

前列腺手术后如何预防并发症

□杨旭东 安徽省庐江县人民医院泌尿外科

前列腺手术应用于男性前列腺疾病(良性前列腺增生、前列腺癌等)的外科治疗手段,前列腺包裹尿道并紧邻膀胱底部,手术操作常涉及复杂解剖区域,术后并发症风险随之存在。本文探讨前列腺手术的临床定义、核心功能、潜在并发症及预防策略。

一、前列腺手术的定义

前列腺手术是指通过外科手术切除前列腺腺体组织,以治疗前列腺疾病的基础框架,常见术式包括经尿道前列腺切除术(TURP)、开放性切除术及激光消融术,这些技术主要解决前列腺肥大或恶性肿瘤引发的泌尿系统异常,帮助患者恢复基本生理功能。

二、前列腺手术的作用

尿路功能优化

增生腺体与炎症病灶常导致排尿障碍、尿频尿急等系列症状,长期困扰患者日常生活并诱发心理焦虑。医生利用外科手术切除肿胀的前列腺组织,尿道压迫得以解除,尿液流速提升使排尿阻力下降,术后患者尿路症状改善比例超过70%,排尿体验显著优化。

降低局部肿瘤进展风险

针对前列腺局限性病变,临床可能采用根治性切除术作为治疗选择之一。该术式通过完整切除病灶组织,可能有助于降低局部肿瘤进展风险。临床观察显示,经专业医师评估的适宜患者接受规范手术治疗后,可能存在生存获益趋势,具体获益程度需结合个体情况评估。手术可能缓解肿瘤局部占位效应,但疾病进展速度存在

个体差异。具体治疗方案需由泌尿外科专业团队根据多学科评估结果制订,患者应充分了解治疗获益与潜在风险。

病理诊断延伸

手术过程中获取的前列腺标本可进行组织病理学检测,明确炎症程度与病变性质。精确诊断推动分级诊疗体系建立,为后续放疗、化疗等方案制定提供关键依据。

三、前列腺手术的常见并发症及危害

出血

术后出血位列前列腺术式主要并发症范畴,术中血管受损、创面愈合延迟或个体差异均可能引发血液异常渗出,轻度出血多无需特殊干预,部分病例需输注血液制品补偿循环容量,极少数需二次手术实施止血操作,全面评估术前凝血功能与术后动态监测血红蛋白水平具有重要临床价值。

控尿功能障碍

控尿功能障碍困扰着多数前列腺术后患者,暂时性控尿异常与永久性失禁呈现不同转归轨迹,尿道括约肌机械损伤及支配神经功能障碍构成主要病理基础,此类功能障碍常引发社交回避与抑郁倾向,围手术期系统化盆底肌群训练可显著提升控尿功能恢复效率。

勃起神经损伤

根治性前列腺切除尤其易损伤海绵体神经束,性功能减退发生率维持在18%-68%区间,该症状不仅损害生

理健康,更引发心理压力与社会关系困扰,术前充分知情告知与术后PDE5抑制剂干预构成标准化处理流程,神经保留术式改良使术后勃起功能保留率提升至65%以上。

膀胱出口梗阻

瘢痕挛缩导致的膀胱颈缩窄发生率为3%-12%,排尿踌躇、尿线变细及残余尿量增加构成典型三联征,尿动力学检查可量化评估梗阻程度;保守治疗无效者需行经尿道膀胱颈切开术,内镜冷刀切开电切术能降低再狭窄发生率。

四、前列腺手术并发症的预防

手术效果控制

合理选择术式是控制并发症的核心环节,医生需结合患者病情及健康状况,综合评估不同术式的优劣,鞘内前列腺切除术、经尿道前列腺切除术(TURP)与激光治疗均有特定适应范围及潜在风险,充分的术前论证与精准术式匹配显著降低术中突发状况概率。

全面评估是手术决策的必备环节,医疗团队需实施系统问诊、体格检查,配合实验室检测及影像学分析,这些手段能全面掌握患者身体状态,识别心肺功能异常、糖尿病等基础疾病,术前评估同时指导麻醉方案优化及术后管理策略制定,为降低并发症奠定基础。

围手术期护理直接影响恢复效果,患者需严格执行医疗指令,接受持续生命体征追踪与尿液指标观察,医

护人员对感染迹象、异常出血保持高度警觉,发现泌尿系统异常立即启动干预程序,恢复期同步开展呼吸训练与基础肢体活动,有效预防深静脉血栓形成。

活动与康复管理

早期下床活动对功能恢复具有积极意义,避免长时间卧床改善循环功能,减少肺部感染概率,医疗团队应指导患者进行渐进式活动,逐步提升运动强度,配合膀胱功能重建训练与尿流动力学练习,显著降低术后并发症发生率。

营养调控

膳食结构与液体摄入直接影响组织修复进程,临床数据显示科学营养支持可提升免疫应答效率,推荐高纤维蔬果为主食,严格规避刺激性食物以减少膀胱黏膜刺激,每日饮水量需维持在2000ml以上,稀释尿液浓度抑制病原体增殖。

随访监测

系统性随访是长期健康管理的关键,患者出院后需定期检测尿流速率、PSA数值等核心指标,动态监测方案帮助医疗团队捕捉早期异常信号,及时调整治疗策略,持续跟踪确保生理机能稳定过渡至正常状态。

总之,前列腺术后并发症防控需要多维策略协同,科学选择术式、规范围术期管理、强化康复训练构成完整防御体系,医患双方建立充分信息互通,个体化方案最大限度提升治疗安全性与生活质量。

“无菌原则”有多严格？

护士一个小动作可能毁掉整台手术？

□王森 砀山县人民医院手术室

在手术室内,无菌原则就好比是一条不可触碰的红线,会贯穿于手术的全过程,它也是保障患者安全与手术成功的基石,它的严格程度远超出我们的想象,因为任何一个微小的疏忽,例如护士的一个不经意的小动作,真的可能会导致整台手术毁掉,下面本文就和大家一起了解无菌原则的相关知识。

一、无菌原则的核心

手术室里的无菌原则是最为关键的规范,就是要求手术过程中最大程度上规避细菌、病毒等微生物的污染,从而保证手术区域以及手术器械的无菌状态,以防止病原微生物的侵入,减少手术感染风险,以预防伤口污染而引发感染,从而危及生命安全,因此手术室里的每一个细节,不论是人员至器械、环境至操作,均需要严格遵守无菌操作要求。

二、手术室无菌操作原则

人员无菌要求

手术室人员不论医生、护士在进入手术室之前均需要进行严格的外科洗手程序,先使用流动水以冲洗双手、前臂及上臂下1/3,涂抹洗手液后按六步洗手法进行揉搓,之后再用流动水冲洗干净。同时要保证手术衣以及手套的无菌性,在穿戴手术衣时要注意规避手术衣外面接触非无菌物品,在佩戴手套时保证手套的完整性以及无破损性,从而保证无菌区域的完整性。此外手术过程中,不能随意触摸非无菌区域,且规避随意走动,以防止因走动而带起灰尘,这些灰尘可能附着细菌。

手术器械、物品的无菌要求

手术器械在使用之前都要经过严格的消毒处理,且将器械放置于无菌器械台上,护士严格按照指示进行准确性传递,避免因不小心造成器械掉落,导致污染。同时物品的摆放也需要按无菌物品、非无菌物品分开进行摆放,不能混在一起,以防止造成交叉感染。

三、手术过程中护士哪一个动作可能毁掉整台手术

未正确穿戴无菌装备:护士在进入手术室时,未正确穿戴无菌手套、手术衣、帽子等,致使手术衣未完全覆盖住身体或者手套在穿戴过程中造成污染,并且直接暴露的皮肤或者头发可能会成为细菌的来源,从而造成手术区域污染的现象。

手套破损未及时更换:手术过程中手套极有可能会因为针刺等造成刺破或者划破,但未及时发生并且更换,导致破损的手套因细菌通过皮肤进入手术区域,从而导

致感染风险增加。

器械或者物品管理不当:护士在传递或者准备器械的过程中,由于不小心将器械掉落在地上,或者器械接触非无菌区域,从而造成手术污染。同时护士在准备器械时由于未检查器械的具体消毒日期或者器械未经过充分的消毒,也可能导致此类器械携带有细菌,致使手术区域造成感染。

操作流程不规范:护士在进入手术室之前未严格按照洗手消毒程序展开操作或者由于洗手时间不足,导致未充分消毒的手可能会携带有病菌,在进入手术室之后造成无菌区域的污染。同时在传递器械过程中,未按照无菌操作规范进行,也会增加器械污染风险。

环境管理不当:护士在取物品时频繁进出手术室或者由于手术室的门未完全关闭,从而导致外界的空气进入手术室内,从而导致污染风险增加。

四、手术室无菌原则的重要性

减少术后感染风险:手术过程中由于患者的身体组织会暴露在外面,从而导致手术环境以及操作不符合无菌要求,以诱发感染,并且术后感染也是手术中最常见的一个并发症,可能导致伤口愈合不良,发热等,而通过无菌操作流程,则可以避免任何可能的污染,严格执行消毒、灭菌以及隔离等手段,达到规避感染风险的目的。

保护患者健康:患者在手术过程中,处于最脆弱的状态,其免疫系统相对低下,更容易受到感染风险,而通过无菌原则的执行,则可以最大限度地减少患者暴露病原体的机会,从而确保患者健康。

提高患者术后康复速度:手术过程中人体的天然屏障一皮肤会被切开,让病原体有机会进入机体内部,而无菌操作会降低手术感染风险,从而加快身体的恢复。

减少医疗纠纷,提升医院声誉:医院的声誉是其长期发展的关键因素之一,通过严格执行无菌操作,降低术后感染率,提高手术成功率,能够使医院赢得患者和社会的信任,提高自身声誉和竞争力。并且此种原则也可以提升患者的就医体验,使患者对医院的服务质量更加满意,从而规避医疗纠纷的发生风险。

总之,无菌原则是医疗领域的一项基本原则,其严格性不容置疑,护士在操作过程中需要每一个细小的环节均严格按照无菌原则展开,不能有丝毫的马虎,只有这样,才能保证手术的安全性及成功,从而实现病人健康的保护。

老年糖尿病患者

为何需要定期监测血糖？

□张礼康 合肥市第八人民医院老年医学科(全科医学科)

糖尿病,尤其是老年糖尿病,已成为全球老年群体中最常见的慢性疾病之一。定期监测血糖对于老年糖尿病患者尤为重要,不仅能帮助患者维持血糖稳定,还能预防并发症的发生。下面将为大家介绍一下定期监测血糖的重要性。

一、确保血糖控制的稳定性

老年人随着年龄增长,胰岛功能逐渐衰退,胰岛素的分泌能力和作用逐渐减弱,导致血糖易波动。而老年糖尿病患者身体可能存在慢性疾病,并发症较多,影响了糖尿病的管理。因此,定期监测血糖可以帮助患者了解自身血糖的波动趋势,从而采取相应的调整措施,如饮食、运动和药物治疗,避免血糖过高或过低带来的健康风险。我们通常建议老年糖尿病患者每天测量空腹血糖一次,餐后2小时血糖至少测量一次,尤其是在用餐、运动或药物治疗后,实时了解血糖波动。

根据《糖尿病管理指南》推荐,空腹血糖应控制在4.4 mmol/L-7.0 mmol/L,餐后2小时血糖应控制在小于10.0 mmol/L。对于老年患者,尤其是有认知障碍或反应迟缓的患者,可以考虑稍微放宽目标,但仍应尽量保持在推荐范围内,以降低并发症的风险。

二、及早发现低血糖或高血糖

低血糖和高血糖是糖尿病患者常见且危险的急性并发症,特别是老年患者,由于年龄的因素和并发症的存在,其对低血糖和高血糖的反应往往不如年轻人敏感。低血糖会导致昏迷、癫痫等急性症状,而高血糖可能导致酮症酸中毒或糖尿病高渗性昏迷。定期血糖监测可以帮助老年患者及时发现血糖异常,尤其是当血糖出现剧烈波动时(如超过13.9mmol/L或低于4.0mmol/L),避免严重后果的发生,后面患者也能够根据最近血糖数据及时调整饮食和药物,防止低血糖或高血糖发生。

三、评估并发症的风险

糖尿病的长期高血糖会损害血管和神经系统。糖尿病的并发症,尤其是微血管并发症(如糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病、糖尿病神经病变)和大血管并发症(如冠心病、中风、外周动脉疾病)通常与长期高血糖密切相关。例如,如果患者的血糖水平呈现明显波动(即餐前血糖较低,餐后血糖骤升),往往预示着血糖控制不稳定,从而增加微血管和大血管并发症的风险;而长期血糖波动则与糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病等微血管并发症的风险增加密

带状疱疹是一种常见的病毒性皮肤疾病,发病机制与人体免疫系统密切相关,带状疱疹这种疾病影响患者的身体健康,给生活质量带来严重困扰。深入了解带状疱疹的发病原理及预防方法,对于防范这一疾病具有重要意义。

一、病毒潜伏的生物学机制

带状疱疹病毒具有独特的生存方式,人体首次感染这种病毒后,病毒并不会完全消失,而是选择在脊髓后根神经节中潜伏下来,病毒宛如伺机而动的潜伏者,静候宿主免疫防御系统出现薄弱环节。带状疱疹病毒在神经节中能够长期存活,但在免疫系统的严密监控下维持着相对惰性状态。

二、带状疱疹的趁机而入

免疫屏障的脆弱时刻

人体免疫系统承担着抑制病毒活性的重要职责。正常情况下,免疫细胞能够持续监控并抑制潜伏的病毒,人体处于特殊时期,如长期精神紧张、过度疲劳、营养不良等状况时,免疫功能会出现明显下降。原本受到严格管控的病毒便有机会重新活跃起来,从神经节出发,沿着神经纤维延伸至皮肤表层,最终形成带状分布的疱疹疹。

年龄相关的免疫衰退

随着年龄增长,人体免疫系统功能逐渐减弱,研究表明,50岁以上人群

罹患带状疱疹的风险明显增加,现象与免疫系统的自然衰老密切相关。免疫力下降使得原本潜伏的病毒得以突破免疫防线,引发症状。老年人群除了发病率较高,病情也往往更加严重,恢复期更长。

医疗因素诱发的免疫抑制

某些医疗干预措施会降低人体免疫功能,例如癌症患者在接受化疗期间,免疫系统会受到显著抑制。器官移植患者需要长期服用免疫抑制剂,也面临较高的感染风险。

三、全方位的日常防护策略

科学饮食:营养均衡是增强免疫力的基础。患者饮食应当包含充足的优质蛋白质,如瘦肉、鱼类、禽类等。多食用新鲜蔬菜水果,补充维生素C、维生素E等抗氧化物质;适量摄入全谷物,补充膳食纤维。注意补充深海鱼类中的omega-3脂肪酸;避免食用过度加工食品,减少反式脂肪酸摄入。

运动计划:制订适合个人情况的运动方案十分关键。患者可选择低强度有氧运动,如散步、游泳、打太极拳等;保持每周3次-4次运动频率,每次30分钟-45分钟;运动强度要适中,避免过度疲劳;适当进行力量训练,增强肌肉耐力。注意运动前后的热身与放松。

作息管理:建立规律的作息制度对免疫系统非常重要。患者需要保证

每晚7小时-8小时的充足睡眠;培养固定的人睡和起床时间;创造良好的睡眠环境,注意室温、湿度的调节;避免睡前使用电子设备。适当安排午休时间,恢复体力。

心理调节:保持积极乐观的心态有助于增强免疫力。患者需要学习科学的压力管理方法,如正念冥想、深呼吸练习等;培养兴趣爱好,参与适当的社交活动;遇到心理困扰时,及时寻求专业心理咨询。

环境卫生:居住环境的卫生状况直接影响身体健康。患者要保持室内空气流通,定期开窗换气;控制室内温湿度在适宜范围。及时清洁床品、衣物;保持个人卫生习惯,养成勤洗手的好习惯。

预防接种:对于高危人群,接种疫苗

带状疱疹疫苗是有效的预防手段。我们建议50岁以上人群考虑接种疫苗;有基础疾病的患者应遵医嘱进行预防接种;定期体检,早期发现健康问题。

四、症状识别与及时治疗

初期症状辨识

带状疱疹发病伊始往往不易察觉,患处皮肤会先出现一系列令人不适的感觉。典型表现包括皮肤刺痛感,犹如被针扎或电击。部分患者还会感受到持续性灼烧感,皮肤表面似有火烧般的热感。瘙痒症状也较为普遍,患

者常有抓挠冲动,这些感觉往往局限于身体某一区域,呈带状分布。

皮肤变化进程

异常感觉出现后24小时至72小时内,患处皮肤陆续呈现明显变化。首先是皮肤发红,形成带状红斑,外观似火烧云般片状分布;随后红斑上会密集出现小水泡,大小不一,排列成群,这些水泡多数出现在躯干部位,沿神经走向呈带状排列,往往只分布在身体一侧。

好发部位解析

病灶常见于胸腹部、腰背部等躯干区域,部位神经分布丰富,病毒容易沿神经纤维扩散。面部、颈部也属于常见发病部位,一旦累及这些区域,需要格外警惕眼部并发症。少数病例可能出现在四肢,导致肢体疼痛和不适。

疼痛特征分析

带状疱疹疼痛具有独特性质。早期疼痛多为持续性钝痛,伴有间歇性锐痛。部分患者描述为电击样、刀割样或烧灼样疼痛,疼痛往往加重病人的心理负担,影响睡眠和日常生活。

总之,带状疱疹虽然常见,但并非不可防范。科学的预防措施与健康的生活方式是抵御病毒的有力武器。面对这种潜伏性威胁,我们建立全面的防护意识,采取系统的预防措施,有助于降低发病风险。

警惕二次出血!破裂动脉瘤护理要点

□许婷 安徽医科大学第一附属医院北区神经外科

动脉瘤是一种动脉壁因局部病变而向外膨出,形成的一种永久性、局限性的扩张,也是最常见的引发致残和致死的血管疾病之一。当动脉瘤发生破裂时,还会导致严重的内出血,危及患者的生命安全。因此,如何正确护理防止二次出血,对于患者来说十分重要。

一、动脉瘤破裂的原因

血压波动

这是导致动脉瘤破裂的主要因素之一,尤其是高血压患者的血管长期承受着较高的压力,因此血管壁更易出现退化和损伤,增加动脉瘤的风险。当患者情绪剧烈波动、用力排便或是剧烈运动时,都会导致血压波动,从而压力急剧增加,一旦超过血管壁的承受能力,就会引发动脉瘤破裂。

血管炎症

常见的例如自身免疫性动脉炎、感染性动脉炎等,这些炎症反应都可能引起血管壁损伤和退化,导致血管壁更加薄弱。且在炎症反应的过程中,血管壁的强度和弹性也会有所下降,从而增加动脉瘤破裂的风险。

外力作用

患者遭受外力撞击或挤压时,可能会导致动脉瘤破裂。此外,一些间接外力作用,例如咳嗽、打喷嚏、用力排便等,也会增加胸腔和腹腔内的压力,从而引发动脉瘤破裂。

二、破裂动脉瘤的护理要点

立即就医

动脉瘤破裂是一种非常紧急的情况,可能会危及患者生命,因此必须立即送往医院让患者接受专业治疗。在前往医院的途中,应当尽量减少患者的移动,同时让患者保持安静,避免剧烈活动或是血压波动,出现二次出血或加重症状。

病情监测

医护人员需要密切监测患者的生命体征,包括患者的呼吸、心率、血压等,尤其是血压需要重点监测。动脉瘤破裂后,血压过高可能会加剧出血,血压过低则会影响血液供应。其次,可以使用格拉斯哥昏迷评分评估患者的意识状态,并观察患者有无神经受损或是脑组织形成,以便及时发现并处理患者的异常情况。

治疗方式

手术选择:通常手术治疗主要包括开颅手术和血管内介入治疗。开颅手术夹闭是一种传统的治疗方式,通过开颅手术,医生可以直接找到动脉瘤并将其夹闭,从而阻止血液流入动脉瘤内。这种方式适用于大多数动脉瘤,尤其是一些位置较深或是情况较为复杂的动脉瘤;而血管介入治疗则是一种微创治疗,通过在患者的大腿根部股动脉插入导管,将导管送至动脉瘤部位,再使用材料将动脉瘤腔填塞,以达到闭塞的效果。这种方式创伤小、恢复快,且治疗后患者并发症较少,目前是颅内动脉瘤破裂时的首选方式。

药物治疗:破裂动脉瘤患者需要使用止血药物,以减少出血量,同时促进血液凝固,常用的止血药包括氨甲环酸等。对于颅内动脉瘤破裂患者,由于其颅内压升高,极易导致脑水肿或脑疝等严重并发症,因此需要采用药物降低颅内压。

体位与活动

动脉瘤破裂后,任何剧烈活动都可能导致患者血压升高,增加出血的风险。因此患者需要避免任何形式的剧烈运动,包括咳嗽、打喷嚏等。其次,患者应当绝对卧床休息,以减少对动脉壁的刺激和再出血的风险。患者可以采取平卧位,床头可以适当抬高15°-30°,有利于颅内静脉回流,减轻脑部水肿,但要避免角度过高,以免加重脑疝。

疼痛管理

根据视觉模拟评分法,定期评估患者的疼痛程度,根据患者个人情况及疼痛程度不同,可使用不同的镇痛药物。对于轻度中度疼痛患者,可使用非甾体抗炎药等。对于重度疼痛患者,则需要使用强效阿片类药物。为了避免单一药物的用量过大或是产生副作用,可以采用多种镇痛模式或联合用药。

康复治疗

部分患者可能由于破裂动脉瘤导致神经功能损伤,从而引起失语、偏瘫等。对于这类患者,需要进行康复治疗,包括物理治疗、作业治疗、语言治

