

# 中西医结合治疗与护理防治前列腺电切术后患者尿失禁疗效观察

张亚群

杭州市中医院, 浙江 杭州 310007

**[摘要]** 目的: 观察中西医结合治疗与护理防治经尿道前列腺电切术(TURP)术后患者尿失禁的疗效。方法: 选取120例前列腺增生行TURP治疗的患者作为研究对象, 并随机分为观察组和对照组各60例。对照组患者接受常规治疗与护理, 观察组在对照组治疗与护理基础上加用艾灸和情志护理。观察比较2组患者的术后尿失禁发生率、尿失禁持续时间和住院满意度。结果: 观察组共10例(17.24%)发生术后尿失禁, 对照组共22例(39.28%)发生术后尿失禁, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。观察组患者均未发生永久性尿失禁, 对照组中1例(1.67%)发生永久性尿失禁。观察组发生尿失禁的患者持续时间短于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组住院满意度评分高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。结论: 应用中西医结合治疗与护理措施对TURP术后患者进行干预, 可以显著降低术后尿失禁的发生率, 缩短尿失禁持续时间, 同时提高患者对治疗和护理的满意度。

**[关键词]** 前列腺增生; 经尿道前列腺电切术(TURP); 尿失禁; 中西医结合疗法; 艾灸; 情志护理

**[中图分类号]** R697.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)09-0208-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.093

前列腺增生是中老年男性的常见病之一, 目前, 对于重度前列腺增生患者多采用手术治疗, 其中经尿道前列腺电切术(TURP)以其操作方便、损伤小、恢复快的优点得到了越来越广泛的应用。然而, TURP术后患者多合并尿失禁, 一定程度上影响了治疗效果。为了降低尿失禁的发生率, 促进康复, 笔者采用中西医结合治疗与护理对TURP术后患者进行了干预, 现将结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 纳入标准** ①按照《外科学》<sup>[1]</sup>所列诊断标准确诊为前列腺增生, 符合手术指征且在本院接受TURP治疗的患者; ②年龄40~70岁; ③患者及家属预估具有良好的治疗依从性, 且能完成随访。

**1.2 排除标准** ①合并继发性肾功能损害、反复尿路感染、膀胱结石等可能对治疗造成影响的疾病; ②术中或术后出现前列腺包膜穿孔、尿液内渗等并发症; ③合并严重高血压病(高血压二级)、糖尿病、脑血管疾病、呼吸系统疾病、肝肾功能不全(谷丙转氨酶高于正常值2倍或血清肌酐 $> 30$  mg/L)、凝血功能障碍、恶性肿瘤等可能对治疗造成影响的疾病; ④合并精神疾病; ⑤合并本研究所用药物及疗法应用禁忌症的患者。

**1.3 一般资料** 按照上述标准选取2013年1月—2014年12月在本院治疗的120例患者作为研究对象, 采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组各60例。观察组平均年龄

( $61.19 \pm 3.40$ )岁; 平均病程( $2.33 \pm 0.94$ )年; 平均前列腺体积( $69.34 \pm 11.20$ )mL; 国际前列腺症状评分(I-PPS)平均( $29.41 \pm 3.02$ )分。对照组平均年龄( $61.27 \pm 3.52$ )岁; 平均病程( $2.31 \pm 0.89$ )年; 平均前列腺体积( $69.40 \pm 10.93$ )mL; I-PPS平均( $29.51 \pm 2.98$ )分。

## 2 治疗与护理方法

2组患者入院后均完善各项术前检查并做好术前准备, 之后接受TURP, 手术均由同一经验丰富的主治医师主刀。术后2组患者接受常规治疗: 注射用磺苄西林钠, 每次4.0g, 静脉滴注, 每天2次; 注射用凝血酶(巴曲亭), 1U肌肉注射, 1U静脉推注, 每天1次, 上述药物均连用3天。并给予临床常规护理, 在术前对患者进行健康教育, 内容包括前列腺增生的病因和发病机制, 重点讲解手术治疗的原理以及可能发生的并发症及其病因, 如血尿、尿失禁等, 使患者做好心理准备, 并取得患者配合。2组均观察至患者出院。

观察组在对照组治疗与常规护理基础上加用艾灸和情志护理。①艾灸: 将5cm清艾条(吴蛇牌)点燃后置于艾灸盒内, 对患者的膀胱俞、肾俞进行艾灸, 艾灸过程中以患者皮肤微红为度, 避免烫伤, 每天治疗30min, 自术后开始至患者出院。②情志护理: 患者手术前后大多合并忧、悲、恐三情太过, 忧悲伤肺、恐伤肾, 护理人员根据患者的心理状态, 运用开导式、情胜式、静式、转移式等方法进行针对性情志护理, 或

[收稿日期] 2016-05-11

[作者简介] 张亚群(1984-), 女, 护师, 主要从事泌尿外科护理工作。

根据“喜胜忧”、“思胜恐”等中医学理论，采用“以其胜治之”的情志治疗方法。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 统计与比较 2 组患者的术后尿失禁发生率、永久性尿失禁发生率，随访统计尿失禁持续时间。住院满意度调查表见表 1，于患者出院时进行住院满意度调查，以治疗满意度、护理满意度和疗效满意度评分之和为总体住院满意度得分。

表 1 住院满意度调查表

项 目	非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意
治疗满意度	5 分	4 分	3 分	2 分	1 分
护理满意度	5 分	4 分	3 分	2 分	1 分
疗效满意度	5 分	4 分	3 分	2 分	1 分

3.2 统计学方法 应用 SPSS20.0 软件对数据进行统计分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，比较采用 *t* 检验；计数资料以构成比表示，比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

4 研究结果

4.1 2 组尿失禁发生情况比较 观察组共 10 例(17.24%)发生术后尿失禁，对照组共 22 例(39.28%)发生术后尿失禁，2 组比较，差异有统计学意义( $\chi^2=6.86, P < 0.01$ )。观察组患者均未发生永久性尿失禁，对照组中 1 例(1.67%)发生永久性尿失禁。

4.2 2 组尿失禁持续时间比较 见表 2。观察组发生尿失禁的患者持续时间短于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组尿失禁持续时间比较 例(%)

组 别	<i>n</i>	≤ 3 月	≤ 6 月	≤ 9 月	≤ 12 月	> 12 月	平均时间(月)
观察组	10	8(80.00)	1(10.00)	1(10.00)	0	0	2.71± 1.14
对照组	22	12(54.54)	5(22.73)	3(13.63)	1(4.55)	1(4.55)	3.83± 1.54
<i>Z/t</i> 值				-2.01			-2.05
<i>P</i>				<0.05			<0.05

4.3 2 组住院满意度情况比较 见表 3。观察组住院满意度评分高于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表 3 2 组住院满意度情况比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组 别	<i>n</i>	治疗满意度	护理满意度	疗效满意度	住院满意度
观察组	58	3.79± 0.31	4.28± 0.35	4.12± 0.29	12.19± 1.33
对照组	56	3.75± 0.42	3.85± 0.45	3.51± 0.47	11.11± 1.96
<i>U</i> 值		0.58	5.68	8.30	3.43
<i>P</i> 值		0.42	<0.01	<0.01	<0.01

5 讨论

目前临床对前列腺增生患者首选药物治疗，如特拉唑嗪、非那雄胺等，如药物疗效不佳则选用手术治疗。TURP 因具有手术损伤小、患者恢复快和疗效肯定的优点，已取代开放手术而成为目前最常用的治疗前列腺增生的手术方式，但是其缺点在于存在一定的并发症发生率，特别是损伤尿道内部结构导致的尿失禁十分常见<sup>[1]</sup>。

尿失禁归属于中医学遗溺、小便不禁等范畴，认为其病因病机为肾失其职，中气下陷，膀胱气化不利所致，对膀胱俞、肾俞进行艾灸，可以起到补肾培元、固摄之功效<sup>[2]</sup>。与此同时，积极的护理干预有助于促进尿失禁康复。有研究表明，情志因素对于术后尿失禁的发生发展具有重要影响<sup>[4]</sup>，因此积极有效的情志护理有助于防治、改善患者的尿失禁。

本次研究结果表明，应用中西医结合治疗与护理措施对 TURP 术后患者进行干预，可以显著降低术后尿失禁的发生率，缩短尿失禁持续时间，同时提高患者对治疗和护理的满意度，值得在临床推广应用。

[参考文献]

[1] 陈孝平, 汪建平. 外科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 570- 573.  
 [2] 张悦, 鄢俊安, 石英, 等. 经尿道前列腺电切术后暂时性尿失禁临床分析[J]. 重庆医学, 2013(28): 3370- 3371.  
 [3] 马云枝, 刘政伟, 沈晓明. 通脉舒络胶囊结合针灸治疗脑卒中后尿失禁患者 68 例临床观察[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(5): 1169- 1171.  
 [4] 陆素青, 周洁, 经霖, 等. 实施综合护理干预对良性前列腺增生电切术后暂时性尿失禁发生的影响[J]. 护理研究, 2013, 27(13): 1212- 1213.

(责任编辑: 吴凌)