术毕冲洗组织碎块,检查创面有无出血并给予止血,留置三腔导尿管引流。

1.3 结果 50例患者均顺利完成手术,手术时间(65±15)min,术中出血量(33±14)ml,膀胱冲洗时间(20±12)h,住院时间(4.5±2.5)d,术后均无腺体残留、水中毒、尿失禁等并发症发生。

2 手术配合

2.1 术前准备

2.1.1 术前访视 前列腺增生多为老年人,由于长期排尿困难,尿后滴沥、夜尿等因素使患者迫切渴望手术,但又因缺乏等离子剝除手术相关知识,加之对手术效果的担忧、恐惧等引起一系列负性心理,严重可影响手术的顺利开展和进程。术前访视是国家卫生部2008年颁发的《医院管理评价指南》中明确要求各级医疗机构对围手术期患者必须执行的术前和术后手术室护理支持服务和程序^[2]。我科室于术前1天由巡回护士携带PKEP手术知识宣教小手册、手术室环境画册及影像资料、入手术室前后流程图册等到病房向患者及其家属进行术前访视,通过自我介绍、知识讲解、影像播放等方式增强患者对相关知识的认知,提高患者对手术室护士、手术室环境和相关流程的熟悉度,减轻次日入室时的陌生和紧张感,缓解和消除患者的负性心理情绪,提高各项术前准备的配合度,保证手术的顺利进行。

2.1.2 器械和物品准备 术前1日巡回护士根据手术常规及手术医生的特殊要求,检查备齐相关手术器械和设备,并检查其性能是否完好,分类别送消毒灭菌或采用环氧乙烷消毒,下午下班前检查送消毒器械回送情况。手术前30min开启手术间层流,调节温湿度适宜、恒定;备齐并连接各仪器设备,如德国狼牌等离子双极体内窥镜全套设备等,将灌洗液加温至接近人体体温。

2.2 术中配合

2.2.1 巡回护士配合 巡回护士接待患者入室后行常规床号、姓名、性别、年龄、住院号、麻醉方式、术前准备情况、手术部位标识等一般资料的核对,热情向患者介绍自己为术前访视护士,进行入室心理疏导和健康教育。将患者带至手术间,简单介绍周边环境和仪器设备后,与麻醉师再次对患者一般资料进行核对,建立有效的静脉输液通路,协助麻醉师麻醉,待麻醉效果满意后将患者摆放手术膀胱截石位。体位摆放时要注意保护患者肢体,双腿与金属支架之间加以棉垫保护以避免引起腓总神经损伤,尽量保持患者舒适;双腿搁置高度20cm、外展≤45°为宜,并以约束带固定,防止过高或过度外展引起患者的损伤,外展过小、高度过低影响手术医生的术野和手术的进行。正确连接摄像头套无菌保护套、等离子电切机、冷光源系统、膀胱持续冲洗装置等各导线,脚踏套套上塑料套放置于主刀者脚旁,打开各仪器开关检查保持性能完好后调节功率至备用状态。与器械护士清点手术器械、方纱、敷料等物品,并做好记录。手术过程中严密观察患者的病情变化,及时安抚患者的不适,关注手术进程及时补充物品和器械,以保证手术的顺利完成。术中所用灌洗液挂于距患者心脏60~70cm高位置,压力调节在3.92~5.88kPa,手术过程中及时更换滴尽的灌洗液,防止空气进入产生气泡影响手术医生的视野^[3],确保镜下视野清晰,保持灌洗压力和水流、吸引管通畅是获得清晰视野和手术成功的关键^[4]。术中剝除的前列腺腺体碎片用标本固定液固定,做好标记及时送病理科检查,手术结束后将患者双下肢缓慢放平,妥善固定导尿管,送回病房时注意保暖。

2.2.2 器械护士配合 器械护士提前30min上台,消毒、铺巾、铺无菌台和器械盘后与巡回护士清点手术器械、物品,协助医生将等离子双极体内窥镜、电切环、操作手柄等装置安装完毕,与巡回护士连接摄像头、电切主机输出线、冷光源导光束、灌洗管等仪器的导线并按使用顺序理顺妥善固定于布巾上,注意严格执行无菌技术操作,各导线需用一次性灭菌保护套。手术开始润滑尿道后→递尿道扩张器给术者行尿道扩张→准备好镜鞘传递给术者插入→递观察镜、电切环→剝除增生的前列腺组织,术中通过显示器密切观察手术进程,保持术野清晰,熟悉手术步骤和术中不同环节,及时准确地传递器械、物品,配合手术进行,术毕递三腔导尿管留置并固定妥当。前列腺剝除术中所用电切镜等仪器设备均非常昂贵,因此要求器械护士严格掌握仪器的原理、功能、使用和使用后的清洁、消毒、灭菌、保存等处理工作,以防损坏和消毒不严而使下一次手术使用时受到影响,同时做好使用、消毒、灭菌登记记录。

3 体会

良性前列腺增生是常见的泌尿外科疾病之一,手术是该病最重要的治疗方法,尤其是近几年来微创经尿道腔镜的广泛应用,使手术风险和对患者机体的损伤降至最低水平^[5]。PKEP是利用双极回路的动态等离子体切割机制,不用负极板、组织中也无电流通过、无闭孔神经反射的腔镜微创术,具有手术视野清晰、手术时间短、术中术后出血和膀胱冲洗减少、术后也可不冲洗、术后并发尿道刺激症等并发症少、带管和住院时间短等优点而被广泛应用于临床中^[6]。行PKEP患者多为老年人,

老年患者由于其特殊的心理和生理特点,手术室护士应严格执行术前访视工作,认真评估患者的心理、生理状态,了解术前准备的完成情况,做好宣教和心理疏导;熟练掌握手术步骤,泌尿外科腔镜等器械、设备的使用,及时传递手术器械,保证手术的顺利进行,术中严密观察患者病情变化,加强巡视,及时添加或更换灌洗液,避免空气进入影响术者视野等手术室的护理配合措施是保证手术过程安全、使手术能顺利完成的重要保证。

参考文献:

[1] 黄凤荣. 经尿道前列腺电切术患者的健康教育[J]. 右江民族医学院学报, 2012, 34(4): 579-580.
 [2] 张颖, 周立. 手术室护士实施术前访视内容标准的研究[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(4): 361-363.

[3] 高素兰. 经尿道前列腺等离子双极电切术的护理配合[J]. 当代护士, 2012, 10(中旬刊): 79-80.
 [4] 刘燕. 等离子刀关节镜下治疗老年性膝骨性关节炎的手术配合[J]. 右江民族医学院学报, 2011, 33(5): 731-732.
 [5] 余永当, 余金良, 陆高庆, 等. 经电切镜鞘弹道碎石治疗老年前列腺增生并膀胱结石的效果观察[J]. 右江民族医学院学报, 2012, 34(5): 633-634.
 [6] 韦克暖, 覃江, 陆海, 等. 经尿道前列腺汽化电切和等离子剝除临床治疗前列腺增生症的效果比较[J]. 中国实用医药, 2013, 8(10): 78-79.

收稿日期: 2013-08-23; 修回日期: 2013-09-12

甲氨蝶呤—米非司酮联合治疗异位妊娠的临床观察和护理

谭红霞

(广西百色市妇幼保健院, 广西 百色 533000 E-mail: 847097471@qq.com)

摘要: 目的 探讨甲氨蝶呤(MTX)联合米非司酮治疗异位妊娠的临床和护理措施。方法 选取本院 2010 年 1 月~2013 年 2 月异位妊娠患者 48 例作为观察对象, 观察患者治疗期间病情变化, 给予心理护理、用药护理、专科护理、出院指导等针对性的护理措施。结果 联合治疗的治愈率为 91.67%, 治疗期间未发现严重不良反应和并发症。结论 针对性的护理措施有助于甲氨蝶呤联合米非司酮成功治疗异位妊娠, 可获得满意效果。

关键词: 甲氨蝶呤; 米非司酮; 妊娠, 异位; 观察; 护理

中图分类号: R714.22 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0156-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.094

异位妊娠是孕卵在子宫腔外着床发育的异常妊娠, 异位妊娠占总妊娠数的 1%~2%, 输卵管妊娠发病率占 90% 以上^[1], 是妇科常见的急腹症, 目前随着 B 型超声检查技术和血清 β 人绒毛膜促性腺激素(血 β -HCG)检测水平的提高, 使异位妊娠可以早期诊断, 异位妊娠未婚未育患者比例不断增加, 为保留生育功能而采用药物保守治疗的异位妊娠患者也越来越多。我院从 2010 年 1 月~2013 年 2 月采用甲氨蝶呤—米非司酮联合治疗异位妊娠共 48 例, 效果满意, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 48 例临床确诊异位妊娠患者, 年龄 18~34 岁, 平均(28.4±4.3)岁; 停经 39~58 d, 平均(42.5±8.7) d; 平均产次(1.8±0.5)次; 入院检查尿 HCG(+), 血常规和肝功能检测正常, 生命体征平稳。全部病例均符合保守治疗指征^[2]: ①无药物治疗禁忌证; ②输卵管妊娠未发生破裂或流产; ③输卵管妊娠包块≤4 cm; ④血 HCG<2 000 u/L; ⑤无明显内出血。

1.2 治疗方法 入院后单次深部肌肉注射甲氨蝶呤(MTX)50 mg, 联合口服米非司酮 150 mg/d, 连服 3 天, 于治疗第 4 d 和 1 周后检测血 β -HCG, 若血 β -HCG 治疗 1 周后仍不下降或下降<15%, 则再次给以深部肌肉注射 MTX 50 mg。全部病例入院后均给予针对性的心理、用药和专科护理, 用问卷调查方法对护理前后患者的负性情绪、配合治疗及认知度等情况进行观察并比较, 治疗期间使用 B 型超声和血 β -HCG 严密观察, 同时注意病情变化和药物不良反应, 患者出院前提供专科出院指导。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行数据处理, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗结果 本组 48 例观察病例中临床治愈 44 例(91.67%), 治疗失败转手术治疗 4 例(8.33%)。治疗期间观察

患者出现白细胞减少 1 例, 肝功能损害 1 例, 恶心、食欲不振等胃肠道反应 5 例, 乏力症状明显 11 例, 出现腹痛 32 例, 给予对症治疗、精心护理后上述症状均能缓解。

2.2 护理前后患者负性情绪及配合治疗情况比较 由表 1 所知, 护理后患者负性情绪明显减少, 配合治疗明显增加, 与护理前比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 1 48 例患者护理前后负性情绪及配合治疗情况比较 (n, %)

项目	负性情绪	配合治疗
护理前	43(89.58)	21(43.75)
护理后	10(20.83)	48(100.00)
χ^2	45.8728	37.5652
P	<0.01	<0.01

2.3 护理前后患者认知度情况 由表 2 所示, 护理后患者对疾病认识度、药物认识度及治疗理解度明显增加, 与护理前比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 2 48 例患者护理前后认知度情况比较 (n, %)

项目	疾病认识度	药物认识度	治疗理解度
护理前	22(45.83)	21(43.75)	26(54.17)
护理后	48(100.00)	45(93.75)	46(95.83)
χ^2	35.6571	27.9273	22.2222
P	<0.01	<0.01	<0.01

3 护理

3.1 心理护理 异位妊娠往往提示患者存在输卵管异常, 可