

ment[J]. Nephrol Dial Transplant, 2009, 19(21): 188-191.

[9] Boisclair MD, Lane DA, Philippou H, et al. Thrombin production, inactivation and expression during open heart surgery measured by assays for activation fragments in-

cluding a new ELISA for prothrombin fragment [J]. Thromb Haemost, 2010, 19(13): 257-262.

(收稿日期: 2013-06-04 修回日期: 2013-09-05)

## 安置心脏起搏器患者行前列腺电切术的护理

金武烱<sup>1</sup>, 胡 华<sup>1</sup>, 吴嗣清<sup>1</sup>, 杨利君<sup>1</sup>, 钟 斌<sup>2</sup>, 张雪飞<sup>3</sup> (重庆市第五人民医院: 1. 泌尿外科; 2. 心内科; 3. 麻醉科 400062)

**【摘要】** 目的 探讨安置心脏起搏器患者施行经尿道前列腺电切术(TURP)的护理。方法 采用心理干预和支持, 进行体力状况评分, 充分术前常规准备, 做好心脏起搏器护理, 术后严密监测生命体征。结果 患者手术过程顺利, 术中生命体征平稳, 术后恢复良好。结论 只要充分做好术前准备、术后精心护理, 留置心脏起搏器并非 TURP 的绝对禁忌证, 可以安全地进行 TURP 手术。

**【关键词】** 经尿道前列腺电切术; 前列腺增生; 起搏器; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 01. 062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)01-0123-02

经尿道前列腺电切术(TURP)至今仍然是治疗良性前列腺增生症(BPH)最常见和有效的方法, 而安置心脏起搏器患者行 TURP 临床护理报道不多见<sup>[1-2]</sup>, 给专科护理带来一定难度。本科从 2002 年 11 月至 2013 年 4 月共收治疗 11 例该类患者, 取得了较好的效果, 现将临床护理报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2002 年 11 月至 2013 年 4 月收治的安置心脏起搏器患者施行 TURP 11 例, 年龄 62~94 岁, 平均 80 岁。有尿潴留 6 例, 5 例严重下尿路症状(LUTS), 国际前列腺症状评分(IPSS) 平均 25 分(22~30 分)。直肠指检前列腺增大, I 度 4 例, II 度 5 例, III 度 2 例。血清前列腺特异性抗原(PSA): 3 例分别为 121.98、19.94、13.1 ng/mL, 8 例 PSA 值正常。合并有高血压 3 例, 腹股沟斜疝 1 例, 糖尿病 1 例。

**1.2 方法** 8 例安置临时起搏器中 3 例为病态窦房结综合征, 1 例冠心病、陈旧性前壁心肌梗死, 完全性左束支阻滞, 频发室早, 2 例 III 0 AVB; 2 例 II 0 AVB, 3 例因病态窦房结综合征院外安置永久性起搏器。按 TURP 危险分度, 均为 III 级高度手术危险。美国麻醉师协会(ASA)麻醉危险体质状况分级为 IV。Karnofsky 体力状况评分: 4 例 30 分, 3 例 40 分, 3 例 60 分, 1 例 20 分。8 例安置临时起搏器患者手术当日由医师及护士先护送入介入治疗室, 由心内科医师行右侧股静脉穿刺, 植入电极导管至右心室心尖部, 起搏参数根据患者病情设定, 固定好起搏器, 护送到手术室。

持续硬膜外麻醉, 术中用心电监护仪密切观察生命体征。设置高频发生器电切功率为 120~140 W, 电凝功率为 60~80 W, 术中常规 30 min 后给予呋塞米、高渗盐水预防稀释性低钠血症(经尿道电切综合征, TURS)<sup>[3]</sup>。1 例前列腺癌患者同时行双侧睾丸切除术, 1 例同期行无张力腹股沟疝修补术。术后放置三腔气囊尿管行膀胱持续冲洗。右下肢制动, 固定好起搏器, 观察起搏参数。

### 2 结 果

手术时间为 53.1 min(30~120 min)。未输血。无手术并发症发生。安置临时起搏器 8 例患者, 停用临时起搏器去除电极导管时间为 31 h(23~54 h)。术后保留尿管持续膀胱冲洗平均 4.9 d(3~8 d)。术后住院天数为 7 d(4~10 d), 总住院日为 15.1 d(9~20 d)。术后拔除尿管后均能自行排尿, 尿流畅通, 出院时测残余尿平均 10 mL(0~50 mL), LUTS 明显改

善。痊愈出院, 住院期无一例死亡。病理报告 9 例 BPH, 2 例前列腺腺癌。

### 3 讨 论

**3.1 详细了解患者病情, 做好心理护理** BPH 患者病程较长, 长期受排尿异常的困扰, 又同时合并心脏疾病, 造成患者较大的精神压力以及身体上的痛苦。针对此特点, 术前医护人员对患者进行有效的心理干预, 积极心理支持, 充分沟通交流, 建立起良好的医患关系。讲解 TURP 和起搏器健康教育知识, 手术需安置起搏器的原因, 以及手术的过程、方法和注意事项, 列举成功病例以解除患者紧张、恐惧、焦虑的情绪, 树立康复的信心。刘鸣娣等<sup>[4]</sup>认为系统实施心理护理干预能有效降低心脏起搏器植入术围术期患者的焦虑、抑郁程度, 是一种有效可行的护理措施。

**3.2 对每例患者采用 Karnofsky 体力状况评分** 张军龙等<sup>[5]</sup>认为体力状况差的患者, 发生围术期心血管事件增加。本组研究对象是平均年龄为 80 岁高龄患者, 其中 2 例 90 岁以上, 同时合并有感知能力和认知能力下降。根据评分情况, 本组患者均生活不能自理, 需特别照顾及治疗。重点预防患者坠床, 下床活动、入厕时摔伤等, 同时加强患者的生活和基础护理, 协助患者沐浴或清洁会阴部。指导患者多饮水, 食入易消化食物, 保持大便通畅。协助完善术前各项检查。

**3.3 充分术前常规准备, 制订个体化的护理计划** 患者在 BPH 疾病的基础上合并有严重的心脏疾病, 在重视专科术前常规准备护理的同时应制订心脏起搏器的护理计划。参与本科与心内科、麻醉科医师会诊, 掌握心脏起搏器的护理观察要点, 做好应急预案。术前手术部位常规备皮, 建立有效的静脉通路。备好心电图血压监测等抢救所需仪器和药品, 连接好心电监护仪。手术当日护士陪送患者到介入室, 完成安置临时起搏器后, 由医师护士直接送到手术室, 以保证护送途中患者的安全。

**3.4 术后严密监测, 预防并发症发生**

**3.4.1 加强起搏器的管理** 本组 8 例临时起搏器右侧股静脉穿刺, 起搏器常规固定于患者右侧大腿, 限制下肢肢体活动以防电极脱位。采用优力舒弹力绷带固定临时起搏器导管<sup>[6]</sup>, 能有效防止了电极移位及导管脱出, 保证了护理安全。如监护频率低于设定频率, 应首先检查各处连接是否稳妥和电量情况, 怀疑电极偏离或脱位, 应立即报告医师。高龄患者行 TURP

术后预防下肢血栓,鼓励患者早期活动,采取鼓励健侧活动,在限制术侧活动时,协助按摩下肢,每天 2~3 次,每次 10 min,促进血液循环,防止血栓形成<sup>[7]</sup>。本组 2 例同期完成无张力腹股沟疝修补术和双侧睾丸切除术,术后加强手术切口管理,确保膀胱持续冲洗管路畅通,防止冲洗液渗漏,造成伤口及起搏器穿刺处感染,一旦渗湿敷料,立即更换。

**3.4.2 根据病情调整输液速度,控制输液入量** TURP 需大量液体冲洗,术中、术后容易发生 TURS,因心脏疾病安置起搏器的患者,特别应严密观察病情,控制输液速度。患者出现意识淡漠、嗜睡或烦躁、胸痛、恶心呕吐、头痛不适、心率加快或迅速下降,血压下降等,应及时报告医师,采取利尿、脱水、补充高渗氯化钠及对症处理,并监测血电解质等。

**3.4.3 加强管路护理,保持膀胱冲洗通畅** 术后容易发生气囊导尿管刺激膀胱三角区,引起膀胱痉挛,使患者烦躁不安,影响起搏器正常工作,必要时给予镇静镇痛处理。患者主诉下腹疼痛,有便意感,膀胱憋胀,及时观察膀胱冲洗、引流是否通畅,引流液颜色变红、血块均提示有出血,应积极给予膀胱冲洗和止血、镇静等对症处理。一旦血块堵塞,用 20 mL 注射器抽取生理盐水反复冲洗,抽出血块。根据引流液的颜色调节冲洗液的速度,鲜红色加快冲洗速度,转浅红色调整为 80~100 滴/分。妥善固定冲洗引流管路,避免引流管打折,脱出。加强观察和巡视,倾听患者感受,以防意外拔管。管路护理是患者术后恢复的重要因素。

本组为高龄、高危患者,安置心脏起搏器行 TURP 手术风险和护理难度增加,完成手术需要多学科协助<sup>[8]</sup>,才能保障患者安全。护理人员参与心内科、麻醉科医师会诊,共同制订医护计划,掌握安置心脏起搏器患者的围术期护理。充分做好术前

准备,制订个性化护理措施,术后严密监测生命体征,安置心脏起搏器行 TURP 是安全可行的。

**参考文献**

- [1] 高晓燕. 1 例安置永久性心脏起搏器病人经尿道前列腺电切术中配合[J]. 中国护理研究, 2008, 22(3A): 652.
- [2] 谢小燕, 季惠祥, 苗新英. 安置心脏永久性起搏器患者经尿道前列腺电切术的护理[J]. 现代护理, 2006, 12(26): 2484-2485.
- [3] 胡华, 付炼, 吴跃, 等. 90 岁经上高龄前列腺增生经尿道电切术 18 例临床观察[J]. 重庆医学, 2012, 41(20): 2074-2075.
- [4] 刘鸣娣, 沈三英, 李芳. 心理干预在永久人工心脏起搏器植入术患者围手术期中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(15): 48-49.
- [5] 张军龙, 屠伟峰, 曾因明. 体能评估与围手术期心血管意外事件的预测[J]. 国外医学: 麻醉学与复苏分册, 2005, 26(4): 222-225.
- [6] 吕娜, 周月珠. 心脏临时起搏器导管的固定方法[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(19): 2273.
- [7] 丁炎明, 孙燕. 实用泌尿外科护理及技术[M]. 北京: 科学出版社, 2008: 138.
- [8] 卓涛, 叶敏, 王伟明. 安置心脏起搏器患者行经尿道电切手术 11 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27(8): 562.

(收稿日期: 2013-06-05 修回日期: 2013-09-05)

# 热毒宁注射液联合西咪替丁治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎的循证护理

钱丽芳, 郁胜华, 周 兰 (东南大学医学院附属江阴医院观察室, 江苏江阴 214400)

**【摘要】 目的** 探讨热毒宁注射液联合西咪替丁治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎的循证护理效果。**方法** 80 例轮状病毒性肠炎患儿, 均采用热毒宁注射液联合西咪替丁治疗, 随机均分为观察组和对照组。对照组给予常规护理, 观察组采用循证护理, 比较两组的疗效和临床症状改善情况。**结果** 观察组治疗有效率为 97.50%, 明显高于对照组的 82.50% ( $P < 0.05$ )。观察组止呕时间、止泻时间和退热时间分别为 (33.56 ± 18.65)h、(42.56 ± 16.82)h、(28.49 ± 14.26)h, 明显少于对照组的 (39.42 ± 20.17)h、(49.76 ± 19.62)h、(34.56 ± 17.52)h ( $P < 0.05$ )。**结论** 循证护理有效提高热毒宁注射液联合西咪替丁治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎的疗效, 改善临床症状。

**【关键词】** 轮状病毒性肠炎; 婴幼儿; 热毒宁注射液; 西咪替丁; 循证护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)01-0124-02

轮状病毒性肠炎是导致婴幼儿腹泻的主要病因, 临床症状多表现为呕吐、发热、蛋花样便、脱水、酸中毒和电解质紊乱等, 目前尚缺乏特异性治疗措施。本病虽是自限性疾病, 一般 7~10 d 自愈, 但及时的治疗和护理干预可改善临床症状, 缩短病程, 降低并发症发生率<sup>[1]</sup>。作者对热毒宁注射液联合西咪替丁治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎实施循证护理, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2012 年 3 月至 2013 年 5 月来本院就诊的 80 例轮状病毒性肠炎患儿, 其中男 43 例, 女 37 例; 年龄 6~36 个月 (6~12 个月 37 例, 12~24 个月 31 例, 24~36 个月 12 例); 病程小于 1 d 21 例, 1~2 d 35 例, >2~3 d 24 例; 病情轻度 19 例, 中度 46 例, 重度 15 例, 采用随机数字表法, 将患儿

随机分为观察组和对照组各 40 例。所有患儿均符合第 7 版《儿科学》轮状病毒性肠炎的诊断标准, 两组患儿的性别、年龄阶段、病程和病情程度等比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 方法** 两组均采用热毒宁注射液联合西咪替丁治疗, 即 0.5 mL/kg 热毒宁注射液 (江苏康缘药业有限公司, 批号: 120806) 加入 100 mL 5% 葡萄糖液静脉滴注, 15 mg/kg 西咪替丁 (南京先声东元制药有限公司, 批号: 12101013) 加入 100 mL 生理盐水静脉滴注, 均为 1 次/天, 连用 3 d。对照组给予观察室小儿输液常规护理; 观察组给予循证护理, 具体如下。

**1.2.1 循证问题** 本研究成果集体讨论, 确定“婴幼儿”“轮状病毒性肠炎”“热毒宁注射液”“西咪替丁”“疗效”作为循证护理