

经尿道前列腺等离子双极电切术后并发原发性纤溶亢进患者的护理 (3 例)

胡小兰, 万国英, 熊焕腾, 付丹丹 (通信作者)

江西省人民医院泌尿外科 (江西南昌 330006)

摘要 回顾性分析 2014 年 1 月至 2016 年 12 月 3 例经尿道前列腺等离子双极电切术后并发原发性纤溶亢进患者的护理资料, 细致观察病情, 建立有效的静脉通路, 遵医嘱静脉输注纤溶抑制剂 (氨基己酸、氨甲环酸、抑肽酶) 和补充纤维蛋白原 (新鲜冷冻血浆), 停用蛇毒血凝酶类止血药, 加快膀胱冲洗速度, 保持导尿管引流通畅、动态监测血红蛋白、凝血功能、预防感染、营养支持及做好心理护理。3 例拔除导尿管后排尿通畅, 均痊愈出院。经尿道前列腺等离子双极电切术后可继发获得性原发性纤溶亢进, 经过有效的早期诊断、及时治疗及精心护理, 可获得良好的临床疗效。

关键词 经尿道前列腺等离子双极电切术; 纤溶亢进; 护理

(中图分类号) R473 (文献标识码) B (文章编号) 1002-2376 (2017) 20-0186-02

原发性纤维蛋白溶解亢进是指在某些原发病的病理生理过程中, 纤溶酶原激活物、激肽释放酶、活化因子 XII 增多或纤溶系统抑制物减少, 引起纤维蛋白溶解活性亢进而不伴发血管内凝血的一种出血综合征^[1]。良性前列腺增生 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 是中老年男性最常见的泌尿系疾病之一, 超过 60% 的 60 岁以上的男性有 BPH^[2]。经尿道前列腺等离子双极电切术 (BP-TURP) 是治疗 BPH 患者的有效方法之一, 术后出血是最常见的并发症, 继发获得性原发性纤溶亢进症极为少见^[3]。本研究选取 2014 年 1 月至 2016 年 12 月收治的 3 例 BP-TURP 后并发原发性纤溶亢进患者, 经积极治疗和精心护理, 均痊愈出院, 现报道如下。

1 临床资料

3 例患者年龄 79~88 岁, 因排尿不畅, 反复尿潴留 8~10 年。患者均于 10 年前无明显诱因开始出现尿频, 排尿不畅, 首次发生尿潴留, 予以留置导尿 1 周, 此后长期服用非那雄胺和坦索罗辛治疗, 患者每 1~2 年发生急性尿潴留 1 次, 经留置导尿 1 周后拔除导尿管, 可以自主排尿。既往健康状况均良好, 查体: 生命体征、心、肺、腹部均无阳性体征, 直肠指检: 1 例前列腺 II 度增大, 2 例前列腺 III 度增大。入院后均行血常规, 凝血功能, 肝肾功能电解质, 总前列腺特异性抗原 (prostate specific antigen, PSA), 游离 PSA 检查均在正常范围。1 例腹部超声显示血吸虫肝, 肝多发囊肿。3 例均于硬腰联合麻醉下行 BP-TURP。手术顺利, 持续时间约 80~90 min, 止血彻底, 无静脉窦破裂出血及包膜穿孔, 术毕持续膀胱冲洗通畅、引流液清亮。术后 4~6 h 开始膀胱冲洗引流液变成鲜红色, 先后输红细胞悬液, 并调整牵拉气囊导尿管, 予以双氯芬酸钠栓减少膀胱痉挛、止血药物等保守治疗, 出血不缓解。2 例于硬腰联合麻醉下行经尿道前列腺窝等离子双极电凝止血术, 二次术后持续膀胱冲洗引流液清亮, 4 h 后持续膀胱冲洗引流液再次呈鲜红色, 保守治疗无缓解。复查凝血功能: 凝血酶原时间 16.9~19.1 s (正常值 10~14 s), 活化部分凝血活酶时间 43.5~47.2 s (正常值

21~37 s), 纤维蛋白原 0.31~0.34 g/L (正常值 2~4 g/L), D-二聚体 1.70~1.81 mg/L (正常值 0~0.55 mg/L), 纤维蛋白降解产物 57.4~60.3 mg/L (正常值 <5.0 mg/L)。请血液科会诊, 诊断为原发性纤溶亢进。经红细胞悬液纠正贫血, 反复输血浆、冷沉淀补充凝血因子, 氨甲环酸抗纤溶治疗后, 持续膀胱冲洗引流逐渐变清亮。术后第 4~5 天停膀胱冲洗, 第 8~10 天拔除导尿管, 排尿通畅, 尿液清亮, 痊愈出院^[4]。

2 护理

2.1 细致观察病情

术后予心电监护仪持续监测生命体征, 每 30 分钟记录 1 次。手术创面渗血是原发性纤溶亢进的特点, 严密观察出血倾向, 如针眼出血, 皮下瘀斑, 膀胱冲洗液颜色及尿道口溢血。一旦出现膀胱冲洗液鲜红及尿道口溢血, 血液不凝固, 出血量大, 应考原发性纤溶亢进可能, 应立即通知医师, 遵医嘱采取紧急的处理措施。本组 3 例患者手术回病房后, 责任护士巡视病房时发现膀胱冲洗液鲜红并且血液不凝固, 经采血检查, 结果显示: 血小板正常, 凝血时间延长, 纤维蛋白原下降, D-二聚体和纤维蛋白 (原) 降解产物 (FDP) 升高, 立即向医师报告。

2.2 建立静脉通路

由于患者用药, 输液, 补充血红蛋白和纤维蛋白原, 每日输液量大, 持续时间长。我们应建立 2 条以上静脉通路, 并保持畅通, 使用留置针穿刺输液, 留置针的可保留性和随时处于可使用状态, 满足了急救的需要。对穿刺部位加强护理, 避免反复穿刺, 增加组织损伤而引起出血。本组 3 例患者由经验丰富的主管护士担当责任护士, 全部使用留置针穿刺输液, 未发生反复穿刺现象。

2.3 动态监测凝血功能

每日监测凝血的指标, 了解凝血时间、纤维蛋白原、D-二聚体和 FDP 水平, 评价目前治疗效果, 也为下一步治疗提供依据。为了保护穿刺部位不出现皮下出血, 我们力争一针见血, 减少穿刺次数。采集血液标本时避免在输液同侧肢体上端及输液处采血, 采血部位首选用股静脉, 这样可避免在上肢测血压时因袖带压力增加, 加重肘正中静脉出血,

形成水肿的可能性。采血后需按压穿刺部位 5 ~ 20 min。

2.4 静脉输液输血的护理

3 例患者均为高龄，心、肺功能差，患者均静脉输注纤溶抑制剂、抗生素、血浆、红细胞悬液等晶体和胶体物质。每日输入 800 ~ 1 000 ml 血浆，红细胞悬液 2 个单位、氨甲环酸 1 ~ 2 g 用 500 ml 0.9% 氯化钠注射液稀释后静脉滴注，除严格执行查对制度、遵守输血操作常规外，在输注过程中加强巡视，观察有无输液输血反应，肺水肿，心力衰竭发生。本组 3 例患者在补液过程中，使用心电监护仪监测患者的心率、脉搏、心电图，调节输液输血速度在 45 ~ 55 滴/min。3 例患者均未出现肺水肿、心力衰竭、输液输血反应、液体外渗等不良反应。

2.5 保持冲洗通畅、观察引流液颜色变化

前列腺创面渗血由导尿管排出，应保持引流通畅，根据引流液颜色调节冲洗速度，避免因补充纤维蛋白原后膀胱内形成血块，堵塞尿管致引流不畅。予以六味安消胶囊保持大小便通畅，避免腹压增高的因素，如用力排便、剧烈咳嗽等。

2.6 预防感染

3 例患者均为高龄、手术、出血、机体免疫功能下降，容易发生各种感染，具体如下：(1) 做好病房消毒隔离工作。保持病室清洁通风，地面、桌面均用 1: 1 000 的含氯消毒剂擦拭，2 次/d。(2) 做好尿管护理。尿袋不高于膀胱平面，以免引起逆行感染^[4]，鼓励患者多饮水以达到内冲洗目的。保持会阴部清洁，尿道口用温水清洗后喷洁悠神 2 次/d，尿道口有溢血及时清洗，用厚棉垫包裹尿道口，避免污染床单元。(3) 加强基础护理。给予温水擦浴及口腔护理 2 次/d，防止受凉咳嗽，应协助翻身叩背，预防褥疮和坠积性肺炎。加强患者看护，防止发生坠床。

2.7 饮食与活动

提供患者喜好的清淡、富营养、易消化的软食，增加粗纤维食物，以保持大便通畅。剧烈活动可加重出血，持续膀胱冲洗期间应绝对卧床，床上被动活动四肢，防下肢深静脉血栓形成。膀胱冲洗液色变淡后，加强四肢主动活动；停止膀胱冲洗后下床活动时循序渐进，防止患者跌倒。

2.8 心理护理

患者及家属从膀胱冲洗液颜色、治疗及护理过程中感觉到了病情的变化，出现恐惧、焦虑及紧张情绪。医护人员主动向患者和家属讲解相关病因、发病机制、治疗、护理等方面知识，在治疗和护理时态度和蔼，对患者及家属提出的问题给予耐心的解答，鼓励家属在生活和情感上给予支持，及

时将患者的疾病情况和各项检查结果告诉患者及其家属，增强战胜疾病的信心。

3 讨论

由于前列腺、子宫、肺等组织中纤溶酶原激活物含量显著高于其他组织，因此这类器官组织手术时，就可能出现此类纤溶酶原激活物释放入血，导致纤维蛋白原溶解活性亢进，创面渗血不止，即为纤维蛋白溶解综合征或纤溶亢进^[5]。必须及时予以抗纤溶（氨基己酸、氨甲环酸、抑肽酶）和替代治疗（新鲜冷冻血浆、纤维蛋白原）。抗纤溶的作用是竞争性地抑制纤溶酶原和纤维蛋白结合，使之不能激活为纤溶酶，使纤维蛋白降解减少，而发挥抗纤溶作用，并不增加纤维蛋白的合成^[6]；新鲜冷冻血浆含有较多的凝血因子，可补充体内被消耗的凝血因子，迅速止血^[7]。红细胞悬液可以增加血液中血红蛋白含量，提高机体携氧能力。应用氨甲环酸进行抗纤溶治疗，有助于减少术中渗血，术后出血量；药物不良反应轻微，对于减少前列腺术后出血安全有效。

BP-TURP 术后出血是最常见的并发症，继发获得性原发性纤溶亢进。我们在巡视病房时应做到勤询问、勤查看、多思考，及时发现病情变化并报告医师，为医师及早诊断提供重要依据。建立有效的静脉通路，同时进行持续膀胱冲洗、保持导尿管引流通畅，密切观察膀胱冲洗液的颜色，并动态监测血常规、血浆纤维蛋白原水平、D-二聚体及 FDP 等的变化，及时准确执行各项治疗及护理措施，为成功救治患者提供有力保障。

【参考文献】

- [1] 熊焕腾, 程洪波, 黄海鹏, 等. 经尿道前列腺等离子双极电切术后并发原发性纤溶亢进一例报告并文献复习 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2015, 36 (6): 442-445.
- [2] 那彦群, 叶章群, 孙颖浩, 等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南: 2014 版 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 245-246.
- [3] 田华晓. 经尿道前列腺电切术后出血 2 例报告并文献复习 [J]. 中国医学创新, 2012 (28): 162-163.
- [4] 陈永文. 泌尿外科留置尿管患者预防尿路感染的护理 [J], 中国实用护理杂志, 2012, 28 (21): 35-36.
- [5] 葛均波, 徐永健. 内科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 634-637.
- [6] 刘兆月, 严慧芳, 杨书文, 等. 前列腺增生术后出血致纤溶亢进 20 例临床研究 [J]. 中国男科学杂志, 2014, 28 (12): 37-40.
- [7] 孔黎黎, 马镇静, 房小妹. 黄体破裂引起继发性纤溶亢进 1 例报道 [J]. 中国医学创新, 2011, 8 (5): 195.

Nursing Care of 3 Patients with Postoperative Acquired Primary Hyperfibrinolysis Secondary to Bipolar Plasmakinetic Transurethral Hu Xiaolan, Wan Guoying, Xiong Huanteng, Fu Dandan. Department of Urology, the people's hospital of Jiangxi Province, Nanchang Jiangxi 330006, China

【Abstract】 Objective To analyze and discuss the nursing strategy for postoperative acquired primary hyperfibrinolysis secondary to bipolar plasmakinetic transurethral resection of the prostate. Methods This paper summarizes the process of nursing care of 3 patients with postoperative acquired primary hyperfibrinolysis secondary to bipolar plasmakinetic transurethral resection of the prostate in our hospital from January 2014 to December 2016. Meticulous observation, establish an effective venous access, intravenous infusion of fibrinolytic inhibitors (aminocaproic acid, tranexamic acid, aprotinin) and supplemental fibrinogen (fresh frozen plasma), stop using the snake venom blood coagulation enzymes hemostatic, accelerate bladder washing speed, keep the catheter drainage unobstructed, dynamic monitoring of hemoglobin and blood coagulation function, prevention of infection, nutritional support and psychological nursing. Results 3 patients got normal urination after remove the catheter and were discharged from hospital after recovery. Conclusions Acquired primary hyperfibrinolysis may occur after BT-TURP, early diagnosis, timely treatment and careful nursing can achieve satisfactory results.

【Key words】 Bipolar plasmakinetic transurethral prostatectomy; Primary hyperfibrinolysis; Nursing