

经尿道前列腺切除术后并发症的原因和护理

郑素芳 郑俊斌

(浙江玉环县人民医院外科, 台州 317600)

中图分类号: R697⁺. 320. 6

文献标识: B

文章编号: 1009 - 6604 (2011) 05 - 0479 - 02

经尿道前列腺电切术 (transurethral resection of prostate, TURP) 是目前治疗良性前列腺增生症 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 的主要手段, 具有手术时间短, 创伤小, 恢复快等优点, 被患者广泛接受, 但术后也存在相应的并发症。2006 年 1 月 ~ 2009 年 7 月, 我院开展 TURP 158 例, 术后出现并发症 32 例, 现将护理体会报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 158 例, 年龄 59 ~ 91 岁, 平均 74.6 岁。经直肠 B 超、CT、直肠指诊及膀胱镜检查诊断为 BPH。前列腺 I 度增大 20 例, II 度增大 68 例, III 度增大 66 例, IV 度增大 4 例。术前症状为进行性排尿困难, 夜尿次数增多, 尿潴留 (反复尿潴留 95 例)。合并膀胱结石 23 例, 腹股沟斜疝 18 例, 慢性心肌缺血 15 例, 高血压病 36 例, 糖尿病 16 例, 慢性支气管炎伴肺气肿 9 例。

1.2 方法

使用 F₂₆ Storz 电切镜, 冲洗液为 4% 甘露醇溶液或 5% 葡萄糖液。采用膀胱截石位, 连续硬膜外麻醉。中叶增生明显者从 6 点位开始切割, 看到环状纤维后逐渐向两侧叶扩展。两侧叶增生为主的病例则从 5、7 点开始, 先切出两道沟, 然后逐步切除两侧叶。

2 结果

手术时间 27 ~ 100 min, 平均 37.5 min。并发症 27 例: 经尿道电切综合征 (TURS) 6 例, 尿外渗 9 例, 继发性出血 4 例, 排尿困难 8 例。①TURS 6 例: 术后返回病房 15 ~ 60 min 内出现不同程度的脸色苍白、恶心呕吐、胸闷气短、心率增快、收缩压先上升至 140 ~ 150 mm Hg 后下降至 90 mm Hg, 烦躁、神志模

糊等, 查血清钠水平下降至 110 ~ 125 mmol/L。给予心电监护、吸氧、注射 10% 氯化钠液、速尿等, 根据血压情况使用麻黄碱, 严格控制输液速度, 及时监测血钠, 评价心功能情况, 适量静脉注射西地兰。②尿外渗 9 例: 5 例术后返回病房时, 手术室护士交待患者术中出现前列腺包膜穿孔尿外渗而致不同程度的腹部膨隆, 伴血压下降、心率加快, 术中马上予以止血, 改开放手术及置膀胱造瘘管和耻骨后引流管; 4 例术后膀胱冲洗时出现腹部膨胀加剧, 出量少于膀胱冲洗量, 马上停止膀胱冲洗, 并报告医生 B 超检查, 提示导尿管气囊位于膀胱外, 重新放置尿管, 速尿 20 mg 静注, 白蛋白 10 g 静滴后症状缓解。③继发性出血 4 例: 2 例 TURP 术后三腔导尿管短时间内出现大量鲜红色引流液及尿道外口较多渗血, 引流不畅伴引流液有较多的血凝块, 报告医生后马上加压冲洗及负压抽吸血凝块, 无菌操作下更换冲入管和排出管的接管位置, 直至通畅; 2 例术后第 8 天拔除导尿管后因排便时用力, 突然排出鲜红色的尿液, 后重新置入导尿管进行膀胱冲洗, 同时静注立止血, 2 d 后尿色转清。④排尿困难 8 例: 6 例拔除导尿管后再次出现排尿困难, 重新置入 F₁₆ ~ F₁₈ 导尿管留置 5 ~ 7 d, 拔除导尿管后均能自行排尿。⑤尿失禁 5 例: 5 例出现暂时性尿失禁, 制定详细的康复计划, 指导患者循序渐进地进行肛门括约肌、盆底肌的收缩锻炼, 加以心理疏导, 随防 1 个月后症状明显改善。

3 讨论

3.1 严密观察病情变化

密切观察患者的神志、心率、血压、有无恶心呕吐及电解质情况, 尤其是术后要注意和患者交谈, 及时倾听患者的主诉, 勿因忙于常规的治疗而忽视对患者的病情观察。TURS 为 TURP 中最为严重的并

发病,不及时识别和迅速处理可危及生命,发生率为 2.0%~2.9%、病死率为 0.6%~1.6%^[1]。主要原因是由于术中前列腺创面对冲洗液吸收过多形成稀释性低钠血症的急性血容量增多所致。这些患者在发生 TUR 综合征之前均有一个很重要的症状——连续“打哈欠”。

3.2 保持引流通畅,正确记录出入量

密切注意膀胱冲洗液出入量,如发生出入量明显差别,观察腹胀情况,必要时请示医生,B 超检查确定导尿管位置;术后前几天应密切观察膀胱冲洗液情况,调节冲洗液速度,如出现引流不畅伴引流液有较多的血凝块时,加压冲洗及负压抽吸血凝块,无菌操作下更换三腔管的冲洗口及引流管口的位置,直至通畅。

正确记录冲洗液的进出量,保持引流管的通畅,教会患者或陪护人员每隔 20~30 min 挤捏引流管 1 次,血压平稳者取半卧位。密切观察腹部体征、腹胀和耻骨后引流液的颜色、量、性质情况,对于出量少于入量,并出现腹部饱胀及血压下降等症状,一定要警惕是否发生尿外渗。尿外渗是 TURP 的主要并发症之一,文献报道发生率为 2%^[2],原因主要是医生在切除外科包膜时过深引起。保持膀胱冲洗的通畅,根据引流液的颜色及时调整冲洗速度,引流液一般经历血性液→红色液→淡红色液→淡黄色液→无色透明液几个阶段。护士应随时观察,冲洗排出液以保持淡粉色略浊为佳^[3]。一般出血高发时间常在术后 4 h 内,引流液中出现大量鲜红色液体伴血凝块,30 min 内超过 500 ml 时,要及时紧急处理。

3.3 消除增加腹压的因素

继发性出血常发生于 TURP 术后 30 min~7 d,2 周后甚至更长时间也有可能发生。术后早期出血的原因一般是由于术中止血不彻底或膀胱内血块刺激膀胱痉挛性收缩而导致出血;晚期出血的原因主要是由于前列腺窝感染或有腹压增高致使前列腺切割创面未愈合,创面焦痂脱落引起。术后用生理盐水持续膀胱冲洗,避免血块形成及腹压增高是预防术后出血的主要措施。前列腺术后应鼓励患者多饮水,2000~2500 ml/d,避免饮酒及辛辣食物,禁食活血的食物,如高丽参等,多摄入富含高维生素和粗纤

维的食物,保持大便通畅,防止排便过度用力。1 周内禁止肛管排气,术后 6 个月内避免性生活及骑跨动作,术后 3 个月内勿提重物及活动。

3.4 减轻对膀胱的刺激

术前应查血、尿常规,如有感染者,应在感染控制之后再手术,减轻对膀胱、尿道的刺激;术中操作要轻柔,切忌使用暴力^[4];术后尿道内留置的三腔气囊导管,要选用光滑、组织相容性强(硅胶管)、型号适合患者个体,气囊内注水应视切除的前列腺的大小而定,一般 25~40 ml。患者术后均需留置尿管持续膀胱冲洗,一般都牵引导尿管并用宽胶布固定于右侧大腿内侧,同时该侧下肢尽量伸直,达到牵引止血的目的,24 h 内放松牵引。术后 12 h 视患者情况,气囊适量放水,减轻刺激;患者留置导尿期间保持会阴部清洁,每天用 0.5% 碘伏消毒 2 次,尿道口分泌物多时及时清洗,保持引流通畅,隔天更换引流袋,留置导尿时间不宜过长,一般以 3~7 d 为宜。

3.5 心理护理与功能锻炼

老年患者对术后再次发生尿失禁和排尿困难易出现焦虑、紧张、抑郁心理,我们进行针对性心理疏导,缓解和消除其不良的情绪。要及时告知患者尿失禁一般为暂时性,在做好心理护理的同时,让患者平静地接受现实,并制定详细的健康教育计划,指导患者进行肛门括约肌、盆底肌的收缩锻炼,每组 20 下,每次 3~4 组,每天锻炼 2 次,以尽快恢复排尿功能^[5],并配以药物治疗,如麻黄碱、丙咪嗪等。

参考文献

- 1 梅卫玲. 高龄重度患者经尿道前列腺汽化电切并发症的防护. 实用护理杂志, 2002, 18(4): 25.
- 2 吴 齐. 经尿道前列腺电切术的并发症. 江苏医药, 2005, 31(9): 710.
- 3 周瑞芝, 姜 苹. 循证护理在经尿道前列腺电切术后护理中的应用. 护理实践与研究, 2009, 6(14): 24-25.
- 4 吴宗林, 陈伟杰, 耿 和, 等. 经尿道等离子体前列腺切除术的并发症及处理. 中国微创外科杂志, 2007, 7: 472-474.
- 5 陈飞燕. TUPV 联合 TURP 治疗前列腺增生的护理. 护理与康复, 2008, 7(7): 519-520.

(收稿日期: 2010-11-26)

(修回日期: 2011-04-18)

(责任编辑: 李贺琼)