

### 3 讨论

鼻窦炎属于临床常见病症,具有较高的发病率。针对此类型病症患者,临床多主张实施手术方法治疗。手术治疗的实施虽然能将鼻腔功能有所保留,降低复发率,缩小对组织的伤害,但也存在一定的局限性,因该术式的应用需对鼻窦开放、通气鼻窦及引流等过程,因此会加大鼻腔创面面积,从而诱发淤血、粘连和感染等并发症的发生<sup>[8-10]</sup>。而部分患者由于未能对治疗后的饮食及护理等生活习惯适应,从而很容易出现焦虑、烦躁等不良心理情绪,使其严重影响患者治疗和预后<sup>[11-13]</sup>。对此,在临床治疗的同时予以相应的个性化护理尤为重要,健康教育可提高患者对疾病的认知程度,提高治疗的依从性,患者对鼻内镜鼻窦开放术的认识及治疗状况,决定了患者的预后,只有患者遵医嘱,合理用药,按规定时间复查换药,才能改善预后。通过对患者进行认知、心理、行为健康教育,提高了患者对鼻内镜鼻窦开放术的认知程度,从而调动了患者就医的积极性。通过对鼻内镜鼻窦术后患者进行个性化护理干预,使患者充分认识规律用药和定期复查的重要意义,使患者懂得坚持服药的重要性及不依从行为的后果,而自觉按时按量服药,促进了患者术后康复。

#### 参考文献:

[1] 陈丽君. 舒适护理对鼻内镜鼻窦手术后患者治疗依从性影响的研究[J]. 世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊, 2016,16(34):257-

258.

[2] 黎金梅, 吴雪坚. 实施复诊综合管理对鼻内镜鼻窦手术患者术后远期治疗效果的观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016,37(12):1576-1578.  
 [3] 文玉敏. 护理干预对鼻内镜鼻窦手术后患者治疗依从性影响研究[J]. 右江民族医学院学报, 2015,37(4):657-658.  
 [4] 程素玲, 黄秀冰. 护理干预对内窥镜鼻窦术后治疗依从性的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2015,26(21):5025-5026.  
 [5] 郑秀兰. 集束护理干预对鼻内镜鼻窦手术患者治疗依从性的影响[J]. 中外医疗, 2015,34(36):142-144.  
 [6] 徐俊蓉. 预见性护理干预对鼻内镜鼻窦手术后患者治疗依从性的作用探讨[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2016,1(4):75-76.  
 [7] 潘虹蓉. 鼻内镜鼻窦手术采用护理干预对术后远期疗效的影响探讨[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017,2(6):77-78.  
 [8] 范慧君, 刘庆素, 欧阳侯静, 等. 延续性护理对鼻内镜术后出院病人依从性的影响[J]. 护理研究, 2015,29(26):3263-3264.  
 [9] 屈凤勤. 鼻内窥镜手术治疗慢性鼻-鼻窦炎临床疗效及影响因素[J]. 中国实用医刊, 2015,42(4):80-81.  
 [10] 姚艳波. 护理干预对鼻内镜手术治疗鼻窦炎鼻息肉患者的影响[J]. 内蒙古医学杂志, 2015,47(10):1238-1239.  
 [11] 王国利, 沈毅, 杨驱云, 等. 延续性护理干预对内窥镜鼻窦手术患者的疗效分析[J]. 中国现代医生, 2016,54(4):160-163.  
 [12] 皮文, 吕凌云, 王成禹. 应用 Logistic 回归分析鼻内镜下治疗慢性鼻窦炎效果影响因素[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2014, 20(1):17-20.  
 [13] 丁晓旭, 胡玥, 姜菲菲, 等. 鼻内镜手术治疗复发性鼻窦炎Ⅲ型的临床疗效观察[J]. 中国医科大学学报, 2016,45(6):566-568.

## 前列腺电切术后护理体会

冯 雯, 太荣芬<sup>\*</sup>

(云南省第一人民医院泌尿外科, 云南 昆明 650031)

**【摘要】** 目的 总结分析前列腺电切术后护理方法、效果。方法 采用回顾性分析法对我科2016年7月至2017年10月行前列腺电切术的320例前列腺增生患者的临床资料进行分析,总结对他们采用的术后护理方法,评价效果。结果 经必要的治疗和精心的术后护理,所有患者均康复出院。结论 针对行前列腺电切术的前列腺增生患者的特点,对其进行有针对性的术后护理和康复指导,有助于降低术后并发症,有助于排尿功能的恢复,有助于提高患者的治疗效果和生活质量。

**【关键词】** 前列腺气化电切除;护理;体会

中图分类号: R473.6 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2018.06.087

现代医疗技术发展日新月异,治疗前列腺肥大的方法也越来越多,而尿道前列腺气化电切术更是近几年治疗前列腺增生的“金指标”<sup>[1]</sup>。其原理是应用电切镜器械,经过尿道并在直视状态下,切除前列腺增生部分。与传统的开放手术摘除前列腺相比,经尿道前列腺电切术对患者损伤小、出血少、术后痛苦小、恢复快<sup>[2]</sup>。一般情况下,经常采用经尿道前列腺电切除术对前列腺增生患者进行治疗。虽然可以使患者得到良好的治疗效果,但是因多种因素的影响,使得患者术后容易发生尿失禁、尿频等情况,影响术

后效果和康复效果。因此,要针对行前列腺电切术的前列腺增生患者的特点,对其进行有针对性的术后护理和康复指导。本研究自2016年7月至2017年10月对行前列腺电切术的320例前列腺增生患者进行了精心的术后护理和有效的康复指导,且取得了不错的效果,现将护理体会总结如下。

### 1 常见并发症的护理措施

1.1 保持良好的牵引位置和适当的重量 经尿道等离子汽化电切术(TURP)后常规留置三腔气囊导尿管(224G),其中一腔充液(30ml左右)起固定

止血作用,通过气囊压迫前列腺窝起到止血目的;另二腔通过膀胱冲洗液观察术后出血情况,以及持续引流作用。导尿管的牵引固定很重要,牵引以拉直尿管于两腿间用滑轮牵引悬挂,重量以(500~800)g为准。固定气囊持续牵引,防止气囊因患者下肢活动位置移动。在牵引过程中,经常检查,防止牵引绳被衣物、被褥等重物压迫,而达不到牵引固定的效果。用以上方法牵引固定,尿管可以得到持续稳定的牵引效果,达到了持续膀胱冲洗通畅,减少了出血的机会,避免了以前固定于下肢一侧而导致随患者下肢活动引起气囊位置改变的弊端。

1.2 膀胱冲洗液的温度和速度的选择 术后为防止手术部位渗出、凝血块堵塞引流管,常规持续膀胱冲洗,冲洗液为生理盐水,温度为20℃~30℃为宜<sup>[3]</sup>。温度过低易引起膀胱痉挛,过高则加重手术部位出血。冲洗速度为手术后当天(100~120)gtt/min,术后(1~2)天为(80~100)gtt/min,术后(3~5)天(60~80)gtt/min<sup>[3]</sup>。一般术后都有肉眼血尿,随着时间的延长,血尿颜色逐渐变浅。若尿颜色深红或逐渐加深,说明有活动性出血,应采取止血措施或通知医生查找原因,对症处理。

1.3 膀胱痉挛的预防和护理 膀胱痉挛是前列腺术后常见并发症,发生率为50%<sup>[3]</sup>。膀胱痉挛的判定:患者自觉有明显的膀胱胀满感,急迫的排尿感,膀胱痉挛性疼痛,一般用药物止痛效果不佳。此时,可观察到膀胱冲洗不畅,冲洗液颜色加深,冲洗液返流及导尿管周围有尿液溢出<sup>[4]</sup>,引流管堵塞,患者非常痛苦。

1.4 会阴护理 留置尿管期间,用生理盐水清洗尿道口,2次/d,后喷上洁悠神长效抗菌材料,可在尿管表面形成一层保护膜,有效地预防了留置尿管期间继发的尿路感染,尿袋要低于膀胱水平以下,以防止逆行感染<sup>[5]</sup>。将长效抗菌材料(洁悠神)喷洒导尿管和尿道口后其阳离子活性成分在尿道涂布面广,能渗入黏膜皱襞充分发挥局部抗菌作用;“洁悠神”的抗菌机理为物理抗菌,不影响尿道的pH值及生理功能,并可避免在抗生素长期使用后细菌耐药菌株和耐药性的产生,无毒副作用。长效抗菌材料的液状制剂在导尿管壁固化后形成长效抗菌网膜,阻止了细菌生物膜的形成<sup>[6]</sup>。

1.5 尿管引流不畅 挤压引流管,如挤压效果不佳,先用无菌注射器抽吸,再用无菌生理盐水将血块冲开,反复冲洗抽吸。膀胱痉挛又可使出血进一步加重,它们互为因果,手术部位的出血凝血块堵塞尿管导致引流不畅,引发膀胱痉挛,膀胱痉挛又可导致出血加重。韩冰等报道<sup>[3]</sup>,利用瞬间急流冲洗法进行膀胱冲洗,能从根本上解决引流管堵塞的问题,减少膀胱痉挛的发生。方法是:在每日设定冲洗速度的基础上(前述),定时挤压引流管,在确保引流管通畅的情况下,关闭冲洗管(5~10)s,然后突然打开,使冲洗液呈流状持续(20~30)s,再恢复原来的速度。

一般手术当日,1次/(15~30)min,术后(1~2)天,1次/h,术后(3~5)天,1次/2h。

1.6 出血 对引流液的颜色、性质及量进行严密观察,对冲洗的速度及时作出调整,使导尿管能够保持牵引持续有效。若是出现引流不畅等现象,如有必要需用无菌生理盐水予以反复的抽吸冲洗,一直到引流通畅再结束。嘱咐患者要进行保暖、避免发生受凉感冒的现象,根据患者的病情嘱咐保持大便通畅。嘱咐患者早一点进行床上以及床边的一些活动,避免进行一些剧烈运动或者是提重物<sup>[7]</sup>。尽量多喝水,多食用一些容易消化的粗纤维食物,对腹部进行按摩使肠蠕动得到促进,保持大便通畅。

1.7 尿路狭窄 电切术后引起尿道狭窄的主要原因是创伤以及感染。感染会使创伤加重,并且还会导致黏膜发生坏死、溃疡甚至反复发炎,出现瘢痕导致狭窄。所以,不仅要求术者术中注意操作、减少损伤,还要在护理方面对尿路感染进行严格预防。对无菌操作要严格执行,对导尿管的护理也要加强,使会阴部保持清洁,对尿道外口分泌物以及结痂要及时予以清除,并且对患者多喝水、多排尿予以鼓励<sup>[8]</sup>。

## 2 结果

45例(14.1%)在手术结束后的恢复期内出现并发症。主要类型包括:电切术综合征、出血、尿道狭窄、膀胱痉挛、尿失禁。出现并发症的患者在经过及时有效的处理和针对性护理后,其症状均扭转,没有对患者的恢复造成更大的影响,所有患者均康复出院。

## 3 结论

虽然TURP术作为治疗BPH的金标准,其技术也在不断地更新及纯熟但术后出血仍是主要并发症。其主要原因多为术后膀胱痉挛、过早过多活动、腹压增高以及术中止血不彻底等。护理工作者是临床一线的观察员,通过早期发现病情变化,防止膀胱痉挛、避免腹压增高,防止尿路感染等,是可以有效的减少和降低TURP术后不良并发症的发生率。总而言之,对接受经尿道前列腺电切术治疗后可能出现的并发症进行充分的了解,并在患者术后采取必要的针对性护理干预措施,可以有效预防患者在手术后的恢复期内出现并发症。

## 参考文献:

- [1] Dimitri M. TURP with the new superpulsed radiofrequency energy: More than a gold standard[J]. Eur Urol, 1999, 36(4): 331-334.
- [2] 胡新月. 膀胱冲洗温度对前列腺电切术后并发症的影响[J]. 河南外科学杂志, 2009, 15(5): 54.
- [3] 韩冰, 张香叶. 改进膀胱冲洗法对降低前列腺摘除术后患者膀胱痉挛的临床研究[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(8): 22.
- [4] 贺彩芳, 吴雪洁. 留置尿管致尿路感染与集尿袋更换时间的相关性研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2007, 17(4): 412.
- [5] 王芸, 李丹. 经尿道前列腺等离子电切术后留置尿管护理[J]. 解放军医药杂志原《华北国防医药》, 2011, 23(4): 183.
- [6] 吴玲, 戴玉田. 长效抗菌材料“洁悠神”对留置导尿管伴慢性尿路

感染预防的研究[J]. 中华男科学杂志, 2005, 11(8): 581.

[7] 李俊英, 苟凤娟, 李露霞. 经膀胱前列腺切除术膀胱痉挛的护理对策[J]. 华西医学, 2007, 12(14): 505-506.

[8] 何其英, 李鹰霞, 蒋平, 等. 经尿道前列腺电切术后尿道狭窄发生的危险因素与护理[J]. 实用护理学杂志, 2008, 17(15): 120-121.

## 品管圈活动对小儿肠造口周围皮炎及家属负性情绪的影响

李妍妍

(郑州大学附属儿童医院 / 河南省儿童医院 / 郑州儿童医院, 河南 郑州 450000)

**【摘要】** 目的 探讨品管圈活动对小儿肠造口周围皮炎及家属负性情绪的影响。方法 于2017年1月至12月,对我院住院部收治的36例小儿肠造口周围皮炎患儿实施品管圈护理活动,设置为观察组,并将其与2016年1月至12月实施传统护理模式的36例小儿肠造口周围皮炎患儿进行对比,设为对照组,对比两组患儿病情状况及其家属负性情绪的变化。结果 观察组护理效果明显优于对照组,干预后两组HAMA、HAMD评分较干预前明显降低,组间对比发现,观察组HAMA、HAMD评分明显低于对照组,差异显著有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 品管圈活动的实施有助于提高小儿肠造口周围皮炎的护理效果,改善患儿家属的负性情绪,参与到患儿的治疗过程中来。

**【关键词】** 品管圈; 小儿肠造口周围皮炎; 负性情绪; 并发症

中图分类号: R473.72 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2018.06.088

小儿肠造口术是抢救肛肠先天性畸形、肠坏死合并休克以及腹腔广泛感染等危重急腹症的常用手术方式,主要是将肠管的一端或两端引出体表形成一个开口或一个袢,来达到排泄粪便、减轻肠梗阻的目的,是挽救、延续生命和改善生活质量的重要手段<sup>[1]</sup>。但肠造口后容易并发多种并发症,其中周围皮肤炎症是造口术后早期最常见的并发症之一,不仅给患儿本身增加痛苦,同时其家属也会因此陷入焦虑、紧张等负性情绪的循环中,影响治疗进程<sup>[2]</sup>。近年来临床将品管圈活动应用于小儿肠造口周围皮炎中取得良好效果,但有关活动对家属负性情绪的影响相对少见,本研究对此做进一步探讨,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 于2017年1月至12月,对我院住院部收治的36例小儿肠造口周围皮炎实施品管圈护理活动,设置为观察组,其中包括男性12例,女性24例,年龄均在(2~10)岁,平均年龄(6.51±1.24)岁;将2016年1月至12月实施传统护理模式的36例小儿肠造口周围皮炎进行对比,纳入对照组,其中包括男性11例,女性25例,年龄均在(3~11)岁,平均年龄(7.02±1.16)岁。所有患儿均有肠造口,有家属照料,居住本市,符合家庭随访要求;家属对本次研究过程知情同意,并自愿参与;排除合并有严重的基础疾病者。两组患者的一般资料对比,无统计学意义 $P > 0.05$ ,具有可比性。

1.2 方法 对照组给予传统护肤方法,观察组儿童接受QC护理模式治疗。具体方法如下:①使用鱼骨图分析儿童造口周围皮肤发炎的主要原因,加强皮肤护理,根据鱼骨图的分析发现小儿皮肤一般比较嫩,受到外界刺激容易发生炎症反应,所以要加强皮肤护理。术后早期对患儿造口周围皮肤清洗干净,擦抹护肤粉。造口处换药时利用生理盐水消毒处理,不

能使用含有酒精的消毒剂,以减少对小儿皮肤的刺激;②造口袋选择:患儿如果使用造口袋,在佩戴之前要进行皮肤过敏试验,观察患儿是否属于过敏性皮肤,根据试验情况为患儿选择不过敏的造口袋;同时造口袋的选择尽量使用两件式造口袋,减少更换造口袋的次数,预防对患儿造口周围皮肤的撕扯伤害;③新造口护理:对于新造口要注意护肤粉、保护膜及防漏膏的应用,减少对皮肤的伤害。首先利用生理盐水清洁患儿造口皮肤,晾干后涂抹护肤粉,并利用棉签将护肤粉摊平,而后将保护膜喷在患儿皮肤上,再将防漏膏涂在造口处;④心理护理:治疗过程中患儿家属由于爱子心切和对疾病的不了解,容易产生负面情绪,所以护理过程中必须实施一定的心理护理,积极鼓励家属,使其了解疾病的发生、发展、治疗以及预防等知识,提高对疾病的认知;护理人员多与患儿及其家属交流、沟通,给予患儿家属足够的支持和鼓励,给家属讲解以往成功治疗案例,提高患儿家属战胜疾病的信心,提高其治疗依从性。

1.3 观察指标 ①护理效果,临床分期标准I期:皮肤完整,仅表皮发红;II期表皮或真皮受到损伤,皮肤表层产生水疱、破皮,无坏死;III期皮肤受到损伤直至皮下组织,且伴有感染、渗出、坏死等情况;IV期皮肤损伤穿过皮下脂肪直至肌肉,或发生坏死<sup>[3]</sup>;②负性情绪:采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)与汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估患者家属的焦虑抑郁程度<sup>[4]</sup>,得分越高表示症状越重,从每位患儿家庭中抽选1名家长,作为调查对象。

1.4 统计学处理 采用SPSS 19.0统计软件对数据进行统计分析。计量数据资料以均数±标准差表示,组间比较采用独立样本 $t$ 检验,计数资料以百分比表示,采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 表示差异显著,具有统计学意义。