

集束化干预策略对老年经尿道前列腺电切患者术后出血的影响及对膀胱痉挛的预防作用研究

戴妍妍

良性前列腺增生症 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 是泌尿科最常见的疾病之一, 不仅给患者躯体带来痛苦, 还严重影响其身心健康和生活质量。据有关统计, 50 ~ 79岁老年人BPH发病率约40%^[1], 80岁及以上群体竟高达80%以上。经尿道前列腺电切术(transurethral resection of the prostate, TURP)^[2]具有手术创伤小、术后恢复快等特点, 是临床治疗本病的常用方法, 但由于TURP属于单极电外科系统, 术后时有并发症的发生, 如术后继发性出血、尿失禁、膀胱痉挛等, 在一定程度上影响手术治疗的临床效果, 同时也是决定手术成败的关键因素。集束化干预策略是针对一些具体且具有临床可操作性的公认措施的整合^[3], 从而提高相关措施实施的完整性, 使每个措施发挥其所长, 增加临床效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择湖州市中心医院泌尿外科2015年1月至2016年6月择期行TURP的86例老年BPH患者, 术前均经直肠指诊、前列腺特异性抗原检查、B超、尿动力学检查检查等确诊为BPH, 具有手术治疗指征, 并排除前列腺癌患者, 膀胱颈纤维化以及神经性膀胱患者, 有明显的心、肝、肾等重要器官功能障碍患者。86例老年BPH患者年龄54 ~ 80岁, 平均年龄(68.72 ± 10.52)岁; 病程3 ~ 22年, 平均病程(6.68 ± 0.98)年; 伴尿潴留57例、尿路感染27例、伴膀胱结石24例、伴肾积水16例; 国际前列腺症状评分(international prostate symptom score, IPSS)(16.48 ± 2.15)分。根据护理方法不同分成对照组和干预组, 每组43例, 两组临床基线特征见表1, 两组比较, 差异无统计学意义(P均>0.05)。

表1 两组患者基线资料比较

组别	n	平均年龄 / 岁	平均病程 / 年	并发症 / 例				IPSS 评分 / 分
				尿潴留	尿路感染	膀胱结石	肾积水	
干预组	43	68.09 ± 8.42	6.70 ± 0.90	30	12	13	9	16.52 ± 2.17
对照组	43	67.52 ± 8.19	6.42 ± 0.84	27	15	11	7	16.41 ± 2.13

1.2 干预措施 对照组实施常规TURP围术期护理。入院后, 完善各项辅助检查, 指导合理饮食, 做好个人卫生, 术后加强膀胱冲洗、尿道口护理以及健康教育, 做好出院指导。干预组给予集束化干预。首先, 成立集束化小组, 选取科室工作经验3年以上、接受过系统的循证培训、具有丰富的实践经验的本专科护理人员, 并由护士长担任组长, 通过查阅文献, 并结合自身护理工作经验以及患者需求, 确定集束化干预策略, 内容包括: ①心理干预: 小组

成员应根据老年人生理心理特点, 耐心沟通, 并态度和蔼, 在尊重其生活习惯前提下, 细心讲解各检查项目的目的及时间, 以往同类手术康复的病例, 增强手术信心, 使其积极配合完成治疗; ②导尿管拔除干预: 在医师开出拔除导尿管医嘱后, 对患者进行拔管前的膀胱充盈训练, 嘱多饮水, 夹闭导尿管1 ~ 2 h, 待有尿意时放出尿液, 如此反复3次。③膀胱冲洗干预: 术中及术后3 d所使用的膀胱冲洗液均经BW585型干式加温仪加温, 温度控制在37℃。术中当日冲洗速度根据流出液体颜色变化及时调整, 以淡红色至透明为宜; ④饮食干预: 术后6 h内无恶

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.03.044

作者单位: 313000 浙江湖州, 湖州市中心医院泌尿外科

心、呕吐,可遵医嘱予流质饮食,每天饮水量>2 500 ml;
 ⑤继发性出血:密切关注患者膀胱引流颜色,防止尿管堵塞。同时告知勿用力排便,保持大便通畅,必要时可使用缓泻剂。可行顺时针按摩腹部,促进肠蠕动。卧床休息,减少坐位,坐位时间<1.5小时/次。术后1周内禁止测量肛温及灌肠,以免刺激前列腺窝引起出血;⑥疼痛干预:出现膀胱痉挛时,紧握患者的手,嘱深呼吸,放松会阴部肌肉,予心理安慰,缓解其焦虑、紧张及恐惧等负面情绪,从而减轻疼痛。⑦出院指导:嘱2个月内忌性生活,3个月内避免剧烈运动,6个月内忌能增加腹压的活动。

1.3 观察指标

1.3.1 生活质量 术后3个月根据生活质量调查表(Quality of life questionnaire-74,GQOL-74)对所有患者进行生活质量的评估,一对一调查,且无指导性语言,并在规定时间内完成。GQOL-74问卷包含74个条目,从躯体功能、心理功能、社会功能以及物质生活状态4个维度来评价,分值越高,表示生活质量越高。

1.3.2 尿动力学及IPSS评分 患者术后3个月需入院复诊,检测尿动力学指标:最大尿流率(max urine flow rate,Qmax)、残余尿量(residual urine volume,RU);并进行IPSS评分,评价BPH患者症状严重程度,

总分35分,其中0~7分为轻度症状,8~19分为中度症状,>20分,重度症状。

1.3.3 术后出血 通过采用膀胱冲洗液量、冲洗持续时间以及血凝块堵塞率来综合评价TURP术后出血情况。

1.3.4 膀胱痉挛 应用膀胱痉挛症状评分(bladder spasm symptom score,BSSS)来评估TURP术后膀胱痉挛情况,分数越高提示严重程度越重。

1.3.5 远期疗效评价 TURP术后3~6天拔除尿管后,随访3个月,依据排尿情况等评价临床效果:①痊愈,拔除尿管后排尿通畅;②有效,拔除尿管后仍存在一定程度尿频或尿失禁,但3个月内经抗炎、膀胱逼尿肌锻炼后排尿通畅,无失禁;③无效,拔除尿管后存在明显尿频或尿失禁,经对症治疗3个月仍有明显尿频、尿线细或排尿困难。

总有效率=(痊愈例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 使用SPSS 17.0统计软件进行研究数据分析,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;计数资料以率(%)表示,采用卡方检验;等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生活质量评分比较见表2

表2 两组生活质量评分比较/分

组别	n	躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活
干预组	43	45.93 ± 6.40*	58.44 ± 8.30*	57.82 ± 8.22*	26.27 ± 3.70
对照组	43	36.82 ± 4.64	51.58 ± 7.17	50.37 ± 6.77	25.46 ± 3.62

注:* 与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,干预组躯体功能、心理功能及社会功能评分均明显高于对照组(t 分别=7.56、4.10、4.59, P 均<0.05),但两组物质生活评分比较,差异无统计学意义($t=1.03$, $P>0.05$)。

2.2 两组干预前后尿动力学及IPSS评分见表3

表3 两组干预前后尿动力学及IPSS评分的比较

组别	Qmax/ml/s	RU/ml	IPSS 评分 / 分
干预组			
干预前	7.10 ± 0.92	140.17 ± 20.01	16.52 ± 2.17
干预3个月后	16.14 ± 2.26*#	38.79 ± 5.44*#	5.49 ± 0.64*#
对照组			
干预前	7.12 ± 0.89	139.26 ± 18.14	16.41 ± 2.13
干预3个月后	13.20 ± 1.57*	76.52 ± 10.42*	7.86 ± 1.11*

注:* 与干预前比较, $P<0.05$;# 与干预3个月后对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,与干预前比较,干预3个月后干预组和对照组Qmax均明显升高(t 分别=24.29、22.09, P 均<0.05),RU、IPSS评分均明显降低(t 分别=32.06、19.67、31.97、23.34, P 均<0.05);与干预3个月后对照组比较,干预组Qmax明显较高($t=7.01$, $P<0.05$),RU、IPSS评分明显较低(t 分别= 21.05、12.13, P 均<0.05)。

2.3 两组术后出血情况比较见表4

表4 两组术后出血情况的比较

组别	n	冲洗液量/L	冲洗时间/h	血凝堵塞 / 例(%)
干预组	43	37.68 ± 5.20*	49.86 ± 7.03*	2(4.65)*
对照组	43	50.42 ± 6.84	62.37 ± 8.74	8(18.60)

注:* 与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表4可见,干预组冲洗液量、冲洗持续时间、血凝堵塞比例均低于对照组,差异有统计学意义

(t 分别=9.72、7.31, $\chi^2=4.07$, P 均 <0.05)。

2.4 两组术后膀胱痉挛程度比较 干预组BSSS评分为(2.37 \pm 0.26)明显低于对照组(4.42 \pm 0.57)分,差异有统计学意义($t=21.46$, $P<0.05$)。

2.5 两组远期临床疗效比较见表5

表5 两组远期临床疗效的比较

组别	n	临床疗效 / 例(%)			总有效率 / %
		痊愈	有效	无效	
对照组	43	20(46.51)	14(32.56)	9(20.93)	79.07*
干预组	43	25(58.14)	16(37.21)	2(4.65)	95.35

注: *:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表5可见,干预组远期疗效优于对照组,差异具有统计学意义($\chi^2=5.11$, $P<0.05$)。

3 讨论

膀胱痉挛也是TURP术后最常见的并发症。集束化干预是集合一系列有循证基础的治疗及护理措施,来针对某种难治的疾病^[4]。其目的在于帮助医护人员为患者提供尽可能优化的医疗护理服务,不仅改善患者预后及医疗服务质量,还带动了整个学科乃至医疗事业的发展。捆绑式护理措施的集中应用,起到了较好的预防作用^[5],并对临床护理工作具有指导作用。实施过程中,应根据不同医院的具体情况将“循证医学指南”转化为临床实践,用科学、客观、全面、深入的研究方法以最优集束化干预策略使患者得到最大收益^[6,7]。集束化干预是理论与实践相联系,将各自独立措施合并,但并不是简单意义上的相互加权而成,而是彼此相辅相成、相互联系、扬长避短。

本次研究显示,通过集束化干预策略干预后,干预组躯体功能、心理功能及社会功能评分均明显高于对照组,干预组 Q_{max} 明显较对照组高($P<0.05$),RU、IPSS评分明显较对照组低(P 均 <0.05),说明患者术后出血情况、尿动力学及生活质量明显改善。干预组出血情况(冲洗液量、冲洗持续时间、血凝堵塞比例)优于对照组(P 均 <0.05)。原因可能是TURP手术创面较大,术后咳嗽、便秘等用力牵拉引起腹压升高,导致已凝血的小静脉破裂出血。此外,术后过早、过度活动以及骑跨等运动引起手术创面牵拉、挤压而导致出血。最终引流管堵塞、膀胱痉挛、出血三者之间相互作用,恶性循环,甚至需二次手术。因此,TURP术后出血是护理重点,要求护理人员充分了解BPH临床特点,熟悉TURP术后病情变化的规律,判断术后可能发生的并发症,通过及时护理

干预,早发现、早诊断、早治疗,做到有的放矢。本次研究结果亦证实了通过集束化干预,干预组长期疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

本次研究还显示,干预组的术后膀胱颈挛明显优于对照组($P<0.05$),其发生机制与以下因素密切相关:①精神:精神紧张、恐惧、焦虑是诱发因素,同时越紧张膀胱痉挛越严重,形成恶性循环;②尿道管刺激:橡胶尿道管刺激了膀胱交感神经分布区,极易引起膀胱痉挛;③导尿管堵塞:术后前列腺碎片、血凝块堵塞导尿管,引流不畅,导致膀胱充盈,从而刺激膀胱收缩而引起膀胱痉挛;④膀胱冲洗液温度过低:冲洗液温度过低,越容易刺激膀胱出现膀胱痉挛,而冲洗速度过快膀胱区的感应明显,也极易发生膀胱痉挛。因此,要做好患者心理疏导,采取有效措施,特别是加强尿道管和膀胱冲洗液的护理,尽可能消除导致膀胱痉挛的诱因,可有效防治TURP术后膀胱痉挛的发生。

集束化干预策略能提高老年BPH患者经尿道前列腺电切术临床效果,并有效减少术后出血、膀胱痉挛并发症的发生,从而提高远期疗效,同时也丰富了广大临床医务人员的专业知识,为患者提供更优质、更贴切、更个性化的护理服务。

参考文献

- 1 周岩,程静,王瑾,等.良性前列腺增生症与勃起功能障碍的流行病学及治疗方案研究进展[J].中国新药杂志,2015,24(21):2437-2447.
- 2 杨小淮,李庆文,刘贝贝,等.经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生134例[J].蚌埠医学院学报,2014,39(5):599-601.
- 3 丁平,姜彦飞.综合护理干预在经尿道前列腺电切术后的应用[J].现代医学,2014,42(1):102-104.
- 4 尹淑玲,刘岩,施惠,等.集束化干预策略在预防膀胱肿瘤电切术后感染的应用[J].中华医院感染学杂志,2014,24(6):1499-1500.
- 5 李学勤,陈虹,王缘.集束化干预预防PICC置管患者静脉血栓形成的研究进展[J].护理学杂志,2014,29(5):94-96.
- 6 张红双,段宗好.经尿道前列腺电切术后远期出血的原因及防治探讨[J].中国煤炭工业医学杂志,2013,16(2):208-210.
- 7 俞文洁,康简,王应富.TURP术后应用聚乙二醇4000散剂类药物预防继发性出血的效果观察[J].护理研究,2015,29(13):1644-1645.
- 8 程冬,马成民,马克,等.TURP术后继发性出血的危险因素Logistic回归分析[J].微创泌尿外科杂志,2015,4(5):292-294.

(收稿日期 2017-01-06)

(本文编辑 蔡华波)