

康复外科理念在前列腺电切术护理中的价值

吴亚丽

武汉市同济医院 湖北武汉 430030

摘要: **目的:** 探讨在前列腺增生患者行前列腺电切术治疗期间以快速康复外科护理理念展开护理干预, 对降低术后并发症发生及改善预后质量的施护价值。**方法:** 试验对象选择于2020.01-2022.01期间, 在我院行前列腺电切术治疗的前列腺增生患者90例, 以数字奇偶法分为对照组及观察组, 每组例数各45例, 在围术期分别以常规护理与快速康复外科理念模式施护, 统计组间术后恢复情况、并发症及生活质量差异性。**结果:** 经对比组间术后各项临床指标恢复情况, 观察组疼痛评分、膀胱冲洗时间、术后首次排气时间、术后首次下床时间、术后导尿时间及住院时间各项恢复指标低于对照组, 存在统计学意义, $P < 0.05$; 经对比组间术后并发症发生率, 观察组总发生率比对照组低, 存在统计学意义, $P < 0.05$; 经对比组间术后生活质量, 观察组生理功能、生理职能、躯体疼痛及总体健康各项生活质量指标评分高于对照组, 存在统计学意义, $P < 0.05$ 。**结论:** 通过在围术期以快速康复外科理念实施护理干预, 可减少患者术后发生并发症风险, 缩短住院时间及恢复时间的同时, 还能够起到改善患者生活质量作用, 对促进患者尽快康复及降低其经济负担起着积极意义, 适宜临床广泛普及与借鉴。

关键词: 前列腺电切术; 快速康复外科理念; 围术期; 生活质量; 并发症

前列腺增生属于临床常见泌尿系统疾病, 好发于中老年群体中, 临床表现以排尿困难、尿潴留、尿失禁、尿频等症状为主, 病情严重者还易并发感染症状, 若未得到有效救治, 易导致患者肾功能严重受损, 对其生命健康与生活质量造成不良影响^[1]。现阶段中, 临床在治疗该病症患者时, 以TURP(经尿道前列腺电切术)作为手术治疗的金标准, 但术后易导致患者存在出血、经尿道电切综合征等并发症, 故而强化围术期护理干预, 对降低术后并发症发生及改善患者预后起着积极意义。快速康复外科护理模式是以加快患者术后康复速度为干预目的, 通过在围术期间展开合理、科学护理措施, 可降低手术对于患者机体所造成的创伤性应激反应, 加快其术后康复速度^[2]。本研究以2020.01-2022.01在我院接受前列腺电切术治疗的90例前列腺增生患者作为本次试验所选对象, 主要目的是为了探讨将快速康复外科理念应用于患者围术期中的施护效果, 现展开分析:

1. 资料与方法

1.1 病例资料

本组入选对象为90例存在前列腺增生疾病的患者, 组间以数字奇偶法实施分组, 回顾性分析组内对象资料, 对照组: 年龄在47岁至75岁, 均龄值为 61.70 ± 8.70 岁, 病程最长为18个月, 最短为6个月, 病程平均为 12.70 ± 4.97 个月; 观察组: 年龄为45岁~75岁, 均龄值在 60.58 ± 8.26 岁, 病程在6个月至18个月, 病程平均在

12.35 ± 4.63 个月。综合分析2组资料数据($P > 0.05$), 可对比。本组对象纳入要求:(1)经临床实验室检查明确为前列腺增生症;(2)均接受电切术施治;(3)遵循知情原则且同意配合研究;(4)临床症状为程度不同夜尿增多、排尿困难、尿频等症状;(5)有完整临床资料;(6)无言语、精神或意识障碍。排除:(1)存在心理障碍或意识障碍;(2)存在精神疾病史;(3)存在泌尿系统恶性疾病;(4)存在前列腺癌;(5)重要脏器功能严重受损;(6)试验中途因其它因素退出。

1.2 方法

对照组提供常规围术期护理, 遵医嘱落实各项护理服务, 术前协助患者完善各项检查, 做好术前准备工作; 术后予以并发症预防、用药指导及饮食干预等; 观察组则在围术期提供快速康复护理, 内容为:(1)术前: 手术前严格对手术室进行消毒处理, 合理调节手术室温湿度, 为患者营造良好的手术环境; 术前3d, 叮嘱患者饮食上以流质类食物为主, 在术前1d实施灌肠, 术前禁饮2小时, 禁食4小时, 并做好皮肤护理工作, 协助患者对手术视野内皮肤与污渍进行清理、修剪, 做好备皮及消毒准备工作;(2)术中护理: ①器械护士手术配合: 对于器械护士而言, 应提前20min上手术台, 在上台之后, 对手术器材及药品等进行仔细整理与检查, 拧紧螺丝, 避免出现意外丢失现象; 根据顺序将灭菌器械摆放好, 合理调整器械, 促使其处于最佳状态,

确保术中准确、及时向手术医师传递器械; 常规消毒铺巾, 与巡回护士共同对纱条、器械进行清点, 将各种管道、导线固定在无菌单上; 在手术过程中, 积极配合手术操作, 结合屏幕内容准确、快速对各类手术器械进行传递, 并不定时应用碘伏纱布对镜头进行擦拭, 防止因雾化而对镜头造成干扰, 影响到手术。②巡回护士手术配合: 当患者进入到手术室后, 应热情接待, 对其实施心理疏导, 及时消除患者的不良情绪; 在移动患者过程中, 动作应轻柔, 防止对患者造成碰伤; 对患者信息、腕带等进行仔细核对, 待确认无误之后, 将其送到手术室; 协助患者调整体位为膀胱截石位, 将肩托放置在患者肩部, 避免头部出现下滑; 在摆放体位时, 应当顺应机体循环功能及呼吸功能, 将手术视野充分暴露情况下, 以无损伤、舒适、安全作为摆放原则; 在摆放好体位后, 对其上肢建立静脉通路, 与麻醉师配合完成麻醉工作; 在实施全麻诱导过程中, 应密切观察患者血压变化情况, 待麻醉成功后, 监测其各项生命体征的变化情况, 结合监测结果合理调整补液量与输液速度; 对于非手术区域需做好保暖工作, 在输注液体或血液制品时, 可借助加热器对液体进行加温, 确保患者体温处于恒定状态; 术中密切观察生命体征, 及时准备术中用物, 确保手术顺利开展; (3) 术后护理: 密切监测患者各项生命体征, 如血压、呼吸、脉搏等, 予以心电监护, 避免其发生电切综合征; 密切观察引流液的颜色与流量, 确保引流管处于通畅状态; 对于术后存在严重疼痛感者, 可按照医嘱予以镇痛药物, 若患者疼痛程度较轻, 可通过看电视、听音乐等方式缓解; 在术后6h时, 若患者无呕吐、恶心想情况发生, 可指导其少量进食一些流食, 之后结合患者恢复情况, 过度至普通饮食; 叮嘱患者每日饮水量应在2500mL以上, 以此来冲洗尿管, 避免发生感染; 强化尿道管护理干预, 避免尿管发生堵塞, 对于存在堵塞现象者, 可适当对尿道管进行挤捏; 当患者膀胱处于充盈状态, 且尿液颜色变浅后, 可去除尿道管, 促进患者自然排尿; 维持外阴及尿道口处卫生, 指导患者展开缩肛练习。

1.3 指标观察及判定标准

(1) 统计术后恢复情况, 指标包括: 疼痛程度、膀胱冲洗时间、术后首次排气时间、术后首次下床时间、术后导尿时间及住院时间, 疼痛程度以VAS视觉模拟量表评价, 总分为10分, 得分越高则疼痛程度越剧烈; (2) 统计术后并发症, 指标包括: 下肢深静脉血栓、肺部感染、导尿管堵塞及膀胱痉挛, 总发生率为各项指标

和; (3) 统计生活质量, 评价量表选取SF-36健康调查简表, 选取生理功能、生理职能、躯体疼痛及总体健康四项维度, 每项得分在0分-100分, 得分与生活质量成正比, 分别在施护前后各进行1次评价。

1.4 数据处理

本研究数据使用SPSS 22.0软件进行分析, 所得计数资料与计量资料以百分数%与t值表示, 以卡方 χ^2 与 $(\bar{x} \pm s)$ 进行检验, 若检验显示 $P < 0.05$, 表示存在统计学意义。

2 结果

2.1 恢复情况

表1可知, 通过对施护后2组恢复情况进行比较, 观察组各项指标低于对照组, 组间差异显著, $P < 0.05$ 。

表1 对比施护后组间恢复情况 ($\bar{x} \pm s$, n=90)

组别	疼痛评分/分	膀胱冲洗时间/d	术后首次排气时间/h	术后首次下床时间/h	术后导尿时间/d	住院住院/d
对照组	4.71 ± 0.54	4.11 ± 0.67	9.63 ± 1.12	17.28 ± 2.64	6.71 ± 0.87	7.87 ± 1.98
观察组	2.63 ± 0.78	2.75 ± 0.82	7.30 ± 0.85	13.75 ± 3.08	5.32 ± 1.04	5.23 ± 2.04
t值	14.708	8.616	11.117	5.837	6.877	6.229
P值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 术后并发症

表2可知, 通过对施护后2组并发症发生率进行比较, 观察组低于对照组, 组间差异显著, $P < 0.05$ 。

表2 对比施护后组间并发症发生情况 (n, %)

组别	例数	下肢深静脉血栓	肺部感染	导尿管堵塞	膀胱痉挛	总发生
对照组	45	2	3	2	2	9 (20.00)
观察组	45	1	0	1	0	2 (4.44)
χ^2 值	-	-	-	-	-	5.075
P值	-	-	-	-	-	0.024

2.3 生活质量

表3可知, 通过对施护后2组生活质量进行比较, 观察组各项指标评分高于对照组, 组间差异显著, $P < 0.05$ 。

表3 对比施护后组间生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理职能	生理功能	生活状态	总体健康
对照组	45	75.25 ± 4.09	75.57 ± 4.30	77.25 ± 4.06	76.82 ± 4.47
观察组	45	84.37 ± 5.16	82.90 ± 5.02	83.45 ± 5.53	81.39 ± 4.05
t值	-	8.760	7.014	5.716	4.792
P值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

近年来,基于生活节奏加快、生活压力增加、饮食结构与生活习惯等发生改变背景下,促使前列腺增生患者人数呈逐渐递增态势,严重威胁到男性患者生活质量^[1]。前列腺增生也被称为前列腺肥大,属于临床常见男性疾病,虽然该疾病并不会患者机体造成极严重损害,然而若未及时得到救治,会引发患者出现一系列并发症,进而威胁到患者生命安全,影响到其生活质量^[3]。目前,临床常以手术方式对该类患者展开治疗,经尿道前列腺电切除术是主要手术方式,具有视野清晰、创伤小、术后恢复快、术中出血量少、痛苦少、手术适应症范围广等优势,并辅以合理、有效护理干预措施,可有效提高疗效,改善患者预后。既往临床大多以传统护理模式实施护理服务,但其并不具备个性化与针对性,通常难以足够重视患者实际需求,因此护理效果并不理想^[4]。而快速康复护理是临床常见护理模式,以循证医学为依据,结合患者手术情况,将护理干预分为手术前、手术中与手术后,每个阶段所实施的护理内容与护理作用是不同的,通过优化基础护理,可有效降低手术给患者所带来的创伤与痛苦,降低术后并发症发生率,进而促进患者机体尽快得到康复^[5]。本研究中,经比较常规护理与快速康复外科护理在前列腺电切术患者围术期中的施护效果差异性,结果发现观察组疼痛程度评分为 2.63 ± 0.78 分、膀胱冲洗时间为 2.75 ± 0.82 d、术后首次排气时间为 7.30 ± 0.85 h、术后首次下床时间为 13.75 ± 3.08 h、术后导尿时间为 5.32 ± 1.04 d、住院时间为 5.23 ± 2.04 d,低于对照组 4.71 ± 0.54 分、 4.11 ± 0.67 d、 9.63 ± 1.12 h、 17.28 ± 2.64 h、 6.71 ± 0.87 d、 7.87 ± 1.98 d,观察组术后

并发症总发生率为4.44%,低于对照组20.00%,且观察组生理职能评分为 84.37 ± 5.16 分、生理功能评分为 82.90 ± 5.02 分、生活状态评分为 83.45 ± 5.53 分、总体健康评分为 81.39 ± 4.05 分,高于对照组 75.25 ± 4.09 分、 75.57 ± 4.30 分、 77.25 ± 4.06 分、 76.82 ± 4.47 分,证实以快速康复外科理念施护,具备有效性与可靠性,既能够有效缩短患者术后康复时间及住院时间的同时,还能降低其术后发生并发症风险,有利于促进患者术后康复。

综上所述,对于前列腺增生患者的治疗,除了积极提供电切术施治的同时,还需重视围术期护理工作,以快速康复外科护理模式施护,可得到确切施护价值,值得推广。

参考文献:

- [1]刘敏,郑浩,程文杰等.快速康复外科理念在前列腺电切术围手术期护理中的应用[J].当代护士(中旬刊),2020,27(06):38-40.
- [2]苏丽娟,陈妙琛,徐嫣等.快速康复外科护理模式在经尿道前列腺等离子电切术患者术后康复中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26(12):243-247.
- [3]区美莲,严兰芳,梁双弟.快速康复外科理念护理在前列腺电切术围术期患者中的应用[J].国际护理学杂志,2019,(23):3947-3948-3949-3950.
- [4]黄丽芳,巫冬梅,韩东铨等.快速康复外科在前列腺电切术围手术期中预防下肢静脉栓塞的应用[J].右江民族医学院学报,2019,41(04):468-469.
- [5]康小兰,周瑞芝,肖丽等.快速康复外科对高龄前列腺增生患者行等离子前列腺电切术的影响分析[J].中国实用护理杂志,2019,(15):1131-1135.