

口未开,宫体似正常大,于子宫左后方可触及一如3个月子宫大小之包块,与子宫分不开,部分囊性,部分实囊性,不活动直达左侧盆腔,触痛明显,诊断为盆腔包块,性质待查。B超见子宫水平位75 mm×74 mm×32mm大小,宫内见节育环,子宫在后方及子宫直肠窝内见89 mm×93 mm×40mm大小的液性暗区,内见稀疏光点,未见包膜,边界不清,提示盆腔见囊性包块,囊液稠,结合病史,陈旧性宫外孕可能性大。5月16日行阴道后穹窿穿刺术,抽出4 ml不凝血液,6月17日行腹部探查术,术中见盆腔粘连,子宫前位略大,子宫后壁与乙状结肠紧密粘连,卵巢及阔韧带均充血,水肿输卵管壶腹部如小鸡蛋大小,未见破裂口,与子宫后壁粘连,右侧输卵管充血,水肿行左侧输卵管切除术,标本经病理检查证实为左侧输卵管壶腹部妊娠。

2 讨论

宫内节育异位妊娠的B超特征及诊断^[1-3]:(1)B超扫描子宫略大,但其中未见妊娠囊子宫腔内回声增多,宫旁见有妊娠囊的液性暗区或同时有胚芽及胎心搏动,则异位妊娠的诊断即可成立。(2)B超扫描发现子宫直肠窝内有液性暗区及稀疏光点,则可能为积水,提示可通过阴道后穹窿穿刺术来确定盆腔内是否有血。(3)B超扫描如未见宫内妊娠囊,但宫内回声增多,宫旁靠近子宫的上侧方子宫直肠窝内,见有包块存在,包块内有少许光点,偶有强回声反射周围为光环,则可结合血清 β -hCG值的测定或腹腔镜检查作出诊断。(4)B超扫描如发现子宫增大与妊娠时限不相符,宫内又未见妊娠囊,宫旁未见包块,则宫内妊娠不能排除。应结合血清 β -hCG测定进行分析和诊断^[4-6]。(5)B超扫描有时在宫内可见有假妊娠囊(约为20%),因此鉴别真假妊娠囊极为重要,伪妊娠囊由血液和增生的子宫内膜或蜕膜管型

形成,故多集中在宫腔的中央,而极早期的真妊娠囊多位于一侧,呈外正圆形的囊成环,孕6周后,虽位置移正中,但此时已出胚芽及胎心搏动,可以鉴别^[7-9]。(6)B超扫描时,如异位妊娠包块内未见妊娠囊,则应与卵巢囊肿、子宫内异位症及其症性包块相鉴别:卵巢囊肿一般是外形规则,包膜完整,圆形的液性暗区内无光点或光点很少;子宫内异位症及炎症性包块,一般形状不规则,境界不清,包块不完整,与周围组织常粘连。故可与未破裂的早期异位妊娠鉴别。

参考文献

- 1 赵克兰. 妇科合并急腹症病例临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2001, 17(1): 50-51.
- 2 龚蓉. B超在妇科急腹症诊断中应用[J]. 中国现代医生, 2008, 46(1): 106-107.
- 3 黄帆. 早期宫外孕及误诊的超声诊断分析[J]. 天津医药, 2002, 30(4): 245.
- 4 张春明. 12例卵巢妊娠临床分析[J]. 现代妇产科理论与临床, 1994, 15(3): 316-317.
- 5 姚宝钗. 少见异位妊娠27例临床分析[J]. 中国实用妇产科与产科学杂志, 1997, 13(1): 33-35.
- 6 磨若然. 妇产科疾病诊断治疗学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 119, 122, 125.
- 7 曹泽毅主编. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1812.
- 8 杨菁文. 交通性残角子宫妊娠误诊为子宫妊娠1例及相关文献复习[J]. 现代妇科进展, 2004, 12(1): 62.
- 9 梁君佐. 超声检查急腹症的临床价值[J]. 中国医学影像学杂志, 2007, 15(1): 49-50.

[收稿日期 2009-09-01][本文编辑 刘京虹 韦颖(见习)]

护理研讨

经尿道前列腺等离子双极电切术与经尿道前列腺单极电切术的护理方法与效果探讨

杨贞, 苏依莱, 蒙有轩

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院泌尿外科

作者简介: 杨贞(1972-), 女, 大学本科, 学士学位, 主管护师, 从事泌尿外科临床护理工作。E-mail: 980281522@qq.com

【摘要】 目的 探讨经尿道前列腺等离子双极电切术(PKRP)与经尿道前列腺单极电切术(TURP)的护理方法, 提高前列腺手术护理质量。方法 对两组患者均行术前心理指导和术后常规护理, 对术后持续膀胱冲洗时间、下床活动时间、拔除尿管时间、住院时间以及术后主要并发症等方面作了统计学处理和对比分析。结果 PKRP组与TURP组比较护理质量有较大的优势。结论 PKRP组与TURP组比较, 治疗效果完全相同, PKRP组术后留置尿管时间、膀胱冲洗时间均较短, 无经尿道前列腺电切综合症发生, 有出血少, 并发症更少, 恢复快, 住院时间短等优点, 对提高护理工作效率和质量有重要意义, 病人更乐于接受。

[关键词] 前列腺增生症; 经尿道前列腺等离子电切术; 经尿道前列腺电切术; 护理
 [中图分类号] R 697 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2010)03-0281-03
 doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.03.32

经尿道前列腺等离子双极电切术(PKRP)是目前前列腺增生症(BPH)治疗中较安全的一种微创新技术^[1],治疗效果与经尿道前列腺电切术(TURP)完全相同的,且具有术中出血少、术后留置尿管时间短、病人痛苦小、恢复快等优点,使其在术后的观察及护理上明显优于TURP。我院自2008-03~2008-10应用PKRP治疗前列腺增生症50例,并与同期采用TURP 50例作护理对照,现将有关护理特点报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 选择2008-03~2008-10我院100例确诊为前列腺增生症(BPH)患者随机分为两组,PKRP组为50例,TURP组为50例。两组患者年龄、经直肠B超测定前列腺体积、术前血Na⁺浓度、内科合并症等差异无统计学显著意义(P>0.05)。见表1。

表1 两组患者术前一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	前列腺体积(ml)	内科合并症[n(%)]	术前血Na ⁺ (mmol/L)
PKRP组	50	68.6 ± 7.5	65.4 ± 11.5	19(38.00)	141.1 ± 5.3
TURP组	50	68.4 ± 6.5	62.5 ± 12.5	17(34.00)	141.8 ± 6.1
t/χ ²	-	0.1425	1.2073	0.1736	0.6125
P	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法 两组手术均在硬外麻下进行,PKRP组采用英国

表2 两组患者术中及术后情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	术后3h血Na ⁺ (mmol/L)	术后住院时间(d)
PKRP组	50	61.1 ± 4.2	195.3 ± 85.7	141.3 ± 5.6	6.3 ± 2.3
TURP组	50	65.6 ± 5.9	350.1 ± 169.4	136.0 ± 4.8	7.6 ± 2.2
t	-	4.3937	2.0411	5.0812	2.8882
P	-	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01

表3 两组患者术后及主要并发症情况比较($\bar{x} \pm s, n(\%)$)

组别	例数	膀胱冲洗时间(h)	下床活动时间(h)	拔除尿管时间(d)	TURS先兆	继发性出血
PKRP组	50	(24.3 ± 1.3)	24.6 ± 3.7	3.5 ± 1.7	0(0.00)	0(0.00)
TURP组	50	(27.1 ± 6.4)	30.2 ± 4.6	4.9 ± 3.1	3(6.67)	4(8.89)
t/χ ²	-	3.0317	6.7077	2.8000	3.8437	4.1667
P	-	<0.01	<0.01	<0.01	<0.05	<0.05

Cyrus经尿道等离子双极电切系统,冲洗液为0.9%生理盐水连续冲洗;TURP组采用wolf电切镜经尿道单极电切系统,冲洗液为3.5%甘露醇,手术均在电视监视下进行,在膀胱颈与精阜水平之间依次切除前列腺各叶及精阜两旁组织,术毕根据Desmonol比色法^[2]估算术中失血量。术后按泌尿外科常规护理,观察记录术后3h血Na⁺浓度、主要的并发症、持续膀胱冲洗时间、下床活动时间、拔除尿管时间、术后住院时间。

1.3 统计学方法 采用SPSS10.0统计软件进行数据统计学处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验,计数资料采用χ²检验,P<0.05为差异有统计学显著意义。

2 结果

2.1 两组手术情况比较 两组患者手术均成功,但TURP组术中失血量多于PKRP组,术后3h平均血Na⁺浓度虽然在正常范围,但较术前明显下降,且低于PKRP组(P<0.01),其中有2例出现前列腺电切综合征(TURS)先兆。PKRP组术后3h血Na⁺浓度与TURP组比较差异有统计学显著意义(P<0.05)。见表2。

2.2 两组术后情况比较 两组术后膀胱冲洗时间、术后下床活动时间、术后拔除尿管时间、术后主要并发症比较差异有统计学显著意义(P<0.05或<0.01)。见表3。

强恢复健康的信心。

3.2 术后严密观察生命体征 因老年患者合并症多,加之麻醉、手术创伤,仍有一定危险,术后心电监护动态监测血压波动和脉搏变化情况,每1次/30min,直至病情平稳后改1次/6h。

3.3 冲洗液的管理 两组术式在术中、术后均需持续膀胱冲洗。术中冲洗目的是保持清晰的术野,PKRP冲洗液为

3 讨论

3.1 术前心理指导 患者入院2d内通过对患者问卷调查,了解病人性格,评估其爱好和文化程度,根据患者心理特点和心理需要进行相关的心理健康知识的宣传指导,将PKRP或TURP的特点、术前和术中配合、术后注意事项及出院指导向患者详细介绍,满足患者的实际需求,让患者对手术有一个初步的认识,使患者保持良好的心理状态接受手术,增

0.9%生理盐水连续冲洗;TURP灌洗液为3.5%甘露醇。术后均使用3L袋盛装的无菌膀胱冲洗液持续冲洗膀胱,以免膀胱内血液凝集堵塞尿管,根据引流液的颜色调节冲洗的速度。待引流液转为微红色可夹管观察2~4h,无继续出血即可停止冲洗。由于PKRP组切割前列腺组织时使表层组织汽化,汽化层下面形成1~2mm均匀凝固层,使小动脉、小静脉、毛细血管断面随即闭塞,止血确切^[3],术后引流液色淡红或微红,甚至是清色,一般冲洗速度40~60滴/min。TURP组汽化创面的焦痂脱落,创面易感染及出血,因而必须保持引流通畅,冲洗速度80~100滴/min,同时牵拉尿管,使气囊压迫创面止血。PKRP组术后出血量少,缩短了膀胱冲洗时间,节省了患者治疗费用,同时减轻了护理工作量。

3.4 早期下床活动 膀胱冲洗停止后,鼓励患者早期下床活动并向病人说明早期下床活动的意义。由于术后行膀胱冲洗需卧床休息,肢体活动减少,致使血流缓慢,血液淤积,加上患者老龄合并心血管疾病是发生深静脉血栓形成的高危因素,术后止血药的常规应用,使血液处于高凝状态,极易诱发下肢深静脉血栓形成。PKRP组膀胱冲洗时间缩短,患者早日下床活动,有效防止深静脉血栓形成及避免患者因卧床时间长出现便秘而继发出血,促进康复,从而缩短了住院时间,减少了护理工作量。

3.5 拔除尿管后的护理 TURP术后前列腺窝内焦化组织多^[4],导尿管拔除后尿频、尿急等尿路刺激症状明显,应适当使用抗生素的同时嘱患者多饮水,起到自然冲洗的作用,保持24h尿量2500ml以上。护士应加强巡视病房,耐心倾听患者的主诉,观察记录排尿次数、尿色、尿线粗细、有无排尿困难。由于PKRP止血效果好,损伤小,操作精确,拔管后病人尿路刺激症状轻,恢复快,加快了床位周转。

3.6 主要并发症的观察护理

3.6.1 前列腺电切术后应严密观察有无膀胱出血、TURS等主要并发症。术后出现恶心、呕吐、高血压、心动过速及精神症状,应警惕TURS。TURP组有2例出现TURS先兆(呼吸急促、烦躁不安,急查血 $\text{Na}^+ < 130 \text{ mmol/L}$),立即给予静脉

注速尿20mg及静脉补钠等治疗后缓解,痊愈出院。TURP采用灌洗液为甘露醇,大量灌洗液吸收进入血循环,血容量剧增,血钠突然下降,从而导致重要器官一系列生理改变。而PKRP采用的灌洗液为生理盐水,避免了因非电解质液大量、快速吸收入体内引起的稀释性低钠血症,即“水中毒”,从根本上杜绝水中毒的发生。

3.6.2 TURP组1例患者停冲洗后下床解大便,出现尿管持续出血性尿液并阻塞尿管,检查膀胱区隆起,病人烦躁不安,立即协助医生予膀胱血块清除术,经膀胱冲洗,配合静脉止血药治疗后尿色转清。多因创面痂壳脱落,应避免剧烈运动。鼓励患者进食高维生素、高营养易消化的食物配以蔬菜、水果,保持大便通畅。防感冒咳嗽,因患者便秘用力排便或剧烈咳嗽腹压增大时诱发。与TURP术不同,PKRP术采用双极回路及低温切割,其组织切割面的温度仅为40~70℃,加之极有限的热传透,电凝组织发白,极少炭化,减少了术中出血和术后焦痂脱落而致再出血^[1],避免了术后继发性出血的发生。采用舒适护理贯穿到整个护理过程中,让病人身心处于最佳舒适状态,减少并发症,促进患者早日康复。本组结果表明,PKRP组缩短了住院天数及术后膀胱冲洗时间和尿管停留时间,而且并发症少,病人得到了最佳的舒适状态,加快患者的恢复速度,缩短住院时间。

参考文献

- 高琳,王晓民,林相国,等.经尿道治疗前列腺增生两种术式的对比研究[J].中国老年学杂志,2008,1(28):47-49.
- 扬荣,印志良,主编.经尿道电切术[M].北京:学林出版社,1989:108-409.
- 汪中扬,马波,潘兆君,等.经尿道等离子前列腺汽化电切术与经尿道前列腺电切术的近期疗效比较[J].中华腔镜泌尿外科杂志,2008,2(1):34-35.
- 周金超.经尿道前列腺等离子双极电切术的并发症分析[J].中华现代外科学杂志,2008,5(6):411-412.

[收稿日期 2009-09-16][本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]

护理研讨

气管切开术后两种气道湿化方法的效果观察

杜丽华, 汪桃花

作者单位: 333000 江西,景德镇市第一人民医院ICU

作者简介: 杜丽华(1971-),女,本科,学士,主管护师。研究方向:急危重症护理。E-mail:minmin3891@163.com

[摘要] 目的 探讨气管切开患者的两种气道湿化方法(间断湿化法和持续湿化法)的效果。方法 对50例气管切开患者随机分成两组,对照组用间断湿化法,观察组用持续湿化法。对两种湿化方法的刺激性咳嗽、肺部感染、支气管水肿三个方面进行比较。结果 持续湿化法优于间断湿化法,两组间差异有统计学显著

万方数据