

膀胱肿瘤电切术42例护理体会

北京市石景山医院(100043)周慧芳 张南飞 万小泉

摘要: 目的 探讨膀胱肿瘤电切术的护理方法。方法 通过总结分析北京市石景山医院对膀胱肿瘤电切术患者的护理体会。结果与结论 对于行膀胱肿瘤电切术的患者, 应行术前和术后的全面护理。

关键词: 膀胱肿瘤; 电切术; 护理

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** A

文章编号: 1005-8257(2011)06-0045-02

膀胱肿瘤是泌尿外科常见的肿瘤之一, 非肌层浸润性膀胱癌占全部膀胱肿瘤的80%左右, 治疗以手术治疗为主。2007年1月~2010年9月间北京市石景山医院泌尿外科收治42例膀胱肿瘤病人, 经尿道电切术治疗, 并采取相应护理, 疗效满意。

1 临床资料

本组经尿道膀胱肿瘤电切术病人42例, 男34例, 女8例; 年龄45岁~82岁, 平均73岁; 其中肉眼血尿36例, 伴有尿频、尿急、尿痛7例, 6例B超体检发现。均行膀胱镜检查, 单发肿瘤30例, 多发肿瘤12例; 位于膀胱三角区2例, 后壁15例, 侧壁14例, 顶部8例, 前壁3例; 临床分期Ta期20例, T1期18例, T2期4例。病理分级: G1期28例, G2期10例, G3期4例。术后病理结果证实均为移行细胞癌。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 充分进行术前准备 高龄患者各个器官功能随着年龄的增长而不断衰退, 其对手术的耐受性也随之下降, 加上已伴随的内科疾病的存, 器官的代偿功能进一步降低, 增加了手术的危险性。对有心脏合并症者, 术前应严格纠正心脏功能, 使其达到能够耐受手术的状态, 停用抗凝药物或改短效抗凝药物; 伴有老年慢支气管炎、哮喘及肺气肿患者, 术前两周内宜戒烟, 应用抗生素预防和治疗呼吸道感染;

伴有糖尿病患者, 术前应控制血糖至接近正常水平; 合并泌尿系感染者, 手术前应积极治疗, 予以控制; 急性尿潴留者, 宜留置尿管3~5d再做手术。

2.1.2 心理护理 患者对手术存在不同程度的恐惧心理, 护理人员应详细介绍经尿道膀胱肿瘤电切术的特点、术后留置导尿管及膀胱冲洗的目的和时间, 认真解答病人的疑问, 使病人保持良好的心理状态, 积极配合手术, 对恢复健康充满信心。

2.1.3 保证良好的睡眠 术前良好的睡眠是保证手术顺利进行和术后康复及减少术后并发症的关键, 因此应为病人提供安静、整洁的环境, 减少噪声, 睡前用热水泡脚, 对夜间难以入睡及焦虑病人术前3d每晚口服地西泮5 mg或肌肉注射地西泮, 提高病人的睡眠质量。

2.1.4 胃肠道准备 术前1d禁食易产气食物(如豆类、糖类), 少饮碳酸饮料, 以减少术后腹胀。术前12h禁食, 4h~6h禁水, 术前晚给予甘油灌肠剂灌肠。

2.2 术后护理

2.2.1 生命体征监测 术后24h常规心电监测, 严密观察病人的血压、脉搏、呼吸及意识的变化。鼓励病人咳嗽、咳痰, 痰多不易咳出的给予雾化吸入。

2.2.2 导尿管护理 术后常规放置三腔尿管7天, 以防止出血, 出血多时进行持续膀胱冲洗。管道受压阻塞可直接诱发膀胱痉挛, 每20min挤压1次以保持负压状态。观察尿液颜色的变化并保持引流通畅, 每天尿道口及会阴部用洗必泰消毒2次。

2.2.3 并发症的观察及护理 ①血尿观察。膀胱内创面受损, 短时间内因少量渗血而引起血尿, 尿呈淡红色、透明, 可嘱患者多饮水; 如尿为深红、不透明或为鲜红色, 则提示膀胱内有活动性出血, 应及

时报告医生并需持续膀胱冲洗。严密观察引流液的颜色、量的变化, 根据冲洗液的颜色变化调节冲洗速度。如病人主诉膀胱有不适胀感或引流动的速度突然变慢, 可能是凝血块或电切后脱落组织堵塞尿管, 可改变病人的体位或用20ml注射器吸生理盐水直接接尿管进行反复冲洗, 直至吸出血块, 引流动畅为止^[1]。严重者或反复堵塞、膀胱内大量血块形成者需报告医生行膀胱镜下血块清除及点凝止血。本组患者术后3天内有血尿15例, 经多饮水、膀胱冲洗, 血尿逐渐消失, 大约20%患者术后1周~2周出现血尿, 考虑是由于电凝止血脱痂所致, 予多饮水口服抗炎药物后均好转。②膀胱穿孔、尿外渗。术后注意观察尿量, 如尿量<500ml/24h而尿管通畅, 并除外入量不足、肾功能不全, 或腹部逐渐隆起、冲洗液出量少于入量等情况, 则有膀胱穿孔、尿外渗的可能。③尿路感染。多由于腔内操作或留置尿管引起的逆行感染。术后应加强营养, 提高抵抗力, 加强会阴部护理, 保持尿管通畅, 每天更换尿袋, 严格无菌操作, 保持尿袋低于耻骨联合水平, 以防尿液逆流感染^[2]。

2.2.4 膀胱痉挛的护理 经尿道膀胱肿瘤电切术易出现膀胱痉挛, 病人有强烈尿意感、便意感, 下腹部胀痛, 尿液不自主得从尿道口溢出, 持续几秒至数分钟, 反复发作, 发作时引流动变红。应安慰病人, 适当应用解痉止痛剂, 如山莨菪碱、盐酸黄酮哌酯及舍尼亭等。

2.2.5 膀胱灌注化疗药物的护理 术后尿液转清后用生理盐水稀释羟基喜树碱或丝裂霉素进行膀胱灌注, 以防肿瘤复发, 灌注前尽量少饮水, 排尽尿液, 灌注后协助患者分别采取俯卧位、左侧卧位、右侧卧位和仰卧位各15min, 然后重复一遍, 共

高血压的中药治疗

卫生部北京医院 (100730) 韩洁 高素强 傅得兴

摘要: 目的 探讨高血压的中药治疗方法, 为高血压的防治提供参考。方法 通过查阅相关文献, 归纳总结治疗高血压、改善临床症状的中成药种类及相关研究。

结果与结论 高血压病应辨证施治。

关键词: 高血压; 中成药; 治疗

中图分类号: R287 **文献标识码:** A

文章编号: 1005-8257 (2011) 06-0046-02

高血压是临床常见病、多发病, 是当今世界上常见的心血管疾病之一, 发病率逐年递增, 并呈年轻化的趋势。目前治疗高血压的西药很多, 西药降压作用较快, 但长期服用易产生耐药, 且有一定的不良反应。中药作用缓和, 降压平稳, 不良反应小, 在防治高血压并发症的发生和改善患者生存质量方面有很大的优势^[1]。

1 高血压的分型

高血压是一种以体循环动脉压增高为主要特征的临床综合征, 可分为原发性(高血压病)和继发性两类, 高血压病占高血压的90%以上。根据世界卫生组织和国际高血压学会(WHO/ISH)联合提出的高血压诊断标准, 即收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$, 舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$, 可诊断为高血压。具体分型见附表1。

2 高血压的病机和临床表现

高血压病的病因尚未明确, 目前认为是在一定的遗传背景下由于多种后天环境

因素作用使正常血压调节机制失衡所致。高血压病属于传统中医理论的“头痛”、“眩晕”范畴, 中医理论认为, 高血压病是由于七情所伤, 饮食失节, 内伤虚损而致阴阳平衡失调所致, 其病因病机早有记载。《内经》记载: “诸风掉眩, 皆属于肝”, 《丹溪心法》记载: “无痰不眩, 无火不晕”, “阴虚则肝风内动”, 认为(肝)风、痰、火是引起本病的主要原因。高血压的基本病因是阴阳失调, 气血紊乱; 病理产物是痰, 痰浊上蒙, 清阳不升, 浊阴不降; 久病人络, 塞滞脉道, 瘀血内停, 血瘀阻络; 痘变在肝, 根源在肾, 关键在脾; 病机是本虚标实, 肝肾阴虚或心脾不足是其本, 肝阳亢盛, 肝火上炎, 痰瘀互阻是其标。高血压眩晕与肝肾关系最密切, 头痛属于内伤头痛, 与肝脾肾有关, 与气血相连。

3 治疗高血压的中成药

通过查阅《临床用药须知》(《中华

祛风剂、祛湿剂、祛痰剂、理血剂、补益剂、安神剂8个类型, 以祛风剂中的平肝息风药最多, 共19种, 约占40%。其中药理作用明确有降压作用的药物是清脑降压片、心脑静片、牛黄降压丸(胶囊)、清肝降压胶囊、眩晕宁颗粒(片)、心可舒胶囊(片)、六味地黄丸7种。这些药物以治疗原发性高血压引起的头痛、眩晕为主, 通过针对病因, 选择不同的药物, 改善临床症状。

4 讨论

4.1 高血压的危害 高血压病是由于中枢神经和液体系统功能紊乱引起动脉血压增高为主要临床表现的全身慢性疾病, 是一种临床常见病、多发病, 是引起心脑血管疾病的重要危险因素, 同时其心、脑、肾等器官功能性或器质性改变引起的并发症也严重威胁人们的生命健康。高血压的主要危害是促进动脉粥样硬化的发展及导致

附表1 高血压的中医分型、症状和治则

分型	症状	治则
肝阳上亢	头晕胀痛, 面红目赤, 目胀耳鸣, 急躁易怒, 失眠多梦, 尿黄便秘, 舌红苔黄, 脉弦, 有力	平肝潜阳, 清肝泻火
肝肾阴虚	头晕目眩, 双目干涩, 五心烦热, 腰膝酸软, 失眠, 尿黄, 便干, 舌红苔少, 脉弦细数	滋补肝肾
痰湿中阻	头晕头重, 胸脘满闷, 恶心, 心悸, 胫肢麻木, 纳差, 尿黄, 便溏不爽, 舌淡红, 苔白腻, 脉沉缓	利湿健脾化痰
阳虚	眩晕, 耳鸣, 畏寒肢冷, 心悸气短, 腰膝酸软, 便溏纳差, 尿频, 舌淡红, 苔白, 脉沉细弦	补肾壮阳
瘀血阻络	眩晕, 头痛, 心悸, 健忘, 失眠, 乏力, 精神不振, 面或唇色青紫, 苔质暗, 有紫斑或瘀点, 脉弦涩或细涩	活血化瘀

2h后排尿。同时注意观察用药的效果和副作用。并定期检查病人的血、尿常规。

3 出院指导

指导病人养成良好的生活习惯, 排除与膀胱癌有关的生活因素, 戒烟酒, 少食糖精、咖啡及高脂、高胆同醇食物。少服非那西汀解热镇痛药。术后1周~2周由于电凝止血脱痂有可能继发出血, 拔除尿

管自行排尿初期可有不适及血尿等症状, 尤其大便后加重。要求病人多饮水。同时保持大便通畅, 大便时勿过分用力, 多食水果、蔬菜、蜂蜜(糖尿病不宜)或口服缓泻剂, 避免不必要的灌肠。嘱病人术后4周~8周门诊复查, 术后第1年每3个月复查膀胱镜1次, 1年后, 每半年复查1次, 以了解有无肿瘤复发, 并告知下次来医院

复查及灌药的时间。

参考文献

- 1 韦华燕.老年患者经尿道前列腺电切术联合腹股沟疝修补术的护理[J].护理学杂志, 2005, 20(6): 33
 - 2 李艳玲.导尿及留置导尿的护理进展[J].护士进修杂志, 2000, 15(7): 487
- (20110324收稿)