



体位护理对经尿道前列腺电切术后出血的研究

李方 李纯怡* (华中科技大学同济医学院附属同济医院综合医疗科 湖北武汉 430030)

摘要: 目的 比较经尿道前列腺电切手术后, 运用常规的护理方法或体位护理的方法对预防出血的临床疗效, 为制定相应的预防措施提供护理依据。方法 选择2016年4月至2017年5月在我科治疗的前列腺增生患者共80例, 将患者随机分为试验组及对照组两组各40例。试验组及对照组均进行经尿道前列腺电切手术, 对照组在手术期间采取常规的护理措施。试验组在常规的护理基础上同时进行体位的护理, 然后观察试验组及对照组患者术后排肉眼血尿的持续时间、术后是否排鲜红色血尿、患者的舒适度和对护士的满意度情况。结果 两组患者术后排肉眼血尿持续时间、排鲜红色血尿的情况、患者的舒适程度和对护士的满意度情况比较, 差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。结论 经尿道前列腺电切手术后采用体位护理的措施能有效的减少患者的术后出血情况, 有利于患者术后恢复, 提高患者的舒适度和护理满意度。

关键词: 前列腺电切术 出血 体位护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 07-291-02

随着人们的生活水平的提高和饮食习惯的改变, 男性患者患有前列腺增生疾病的越来越多, 尤其是老年男性患者极为常见, 主要是伴随有排小便困难等的临床症状, 增加了患者的生活和心理的负担。目前, 前列腺电切术是治疗前列腺增生的一种有效方法^[1], 在临床上广泛的运用, 它具有出血量少、操作简单、无切口等特点, 但术后也存在出血、尿道狭窄、尿失禁等风险, 其中术后大出血在临床中较常见。因此, 选取我科2016年4月~2017年5月实行经尿道前列腺电切手术患者80例进行对比研究, 发现体位护理可以有效的减少患者术后出血情况, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本科于2016年4月~2017年5月共收治80例前列腺增生患者, 年龄58~82(68.2±5.1)岁, 均无严重的心脏、肺、血管、肝脏、肾脏和造血系统相关疾病, 均采用经尿道行前列腺电切手术治疗, 术后病理检查证实均为良性。随机将80例患者分为试验组40例, 对照组40例。两组年龄、术后24h治疗方案比较, 差异无统计学意义(均 $P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组: 对照组及试验组均进行经尿道前列腺电切术, 对照组围手术期进行常规护理。

1.2.2 试验组: 试验组在常规护理的基础上实施体位的护理, 术前向患者重点强调体位护理可预防术后出血, 避免术后过早的坐起活动、翻身过快、频繁的体位改变、剧烈活动或咳嗽、久坐或久蹲、用力的排便等均可导致术后的出血或膀胱痉挛。手术后当天指导患者平卧位, 下肢向外展15~30°, 臀部下面垫气圈, 膝下垫软枕, 协助患者定时在床上缓慢的翻身, 术后第1~3d取半坐卧位, 将床头抬高约30°, 禁止下床活动, 也不宜在床上久坐, 尽量避免频繁改变体位和体位改变幅度过大, 术后3~5d尿的颜色变浅, 即可拔除尿管。为了避免电凝的焦痂的脱落, 尿管拔除当天仍指导患者卧床休息, 勿用力排便或排尿, 勿频繁的改变体位。若出现排尿困难应及时的给患者留置尿管, 并做好患者的心理的护理, 避免由于情绪变化而加重出血, 指导患者勿用力排便或离床蹲厕排便等增加腹压的动作, 诱发膀胱的痉挛而引起出血。

1.2.3 评价指标: 出血程度评价: 轻度出血指冲洗液为浅鲜红色, 冲洗液稀薄透亮; 中度出血指冲洗液为深鲜红色, 但无血块; 重度出血指冲洗液呈浓鲜红色伴有血块、血腥味, 有血块堵塞尿管、膀胱刺激症状明显或膀胱区隆起^[2]。体位舒适度评价: 采用视觉模拟评定法, 根据患者主观感受记录24h腰背酸痛发生率与程度。将舒适度分为4级, 0级为无腰

背酸痛; 1级为有轻微腰背酸痛, 疼痛评分1~3分; 2级为有中等度腰背酸痛, 疼痛评分4~7分; 3级为腰背酸痛较重, 疼痛评分8~10分^[3]。科室利用自制调查问卷对两组患者的护理满意度进行调查, 分为满意、尚可、不满意三个等级, 总满意度=满意率+尚可率。

1.2.4 统计学方法: 数据采用PEMS3.1统计软件包进行统计分析, 计量资料比较采用T检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 等级资料采用Wilcoxon秩和检验, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组术后患者排肉眼血尿的平均持续时间进行对比
试验组及对照组术后排肉眼血尿平均持续时间分别为(21.8±0.4)、(29.3±0.3), 试验组明显低于对照组, 其差异有统计学意义($p<0.05$)。

2.2 两组术后是否排鲜红色血尿对比

试验组及对照组术后排鲜红色血尿患者分别为1例(2.5%)、6例(15%), 试验组明显低于对照组, 其差异有统计学意义($p<0.05$)。

2.3 两组术后24h体位舒适度比较, 见下表1。

表1: 两组术后24h体位舒适度比较例(%)

组别	例数	0级	1级	2级
试验组	40	27(67.5)	11(27.5)	2(5.0)
对照组	40	24(60.0)	11(27.5)	5(12.5)

注: 两组比较, $Z=0.425$, $P>0.05$ 。

2.4 护理满意度

下表2, 试验组护理满意度为95.0%, 对照组护理满意度为75.0%, 试验组高于对照组, 统计学有差异($\chi^2=9.804$, $P=0.002<0.05$)。

表2: 护理满意度的对比(n, %)

分组	满意	尚可	不满意	总满意度
试验组	20(50.0)	18(45.0)	2(5.0)	38(95.0)
对照组	14(35.0)	16(40.0)	11(27.5)	30(75.0)

3 讨论

本研究通过实施体位的护理, 加强对患者相关知识的宣教, 提高了患者的依从性, 从而避免了气囊的移位, 减少了气囊对手术创面的摩擦和刺激膀胱平滑肌, 同时减少了因频繁的体位活动而使电凝焦痂脱落导致的大出血。因此, 试验组的患者术后排肉眼血尿的持续时间比对照组短, 术后排鲜红色血尿的情况也明显低于对照组。经尿道前列腺电切手术患者通过术后加强体位的护理, 做好健康教育, 可使患者积极主动配合体位护理, 能有效减少患者术后大出血的发生及缩短排肉眼血尿的持续时间, 从而减轻患者痛苦, 有利于

* 通讯作者: 李纯怡。



加以强化护理,以满足患者的需求作为护理基本点,以此不断提升整体的护理服务内涵。在产科护理中,需要护理人员熟悉掌握产科护理学的基本理论知识,熟识孕产妇的身心特点,了解产妇在分娩过程中的各项内心需求,以此针对产妇的特点而开展针对性较强的护理服务^[2-3]。

在此次优质护理的过程中,主要将护理内容分为了以下几个项目:心理护理、健康教育、运动指导、生活护理;产妇在入院之后要针对其基本性格特征进行心理护理和健康教育,依据产妇及其家属的受教育程度建立家庭—社会的支持体系,其主要是通过说教的方式帮助产妇消除负性心理,以此改善内心状态;与此同时,与产妇建立有效的沟通机制,建立良好的心理关系,以此提高护理质量;对产妇进行放松训练和生活护理,有助于产妇顺利分娩;对产妇进行运动指导,则可以增强产妇的体力,为分娩过程需要消耗的力量提供基础;叮嘱产妇进行规律排尿,有利于防止膀胱压迫胎儿^[4-5]。

此次研究中,存在统计学意义的项目有:组间产妇的护理总满意率和不良事件发生率、顺产率,且均以研究组的产妇

上述数据指标更具有优势性, $P<0.05$;其中,研究组的护理总满意率和不良事件发生率、顺产率分别为 98.00%、2.00%、80.00%;对照组的护理总满意率和不良事件发生率、顺产率分别为 76.00%、20.00%、54.00%;这也由此说明了,在产科临床护理中实施优质护理措施,易于被产妇所接受,且可以有效提高医院整体护理服务质量。

参考文献

- [1] 霍慧.妊娠合并糖尿病的产科护理探析[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2015,2(8):161-161.
- [2] 刘威.产科护理干预在妊娠期糖尿病疾病护理中的效果研究[J].糖尿病新世界,2017,20(6):116-117.
- [3] 冯雅楠,张国琴,姬春.《妇产科护理学》实验课程体系的建立与实践[J].农垦医学,2015,37(3):212-213.
- [4] 李秀荣.产科护理中风险因素的管理策略探讨[J].中国卫生产业,2017,14(16):21-22.
- [5] 门雪梅.影响产科护理安全的因素与应对措施[J].中国医药指南,2015,13(33):233-234.

(上接第 291 页)

患者术后恢复,提高患者的舒适度和护理的满意度。

参考文献

- [1] 许小青,曾梅珍.经尿道前列腺电切术后大出血的相关因素及护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2006,27(3):371.

(上接第 292 页)

较积极的作用,且能在一定程度上增加患者的满意度。

综上所述,对血滤深静脉置管患者采取预防性护理十分可行,能显著降低管路并发症的机率,延长置管时间。

参考文献

- [1] Du, Guo-Cheng, Zhang, Mao-Chun, Zhao, Ji-Chun et al. Catheter-directed thrombolysis plus anticoagulation versus anticoagulation alone in the treatment of proximal deep vein thrombosis - a meta-analysis[J]. VASA:

Zeitschrift fuer Gefaesskrankheiten. Journal for vascular diseases, 2015, 44(3):195-202.

- [2] 刘红.深静脉置管相关感染患者中规范化护理流程的应用[J].中国急救医学,2016,36(2):151-152.

[3] Mumme, A., Hummel, T. Recanalisation therapy of deep leg and pelvic vein thrombosis[J]. Der Chirurg; Zeitschrift fur alle Gebiete der operativen Medizin, 2015, 86(5):501-510.

- [4] 李梦霞,李艳婷,谭莎莎等.326 例上肢深静脉置管化疗患者的置管护理[J].中华现代护理杂志,2016,22(10):1410-1412.

(上接第 293 页)

高品质的护患沟通活动必须体现良好的文化素养、积极的沟通技巧以及交流能力,与此同时,护患关系的良好发展也是护患沟通积极呈现的重要条件之一。护理人员应该积极了解多样化的社会科学内容与人文知识,如此一来,护患沟通的内容才可避免单调与无趣。沟通交流不仅需要丰富的知识储备,还需要娴熟的表达技巧。护患沟通并非仅仅局限在某一时间段或者某一话题,为确保持续的交流中可了解到更多的信息必须采用高效的沟通技巧,继而引导患者能够将内心的想法表达出来,借此舒缓自己的心理压力。为了拉近医患之间的心理距离,护理人员可基于患者的心理需求渗透一定的情感,将技术与感情进行融合逐步实现情感服务。

4 结语

由以上内容可知,医学护理工作在患者情绪控制及其积

极治疗方面具有重要的现实意义,并且可有效推动和谐、良好的医患关系形成。实施护患沟通的重要途径便是坚持人文关怀的重要理念以及相关措施,为患者感受到真诚的护理环境提供积极的帮助。为确保护患沟通的效果理想化,首先需对护理人员的高尚情怀以及人文素养进行培养与提升,其次需就其沟通技能进行重点培养。

参考文献

- [1] 何静.浅谈优质护理服务与护患沟通[A].河南省护理学会.河南省外科创伤及灾难救治护理专科知识学术会议(外科护理学组)论文集[C].河南省护理学会:,2017:2.
- [2] 张灵雅,李静.加强护患沟通优化护理服务[J].基层医学论坛,2017,16(36):4773+4785.
- [3] 张丽萍,蒲海丽,李秀英.浅谈护患沟通在临床护理工作中的作用[J].吉林医学,2018(20):1773-1774.

(上接第 294 页)

- [1] 李建伟,梁宏开,吴桂深,等.体外膜肺氧合在成人急性呼吸窘迫综合征中的临床应用[J].中国中西医结合急救杂志,2017,(1):40-43.

[2] 张颖,罗哲,刘岚,等.重症超声对心脏外科术后低氧血症患者病因诊断的价值[J].中国临床医学,2016,(3):330-333.

[3] 马明洲,沈华,朱进,等.重症低氧血症患者血清甲状腺素水平与 APACHE II 评分的相关性[J].实用医学杂志,2016,(6):947-949.

[4] 张海军,魏鹏草.无创正压通气治疗急性重症心源性肺水肿伴低氧血症 70 例临床观察[J].中国临床医生杂志,2016,(6):40-42.

[5] 王涛,刘力新,魏远辉.早期气管插管对重症脑出血患者的低氧血症及血乳酸、C 反应蛋白水平的影响[J].临床神经病学杂志,2014,(3):225-227.

[6] 严宇鹏,王冀,王怡璐,等.俯卧位肺复张对改善重症肺部感染低氧血症患者氧合指数肺内分流作用及对血流动力学的影响分析[J].河北医学,2015,(1):16-20.