

高龄高危 BPH 患者行 TURP 术的临床护理问题及对策

潘钻琴

(江苏省高邮市人民医院护理部,江苏 高邮 225600)

E-mail:472162227@qq.com)

摘要:目的 探讨高龄高危良性前列腺增生(BPH)患者行经尿道前列腺切除术(TURP)术所遇到的护理问题及如何应对。**方法** 我院自 2012 年 1 月—2017 年 6 月之间对 84 例高龄高危 BPH 患者施行了 TURP 术,将这些患者分成观察组和对照组各 42 例,对两组患者的手术时间、术中出血量、术后住院时间、暂时性尿失禁发生率、膀胱颈挛缩发生率、患者对护理满意度等方面进行统计比较分析。**结果** 观察组患者手术时间、术中出血量、术后住院时间明显少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$ 或 $P < 0.05$)。观察组患者满意度明显优于对照组($P < 0.001$)。两组患者暂时性尿失禁发生率和膀胱颈挛缩发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 针对性做好高龄高危患者的围手术期护理是保证该类病人顺利手术和提高患者满意度的重要保证。

关键词: 前列腺增生;经尿道前列腺切除术;护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2017)06-0514-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2017.06.026

良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)为老年男性生殖系统的多发病,随着我国社会老龄化人口的增多,该病的患病率逐年增加^[1-2],据有关文献统计,在我国 60 岁以上老年人群 BPH 的发病率是 53.7%,大于 75 岁的高龄 BPH 并伴有心、脑、肺、肝、肾等器官相关疾病的称为高龄高危前列腺增生^[3]。对于高龄高风险或者不合适开放手术的患者来说,经尿道前列腺电切术(transurethral resection of the prostate, TURP)具有减小伤口,减少出血,缩短手术时间,恢复快的优势,因此目前被认为是治疗老年 BPH 的“金标准”^[4-6]。本研究中,对我院自 2012 年 1 月—2017 年 6 月之间收治的 84 例行 TURP 手术的高龄高危 BPH 患者在术前术后护理过程中所遇到的问题进行了临床归纳分析并及时采取了相应的护理对策,降低了护理并发症的发生率,取得了良好效果,现总结如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 我院自 2012 年 1 月—2017 年 6 月之间收治了 84 例行 TURP 手术的高龄高危 BPH 患者,年龄在 73~93 岁,平均 77.28 岁,前列腺 II 度~III 度增大,彩超测定前列腺重量 40~110 g,平均 64 g。临床表现有典型的尿频,夜尿增多,进行性排尿困难;术前有高血压病史 32 例,糖尿病 12 例,肾功能不全 9 例,慢性支气管炎 8 例,心律失常 3 例,膀胱结石 17

例,肾囊肿 3 例。其中对照组选取的是 2012 年 1 月—2014 年 12 月收入院治疗并使用传统的护理方法进行护理的患者,观察组选取的 2015 年 1 月—2017 年 6 月我院收入院治疗并经优化的护理方法进行护理的患者。两组患者在年龄、体重指数、前列腺体积等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄 (岁)	体重指数 (kg/m ²)	前列腺体积 (ml)
观察组	42	67(62~77)	26.43±8.4	60.28±35.76
对照组	42	68(61~79)	27.12±7.4	61.15±34.53

1.2 方法

1.2.1 分析两组患者手术前、后存在的护理问题

1.2.1.1 手术前护理问题 ①术前心理问题:该组患者主要表现为长期尿失禁产生自卑、不同程度的焦虑、睡眠障碍、对手术的效果产生焦虑等消极心理。②术前准备配合和安全用药问题:表现为依从性差,自备药物多且随意性大,家属缺少连续性的支持,此组患者对手术前各项检查的配合和理解性均不理想,从而影响各项检查的结果、影响手术医生对手术耐受性的判断^[6]。

1.2.1.2 手术后护理问题 ①术后睡眠障碍伴随精神障碍:睡眠障碍是指睡眠时间或者质量出现异常或者睡眠中有不正常行为^[7]。老年病人术后精神障碍

(postoperative mental state changes)一般是指老年人在手术后的一段时间内发生了情绪变化较大并且是可逆的一系列精神紊乱的表现^[8]。本组患者主要表现为:行为异常、乱言乱语、抓空、谵妄、执拗、不配合治疗及护理等,待交流正常后对之前所发生的一切全然不知。②术后并发膀胱痉挛:本组患者发生膀胱痉挛主要是因为高龄病人手术后缺氧烦躁、疼痛耐受性差、膀胱持续冲洗及冲洗液温度和速度不当、导尿管牵拉不适、术后发生咳嗽、便秘。③术后发生便秘:由于患者高龄、术后卧床导致肠蠕动降低,加上饮水量不足使大便干结,患者术后不敢多进食,担心用力大便时会导致术后出血。④康复期知识缺乏:本组患者因高龄、文化知识缺乏、理解能力低因此对住院期间宣教知识的执行不到位,且手术成功的重要因素还包括出院时医生和护士的正确指导及恢复期的康复教育。由于我们是基层医院,大多数患者来自农村,他们的卫生习惯、知识水平参差不齐,再加上是高龄并发基础疾病等,因此本组患者的知识缺乏显得尤为明显。

1.2.2 术前术后护理问题对策

1.2.2.1 观察组术前护理问题对策 (1)心理问题护理对策:心理护理是术前必不可少的重要环节,我科针对以上心理问题采取如下做法:①开展优质护理服务,相对固定床位护士且安排年资高有经验的护士负责患者。②入院后予以详细的环境介绍,热情接待病人,及时进行沟通,全面评估患者的心理状态,针对性地提供心理支持,使患者减轻焦虑,以最佳的心理状态接受手术。③耐心反复地向患者及家属介绍 TURP 术式的优点及前列腺增生病的相关知识,讲解该疾病的手术大致过程及术后康复注意事项,邀请病房内同病种手术成功病例现身说法,增强治疗信心,使患者能积极主动地配合整个治疗过程。④了解患者现病史、既往史,全面了解患者的基础疾病情况,评估患者对手术的可耐受性,为采取连续性的个体化护理做好充分的准备,这也是保障患者接受手术治疗的先决条件。(2)术前准备护理对策:术前和患者及家属沟通,详细讲解术前各项检查的目的、意义与配合事项,如:尿常规、尿培养的留取;肺功能检查方法,必要时借助器械现场演示,以提高检查结果的及时性与准确性。配合基础疾病的规范治疗及护理,需要服用药物的,分发到床边,看服下肚方法,然后根据测量数值实时调整药量。

1.2.2.2 观察组术后护理问题对策 (1)术后睡眠障碍伴精神障碍的护理对策^[9-10]:①与麻醉师交接病人,了解术中情况,告知患者及家属术后护理的注意事项,提供手术后生活护理图文并茂的书面宣教单放置床头,强调以上措施对术后康复的意义,便于家属间的连续性照顾,达到医护患三方默契配合,确保每一项治疗

及护理措施能够主动进行。说服诱导患者表达出自我的真实感受并及时为其解决心中的困惑和恐惧,对其每一次响应及配合给予赞扬和鼓励,强化疾病康复的信心,尽可能地保护患者的自尊心,避免暴露隐私,病床间装有隔帘,便于治疗护理操作,同时也给患者一个相对比较独立的休息空间。②根据病区现有条件,加强环境及陪护人员的管理,严格规定探视时间,夜间治疗护理尽量集中,做到“四轻”,调整病房的温度和光线强度,并与患者家属共同努力,给予病人充分的理解和同情,使病人有安全感和依赖感,并使其身心放松,情绪稳定,警觉性下降,诱导睡眠发生。③密切观察患者病情、生命体征及指端脉搏血氧饱和度变化,常规吸氧,增加脑组织供氧,动态评估患者的精神状态,避免环境等不良因素刺激,一旦出现精神异常,立即给予安全防护措施,及时和家属进行沟通,告知可能的原因,取得家属理解并积极配合治疗。④及时评估病人疼痛情况,常规术后给予硬膜外镇痛泵止痛,根据病情,取舒适卧位,做好基础护理,防止并发症的发生。(2)膀胱痉挛护理对策^[11-15]:①做好心理护理,加强与病人的沟通,鼓励患者及时表达心里想法解除顾虑,告知精神紧张会导致膀胱痉挛而加重疼痛,教会患者使用放松疗法如听音乐,以分散注意力等。②使用恒温箱控制膀胱冲洗液温度在 25℃~30℃,可有效降低膀胱痉挛发生率。③保持膀胱冲洗通畅:保持引流管的通畅,避免扭曲、受压、血块堵塞、牵拉不当等,经常挤捏导尿管,若有血凝块堵塞,施行高压冲洗,生理盐水反复冲洗,直至通畅,保证引流速度与冲洗速度一致。做好尿管护理,保持会阴部清洁,每日温水清洗尿道口,有渗血时,使用纱布缠绕尿管前端并及时更换,定时更换引流袋。避免腹内压增高的方法:术前肠道清空,术后有肠蠕动后给予正确指导,并嘱其多喝水,协助翻身,同时加强保暖,防止肺部感染。及时汇报医生处理出现的咳嗽。④当患者发生膀胱痉挛时要及时给予处理,配合医生给予药物治疗,我科均采用了消炎痛栓塞肛门,缓解痉挛,副作用少,效果佳。(3)术后预防便秘发生的护理对策^[16]:提前干预高龄病人的排便,术后当天就向病人及家属讲解保持大便通畅的重要性,根据患者的基础疾病及饮食习惯给予个性化的饮食指导,动态评估患者的排便模式,顺时针按摩下腹部,三天未排便者使用开塞露通便,术前有便秘史者术后给予缓泻药服用,避免并发症的发生。(4)健康教育的护理对策:我们将健康教育贯穿在患者的整个住院期间,根据病人及家属的接受能力和知识水平,采用图文并茂的传单或小册子给予个性化的健康教育,内容有术前卫生及专科疾病知识普及,手术的方式和经过、术后可能发生的不适都由哪些因素引起等等,提前给予康复知

识的指导如生活指导、饮食指导、教会病人行肛提肌锻炼并告知坚持此锻炼的重要性、休息的指导及出院后自我病情观察要点、定期门诊随访等。病人或家属在出院之前能复述相关知识并给予详细而个性化的出院指导单。术后一周电话随访,针对问题实时指导。

1.2.2.3 对照组护理对策 对照组采用传统护理方法,具体如下:传统组护士在患者入院后及术前未对患者心理做全面评估,不对患者做个体化的心理安抚,只是常规介绍医院环境,需要注意的事项,认为TURP术式和前列腺增生病是医生介绍的,和患者说的少,患者面对陌生、嘈杂的医疗环境,再加上对疾病的焦虑,术前可能会加重心理负担。患者术后可能会出现睡眠障碍,精神障碍,膀胱痉挛或者便秘现象,护士护理的时候只是常规对症处理,缺少详细的健康教育护理,心理支持和安慰,术后的一些不适症状容易加重患者的心理负担,加重患者术后并发症和副作用,出现问题的时候不利于手术的恢复,也可能增加了手术的失败率。

1.2.3 护理观察指标 ①手术时间;②术中出血量;③术后住院时间;④暂时性尿失禁发生率;⑤膀胱颈挛缩发生率;⑥患者对护理的满意度。方法是通过出院问卷调查得到患者对护理的满意程度,分非常满意、满意、一般、不满意四个评判标准。

1.2.4 统计学方法 采用SPSS 18.0统计软件对数据进行分析,对年龄、体重指数、前列腺体积、手术时间、术中出血量、术后住院天数等计量资料采用 t 检验,对暂时性尿失禁发生率及膀胱颈挛缩发生率等计数资料采用 χ^2 检验,对满意度资料对比采用Mann-Whitney检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况比较 经优化护理方式进行护理的观察组手术时间明显少于传统护理的对照组($P < 0.001$);观察组术中出血量也比对照组有明显减少($P < 0.001$),见表2。

表2 两组患者手术情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)
观察组	42	50.23±10.21	102.18±18.32
对照组	42	65.12±12.12	129.21±23.34
t		6.089	5.904
P		<0.001	<0.001

2.2 两组患者术后恢复情况比较 对照组术后住院时间明显长于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者在暂时性尿失禁发生率及膀胱颈挛缩发生率方面比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表3。

表3 两组患者术后恢复情况比较

组别	n	术后住院时间	暂时性尿失禁	膀胱颈挛缩
		($\bar{x} \pm s, d$)	发生率($n, \%$)	发生率($n, \%$)
观察组	42	7±2	1(2.38)	1(2.38)
对照组	42	9±3	4(9.52)	5(11.90)
t/χ^2		3.595	0.851	1.615
P		<0.05	0.356	0.204

2.3 两组患者对护理的满意度比较 经优化护理方式进行护理的观察组患者满意度明显优于传统护理的对照组($z = -3.307, P < 0.001$),见表4。

表4 两组患者对护理满意度的比较 ($n, \%$)

组别	n	非常满意	满意	一般	不满意
观察组	42	30(71.43)	10(23.89)	2(4.76)	0
对照组	42	41(97.62)	1(2.38)	0	0

3 讨论

随着社会人口的老龄化,社会文明程度和经济的进步,老年人特别是高龄高危BPH病人的生活质量和主观幸福感逐渐得到了家庭及社会的关注。虽然TURP目前仍被认为是治疗老年BPH的“金标准”,它具有创伤少、出血少、手术时间短、术后恢复快等优点,但是手术仍存在着一定的风险且术后护理问题多,暂时性尿失禁和膀胱颈挛缩是术后病人常见的并发症,护理人员应该和患者建立可信赖的护患关系,主动经常与患者沟通,并注意沟通方式,通过沟通可发现患者的心理顾虑,及时发现积极疏导,从而使患者积极配合治疗及护理工作。对于膀胱颈挛缩严重的患者,可遵医嘱使用解痉药物^[17-18]。笔者分析BPH患者在住院期间发生的各种护理问题,并针对存在的问题采取了优化的护理对策,经优化的护理方式及充分的术前准备,可以明显减少手术时间和术中的出血量,但患者术后暂时性尿失禁发生率和膀胱颈挛缩的发生率没有降低。通过之前的密切沟通,患者对这两种并发症的恐惧和焦虑感有明显的减轻,经出院患者问卷调查得出患者对这种优化的护理方式满意度远远高于传统的护理方式。因此,合理的有针对性的护理有利于患者的快速康复,术前充分评估、心理疏导、基础疾病的控制是重要环节,术后全面而连续地护理配合,睡眠及知识缺乏问题,以及并发症的观察与及时处理是保证病人顺利康复和提高患者生活质量的重要保证,能够提高患者的舒适度,有利于减少并发症和降低非计划拔管率,从而提高患者对护理工作的满意度。总之,高龄高危BPH患者能够顺利手术,治愈出院,跟积极有效、个性化的围手术期护理密切相关。

参考文献:

- [1] Oelke M, Weiss JP, Mamoulakis C, et al. Effects of tadalafil on nighttime voiding (nocturia) in men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia; a post hoc analysis of pooled data from four randomized, placebo-controlled clinical studies[J]. *World J Urol*, 2014, 32(5):1127-1132.
- [2] 刘振明. 69例良性前列腺增生症患者经尿道等离子前列腺剜除术疗效分析[J]. *右江民族医学院学报*, 2015, 37(4):559-561.
- [3] 严久平. 高龄患者经尿道前列腺等离子电切术的护理[J]. *临床医学*, 2013, 33(2):123-125.
- [4] 叶小梅. 舒适护理在老年患者经尿道前列腺双极等离子电切术围手术期的应用[J]. *护理实践与研究*, 2013, 10(7):40-41.
- [5] 高绍青, 陈伟光, 黄长青. 经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生症的临床体会[J]. *当代医学*, 2011, 17(16):61-62.
- [6] 胡桑. 个体化 TURP 治疗高危良性前列腺增生症的临床观察(附 87 例报告)[C]//中华医学会泌尿外科学分会. 第十五届全国泌尿外科学术会议论文集. 中华医学会泌尿外科学分会, 2008.
- [7] 李文君. 高龄高危前列腺增生患者经尿道前列腺等离子电切术的护理[J]. *基层医学论坛*, 2009, 13(18):510-511.
- [8] 解敏, 董章霞. 高危良性前列腺增生患者经尿道等离子电切术的护理[J]. *解放军护理杂志*, 2009, 26(8):61-62.
- [9] 杨传举. 80例心血管患者介入术后睡眠障碍原因分析及护理对策[J]. *护理实践与研究*, 2011, 8(10):67-68.
- [10] 孟凡琦, 李莲花, 陈玲. 乳腺癌患者术后睡眠障碍的调查及综合护理干预[J]. *中国冶金工业医学杂志*, 2013, 30(3):272-274.
- [11] 张劲松, 李炯明, 陈戩, 等. 性前列腺增生 TURP 术后前列腺偶发癌回顾分析[C]//中华医学会泌尿外科学分会. 第十二届全国、第七届全球华人泌尿外科学术会议论文集(上册). 中华医学会泌尿外科学分会, 2005.
- [12] 张玉勤. 良性前列腺增生 TURP 术后排尿困难原因分析及处理[J]. *中国社区医师(医学专业半月刊)*, 2008, 10(13):51.
- [13] 胡艳青. 良性前列腺增生 TURP 术后排尿困难原因分析及治疗[J]. *大家健康(学术版)*, 2015, 9(10):103.
- [14] 郝武, 廖继强, 张志成. 良性前列腺增生 TURP 术后排尿困难原因分析及治疗[J]. *中国当代医药*, 2010, 17(33):172, 175.
- [15] 陆彩艳, 陆薪妃. 行为研究法在预防经尿道膀胱肿瘤电切术后膀胱痉挛的应用[J]. *右江民族医学院学报*, 2014, 36(4):671-673.
- [16] 关威, 李师. 肛肠病术后便秘中医治疗概况[J]. *实用中医内科杂志*, 2012, 26(10):83-84.
- [17] 罗迎霞, 刘雪琴, 申海燕, 等. 基于奥马哈系统的护理实践在老年良性前列腺增生手术患者中的临床应用[J]. *中国老年学杂志*, 2013, 33(6):1251-1253.
- [18] 吴春燕, 张小珍, 肖海鸟, 等. TURP 治疗良性前列腺增生的术后护理体会[J]. *中华全科医学*, 2013, 11(12):1969-1970.

收稿日期:2017-08-22;修回日期:2017-12-18