



· 临床护理 ·

膀胱癌根治术去带乙状结肠原位新膀胱术护理查房

陈雅琴 (株洲市人民医院 湖南株洲 412000)

中图分类号: R473.73 文献标识码: A 文章编号: 1009-5187(2018)05-252-02

膀胱癌是泌尿外科临床上最为常见的肿瘤之一,我国发病率低于西方国家,男性膀胱癌发病率位居全身恶性肿瘤第七位,女性排在十位之后。其中,组织学类型以膀胱尿路上皮癌最为常见,占膀胱癌的90%以上,因此临床常说的膀胱癌多表示膀胱尿路上皮癌,以往将其称之为膀胱移行细胞癌^[1]。膀胱癌可发生于任何年龄段,甚至是儿童,且其发病率会伴随年龄的增加而不断递增,从而对患者的身体健康和 生活质量带来严重影响^[2]。膀胱癌根治术是肌层浸润性膀胱癌最有效的方法。然而部分患者对该术式的心理恐惧及手术的创伤、并发症的影响常常难以承受,因此,给予有效合理的护理配合尤为重要。本研究以我院收治的行膀胱癌根治术去带乙状结肠原位新膀胱术1例患者为研究对象,探究予以护理干预配合后对其病情改善的影响。

一、资料与方法

(一) 病史摘要

选取2017年6月16日我院收治的行膀胱癌根治术去带乙状结肠原位新膀胱术1例患者为研究对象,给予手术治疗的同时实施护理干预配合,能使术后并发症的发生降低,使患者病情得到改善。

基本信息:患者女性,26岁,未婚,公司职员。

住院经过:患者因左腰腹部间歇疼痛伴尿痛不适1天于2017年6月16日入院。既往有“左输尿管结石并肾积水”。出生于湖南省株洲市,工作条件和环境良好,有饮酒及吸烟史3年。家族中无肿瘤病史及其它遗传病史。入院查:腹部平软,左肾区叩击痛,左输尿管行程区中下段压痛,膀胱区深压痛。门诊B超检查示“左输尿管上段扩张并左肾积水;膀胱内稍高回声团、可见血彩”。入院后经抗炎、输液及对症解痉止痛等治疗,患者疼痛缓解。完善平扫+增强CT检查示“1、左肾盂及上段输尿管扩张积水,梗阻处输尿管壁增厚,占位或炎性;2、膀胱右前壁占位”。于6月24日行膀胱、输尿管镜检+活检及输尿管支架置入术,术后病理经湘雅二医院病理科会诊报告示“1、膀胱低分化腺癌;2、左输尿管粘膜慢性炎”。行GC(吉西他滨、顺铂)化疗方案治疗2疗程后于2017年8月25日在全麻下行“腹腔镜下全膀胱切除、淋巴清扫+去带乙状结肠原位新膀胱”术,手术顺利,术后抗炎、输液对症治疗,予输血、白蛋白等营养支持治疗,伤口换药。患者病情平稳、症状缓解,伤口痊愈,拔取盆腔、膀胱造瘘管及尿管后自行小便通畅,痊愈出院。

(二) 护理评估

1. 主观资料:经护理干预后,患者的焦虑、恐惧等负性心理有所改善,从而能使临床治疗依从性提升。

2. 客观资料:实施手术治疗过程中,患者未出现任何紧张、不适感,患者积极配合,且术后也未见并发症情况。

(三) 护理问题

1. 潜在并发症:术后患者出现肠梗阻、残余尿增多和尿漏等情况。

2. 烦躁、紧张:因受术后疼痛情况影响,加之患者对自身疾病认识的缺乏,容易出现不良心理情绪。

3. 行护理干预时,护理人员往往未给予患者合理的心理疏导,将患者心态情绪忽略,易影响手术治疗效果及预后。

(四) 护理目标

1. 经护理干预后,患者的术后不适感得到缓解,行手术治疗期间患者能积极配合。

2. 患者的烦躁、紧张等不良心理情绪改善,对手术治疗无畏惧心理。

3. 术后,肠梗阻、残余尿增多和尿漏等并发症情况基本消失。

(五) 护理措施

术前,以一对一传授,或者开设讲座的方式,向患者简单介绍病症相关知识,以及手术相关流程,依照患者的实际情况对其采取合理心理疏导,使其能将患者的焦虑、紧张与恐惧等负性情绪将至最低。同时,还要对患者进行知识宣教,告知患者术后怎么配合及其重要性,术前指导患者创伤排便训练;术前将肠道准备工作做好。术后1-3天,护理人员需对患者的生命体征情况进行密切观察,每小时都要对其脉搏、血压等指标情况实施测量,如果发生异常情况需及时报告给医生并配合处理。术后引流管留置较多,通常留置导尿管、伤口引流管和膀胱造瘘管,为防止混淆需明确标注^[2]。保持各个引流管畅通,妥善固定,避免脱出及移位情况发生。对引流液的量、性质与颜色情况进行密切观察,并将24小时出入量情况给予详细记录。对腹部伤口情况进行观察,一旦发生渗液、渗血情况,需立即告知医师并予以换药。一旦出现吻合口瘘,即刻告知医师实施处理,对皮肤受压情况予以观察,协助患者定期翻身,对双下肢实施按摩,避免下肢深静脉血栓及压疮情况发生。术后3-7天,对患者的生命体征情况密切监视,保证各个引流管畅通,并将其妥善固定,避免脱出及移位情况发生^[4]。患者肠道通气后,叮嘱患者食用营养丰富、高蛋白的无渣饮食,对大便通畅情况进行密切观察,必要时可给予开塞露。术后8-30天,嘱咐患者加强保暖,防止因感冒导致发热不适等情况发生,鼓励患者在床边适当活动,活动量需在承受范围内;指导患者行提肛运动与腹肌训练,对盆底肌肉加以锻炼,提肛1次保持15秒,3至4次/日,5至10分钟/次。

并发症护理:①残余尿增多:将尿管拔除后,患者可能都会发生不同程度尿潴留情况,若患者坚持膀胱功能练习,能使病情得到改善。②肠梗阻:术中把肠段游离关闭后之肠系膜牵绊易卡压肠管,导致内疝、肠扭转及肠粘连,术后应积极观察腹部症状和体征,若出现肠梗阻情况,需给予输液、禁食并胃肠减压,严重时则采取手术治疗。③漏尿:术中注意缝合可靠,术后保持各引流管通畅,能使漏尿情况的发生率降低。

出院指导:叮嘱患者注意个人卫生,多喝水,加强营养,劳逸结合,多食用富含维生素、蛋白成分较高的食物。戒烟酒,戒辛辣,术后半年内,每2周行电解质与肝功能检查,避免电解质紊乱情况发生。术后2年内,每三个月回医院进行复查,2年后每半年回医院进行复查。

(六) 护理评价

1. 术后患者病情恢复平稳。
2. 未有并发症情况发生。
3. 患者的不良心态已基本消失。

2 结果

术前,经病理学检查确诊患者膀胱低分化腺癌。经手术治疗后,患者的病情得到改善,术后予以护理干预配合,不仅能使患者的焦虑、紧张等不良心理情绪得以改善,而且还减少了残余尿增加、肠梗阻及漏尿等并发症情况出现。

3 讨论

对于行膀胱癌根治联合去带乙状结肠原位新膀胱手术的患者,围手术期予以护理干预配合,不仅能促进患者病情恢复,同时还能使患者的不良心态情绪得到改善,降低焦虑、烦躁等情况的发生,使患者的临床治疗依从性提升,改善其生活质量,缩短患者住院时间。

参考文献

(下转第253页)



重症脑出血患者局部亚低温治疗的护理分析

闵琦晖 (华中科技大学同济医学院附属协和医院 湖北武汉 430022)

摘要: **目的** 分析重症脑出血患者局部亚低温治疗中的护理方法和效果。**方法** 选择我院在2015年3月-2017年8月收治的重症脑出血患者90例进行研究分析,随机分为研究组和对照组各45例,研究组在基础治疗上进行局部亚低温治疗,对照组仅给予常规治疗,两组患者给予同样的护理干预,对比两组患者的出血和水肿情况。**结果** 两组患者的水肿和出血情况均有所好转,研究组的好转情况优于对照组。**结论** 重症脑出血患者进行局部亚低温治疗可以有效改善患者的脑出血和水肿情况,给予综合护理干预可以提升治疗安全性,值得推广。

关键词: 重症脑出血 局部亚低温 护理分析

中图分类号: R473.74 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)05-253-01

重症脑出血疾病会损伤患者的神经功能,导致患者产生更加严重的应激反应,增加高血压、消化道出血等并发症的发病风险。当前临床治疗重症脑出血疾病首先要控制出血和水肿情况,并采用局部亚低温的治疗方法,改善病情^[1]。本文分析了重症脑出血患者亚低温的治疗护理效果,总结如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择2015年3月-2017年8月在我院接受治疗的重症脑出血患者90例进行治疗分析,患者均确诊为重症脑出血疾病,患者家属同意参与本次研究,可以配合护理工作的进行。随机将患者分为研究组和对照组各45例,研究组中男24例,女21例,年龄在46-63岁之间,平均(52.5±0.3)岁;对照组中男23例,女22例,年龄在47-65岁之间,平均(53.7±0.7)岁,两组患者的年龄、性别等数据可比。

1.2 治疗方法

对照组患者进行常规临床治疗,给予颅内脱水降压治疗,促进脑内细胞的代谢活动,同时预防治疗期间可能出现的不良反应。对于基础治疗无效的患者进行颅内血肿清除手术,保证患者的生命安全。

研究组在对照组治疗的基础上进行局部亚低温治疗,采用低温治疗仪^[2]。在患者颈部动脉位置放置冰袋,定时测定患者的鼓膜温度,将鼓膜温度增加0.5℃作为脑内温度进行控制,保持温度恒定2d左右。局部亚低温治疗中要密切关注患者的心率、血压、肝肾功能和其他动力学指标,详细记录,发现异常要停止治疗,妥善处理。

1.3 治疗效果判定^[3]

分别检测两组患者治疗前后的出血量和水肿量,对比其数值差异和患者的症状改善情况进行综合判定。

1.4 统计学方法

选择统计学软件SPSS19.0进行数据检验和总结,并对组间数据进行分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$),差异用t检验,若检验结果P<0.05时数据有统计学意义。

2 结果

研究组患者治疗前的出血量为(32.18±3.24)ml,治疗后的出血量为(24.18±3.24)ml,对照组患者治疗前的出血量为(32.16±2.42)ml,治疗后的出血量为(28.32±2.54)ml,治疗后出血量对比t=16.43, P<0.05;研究组患者治疗前的水肿量为(17.32±2.75)ml,治疗后的水肿量为(10.24±2.25)ml,对照组患者治疗前的水肿量(17.27±2.18)ml,治疗后的水肿量为(15.29±2.14)ml,治疗后水肿量相比, t=10.32, P<0.05, 两组治疗均取得了一定的效果,研究组的治疗效果更好。

3 讨论

局部亚低温治疗能够降低重症脑出血患者颅内耗氧量,保护脑内组织不受缺氧环境的损伤,改善神经功能,促进其他疾病组织好转。临床治疗发现,局部亚低温治疗容易造成血压下降、休克等危险并发症的出现,因此在治疗中要给予综合护理干预,注意检测患者的血压状态,保证局部亚低温治疗的安全^[4]。

本文分析了重症脑出血患者局部亚低温治疗的效果,从两组患者的数据统计分析上看,两组患者的水肿和出血症状均有所好转,但研究组的治疗效果更好,表明局部亚低温治疗发挥了非常好的治疗效果。在局部亚低温的治疗中,需要给予患者综合护理干预,除了要加强生命体征和各项神经功能指标,还需要实时测量患者的耳后温度,分析患者身体各个部位的温度是否发生改变,保证局部亚低温的疗效。在局部亚低温治疗中,要控制降温速度,保持每小时降温0.5℃即可,温度降低过快时患者会出现寒颤症状,颅内压迅速升高,影响治疗效果;在治疗后的温度回升时也要加强控制,采用自然复温的方式,每24h回温1℃左右,温度回升过快也会造成患者出现心理失常、颅内水肿和缺氧等不良反应,影响病情的恢复^[5]。控制治疗室的室内温度为25℃,治疗期间要保证患者的血压、心率等属于平稳状态,血液循环正常;在降温和回温过程中要注意患者的心电和血压变化,避免温度变化引发多种不良反应。治疗中每2h检测患者的瞳孔大小、反光情况,一旦发现异常要立即告知医生处理^[6]。通过采取临床护理干预,能够保证局部亚低温的治疗安全性,减少患者的颅内出血和水肿情况,护理价值积极。

综上所述,重症脑出血患者采用局部亚低温治疗能够改善出血和水肿情况,有效的护理干预可以提升治疗的安全性,辅助提升治疗效果,值得推广。

参考文献

- [1] 赵倩, 童孜蓉. 重症脑出血患者局部亚低温治疗的护理分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2016, 1(05):51+54.
- [2] 王德丽, 周红霞. 重症脑出血患者局部亚低温治疗的护理体会[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 5(01):138.
- [3] 王志英, 陈冬青, 谢振英. 护理干预措施对重症脑出血患者临床预后影响[J]. 当代护士(学术版), 2016, 33(03):11-13.
- [4] 赵晔, 杨红艳, 李珊珊. 对应用亚低温治疗患者的护理体会[J]. 伤残医学杂志, 2015, 11(02):46.
- [5] 陈睿, 刘雪平, 王敏忠, 等. 局部亚低温对脑出血的临床疗效和甲状腺轴功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 25(4):374-376.
- [6] 陈睿, 刘雪平, 王敏忠, 等. 局部亚低温对急性重症脑出血血管活性物质及自由基的影响及临床疗效的研究[J]. 中国急救医学, 2015, 25(1):9-12.

(上接第252页)

[1] 刘云银, 陈春琼, 洪丁凤. 1例根治性全膀胱切除+乙状结肠原位代膀胱术的围手术期护理[J]. 医药前沿, 2017, 7(5):309-310.

[2] 周生敏. 腹腔镜下女性膀胱癌根治性切除——原位回肠新膀胱术的护理配合[J]. 延边医学, 2015, 10(15):105-106.

[3] 汤微. 根治性膀胱切除原位新膀胱术的临床护理观察[J]. 当代医学, 2015, 21(32):85-86.

[4] 王蒙, 何玮. 腹腔镜下根治性全膀胱切除术加原位新膀胱术围手术期护理研究进展[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2015, 7(5):305-308.