经验交流

文章编号:1000-5404(2009)19-1916-02

经尿道前列腺汽化电切术后急迫性尿失禁护理干预

周远秀,李龙坤 (第三军医大学西南医院全军泌尿外科研究所,重庆 400038)

良性前列腺增生(benign prostate hyperplasia, BPH)是老年男性的常见疾病,经尿道前列腺汽化电切术(transurethral vaporization of prostate, TUVP)是治疗前列腺增生的有效微创外科治疗方法,由于创伤小、出血量少、恢复快等优点,已在临床广泛应用。尿失禁是TUVP术后较为常见的并发症,常见原因主要包括:①压力性尿失禁。源于切除范围过深过广,导致尿道内外括约肌的双重控尿机制的破坏。②充盈性尿失禁。源于切除范围不足、术后膀胱颈挛缩、膀胱收缩力下降等出口梗阻。③急迫性尿失禁。多发生于术后早期,主要源于术前长期的膀胱出口梗阻所继发的逼尿肌不稳定,顺应性下降,在术后一定时期,由于出口梗阻的迅速解除,兴奋性过高的膀胱逼尿肌可导致急迫性尿失禁的发生。本研究对于发生TUVP术后急迫性尿失禁患者给予系统的术前、术后护理干预,现报告如下。

1 临床资料

1.1 病例资料

我科于2007年8月至2008年8月进行TUVP术480例,年龄55~85岁,平均78岁,经病史、直肠指诊、经直肠前列腺彩超、尿动力学检查确诊为良性前列腺增生(benign prostate hyperplasia, BPH);术前尿动力学检查中发现合并有逼尿肌不稳定收缩者318例、逼尿肌稳定者162例;本组患者中合并冠心病435例,高血压350例、糖尿病185例、慢性阻塞性肺气肿95例。经完善术前检查和积极术前治疗后,均行TUVP术,术后予以持续膀胱冲洗、抗感染、止血、对症治疗,术后住院时间5~11 d,平均7 d;所有TUVP术后患者均能自解小便;本组中并发有急迫性尿失禁患者24例,全部入组,进行围手术期护理。

1.2 术前准备

入院后行心电图、肺功能、肝功能、肾功能、胸部X线片、血常规、凝血功能、经直肠前列腺彩超、尿动力学检查,全面了解各脏器功能,排除手术禁忌证。对尿潴留、肾功受损、尿动力学检查膀胱内残余尿量>50 ml者,均行留置导尿,引流尿液、促进肾功恢复;对存在感染者,积极控制感染。对已患有的内科疾患做好术前治疗,积极控制心肺功能,使心率、血压、呼吸、血糖等维持在正常范围内。

1.3 治疗

并发急迫性尿失禁患者24例,予以盆底肌训练、排尿行为干预、社会支持系统干预和口服药物干预,1周内康复出院15例,其余9例均带尿管出院休养,继续口服药物治疗和系统护理干预,出院随访3个月至1年,1个月内恢复7例,3个月内恢复2例。

1.4 护理干预

1.4.1 术前干预

1.4.1.1 心理辅导 术前1 d对将行TUVP术患者进行书面术前宣教,并用通俗易懂的语言向患者告知术后可能会出现急迫性尿失禁,而其发生的原因可能为尿道括约肌暂时性功能不全,逼尿肌功能不稳定或膀胱顺应性下降等,但大多数是暂时性的而且经过一段时间的恢复多能恢复正常,帮助患者正确的认识手术后并发症,做好心理准备应对急迫性尿失禁。

1.4.1.2 盆底肌和尿道括约肌收缩训练 为应对术后急迫性尿失禁令患者无法控制排尿,术前对患者进行提肛训练。具体方法是:患者取立、坐或侧卧位,与呼吸运动密切配合;深吸气时,慢慢收缩尿道口和肛门,此时患者感到尿道口和肛门禁闭,并有使肛门向上提的感觉,屏气5 s,然后呼气时缓慢放松尿道口和肛门,每次连续收缩、放松训练10下,每天练习3次。

1.4.2 术后干预

1.4.2.1 心理指导 患者术后出现急迫性尿失禁会让患者感到自尊受损,给患者造成严重的心理负担,患者会担心何时能恢复正常排尿,同时也担心遭到家人的厌恶和嫌弃,期望得到理解和关爱,给患者及家属的生活带来诸多不便。护士应常常关心患者,适时予以心理疏导,详细回答患者及家属疑问,帮助患者与家属共同树立拥有健康生活的信心。

1.4.2.2 拔管前训练膀胱功能 在预备拔除留置尿管前1~2 d,教会患者定时关闭尿管开关,以训练膀胱对排尿的调控功能。通常要求每2~3 h关闭1次,在此期间,指导患者关注膀胱充盈情况,避免膀胱过度充盈,影响膀胱功能恢复;根据患者自身感觉调整,若患者无法忍受夹管2~3 h,则以患者感觉到尿胀无法耐受为限,指导患者尽量忍耐以增加膀胱容量,并逐渐延长耐受时间。

1.4.2.3 拔管后排尿情况观察 观察患者排尿情况,建立排尿日记,记下每次排尿的时间和尿量,尿失禁的程度,询问在尿失禁出现时有无咳嗽、排便等易导致腹压增高的因素。

1.4.2.4 尿失禁后主要并发症的预防 泌尿系感染和尿液性皮炎是尿失禁后常见的并发症。因此要鼓励患者多饮水,达到自身冲洗的目的,预防泌尿系感染;避免留置导尿,减少泌尿系感染的机会。保持会阴部皮肤及衣裤清洁干燥,尿道口用0.1%醋酸洗必泰棉球消毒2~3次/d;告诉患者穿棉质衣裤,

作者简介:周远秀,女,四川省资中市人,护师。电话:(023)68773089,E-mail:zhouyxiu@sina.com

收稿日期:2009-04-20;修回日期:2009-07-27

使用一次性尿垫、中单保持床单位清洁干燥;夜间指导患者使用阴茎套集尿袋,利于患者夜间休息,促进尿失禁恢复。

1.4.2.5　坚持盆底肌和尿道括约肌收缩训练　　告知患者按术前指导的方法患者持之以恒坚持训练,并时常予以鼓励,增强膀胱和尿道括约肌的收缩力和紧张性,提高患者控尿能力,有利于尿失禁的恢复。

1.4.2.6　排尿行为干预　　其内容主要包括,指导患者定时排尿,不要等到有尿意时再排尿,逐渐延长患者定时排尿的间隔,直至达到 3 ~ 4 h 排尿 1 次;有尿意时深呼吸放松,缓慢走向厕所;当存在咳嗽、提重物等增加腹压情况时,事先紧缩括约肌,避免尿液外漏。

1.4.2.7　饮食干预　　每日饮水量 2 000 ~ 2 500 ml,过多会加重尿失禁、过少易导致便秘及增加泌尿系感染,白天多饮夜间少饮,合理安排好饮水量及时间;避免食用浓茶、咖啡、辣椒、烟酒等对膀胱有刺激性的食物。

1.4.2.8　社会支持系统干预[1]　　尿失禁的困扰带给患者沉重的心理负担,担忧别人闻到身上的不良气味遭到嫌弃,于是减少或拒绝与他人交往;有的患者为了避免寻找厕所的尴尬,总在自家附近活动,人为的缩小了生活空间,参加社会活动的减少和生活空间的缩小会令患者感到孤独,家人应扮演好社会联络员的角色,在帮助患者保持清洁舒适的同时,多将患者的亲人朋友组织在患者家中或亲朋家中聚会,以保证患者经常与社会接触,减少患者的孤独感。

患者的尿失禁同样会对患者的家人产生一定的影响,如多年同床的伴侣可能会分居、较长时间的尿失禁会增加家庭的经济负担、增加家人对患者的照顾时间,应该对伴侣间的心理情感需求、经济负担等问题予以疏导,保持患者家人的心理健康,让患者家属悉心照顾患者,使患者获得更多的情感支持。

1.4.2.9　药物干预　　大部分 TUVP 术后急迫性尿失禁是暂时性的,经过一段时间的处理后均能缓解。但有部分经过足够时间的上述处理没有使症状明显改善时,患者可以寻求进一步的药物干预。使用药物干预的目的是抑制逼尿肌收缩,降低膀胱内压,增加膀胱容量,降低膀胱的敏感性[2]。常用药物有如下几类:①抗胆碱药:如托特罗定、奥昔布宁;②钙拮抗剂:异搏定、心痛定;③前列腺素合成剂:如消炎痛、氟苯布洛芬等;④三环抗抑郁类药物,如多虑平等。

2　结果

本组 24 例并发急迫性尿失禁的患者经有效的药物治疗及护理,1 周内恢复 15 例,1 个月内恢复 7 例,3 个月内恢复 2 例。

3　讨论

经尿道前列腺切除术后尿失禁发生率比较低,小于 2%(0% ~8%)[3]。其发生机制主要源于术前长期的膀胱出口梗阻所继发的逼尿肌不稳定,顺应性下降,在术后相当长时间内,由于出口梗阻的迅速解除,不稳定的逼尿肌收缩导致急迫性尿失禁的发生。急迫性尿失禁的典型症状是先有强烈尿意后有尿失禁或在出现强烈尿意时发生尿失禁,常可在咳嗽、喷嚏、腹压增加时诱发,伴有紧迫感,临床上常易误诊为真性压力性尿失禁;而尿动力学检查是诊断和鉴别诊断尿失禁最可靠的检查。

药物治疗是目前缓解和根治 TUVP 术后急迫性尿失禁的主要方法,但在治疗 TUVP 术后发生急迫性尿失禁中临床诊治和护理必须相互密切配合。疾病的治疗包括临床-社会-心理的综合治疗。TUVP 术后急迫性尿失禁的治疗包括盆底肌训练等护理干预措施、松弛膀胱逼尿肌等药物治疗或者手术治疗,目的是增加膀胱容量及改善膀胱顺应性,其中社会心理治疗的作用尤为突出。护理工作干预措施包括:盆底肌肉收缩训练、排尿行为干预、社会支持系统干预和心理护理等都是增加膀胱容量及顺应性的重要环节。而且因为治疗的时间比较长,患者及家属需要得到医护人员较长时间的指导。因此在急迫性尿失禁的治疗中应该重视护理干预,临床诊治和持续护理密切配合,才能帮助患者早日恢复正常控尿,与家人共同回归正常的生活[4,5]。

本研究显示,对 TUVP 术后出现急迫性尿失禁的患者,应进行系统的治疗措施,主要包括:①术前积极处理。对于术前即明确有逼尿肌不稳定或膀胱兴奋性较高的患者,在明确要进行解除膀胱出口梗阻手术前,即可提前使用缓解膀胱痉挛药物。②术后尽早使用抑制膀胱收缩措施,干预膀胱功能。③良好的心理疏导可有效缓解患者的紧张情绪、正确认识疾病;切实加强尿失禁后并发症的护理,能避免因尿失禁而引起的不适,有效维护患者自尊;正确引导患者坚持进行盆底肌肉收缩训练和排尿行为治疗,是促进患者康复的重要措施,也是促使患者排尿功能恢复正常的关键;良好的社会支持系统是患者疾病恢复期间的情感支柱和精神动力,有助于患者树立战胜疾病的信心,早日回归正常的生活。

关键词:尿失禁,急迫性;经尿道前列腺汽化电切术;护理
中图法分类号:R473.6　　**文献标识码**:B

参考文献:

[1] Ko W F, Sawatzky J A. Understanding Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy: A Nursing Framework[J]. Clin J Oncol Nurs, 2008, 12(4):647 - 654.

[2] 金锡御. 急迫性尿失禁[J]. 中华泌尿外科杂志, 2002, 23(5):319 - 320.

[3] 廖利明. 前列腺术后尿失禁及其防治[J]. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23(2): 81 - 84.

[4] 张晓玲. TVT 手术治疗压力性尿失禁的护理[J]. 实用临床医药杂志:护理版, 2006, 2(1): 42 - 43.

[5] 张　鹏,文建国,刘　奎,等. 膀胱过度活动症合并压力性尿失禁患者尿动力学分析[J]. 郑州大学学报: 医学版, 2006, 41(2): 210 - 212.

(编辑　王　红)