

气血阴阳,麻醉镇痛阻碍六腑胃肠气机,肠胃传导运化失司,从而导致气机壅滞,腹胀不适^[1]。胃肠道机能恢复缓慢,易形成粘连性肠梗阻、肠麻痹、腹胀等并发症,严重者有再手术的风险。因此,如何及时促进胃肠道功能恢复,促进愈合,减少术后并发症极为重要。穴位按摩是在中医基础理论指导下,运用手法作用于人体体表穴位的一种技术^[2]。足三里^[3]是治疗胃肠道疾患常用穴,属足阳明胃经,按揉此穴具有强健脾胃,调节胃肠气机,恢复胃肠蠕动作用;合谷属于手阳明大肠经,为大肠穴原穴,相交于足阳明胃经,能升清降浊,宣通气血,两者合用,具有理气宽中,调节脾胃作用。天枢与足三里同属于足阳明胃经,天枢为大肠募穴,所谓“腧穴所在,主治所及”^[4]。穴位贴敷是以中医理论为基础,以整体观念和辨证论治为原则,根据经络学说,通过刺激局部的腧穴以激发经气,疏通经络,促进气血运行,是调整人体脏腑功能的一种外治方法^[5]。穴位敷贴治疗贴是采用现代科技手段和传统中医经络理论相结合的方法,依据中医学、生物工程学、现代物理学、材料学研制的外用产品。具有味辛行散,芳香走窜作用,它作用于人体时通过吸收、渗透过程,通过经络传导,对相应的部位发挥作用。穴位按摩联合穴位贴敷

的作用机制是通过按揉穴位刺激调节胃肠气机,外加贴敷吸收、渗透持续不断地激发被抑制的气机,从而促进胃肠道功能恢复,达到肛门排气的作用。

此方法对患者而言,操作在体表进行,无痛苦,使人容易接受。对护士而言,方法简单、方便、安全。在护理过程中注意事项:①注意病室空气流通,注意保暖。②注意辨证施护,根据患者体质及时调整手法和按摩力度。③皮肤破溃不宜操作,观察有无皮肤红肿瘙痒等过敏情况。④按摩者注意剪短指甲,修剪圆润。

参考文献:

- [1] 何静.敷脐疗法治疗术后胃肠功能紊乱机制浅析[J].河北中医,2009,31(7):1056.
- [2] 梁繁荣.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2005:29.
- [3] 梁繁荣.针灸学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2010:17.
- [4] 国家中医药管理局医政司.中国护理常规技术操作规程[M].北京:中医古籍出版社,1990:198.
- [5] 陈细明,邱荣标,蔡树辉,等.理中汤加味配合中药穴位贴敷促进骨科术后胃肠功能恢复[J].当代医学,2012,18(7):155-156.

收稿日期:2014-06-03;修回日期:2014-06-27

内镜治疗尿道狭窄或闭锁的护理

孙文杰,谭艳柳

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

E-mail: fymfuyu@sina.com

关键词:围手术期护理;尿道狭窄

中图分类号:R691.2

文献标识码:C

文章编号:1001-5817(2015)01-0169-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.01.074

尿道狭窄是由于多种原因致尿道黏膜或其下的尿道海绵体形成瘢痕,引起尿道管腔管径缩小,或因外伤使尿道分离,在分离处组织纤维化使尿道闭塞、炎症、外伤、医源性损伤以及先天发育异常,均可致尿道狭窄或闭锁^[1]。自2008年1月~2013年12月我院泌尿外科共收治47例尿道狭窄或闭锁患者,并采用尿道内镜行尿道内切开术治疗,取得良好的效果,现将护理体会总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例47例,均为男性,年龄20~74岁,平均(35.7±4.8)岁;病程2个月~17年,平均(7.5±2.0)年。狭窄部位:所有患者均为单部位狭窄,其中膜部狭窄34例、阴茎部狭窄7例、球部狭窄6例;狭窄原因:骨盆骨折29例、骑跨伤8例、后尿道闭锁6例、炎性狭窄4例;狭窄长度1.0~2.0 cm。

1.2 方法 47例患者均有不同程度的尿线变细、排尿困难、排尿费力等临床症状,检测残余尿量30~100 ml,术前均给予尿道细菌培养+药物敏感性试验、行逆行和逆行尿道造影、B超等各项常规和专科检测后送手术室,在硬膜外麻阻滞麻醉下采用膀胱尿道镜、尿道

内切开镜经尿道口行内切开术,其中41例术前膀胱穿刺造瘘至少1周后手术,术后留置18~20F导尿管2~4周。

2 结果

47例患者均一次性尿道瘢痕切开术,术后未出现尿道大出血、严重感染、尿失禁和穿孔尿瘘等并发症。其中40例患者拔除尿管后能自解、自控小便,排尿满意,平均最大尿流率>15 ml/s,出院后仍定期回院行尿道扩张1~2年,未有复发病例;6例患者尿流率未达到标准,给予带尿管出院4周回院复查并拔出尿管后能自行顺畅排尿,尿流率>15 ml/s;1例带尿管出院3个月后拔出仍不能自行排尿改行尿道瘢痕切除尿道对端吻合术,留置尿管出院4周后拔除后能自行排尿顺畅,尿流率>20 ml/s。

3 讨论

3.1 心理护理 尿道狭窄或闭锁由于排尿严重受影响、大多数病情长、有长期多处就医且病情未有明显改善史而承受极大的身心痛苦,患者常表现焦虑、悲观等心理情绪。本组大多数患者抱持质疑的心态,遵医嘱依从性较差,责任护士通过加强与患者沟通交流和健康

教育,并根据不同患者的年龄和个性特征进行针对性的心理疏导及手术相关知识的讲解和宣教,并让已治愈的患者现身施教,增强了患者对手术治疗的信心,消除其负性心理情绪,均能积极配合各项治疗和护理工作。

3.2 术前护理

3.2.1 造影护理 顺行和逆行尿道造影是特殊的影像学检查,可确诊尿道狭窄或闭锁的部位、性质、长度、程度等,是诊断尿道疾病的常用方法,造影过程中积极有效的护理措施可减轻患者的痛苦以及最大限度地避免严重并发症的发生。造影前一天详细向患者讲解造影的目的、方法、注意事项、造影过程中可能出现的异常情况和应对措施。遵医嘱进行造影剂过敏试验,以及禁食、禁饮及番泻叶口服清除肠内容物及气体的肠道等准备工作。造影前交代患者去除身上的金属物品,协助摆好检查体位,造影过程中严格执行无菌技术操作,注入造影剂时动作应缓慢、注入速度与尿道肌的弹性蠕动一致,避免压力过大引起尿道狭窄处周围组织逆流,给患者造成痛苦和感染,待患者有尿意时停止注入造影剂,嘱患者缓慢排尿。造影剂通过尿道狭窄部位使其扩张,可致尿道黏膜内毛细血管轻度损伤,造影结束后注意观察排尿有无滴血、尿道有无刺痛症状,若有上述症状可遵医嘱给予对症处理,本组病例无一例出现上述症状。

3.2.2 膀胱造瘘护理 本组 41 例患者术前行膀胱穿刺造瘘至少 1 周后手术。膀胱造瘘前责任护士详细向其讲解膀胱的解剖和生理,膀胱造瘘的目的、意义和方法,造瘘后的有关的生理改变,造瘘口的位置、造瘘过程中的配合及造瘘后的自我护理要求等相关知识。造瘘后严格执行无菌技术操作,注意造瘘口周围皮肤护理,保持局部皮肤及敷料清洁干燥,如有渗血、渗液应随时更换;妥善固定造瘘管和引流袋并保持引流通畅,观察引流液的颜色、量、性状和气味是否正常,有无尿液外漏等,指导患者每日饮水 2 000 ml 以上。膀胱痉挛、持续尿意和便意等造瘘管刺激症状可能与引流管蘑菇头部对膀胱三角区和膀胱后壁毗邻的直肠刺激有关^[2]。观察患者若出现上述症状一般无需特殊处理,严重者给予热敷膀胱区、调整蘑菇头位置和深度或适当减少气囊注水量即可缓解。

3.3 术后护理

3.3.1 体位护理 术后去枕平卧 6 h,定时翻身并给予按摩双下肢,患者清醒后鼓励其进行双下肢自主活动,注意活动的方法和强度。6 h 后可自行翻身,根据引流管引流液的颜色适时决定患者下床活动的时间,交代患者下床活动的注意事项,避免活动过度、运动不当牵拉导尿管引起出血。

3.3.2 尿管护理 尿道狭窄或闭锁内腔镜切开术后留置尿管具有持续扩张尿道的作用,术后留置尿管时间较长,最长可达 4 周,因此术后应严格导尿管护理,保持尿管引流通畅及密闭性以防止尿路感染的发生。术后每天尿道口护理 2 次或根据尿道口分泌物情况酌情增加护理次数;根据出血情况可进行持续膀胱冲洗至尿液澄清,每日更换引流袋并严格无菌技术操作;为防止逆行性感染,集尿袋放置应低于膀胱水平位,卧位

时低于创面,坐位及站立位时应低于尿道口;鼓励患者每日饮水量 $\geq 2\ 000$ ml,保持每日尿量在 1 500 ml 以上,以达到尿道自净的目的。

3.3.3 并发症的观察及护理 ①出血:术后注意观察尿管引出液的颜色、量和性状,若量多、颜色鲜红或伴有血块,患者血压下降、脉细速、面色苍白、出冷汗等则提示有大出血,应立即通知医生进行处理并做好再次手术的准备。本组患者无一例大出血发生。②尿外渗和尿道穿孔:多由于术中切割时偏离尿道轴心所致。术后严密观察患者阴囊有无肿胀,肿胀的性质、程度等,若发现阴囊及周围皮肤肿胀,应立即报告医生在排除出血所致的情况下,做水肿皮下针刺排液、抬高阴囊包扎后 3 d 内可消失。本组无一例患者发生尿外渗和尿道穿孔。③疼痛:本组所有患者术后早期均出现不同程度的尿道疼痛,对持续疼痛患者遵医嘱给予镇痛泵止痛。无镇痛泵者夜间疼痛剧烈无法入眠时给予杜冷丁肌肉注射以缓解疼痛,疼痛较轻者指导其看电视、看书、听音乐等分散注意力的方法以减少对疼痛的关注度,从而达到缓解疼痛。④尿道热:由于术前未能及时有效地控制尿路感染、术中组织损伤严重及术后留置尿管引起的逆行感染所致^[3]。术后严密监测患者的体温变化、白细胞等实验室数据的改变,若患者出现高热、寒战等症状应高度警惕尿道热的发生,及时报告医生进行处理。本组所有患者术前均进行尿细菌培养+药物敏感性试验有效控制感染后再行手术,术后遵医嘱按时给予抗生素等治疗,术后患者体温均 $< 38.5\ ^\circ\text{C}$ 。

3.3.4 康复功能锻炼 肛提肌训练可促进创面局部炎症水肿的吸收消退,减少局部炎症水肿对括约肌关闭机制的影响,达到控制排尿^[4]。术前后指导并教会患者肛提肌和定时排尿训练步骤及方法,训练时遵循循序渐进的原则,根据患者的耐受程度逐渐增加训练强度和次数,拔除尿管后继续每天训练 3~4 次,每次 30 min,每分钟至少 30 个。排尿过程中可间断捏压尿道,暂时使排尿阻断,通过此种方法可使尿道得到反复扩张,有助于减少术后再狭窄。

3.4 出院指导 尿道狭窄或闭锁行内腔镜切开治疗术后,在创面愈合、瘢痕未稳定期均可致再狭窄,出院时指导患者随时观察排尿时有无尿线变细、排尿困难、射程变短等情况,术后需定期回院进行尿道扩张。带管出院患者教会自我护理方法,为了避免影响手术效果及损伤尿道引起出血禁止自行拔除尿管。养成良好的生活行为习惯,禁食辛辣刺激食物,3 个月内禁提重物、剧烈运动和性生活。

参考文献:

- [1] 陆谢娜,韦凤平,刘燕.内腔镜治疗尿道狭窄或闭锁的护理配合[J].右江民族医学院学报,2013,35(5):739-740.
- [2] 石建美.健康教育在膀胱造瘘家庭护理中的应用[J].临床护理杂志,2012,11(6):72-74.
- [3] 许海斌.内腔镜手术治疗尿道狭窄 18 例临床分析[J].中华全科医学,2012,10(5):697-698.
- [4] 曹丽丽,张宗丽.尿道内切开治疗 22 例男性尿道狭窄的护理干预[J].中国校医,2013,27(9):652-653.

收稿日期:2014-07-04