

分析全程专科护理对前列腺癌根治术患者控尿及舒适度的影响

姜丽丽, 周桥 (航天中心医院, 北京 100049)

摘要: 目的 分析全程专科护理对前列腺癌根治术患者控尿及舒适度的影响。方法 选取我院 2021 年 3 月~2022 年 12 月收治的前列腺癌根治术患者 60 例, 按照随机数字表分为对照组和观察组各 30 例。对照组给予围手术期常规护理, 观察组在对照组的基础上采用围手术期全程专科护理, 比较两组前列腺癌根治术患者拔除尿管后、拔管后 1 个月、2 个月、3 个月尿失禁发生率, 应用 Kolcaba 舒适状况表 GCQ 评分评估护理效果。结果 观察组拔除导管后及拔管后 1 个月、2 个月尿失禁发生率低于对照组 ($P < 0.05$); 拔管后 3 个月, 两组尿失禁发生率比较无明显差异 ($P > 0.05$); 观察组术后 1 d 的 VAS 疼痛评分低于对照组、GCQ 舒适度评分高于对照组 ($P < 0.05$); 两组护理满意度比较差异显著 ($P < 0.05$)。结论 围手术期全程专科护理可有效降低前列腺癌根治术患者尿失禁发生率, 增加患者舒适度, 减轻术后疼痛感, 临床应用价值显著。

关键词: 前列腺癌根治术; 全程专科护理; 控尿; 舒适度

前列腺癌是老年男性常见的泌尿生殖系统肿瘤类型, 且处于发病率逐年走高的趋势, 目前已成为严重影响老年男性生活质量的常见病, 通过尽早诊断疾病, 并为患者实施手术治疗, 有利于疾病预后改善。临床上常对患者采用前列腺癌根治术治疗, 创伤小, 且具有较高的治疗安全性^[1]。但在手术治疗过程中, 前列腺癌患者围手术期控尿能力较弱, 舒适度不足^[2]。

专科护理是指临床各专科特有的基础护理知识和技术, 在患者手术治疗过程中, 根据其疾病专科特点, 实施相应的护理干预, 有利于保障护理效果, 取得更高的护理干预效率^[3-4]。本研究旨在探讨全程专科护理对前列腺癌根治术患者控尿及舒适度的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2021 年 3 月~2022 年 12 月收治的前列腺癌根治术患者 60 例, 按照随机数字表分为对照组和观察组各 30 例。观察组平均年龄

(61.82 ± 2.79) 岁, 对照组平均年龄 (61.50 ± 2.54) 岁, 两组一般资料比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。纳入标准: 明确诊断为前列腺癌; 患者术前没有接受其他放疗或化疗; 既往尿失禁病史; 认知沟通精神功能正常; 术者均为同一位高年资医生。排除标准: 存在远处转移或骨转移; 伴有肾肝心脑血管系统严重病变。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组实施常规护理

(1) 术前护理: 护理人员主动和患者交流, 通过床旁宣教、视频、图片宣传等方式告知患者及家属手术相关知识。

(2) 术中护理: 术中注意给予患者保温, 密切观察生命体征, 配合医生完成手术。

(3) 心理护理: 患者手术治疗前容易出现紧张、焦虑等情绪, 造成患者情绪波动的原因来自多个方面, 如担心预后、对家庭造成严重的经济负担、怕麻烦家庭成员等。情绪波动频繁不仅会造成患者血压、心率等无法保持稳定, 同时也会对其自身的依从性产生影响, 因此要积极做好患者的心理护理工作。要积极鼓励患者, 与其沟通; 邀请恢复良好病

例现身说法,引导患者对手术治疗有正确认识;指导家属积极关心患者等。

(4) 术后护理:引流管护理,护理人员密切观察患者生命体征,观察其引流液颜色、性质、量,指导患者进行提肛运动,每日3次,每次50个。在患者出院时,告知其日常注意不可憋尿,保障每日饮水量,定期到医院接受复查,同时每月对患者开展1次电话随访,了解其居家康复情况。

1.2.2 观察组围手术期全程专科护理

(1) 评估患者控尿情况及盆底肌肌力:术前采用生物反馈治疗仪收集患者盆底肌群肌电信号和压力信号,评估其控尿情况及盆底肌肌力,采用生物反馈治疗联合提肛训练方式改善患者盆底肌力,为术后恢复打好基础。

(2) 提肛训练:术前详细指导患者进行提肛训练,确定其掌握后,督导患者术前每日训练3次,每次50个。

(3) 舒适度护理:术后针对患者疼痛、卧床不适、睡眠质量差等直接感受,采取针对性舒适干预措施。选择正确舒适体位,在不影响各种引流管位置的同时达到舒适的目的,嘱患者经常改变体位,进行肢体按摩,预防下肢静脉血栓,保证引流管通畅。调整病区声、光、温湿度,提高环境的舒适度。采用视觉模拟评分法,对患者开展疼痛评估并进行有效干预。采用转移注意力方法进行非药物干预,例如播放轻柔舒缓音乐、温水泡脚等。若患者疼痛剧烈,可以采用药物镇痛。

(4) 运动康复:术后6h内,被动按压患者下肢,待到患者恢复意识后,协助其保持仰卧位,指导其进行下肢主动收缩运动,如屈伸膝关节、踝关节,主动翻身;术后1d,鼓励患者下床运动,用手扶住床栏缓慢行走;术后2d,指导患者进行盆底肌群康复训练以及膀胱训练。

1.3 观察指标

(1) 比较两组前列腺癌根治术患者尿失禁发生率、尿垫使用情况(<1片、2~3片、>3片)。

(2) 比较两组护理满意度:包括非常满意、

满意、不满意。总满意=非常满意+满意。

(3) 比较两组疼痛程度:采用视觉模拟评分法对两组患者术后1d的疼痛程度进行评估,满分10分,评分越高表示前列腺癌根治术患者疼痛越剧烈^[5]。

(4) 比较两组舒适度:采用GCQ量表评估,满分100分,评分越高表示前列腺癌根治术患者舒适度越高。

1.4 统计学方法

数据处理采用SPSS 21.0统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组尿失禁发生率比较

观察组拔除导管后、拔管后1个月、拔管后2个月尿失禁发生率低于对照组($P < 0.05$);拔管后3个月,两组尿失禁发生率比较无显著性差异($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组尿失禁发生率比较[n(%)]

| 组别 | n | 拔除导管后 | 拔管后1个月 | 拔管后2个月 | 拔管后3个月 |
|-----|----|-----------|-----------|----------|---------|
| 观察组 | 30 | 22(73.33) | 10(33.33) | 6(20.00) | 2(6.67) |
| 对照组 | 30 | 25(83.33) | 12(40.00) | 7(23.33) | 2(6.67) |
| P | | 0.01 | 0.03 | 0.46 | 0.72 |

2.2 两组尿失禁患者尿垫使用情况比较

拔除尿管时,两组患者尿垫使用情况比较无显著性差异;观察组患者拔管后尿垫使用情况明显低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组尿失禁患者使用尿垫情况比较[n(%)]

| 组别 | 拔除尿管时 | | | 拔管后1个月 | | |
|-----|-------|------|------|--------|------|------|
| | <1片 | 2~3片 | >3片 | <1片 | 2~3片 | >3片 |
| 观察组 | 18 | 12 | 0 | 29 | 1 | 0 |
| 对照组 | 15 | 14 | 1 | 24 | 6 | 0 |
| P | 0.01 | 0.66 | 0.89 | 0.01 | 0.01 | 0.89 |

2.3 两组患者护理满意度比较

观察组前列腺癌根治术患者护理总满意度为96.67%(29/30),其中非常满意56.67%(17/30),

满意 40.00% (12/30), 不满意 3.33% (1/30); 对照组前列腺癌根治术患者护理总满意度为 70.00% (21/30), 其中非常满意 33.33% (10/30)、满意 36.67% (11/30), 不满意 30.00% (9/30)。两组护理满意度比较差异显著 ($P < 0.05$)。

2.4 两组患者 VAS 疼痛评分比较

观察组前列腺癌根治术患者术后 1 d 的 VAS 疼痛评分、GCQ 舒适度评分分别为 (2.15 ± 1.30) 分、(86.47 ± 2.58) 分; 对照组患者术后 1 d 的 VAS 疼痛评分、GCQ 舒适度评分分别为 (3.89 ± 1.62) 分、(80.29 ± 4.71) 分。两组患者 VAS 疼痛评分比较差异显著 ($P < 0.05$)。

3 讨论

前列腺癌属于泌尿外科常见肿瘤病变, 前列腺癌根治术是治疗前列腺癌的主要方法, 若手术治疗方法效果不理想, 则可以采用内分泌治疗或放化疗, 改善患者预后效果^[6]。前列腺癌的主要发病群体为中老年群体, 受到其自身机体机能减弱以及生活习惯等因素的影响, 使患者在手术治疗后, 手术切口恢复以及排尿功能的恢复速度较慢, 增加患者的并发症发生风险, 对其术后正常康复产生影响, 容易使患者对护理工作产生不满意度, 导致护患纠纷出现^[7]。此外, 前列腺癌根治术患者的预后恢复效果还与护理方法息息相关, 围术期护理能够显著改善患者排尿功能, 提高其舒适度和生活质量^[8]。

本研究结果表明: 观察组拔除导管后及拔管后 1 个月、2 个月尿失禁发生率低于对照组 ($P < 0.05$); 拔管后 3 个月, 两组尿失禁发生率比较无明显差异 ($P > 0.05$); 观察组术后 1 d 的 VAS 疼痛评分低于对照组、GCQ 舒适度评分高于对照组 ($P < 0.05$); 两组护理满意度比较差异显

著 ($P < 0.05$)。可见, 围手术期全程专科护理能够显著提高前列腺癌根治术患者控尿功能。全程专科护理为前列腺癌根治术患者在术前应用生物反馈治疗仪采集其盆底肌群肌电信号及压力信号, 对患者控尿能力和盆底肌张力进行评估, 同时开展提肛训练, 有利于提升患者盆底肌张力, 有效增强其控尿能力^[9]。手术治疗后协助患者保持舒适体位, 可有效缓解其疼痛感, 使患者积极配合医护人员开展早期功能康复训练。术后早期运动康复训练的开展可增强患者膀胱与盆底肌群力量, 进一步改善其控尿能力^[10]。

综上所述, 围手术期全程专科护理可有效降低前列腺癌根治术患者尿失禁发生率, 增加患者舒适度, 减轻术后疼痛感, 临床应用价值显著。

参考文献

- [1] 曹璐, 李萍, 王芸. 基于接纳与承诺疗法的延续性护理干预对机器人辅助腹腔镜前列腺癌根治术后患者负性情绪的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(9): 1712-1716.
- [2] 李友芳, 张娟, 张培, 等. 围术期快速康复护理结合临床路径在前列腺癌根治术患者中的应用价值 [J]. 河北医药, 2021, 43(2): 310-313.
- [3] 付冉冉, 王琼, 阎淑芹, 等. 基于叙事干预的精益护理在行腹腔镜前列腺根治术前列腺癌患者中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2021, 18(3): 414-417.
- [4] 王玲, 何雨晴, 王琼, 等. 围术期协同激励护理在腹腔镜前列腺癌根治术患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(6): 84-86.
- [5] 陈晴峰, 金璐. CICARE 标准化沟通联合快速康复外科护理在前列腺癌根治术后患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(4): 27-30.
- [6] 孙亚岚, 王金梅, 孙青. 快速康复理念在老年患者达芬奇机器人辅助前列腺癌根治术中的应用价值 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2022, 29(2): 159-162.
- [7] 张墨, 陆建平, 丁海雍. 机器人辅助腹腔镜下前列腺癌根治术的疗效及观察 [J]. 老年医学与保健, 2021, 27(3): 519-522.
- [8] 程玉琴, 张建斌, 徐斌斌. 基于 JCI 理念的管理模式在腹腔镜下前列腺癌根治术围手术期临床护理中的应用 [J]. 广东医学, 2021, 42(1): 115-119.
- [9] 张李梅, 蒋清平, 张伟丽. 老年前列腺癌患者内镜下机器人辅助腹腔镜根治术治疗的围手术期护理 [J]. 广东医学, 2020, 41(9): 951-955.
- [10] 张芹芹, 郭澍, 徐梦璐, 等. 探讨精细化护理在机器人辅助腹腔镜下前列腺癌根治术患者中的应用价值 [J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(6): 967-969.