

精细化护理干预在老年前列腺增生经尿道电切术围手术期中的应用效果探讨

刘菊珍, 李程莉, 杨捷, 赖媛婷

基金项目: 广西医药卫生自筹经费计划课题(编号:Z20170155)

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区江滨医院普通外科

作者简介: 刘菊珍(1970-), 女, 大学本科, 学士学位, 副主任护师, 研究方向: 泌尿外科护理。E-mail: 57089355@qq.com

[摘要] **目的** 探讨精细化护理干预在老年前列腺增生经尿道电切术围手术期中的应用效果。**方法** 选取该院泌尿外科 2015-01 ~ 2016-06 收治的前列腺增生手术患者 90 例, 采用电脑随机数字表法分为观察组和对照组, 各 45 例。两组患者均采用经尿道前列腺增生电切术治疗和常规护理措施。在此基础上, 观察组患者采用精细化护理干预措施, 比较护理干预后两组患者的应用效果。**结果** 观察组术后并发症发生率明显低于对照组($P < 0.05$); 观察组对护理工作的满意度明显高于对照组($P < 0.05$); 观察组的国际前列腺症状评分(international prostate symptom score, IPSS)明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 精细化护理干预应用在老年患者前列腺增生电切术围手术期中, 可显著降低手术后早期并发症的发生率, 提高患者生活质量及改善预后, 提高患者满意度, 值得临床推广应用。

[关键词] 老年前列腺增生; 经尿道前列腺电切术; 精细化护理; 围手术期

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2019)04-0449-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.04.27

良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)是老年多发病和慢性病,严重影响老年人身体健康及生活质量^[1],其主要治疗手段为手术治疗,经尿道前列腺电切术(transurethral resection of the prostate, TURP)为治疗的首选方法^[2]。但患者术后容易出现尿失禁、尿路感染、膀胱痉挛和继发性出血等并发症,影响手术效果和术后康复。本研究旨在探讨精细化护理干预应用在前列腺增生经尿道电切术围手术期的临床效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院泌尿外科 2015-01 ~ 2016-06 收治的前列腺增生手术男性患者 90 例,采用电脑随机数字表法分为观察组和对照组,每组 45 例。观察组年龄 67 ~ 93 岁,中位年龄 79 岁;病程 1 ~ 13 年;前列腺 I 度增生 20 例,II 度增生 17 例,III 度增生 8 例;国际前列腺症状评分(international prostate symptom score, IPSS)为(21.0 ± 1.1)分。对照组年龄 65 ~ 95 岁,中位年龄 78.5 岁;前列腺 I 度增生 22 例,II 度增生 16 例,III 度增生 7 例;IPSS 评分为(20.5 ± 1.2)分。两组患者全部在硬膜外麻醉下行 TURP,手术时间

为 30 ~ 95 min,平均 55 min。术中出血量为 20 ~ 210 ml,平均 65 ml。两组基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)年龄 ≥ 65 岁;(2)经直肠指诊、B 超、IPSS、尿动力学检查等确诊;(3)患者符合手术适应证,出现前列腺增生相关临床表现,伴随下尿路梗阻情况,最大尿流率均 < 15 ml/s,膀胱残余尿量 > 60 ml;(4)所有研究对象均为首次接受 TURP 治疗;(5)患者知情同意。排除标准:(1)年龄 < 65 岁;(2)凝血机制障碍,正在接受抗凝治疗;(3)肿瘤患者;(4)严重心、脑、神经系统疾病的患者。

1.3 护理方法

1.3.1 常规护理 两组患者围手术期均给予常规治疗和护理措施,护士热情接待入院患者,进行各项评估记录,讲解疾病的相关知识,配合完成各项术前检查项目,同时积极进行术前准备工作,患者均给予 TURP,术后吸氧,监测患者生命体征的变化,观察记录病情,给予抗感染、补液治疗、持续膀胱冲洗及做好导尿管的护理。

1.3.2 精细化护理 观察组患者围手术期采用以下精细化护理干预措施。

1.3.2.1 术前护理 (1) 护理人员在患者入院时即熟悉和全面掌握患者的病情,为精细化护理干预提供依据。向患者说明疾病诊疗计划、预期治疗效果及可能出现的并发症,告知术前准备内容,让患者做好身心的双重准备,积极配合治疗。(2) 针对老年人的生理、心理特点,护士及早采取心理护理措施,耐心倾听患者的诉求,注意观察患者的言行,积极为其答疑解惑,细致地开展各项护理工作。目前TURP 仍然是世界上开展最为广泛的手术之一,是治疗BPH 所致的下尿路症状的金标准^[3]。由于患者均为老年人,缺乏疾病方面知识,担心手术预后差,患者多表现为紧张、失眠等症状,为增强患者的信心,护士耐心讲解此项手术的原理、方法、手术效果及优点等,必要时请恢复较好的患者现身说法。(3) 指导患者围手术期饮食,应以清淡、易消化为主,多进食蔬菜、火龙果、香蕉等润肠食物,避免辛辣煎炸等刺激性食物,预防便秘^[4]。(4) 告知患者术后可能留置的各种管道、留置时间、注意事项、术后治疗方案、持续膀胱冲洗的目的、配合要求。(5) 指导患者练习床上排便,同时耐心教会患者训练提肛肌,方法:嘱患者在每次排尿时有意识地中断排尿以起到收缩肛门括约肌的作用^[5];并分别于早、中、晚进行缩肛运动,每次连续缩肛100次,缩肛不少于30 s/次,3次/d。提肛肌训练时间越长,术后发生尿失禁的概率越低^[6]。

1.3.2.2 术中护理 调节手术室到适宜的温湿度,注意观察患者膀胱冲洗情况,冲洗液预加温,密切观察患者的生命体征,给予心理疏导,确保手术的顺利进行。

1.3.2.3 术后护理 (1) 术后密切监测患者血压、脉搏的变化,患者术后常规留置三腔气囊导尿管接无菌引流袋返回病房,将导尿管妥善固定好,适当牵引导尿管以使气囊压迫前列腺窝而达到止血目的,嘱咐患者肢体勿做屈曲运动。患者过床后即以3 L袋装的无菌等渗液进行持续膀胱冲洗,冲洗液温度一般以25~30℃、冲洗速度一般以80~100 gtt/min为宜^[7],视引流液颜色决定膀胱冲洗的速度和时间,冲洗液高度约40~60 cm^[8]。护士勤巡视,随时调整冲洗液的速度,定时挤捏导尿管,冲洗过程中确保冲洗及引流通畅,密切观察记录引流液的颜色、量、性质,根据其颜色调节速度,如引流液的颜色持续深红色,同时引流液有血凝块,或者引流中断应警

惕患者有再出血的可能,应及时通知医师。如有血凝块堵塞应用无菌甘油注射器吸生理盐水反复冲洗膀胱,注意严格无菌操作,同时使用止血药^[9];或加快膀胱冲洗的速度,利用压力冲开血块,注意观察生命体征变化。术后常规冲洗2~3 d,待引流液清亮后,即可停止冲洗,观察2~3 d无异常即可根据医嘱拔除导尿管。(2) 尿道外口每日消毒1~2次,严格无菌操作,注意保持会阴部清洁,定时观察体温及血象变化,观察有无畏寒、高热等症状,必要时应用抗菌药物预防尿路感染。在进行膀胱冲洗过程中,协助患者取舒适卧位,一般以平卧位为宜,经常鼓励患者缓慢地更换卧位,指导其进行有效的深呼吸和咳嗽,做好保暖措施,预防感冒和坠积性肺炎。(3) 术后常规从手术室带回硬膜外镇痛泵,应向患者及家属说明留置的目的、意义和注意事项,指导患者使用镇痛泵的方法,一般留置1~2 d,根据患者情况给予拆除,拆除镇痛泵后若患者仍有不能耐受的疼痛,即报告医生,遵医嘱及时给予镇痛,护士认真做好疼痛的评估与记录。手术后很多患者可能会出现强烈尿意,此时护士应嘱患者放松,避免用力排尿诱发出血。(4) 患者术后若无胃肠不适,6 h后可进食清淡易消化的流质饮食,嘱患者大量饮水,至少2 000 ml,饮食原则同术前,避免用力排便诱发创面损伤而出血。大多数患者术后可能会出现尿失禁现象,针对此种情况,护士应积极为患者提供间断性夹闭尿管训练,嘱患者当有自主尿意时,自行开放尿管,术后仍需督促患者积极进行提肛肌训练。(5) 本组研究对象均为老年患者,由于持续导尿,活动不便,需要护士定时协助翻身,每3~4 h翻身一次,按摩受压皮肤,被动及主动活动双下肢,促进血液循环,预防压疮和下肢深静脉血栓形成。(6) 拔除导尿管后,仍需注意观察患者排尿情况,注意有无出现血尿。嘱患者避免导致腹压增高的各种情况(如剧烈活动、提重物、咳嗽等)。

1.4 评价标准 (1) 对比两组并发症发生情况:两组患者治疗7 d后,观察两组患者在围手术期并发症发生情况,包括膀胱痉挛、继发性出血、尿路感染、暂时性尿失禁等。(2) 对比两组患者的护理满意率:出院前发放自制的护理工作满意度问卷调查表给患者填写,调查总分为100分,>80分为满意,60~79分为一般满意,<60分为不满意,满意率=(满意例数+一般满意例数)/总例数×100%。(3) 对比两组患者IPSS评分:于患者出院后2个月进行随访,采用IPSS进行评分,总分35分,重度症状为20~

35分,中度症状为8~19分,轻度症状为0~7分。

1.5 统计学方法 应用SPSS22.0统计软件对数据进行处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料组间比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后并发症发生率比较 观察组术后并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组术后并发症发生率比较[n(%)]

| 组别 | 例数 | 膀胱痉挛 | 继发性出血 | 尿路感染 | 暂时性尿失禁 | 发生率 |
|-----|----|----------|---------|---------|---------|-----------|
| 观察组 | 45 | 2(4.44) | 2(4.44) | 1(2.22) | 1(2.22) | 6(13.33) |
| 对照组 | 45 | 5(11.11) | 4(8.89) | 2(4.44) | 3(6.67) | 14(31.11) |

注: $\chi^2 = 4.114, P = 0.043$

2.2 两组护理满意率比较 观察组护理满意率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组护理满意率比较[n(%)]

| 组别 | 例数 | 满意 | 一般满意 | 不满意 | 满意率 |
|------------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组 | 45 | 23(51.11) | 20(44.45) | 2(4.44) | 43(95.56) |
| 对照组 | 45 | 16(35.56) | 18(40.00) | 11(24.44) | 34(75.56) |
| Z/χ^2 | - | - | -2.196 | - | 7.283 |
| P | - | - | 0.028 | - | 0.007 |

2.3 两组IPSS评分比较 观察组的IPSS评分明显低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组IPSS评分比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | IPSS评分(分) |
|-----|----|--------------|
| 观察组 | 45 | 5.72 ± 1.13 |
| 对照组 | 45 | 12.36 ± 1.48 |

注: $t = 23.921, P = 0.000$

3 讨论

膀胱痉挛是TURP术后最常见的并发症,可导致术后继发性出血,给患者带来生理和心理双重痛苦,严重影响患者的康复。朱亚敏^[10]的研究显示,引发膀胱痉挛的原因有引流管堵塞、过度牵拉引流管、气囊导尿管注水过多、冲洗液温度过低或冲洗速度过快、便秘、心理因素等。针对以上原因,我们采用精细化护理干预措施:首先,对患者进行心理辅导、减轻患者心理负担,并向患者及家属详细解释发病原因,说明预后。其次,持续膀胱冲洗,定时挤捏管道,有血块堵塞时及时抽吸,根据引流液颜色随时

调整冲洗速度,确保管道通畅。妥善固定导尿管,牵引适度,避免过度压迫前列腺窝。气囊注水量一般以20ml为宜^[11]。以冲洗温度25~30℃、冲洗速度80~100滴/min为宜。保持大便通畅,勿用力排便,必要时给予开塞露塞肛通便。经常询问患者的感受,适时地给予患者心理疏导,定时镇痛,确保患者舒适。通过以上的精细化护理干预措施,膀胱痉挛发生率大大降低。通过密切观察患者生命体征变化和引流液的性质,经常巡视倾听患者的主诉,及早发现出血的征兆,及时报告医师并给于精细化护理干预措施。指导患者合理饮食,预防便秘引起伤口损伤而出血。定时观察体温及血象变化,观察有无畏寒、高热等症状;嘱咐患者每日饮水>2000ml,做好引流管和导尿管护理,减少感染风险;每日消毒尿道外口,更换膀胱冲洗管道时严格无菌操作,必要时应用抗菌药物,保持个人良好的卫生状况,有效地预防尿道感染的发生。围手术期通过提肛锻炼,减少了尿失禁的发生。综上所述,精细化护理即是护理工作步骤细节化、数据化,使护理工作有目的有计划地开展,可高度概括为“精、准、细、严”,显著提高了护理工作质量和效率,充分调动患者的主观能动性,提高治疗效果。而常规护理方法,护士只是被动机械地执行医嘱,流水作业,缺乏主动服务意识,已不能适应时代发展的需要。

总之,精细化护理应用在老年前列腺增生经尿道电切术围手术期患者,结果显示,观察组术后并发症发生率明显低于对照组($P < 0.05$),观察组对护理工作的满意率明显高于对照组($P < 0.05$),观察组IPSS评分明显低于对照组($P < 0.05$)。笔者认为在老年患者前列腺增生电切术围手术期中采用精细化护理干预措施,可显著降低手术后早期并发症的发生率,改善患者预后,提高患者的生活质量和患者护理满意率,获得了较好的社会效益,值得在前列腺增生手术患者的护理中推广应用。

参考文献

- 1 林宁峰,刘昌明,李国敏.经尿道等离子前列腺电切术和剜除术治疗前列腺增生的临床疗效比较[J].当代医学,2011,17(27):58-59.
- 2 陈孝平.外科学下册[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2005:851-854.
- 3 玉海,梁建波,李伟.良性前列腺增生的腔内治疗进展[J].中国临床新医学,2013,6(11):1114-1116.
- 4 金晨霞,李贵平,吴婧,等.优质护理对TUVF术后护理质量及并发症的影响[J].甘肃医药,2013,32(4):311-314.

- 5 李迎波, 王晓燕, 吴勤, 等. 浅谈护理干预对成年女性压力性尿失禁患者生活质量的影响[J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(26): 152 - 154.
 - 6 黄婉玲, 区洁芬, 张俊芳, 等. 提肛肌训练治疗经尿道前列腺电切术后患者尿失禁的效果[J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(5): 34 - 36.
 - 7 陈彬. 经尿道前列腺电切术 100 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2008, 14(22): 70 - 71.
 - 8 周彤, 李艳. 118 例前列腺气电化电切术并发症预防及护理[J]. 吉林医学, 2013, 34(22): 4620 - 4621.
 - 9 梁升霞. 前列腺增生症术后出血的预防与护理[J]. 中国临床新医学, 2013, 6(5): 479 - 480.
 - 10 朱亚敏. 经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛性疼痛的原因分析与护理[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(12): 57 - 58.
 - 11 陈绵绵, 许珊珊, 黄娅娇. 尿管气囊充盈量对 PKRP 术后膀胱痉挛的影响[J]. 当代医学, 2010, 16(12): 128 - 129.
- [收稿日期 2018 - 05 - 01][本文编辑 刘京虹 潘洪平]

新进展综述

胰性腹水诊治的研究进展

孔凡彪, 吴东波(综述), 王晓通(审校)

基金项目: 国家自然科学基金项目(编号:81660416); 广西卫健委科研课题(编号:Z20180739); 广西壮族自治区人民医院青年基金项目(编号:QN2018 - 22)

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院普通外科(孔凡彪), 骨肠周围血管外科(王晓通); 545005 广西, 柳州市工人医院普通外科一区(吴东波)

作者简介: 孔凡彪(1985 -), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 胰瘘的外科治疗。E-mail: kfb. 32@163. com

通讯作者: 王晓通(1985 -), 男, 医学博士, 副主任医师, 研究方向: 胃肠胰腺肿瘤的诊治。E-mail: 008. wxt@163. com

[摘要] 胰性腹水是胰腺疾病的临床表现之一, 该文对胰性腹水的发病机制、临床表现、检查、诊断及治疗等方面的研究进展作一综述。

[关键词] 胰性腹水; 发病机制; 诊疗

[中图分类号] R 657. 5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674 - 3806(2019)04 - 0452 - 04

doi:10. 3969/j. issn. 1674 - 3806. 2019. 04. 28

Research progress in diagnosis and treatment of pancreatic ascites KONG Fan-biao, WU Dong-bo, WANG Xiao-tong. Department of General Surgery, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] Pancreatic ascites is an intractable complication that is particularly challenging to manage in clinics. The research progress in pathogenesis, clinical manifestations, clinical examinations, diagnosis and treatments of pancreatic ascites is reviewed in this paper.

[Key words] Pancreatic ascites; Pathogenesis; Diagnosis and treatment

腹水为临床常见症状, 由心肝肾等疾病引起腹水较为常见, 而由胰腺病变所引起的胰性腹水发病率相对较低, 但胰性腹水引发的后果比较严重, 并逐渐引起了人们的重视。早在 1953 年, Smith^[1] 首先报道了 2 例慢性胰腺炎导致的胰性腹水病例, 但目前尚无针对胰性腹水的大型随机对照研究, 其临床经验及交流多来自于个案报道^[2,3]。现将胰性腹水的诊治最新进展综述如下。

1 流行病学

研究^[4]报道胰性腹水在男性中多见, 且好发年龄为 20 ~ 50 岁。慢性胰腺炎并发胰性腹水的发生率约为 3. 5%, 胰腺假性囊肿发生胰性腹水的概率为 6. 0% ~ 14. 0%^[5]。胰性腹水非手术治疗的病死率约为 20. 0%, 复发率为 50. 0% ~ 64. 0%; 手术治疗的病死率为 0. 0% ~ 16. 3%, 复发率为 0. 0% ~ 24. 5%^[6]。