|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **前列腺癌出院健康处方** | | |
| **处方内容** | | **咨询电话** |
| **医疗** | 前列腺癌前列腺根治性切除术后医疗指导：  1、术后一般留置尿管2周，通常会在术后1周左右拆线及拔除引流管出院。  2、出院后需要3天需回门诊查看伤口，了解尿管引流情况。  3、出院1周后回门诊就诊拔除尿管并了解术后病理。  4、根据病理情况确定是否需要辅助治疗及辅助治疗方案。  5、如病理显示伴有盆腔淋巴结转移或精囊侵犯，则可即刻开始内分泌治疗。  6、如病理仅显示切缘阳性，则于术后3个月左右预约放疗科医生进行辅助放疗。  7、如同时合并精囊侵犯或盆腔，术后通常1个月左右门诊复查时检查血清PSA，腹盆超声。  8、如术后1个月血清PSA降至极低水平（<0.1ng/ml），则每3个月复查血清PSA，如血清PSA维持极低水平，则每3个月复查血清PSA及每年复查骨扫描，腹盆CT及胸部CT平扫。  9、如术后3个月血清PSA并未降至极低水平，则每1-2个月复查血清PSA，直至血清PSA稳定。  10、如血清PSA再次升高，超过0.2ng/ml,提示可能存在生化复发，则建议及时复查骨扫描及盆腔CT，此后每1个月复查血清PSA，如血清PSA持续升高超过2ng/ml，则建议开始以内分泌为主的系统治疗。 |  |
| **护理** | 1、患者每日定时擦洗尿道口，膀胱内的尿管尖部有气囊，可防止尿管脱落，患者不能自行拔除尿管，否则会对尿道造成严重损伤；  2、在尿管拔除之前应多饮水以防止泌尿系感染。  3、对于未拔除的引流管，患者应注意保持通畅勿打折，及时观察引流的颜色及量。  4、定期更换尿袋及引流袋。  5、伤口拆线后要经医生复查确定才能洗澡。拔除引流管后，引流管处伤口也需医生确定是否愈合及能否洗澡。一旦任何一处伤口出现红肿疼痛，要及时就诊确定是否存在伤口感染。 |  |
| **康复** | 术后适当的走步活动有助于身体的尽快恢复，但也不能过于劳累。在术后伤口疼痛基本消失后即可开始进行盆底肌训练，以提高拔除尿管后的控尿能力。  盆底肌训练指南：  1、每天收缩45次  2、每次收缩10秒钟，休息10秒钟  3、早中晚个三回，每回15次收缩休息循环  4、盆底肌训练的体位：站立位，坐位和躺位均可  5、如盆底肌收缩力弱，可从每收缩2秒至5秒，逐渐增加至收缩10秒  6、准确盆底肌肉训练的技巧  假设为避免放屁或直肠蠕动而收缩肛门周围肌肉  尽可能仅收缩盆底肌肉而非全身肌肉  避免紧张腹肌、大腿和臀部肌肉  每次收缩结束后要缓慢长出气，尽可能放松休息  每周可以尝试数次排尿时收缩盆底肌以阻断尿流  前列腺根治性切除术后，多数患者刚拔除尿管后会有暂时性尿失禁，但1-3个月很快恢复，但也有极少部分患者前列腺根治性切除术后控尿功能完全丧失，如术后1年仍不能恢复控尿者，控尿功能恢复的可能性明显减低。一般来说，术后平卧时无尿失禁，站立或行走出现尿失禁，多能恢复控尿功能。盆底肌训练有助于控尿功能的尽快恢复。但也要注意是否存在排尿不畅的情况，如出现尿不尽排尿费力等排尿不畅情况，常提示可能存在尿道狭窄，应及时告知主诊医生以便及时诊治。 |  |
| **营养** | 1、围手术期（术后1个月内）肠道功能恢复后（肛门有力排气为标准）应以半流食为主，如汤面，蛋羹及粥等。  2、大便成形后可逐步过渡到普通饮食。  3、注意营养均衡，保证充足的能量和蛋白质供给。  4、需要内分泌辅助治疗者，本身容易出现高血脂，因此需要平衡营养，荤素搭配，清淡饮食。 |  |