

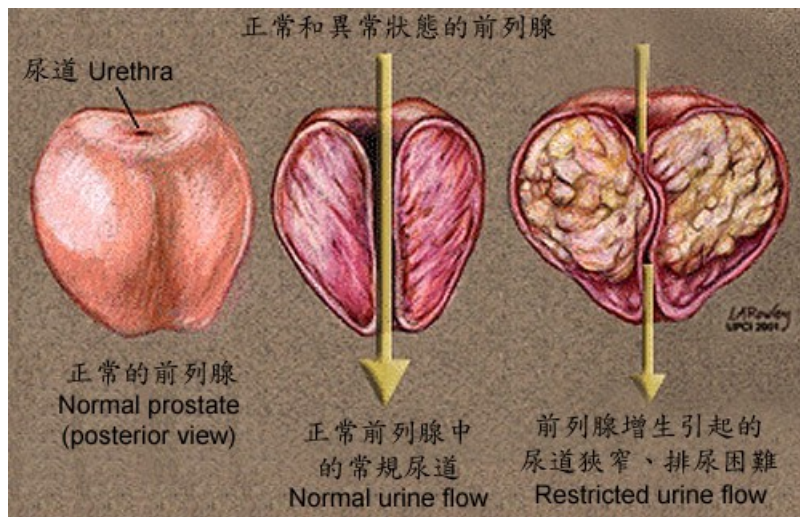
良性前列腺增生症病人的护理

前列腺增生症（BPH）是一种老年男性的常见病，发病年龄大都在 50 岁以后，随着年龄增长其发病率也不断升高。本病随全球人口老年化发病日渐增多。

【病因及发病机制】

病因尚未完全明确。目前认为老龄和有功能的睾丸是发病的基础。前列腺间质细胞和上皮细胞相互影响，各种生长因子的作用，随年龄增长而出现的睾酮、双氢睾酮以及雌激素水平的改变和失去平衡是前列腺增生的重要因素。

前列腺增生常发生在两侧叶及中叶，前叶很少发生，从不发生于后叶。前列腺增生的主要危害是尿道梗阻，但梗阻的程度与前列腺增生的大小不一定成正比，而主要取决于增生的前列腺对尿道压迫的程度。特别是中叶可突入膀胱内，使膀胱出口抬高超过膀胱底部水平，极易引起膀胱出口阻塞。梗阻早期膀胱有代偿功能，并不出现残余尿，晚期由于膀胱代偿功能衰竭，膀胱残余尿越来越多，使膀胱内压增高引起输尿管扩张和肾积水，使肾功能受损，严重者可出现慢性肾衰竭。由于梗阻后膀胱内尿液潴留，易继发感染和结石。



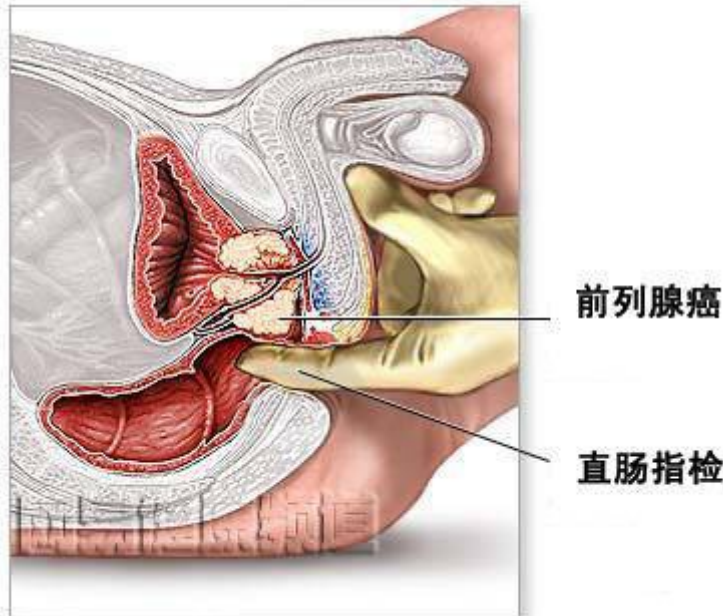
【临床表现】

- 1.尿频尿急是最常见的早期症状，夜间更为明显。
- 2.进行性排尿困难是前列腺增生最主要的症状，但发展缓慢，主要表现为排尿迟缓、排尿费力，射程缩短，尿线细而无力，终末滴沥等。
- 3.急性尿潴留在排尿困难的基础上，如有受凉、饮酒、劳累等诱因可引起急性尿潴留和充盈性尿失禁。
- 4.其他症状前列腺增生组织表面常有静脉血管扩张充血，破裂后可引起血尿。并发感染或结石，可有膀胱刺激症状。少数病人晚期出现肾积水和肾功能不全症状。长期排尿困难可并发痔、脱肛及疝等。



【辅助检查】

1. 直肠指诊直肠指诊可摸到增大的前列腺，表面光滑、质韧、有弹性，中间沟消失或隆起。



2. B超检查可测定前列腺的体积及膀胱残余尿。

3. 血清前列腺特异抗原（PSA）测定排除合并前列腺癌的可能。

4. 尿流动力学检查尿流率测定可初步判断梗阻的程度：若最大尿流率 $<15\text{ml/s}$ ，提示排尿不畅； $<10\text{ml/s}$ 提示梗阻严重。应用尿动力学测定压力-流率等可鉴别神经源性膀胱功能障碍、逼尿肌和尿道括约肌功能失调以及不稳定膀胱逼尿肌引起的排尿困难。

5. 膀胱镜检查膀胱镜检查能直接观察前列腺各叶的增生情况，并可了解膀胱内有无其他病变，如肿瘤、结石、憩室等，从而决定手术治疗的方式。

【处理原则】

凡 50 岁以上男性有尿频、排尿困难、尿潴留，直肠指诊触及增大前列腺，可初步诊断为前列腺增生症。B超和尿动力学检查可明确前列腺增生程度及膀胱尿道功能。

1. 非手术治疗适于尿路梗阻较轻，或年老体弱，心肺功能不全等不能耐受手术者。

(1) 药物治疗：有 α -肾上腺素能受体阻滞药、激素、降低胆固醇药物以及植物药等。

(2) 其他疗法：激光治疗、经尿道高温治疗、经尿道气囊高压扩张术、体外高强度聚焦

超声适用于前列腺增生体积较小者。前列腺支架网适用于不能耐受手术者。

2.手术治疗症状重的病人，手术治疗仍是最佳选择。手术只切除外科包膜以内的增生部分。方式有经尿道前列腺电切术（TURP）、耻骨上前列腺切除术、耻骨后前列腺切除术等。TURP适用于绝大多数良性前列腺增生的病人，有电切镜设备和有经验者可采用，主要有前列腺电切综合征、尿道及膀胱颈狭窄及尿失禁等并发症。

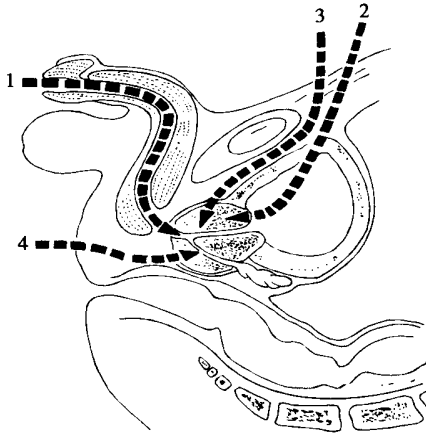


图 3-8-6 前列腺手术常用术式径路

1. 经尿道 2. 经耻骨上经膀胱 3. 经耻骨后 4. 经会阴

【护理诊断及医护合作性问题】

- 1.恐惧或焦虑与自我观念（老年）和角色地位受到威胁、担心手术及预后有关。
- 2.疼痛与手术、导管刺激引起的膀胱痉挛有关。
- 3.排尿形态异常与膀胱出口梗阻、逼尿肌损害、留置导管和手术刺激有关。
- 4.潜在并发症 TURP 综合征、出血、感染。

【护理措施】

1.保持尿液排出通畅

（1）防止发生急性尿潴留：鼓励病人多饮水。摄入粗纤维食物，忌饮酒及辛辣食物，防止便秘。

（2）及时引流尿液：残余尿量多或有尿潴留致肾功能不良者，应留置导尿持续引流，改善膀胱逼尿肌和肾功能。

（3）避免膀胱内血块形成：平卧 2d 后改半卧位，固定或牵拉气囊尿管，防止病人坐起或肢体活动时，气囊移位而失去压迫膀胱颈口之作用，导致出血。术后鼓励多饮水，并用生理盐水持续冲洗膀胱 3~7d。但须注意：①保持冲洗管道通畅，若引流不畅应及时施行高压冲洗抽吸血块，以免造成膀胱充盈或膀胱痉挛而加重出血；②冲洗速度可根据尿色而定，色深则快、色浅则慢。前列腺切除术后随着时间的延长血尿颜色逐渐变浅，反之则说明有活动性出血，应及时通知医师处理；③准确记录冲洗量和排出量，尿量=排出量-冲洗量。

2.膀胱痉挛的护理逼尿肌不稳定、导管刺激、血块堵塞冲洗管等原因均可引起膀胱痉挛，从而引起阵发性剧痛、诱发出血。遵医嘱留置硬脊膜外麻醉导管按需定时注射小剂量吗啡，效果良好，也可遵医嘱口服地西洋、硝苯地平、丙胺太林或用维拉帕米加入生理盐水中冲洗膀胱。

3.心理护理耐心向病人及家属解释各种手术方法的特点，消除病人的焦虑和恐惧心理，争取病人的主动配合。

4.并发症的预防与护理

（1）TUR 综合征：因术中大量的冲洗液被吸收使血容量急剧增加，形成稀释性低钠血症

(水中毒)，病人可在几小时内出现烦躁、恶心、呕吐、抽搐、昏迷，严重者出现肺水肿、脑水肿、心力衰竭等称为TUR综合征，术后注意观察有无TUR综合征，如有TUR综合征应减慢输液速度，给利尿药、脱水药，对症处理。术后3~5d尿液颜色清澈，即可拔除导尿管。

(2) 感染：因病人手术后免疫力低下加之留置导尿管，易引起尿路感染和精道感染，应注意观察体温及白细胞变化，若有畏寒、发热症状，应注意观察有无附睾肿大及疼痛。早期应用抗生素，每日用消毒棉球擦拭尿道外口2次，以防感染。

(3) 出血：加强观察。手术1周后，逐渐离床活动，保持大便通畅，避免腹压增高及便秘，禁止灌肠，以防前列腺窝出血。

5. 导管护理注意各类导管的观察、固定、无菌操作、是否引流通畅和拔管时间。不同类型的引流管留置时间长短不一：耻骨后引流管术后3~4d，引流量很少时可拔除；耻骨上前列腺切除术后5~7d、耻骨后前列腺切除术后7~9d拔出导尿管；术后10~14d，若排尿通畅可拔除膀胱造口管，拔管后用凡士林油纱布填塞瘘口，排尿时用手指压迫瘘口敷料以防漏尿一般2~3d愈合。

6. 健康教育

(1) 非手术治疗者，应避免受凉、劳累、饮酒、便秘，以防急性尿潴留。

(2) 术后进食高纤维食物，预防便秘。术后1~2个月避免剧烈活动，防止继发性出血。

(3) 术后前列腺窝的修复需3~6个月，可能会有排尿异常现象，应多饮水，定期化验尿、复查尿流率及残余尿量。

(4) 术后常会出现逆行射精，但不影响性交。少数病人出现阳痿，可采取心理治疗，查明原因，做针对性治疗。前列腺经尿道切除术后1个月、经膀胱切除术2个月后，原则上可恢复性生活。

(5) 指导病人有意识地经常锻炼肛提肌，以尽快恢复尿道括约肌功能，防止溢尿。

(6) TURP术后病人有可能发生尿道狭窄。术后如尿线变细应及时复诊，可定期行尿道扩张。