

系统化护理结合术后早期盆底肌训练 对前列腺电切术患者术后恢复、并发症及排尿功能的影响

郑美¹ 刘胜²

1. 兰陵县人民医院泌尿外科, 山东 临沂 277700;

2. 兰陵县人民医院妇科, 山东 临沂 277700

【摘要】 **目的** 探讨系统化护理结合术后早期盆底肌训练在前列腺电切术患者中的应用价值。**方法** 选择 2020 年 6 月—2022 年 6 月我院收治的前列腺电切术患者 72 例, 按随机数字表法分为两组, 各 36 例。对照组采用常规护理, 观察组采用系统化护理结合术后早期盆底肌训练, 两组均干预 4 周。对比两组术后恢复情况、排尿功能、症状严重程度及并发症。**结果** 观察组术后排气时间、术后排便时间及住院时间短于对照组, 且干预后尿失禁问卷简表 (ICIQ-SF) 中漏尿量、漏尿频率等各维度评分及总分、并发症发生率低于对照组, 症状轻于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 系统化护理结合术后早期盆底肌训练能够有效改善前列腺电切术患者排尿功能, 减轻症状, 减少并发症, 加快术后恢复。

【关键词】 前列腺电切术; 系统化护理; 盆底肌训练; 并发症; 排尿功能

前列腺增生 (BPH) 是引起中老年男性排尿障碍的常见疾病之一, 以尿频、尿急、尿不尽、排尿困难为主要表现, 严重影响患者生活质量^[1]。前列腺电切术是临床治疗 BPH 的重要措施, 可有效改善患者症状, 控制疾病发展^[2]。但前列腺电切术仍属有创操作, 患者术后难以避免发生膀胱痉挛、感染等并发症, 不利于预后。同时, 部分患者受手术、疾病等因素影响, 围术期存在较大的心理压力, 延缓术后恢复进程^[3]。常规护理围绕手术进行相关护理, 虽能够减轻患者痛苦, 但未采取相应措施帮助患者恢复排尿功能^[4]。而系统化护理是以患者为中心, 从心理、认知等多方面展开较为系统、完整的护理措施, 再结合术后早期盆底肌训练, 提高盆底肌张力, 以促进患者恢复。鉴于

此, 本研究分析系统化护理结合术后早期盆底肌训练对前列腺电切术患者的影响。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2020 年 6 月—2022 年 6 月我院收治的前列腺电切术患者 72 例为研究对象。纳入标准: ①符合第 9 版《外科学》^[5] 中 BPH 诊断标准, 且行前列腺电切术; ②患者签署知情同意书; ③术后生命体征平稳; ④精神良好, 可正常沟通。排除标准: ①术前排尿功能障碍者; ②下尿路感染者; ③患有前列腺肿瘤者。按随机数字表法分为两组, 各 36 例。两组一般资料相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组一般资料对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	年龄(岁)	病程(年)	体质量指数 (kg/m^2)
对照组 (n=36)	69.73 ± 4.58	4.08 ± 1.39	23.96 ± 1.40
观察组 (n=36)	69.15 ± 4.39	4.03 ± 1.42	23.89 ± 1.37
t	0.549	0.151	0.214
P	0.585	0.880	0.831

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规护理: 术前, 收集患者基本信息, 采用口头宣教的方式告知其 BPH 及前列腺电切术知识、术后注意事项等, 并做好术前准备工作, 同时, 术前指导患者练习床上排便; 术后, 监测患者生命体征变化情况, 并指导患者进行有效咳嗽, 定时帮助其更换体位, 以免

出现压疮, 术后, 注意观察患者膀胱管和尿管, 并指导其进食易消化食物; 患者出院后发放健康手册, 并叮嘱其定期复查, 共干预 4 周。

1.2.2 观察组 采用系统化护理结合术后早期盆底肌训练: ①病房干预: 病房每日通风 2 次, 每次通风时间不少于 30min, 并定期更换床单被罩, 将房内物品摆放整齐, 保持病房干净卫生;

在病房内铺设防滑垫、床边安装扶手,保护患者安全。②心理干预:每隔3d评估1次患者心理状态,针对出现异常情绪者,护理人员引导其勇于表达内心真实感受,以此分析患者异常情绪出现原因,针对性给予疏导,时间为20~30min/次。同时,与患者家属沟通,告知患者保持心理健康对疾病恢复的重要性,家属多陪伴患者,给予更多关怀,以便患者积极配合手术及术后各项护理。③认知干预:采用播放视频、动画演示、发放健康手册等方式展开相关宣教,宣教活动由患者及家属共同参与,宣教内容包括BPH相关知识、前列腺电切术知识、保持心理健康的意义、术后遵医嘱进行盆底肌训练的重要性等,30min/次,1次/d。④膀胱冲洗护理:术后膀胱冲洗时对冲洗液温度进行预热,温度与患者体温接近,且冲洗速度依据尿色决定,色深则快,色浅则慢,并观察记录引流液的颜色和性状,随着冲洗持续时间的延长,血尿颜色逐渐变浅,若出现异常需立即通知医师处理。⑤术后早期盆底肌训练:训练时患者体位以坐位、卧位为主,叮嘱其收紧会阴、肛门、尿道,上提盆底肌,坚持10s后放松,重复进行30次为1组,3组/d;之后叮嘱患者吸气、屏气,屏气同时收紧肛门,紧缩5s,呼气后放松,重复进行20次为1组,每次结束后休息10s后进行下1次,3组/d。⑥随访:出院时添加患者及其家属微信,邀请其加入微信群,指导患者每日在微信群中打卡盆底肌训练,并指导其每日填写排尿日记,记录排尿时间、急迫排尿程度、饮水量等,以便护理人员掌握患者病情;出院后,每周微信随访1次,为患者答疑解惑,提

供健康指导,共干预4周。

1.3 观察指标 ①术后恢复情况:记录两组术后排气时间、术后排便时间及住院时间。②排尿功能:于干预前、干预4周后使用尿失禁问卷简表(ICIQ-SF)^[6]进行相关评估,问卷共3个维度,包含漏尿量(0~6分)、漏尿频率(0~5分)、尿失禁严重程度(0~10分),共21分,评分高,排尿功能障碍明显。③症状严重程度:于干预4周后使用国际前列腺症状评分表(IPSS)^[7]进行评估,共7个问题,包括排尿不尽、尿线变细等,共0~35分,0~7分表明症状轻度;8~19分为中度;20~35分为重度。④并发症:包括出血、感染等。

1.4 统计学分析 SPSS20.0分析数据,计数资料以[n(%)]表达, χ^2 检验;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表达,t检验;等级资料采用秩和检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组术后恢复情况 观察组术后排气时间、术后排便时间及住院时间短于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

2.2 比较两组排尿功能 干预前,两组ICIQ-SF中漏尿量、漏尿频率等各维度评分及总分相比,差异无统计学意义(P>0.05);干预后,观察组ICIQ-SF中漏尿量、漏尿频率等各维度评分及总分低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表3。

表2 两组术后恢复情况对比($\bar{x}\pm s$)

组别	术后排气时间(h)	术后排便时间(h)	住院时间(d)
对照组(n=36)	38.64±7.21	39.18±6.53	11.36±1.48
观察组(n=36)	26.49±5.73	30.76±4.91	10.07±1.02
t	7.916	6.184	4.306
P	0.000	0.000	0.000

表3 两组排尿功能对比($\bar{x}\pm s$,分)

组别	漏尿量维度评分		漏尿频率维度评分		尿失禁严重程度维度评分		总分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组(n=36)	4.28±0.59	2.47±0.67 ^a	3.92±0.45	1.85±0.51 ^a	7.29±1.03	3.96±0.78 ^a	15.49±1.75	8.28±1.03 ^a
观察组(n=36)	4.33±0.57	1.71±0.53 ^a	3.86±0.41	1.20±0.36 ^a	7.45±1.12	2.63±0.54 ^a	15.64±1.80	5.54±0.79 ^a
t	0.366	5.338	0.591	6.248	0.631	8.635	0.359	12.665
P	0.716	0.000	0.556	0.000	0.530	0.000	0.721	0.000

注:与同组干预前相比,^aP<0.05。

2.3 比较两组症状严重程度 干预后,观察组症状轻于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。

见表4。

2.4 比较两组并发症 观察组术后并发症发生

率为 5.56% (2/36), 其中出血 1 例, 感染 1 例; 对照组术后并发症发生率为 22.22% (8/36), 其中膀胱痉挛 3 例, 出血 2 例, 感染 3 例。组间相比, 差异有统计学意义 ($\chi^2=4.181, P=0.041<0.05$)。

表 4 两组症状严重程度对比[n(%)]

组别	轻度	中度	重度
对照组 (n=36)	17 (47.22)	15 (41.67)	4 (11.11)
观察组 (n=36)	25 (69.44)	10 (27.78)	1 (2.78)
Z		2.023	
P		0.043	

3 讨 论

前列腺电切术是临床治疗 BPH 患者的常用措施, 但受手术操作刺激创面、术后频繁冲洗膀胱等因素影响, 患者术后可能出现膀胱痉挛、感染等并发症, 影响预后^[8-9]。同时, 围术期患者多伴有焦虑、抑郁等情绪, 不仅会加重患者躯体、精神上的痛苦, 还会影响手术的顺利实施和术后遵医行为, 不利于患者术后恢复。

常规护理以疾病及手术为护理重点, 通过术前宣教及术后健康指导, 能够改善患者身心状态, 减轻患者痛苦, 但相关护理措施缺乏系统性, 且未关注患者术后的排尿功能, 在加快患者术后功能恢复中存有局限性。本研究结果显示, 观察组术后排气时间、术后排便时间及住院时间较短, 且干预后 ICIQ-SF 中漏尿量、漏尿频率等各维度评分及总分、并发症发生率较低, 症状较轻, 提示系统化护理结合术后早期盆底肌训练在前列腺电切术患者中应用价值较高。原因在于系统化护理是以患者为护理中心, 充分考虑患者需求, 从多方面实施临床照护, 强调护理措施的系统性、完整性, 以便为患者提供更为优质的护理服务^[10]。实施系统化护理, 践行以人为本的理念, 为患者提供舒适、干净的病房环境, 能使患者感受到来自医护人员的关心, 提高护患沟通有效性, 为护理措施及手术的顺利实施奠定有利基础。同时, 系统化护理关注患者心理健康, 通过心理疏导、家属陪伴等多种方式缓解患者不良情绪, 减轻其心理压力, 再配合多形式宣教, 促使患者正确看待自身疾病和手术, 提高其认知, 利于患者术后积极主动地参与盆底肌训练, 对于加快术后恢复至关重要。系统化护理还强调采用接近生理温度的冲洗液冲洗膀胱, 并控制冲洗速度, 能够减轻对膀胱的刺激, 减少膀胱痉挛等并发症的发生。在系统化护理的基础上结合早期盆底肌训练, 能够提高盆底肌肉张力和尿道阻力, 增加膀胱逼尿肌的稳定性和收

缩力, 从而增强排尿控制力, 改善患者尿频、尿急等症状。术后早期盆底肌训练还能够改善盆底肌与膀胱的神经功能, 减少漏尿量, 降低漏尿频率, 最大限度提高患者排尿功能。另外, 系统化护理在患者出院后实施随访与健康指导, 能够确保患者出院后仍能获得相关护理服务, 满足其照护需求, 从而进一步改善患者症状, 加快术后康复。

综上所述, 系统化护理结合术后早期盆底肌训练应用于前列腺电切术患者中效果良好, 能够有效改善排尿功能, 减轻症状, 促进患者术后恢复, 且并发症较少。

参考文献

- [1] 汪梅, 李振东, 赵俊峰, 等. 中医临床护理路径在前列腺电切术后膀胱痉挛患者中的应用及效果观察[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(8): 730-733.
- [2] 黄月娥, 赵格格. 针灸联合盆底肌群康复训练对前列腺增生电切患者术后尿失禁与勃起功能障碍发生率的影响[J]. 中国性科学, 2019, 28(4): 113-116.
- [3] 林春丽, 李园园, 侯诗箐, 等. 精准化护理模式预防经尿道前列腺电切术后膀胱过度活动症疗效及对焦虑抑郁情绪和护理质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(28): 3169-3173.
- [4] 辛爱彬, 王丽, 宋慧迪, 等. 系统护理对前列腺增生患者围术期 CPSS 评分、睡眠质量及依从性的影响[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2021, 30(6): 79-81.
- [5] 陈孝平, 汪建平, 赵继宗. 外科学[M]. 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 553-556.
- [6] 陈泽波, 来永庆, 曹群朵, 等. ICIQ-SF 问卷中文版与尿动力学检查的相关性研究[J]. 现代泌尿外科杂志, 2011, 16(5): 403-405.
- [7] 占岚, 张传芳. 基层医院良性前列腺增生患者的国际前列腺症状评分问卷分析[J]. 中华老年医学杂志, 2009, 28(7): 590-591.
- [8] 赵虎, 孙士成, 王必亮, 等. 经尿道前列腺激光剝除术与经尿道前列腺等离子电切术治疗良性前列腺增生症疗效比较[J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48(2): 202-205.
- [9] 李兰芳. 快速康复护理联合医护合作模式在经尿道前列腺等离子电切术患者中的应用[J]. 河北医药, 2022, 44(15): 2398-2400.
- [10] 刘珍, 安康, 殷波, 等. 盆底肌锻炼联合索利那新治疗良性前列腺增生症患者术后并发症的临床效果[J]. 中国男科学杂志, 2021, 35(2): 57-60.