

(文章编号) 1007-0893(2021)15-0190-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.15.090

ERAS 理念在行经尿道钬激光前列腺剝除术患者围手术期护理中的应用

丁 姘 丁俏梅

(佛山市禅城区中心医院, 广东 佛山 528031)

[摘要] **目的:** 观察加速康复外科(ERAS)理念在行经尿道钬激光前列腺剝除术(HoLEP)患者围手术期护理中的应用价值分析。**方法:** 选取佛山市禅城区中心医院2019年1月至2020年1月收治的行HoLEP患者63例,以2019年7月1日为分界线,在分界线前收治的30例患者实施常规护理干预设置为对照组,在分界线后收治的另33例患者实施ERAS理念下的护理干预设置为加速组。观察两组患者术后恢复指标,术后1d、5d时国际前列腺症状量表(IPSS)评分、残余尿量(RUV)和最大尿流率(Qmax)比较,并发症发生率。**结果:** 加速组患者术后并发症发生率为6.06%,明显低于对照组的33.33%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者术后1d时IPSS评分、RUV和Qmax比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);在术后5d,加速组患者IPSS评分、RUV明显低于对照组,而加速组Qmax明显大于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。加速组患者术后进食、排气、自主排尿、下床活动、住院时间均短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 在HoLEP患者围手术期护理中实施ERAS理念下的护理干预措施,可明显缩短患者术后进食、排气、自主排尿、下床活动等术后恢复时间,较早地改善术后前列腺症状、减少RUV、增加Qmax,降低并发症的发生率,并有效缩短住院时间。

[关键词] 加速康复外科理念;经尿道钬激光前列腺剝除术;围手术期护理

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B

前列腺增生症多发生在40岁以后的男性,到60岁时发病率高于60%,80岁时高达80%,呈进展性发病特征,保守治疗无效后多需要外科治疗。经尿道钬激光前列腺剝除术(trans-urethral holmium laser enucleation of the prostate, HoLEP)可获得较好的临床治疗效果^[1]。因手术为微创手术,较传统手术而言,创面较小恢复较快,因采取常规的围手术期护理干预方法已经不适合微创手术时代的护理要求^[2]。加速康复外科(enhanced recovery aftersurgery, ERAS)理念为采取有力医学证据处理围手术期措施并优化,使患者能够完成快速康复。本研究在ERAS理念下,改善微创手术围手术期的护理干预方式,获得满意效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2019年1月至2020年1月收治的行HoLEP患者63例,以2019年7月1日为分界线,在分界线前收治的30例患者实施常规护理干预设置为对照组。病程0.4~3.7年,平均(1.4±0.1)年,年龄45~83岁,平均(72.1±2.5)岁。在分界线后收治的另33例患者实施加速康复外科理念下的护理干预设置为加速组。病程0.3~3.5年,平均(1.3±0.1)年,

年龄43~82岁,平均(71.9±2.4)岁。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

前列腺增生诊断标准^[3]: (1)尿频,夜尿≥2次、自主排尿迟缓、断续、尿后滴沥;(2)直肠指诊,前列腺增大,表面光滑,中央沟变浅或消失;(3)最大尿流率(maximum urinary flow rate, Qmax) < 15 mL·s⁻¹,膀胱残余尿量(residual urine volume, RUV) < 60 mL;(4)国际前列腺症状评分表(international prostate symptom scale, IPSS)评分 < 7分;(5)血清前列腺特异性抗原(prostate specific antigen, PSA) < 4 ng·mL⁻¹;(6)超声提示前列腺增生。

纳入标准:符合前列腺增生诊断标准;具备手术指征,且接受手术;知情同意本研究。排除标准:因尿道狭窄或其他原因(如肿瘤、手术疤痕粘连)所致自主排尿困难等;血液系统疾病、未控制糖尿病、活动性结核及免疫疾病活动期;精神或法律上残疾者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 常规护理:完善术前准备,术前1日晚机械灌肠,12h禁食、6h禁水,术后密切观察病情。

1.2.2 加速组 实施ERAS护理。(1)术前:术前1日

[收稿日期] 2021-05-07

[基金项目] 佛山市科技计划项目(医学类科技攻关项目)资助课题(1920001001596)

[作者简介] 丁姘,女,主管护师,主要从事泌尿外科工作。

访视，疏导负性情绪提高对治疗的信心，术前禁食 6 h、禁水 2 h；术前 2~3 h 口服碳水化合物 400 mL，糖尿病患者根据病情提供低糖或无糖饮料。（2）术后：持续膀胱冲洗 1~2 d。①疼痛：以音乐疗法、注意力转移法等缓解；②早期活动：垫枕平卧 6 h 后取低坡卧位，2 h 更换体位 1 次。术后当天指导双下肢主动与被动运动，协助翻身，活动四肢，但不可用力过猛。术后 1 d 指导患者自行翻身或下床活动。2 d 指导患者在病房或走廊活动。③饮食护理：术后 5 h 可饮用少量水，6 h 后进少量流食，逐渐变为半流食至普食；④早期按摩：按摩双腿肌肉；⑤术后 24 h 内持续膀胱冲洗。

1.3 观察指标

比较两组患者术后恢复指标，术后 1 d、5 d 时 IPSS 评分、RUV 和 Qmax，以及并发症发生率。术后恢复指标包括：术后进食、排气、自主排尿、下床活动、住院时间。IPSS^[4]：包括 7 个问题，每个问题得分范围 0~5 分，总分 0~35 分，得分越高，症状越严重。统计两组患者并发症发生情况，如尿潴留、出血、尿道外口狭窄、短暂尿失禁、自主排尿困难、感染。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后恢复指标比较

加速组患者术后进食、排气、自主排尿、下床活动、住院时间均短于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者术后恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术后进食 /h	排气 /h	自主排尿 /d	下床活动 /d	住院时间 /d
对照组	30	12.43 ± 1.07	28.46 ± 3.81	3.23 ± 0.47	3.36 ± 0.48	7.41 ± 0.88
加速组	33	6.65 ± 0.61 ^a	22.43 ± 2.37 ^a	2.51 ± 0.36 ^a	1.32 ± 0.17 ^a	5.23 ± 0.47 ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者术后 1 d、5 d 的 IPSS 评分、RUV 和 Qmax 比较

两组患者术后 1 d 时 IPSS 评分、RUV 和 Qmax 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；在术后 5 d，加速组患者 IPSS 评分、RUV 明显低于对照组，而加速组 Qmax 明显大于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者术后 1 d、5 d 的 IPSS 评分、RUV 和 Qmax 比较

组别	<i>n</i>	时间	IPSS 评分 / 分	RUV/mL	Qmax/mL · s ⁻¹
对照组	30	术后 1 d	14.33 ± 1.17	56.04 ± 8.78	4.02 ± 0.38
		术后 5 d	10.42 ± 1.03	30.26 ± 5.08	18.25 ± 1.76
加速组	33	术后 1 d	14.65 ± 1.09	56.23 ± 8.34	4.11 ± 0.35
		术后 5 d	8.05 ± 0.76 ^b	20.34 ± 3.57 ^b	23.03 ± 2.34 ^b

与对照组术后 5 d 比较，^b*P* < 0.05

注：IPSS—国际前列腺症状评分表；RUV—残余尿量；Qmax—最大尿流率

2.3 两组患者术后并发症发生率比较

加速组患者术后并发症发生率为 6.06%，明显低于对照组的 33.33%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生率比较 (*n* (%))

组别	<i>n</i>	尿潴留	出血	尿道外口狭窄	短暂尿失禁	自主排尿困难	感染	总计
对照组	30	2(6.67)	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	3(10.00)	2(6.67)	10(33.33)
加速组	33	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.03)	1(3.03)	2(6.06) ^c

与对照组比较，^c*P* < 0.05

3 讨论

据流行病学研究特征调查 60 岁以上老年人前列腺增生症总发病率在 60% 以上，可见其发病率之高，引起膀胱出口梗阻，影响老龄男性生活质量的一个常见因素^[5]。手术为治疗常见方案。HoLEP 手术操作简单、侵入性伤害小，消除尿路梗阻，但术后膀胱功能不可能在较短的时间内恢复。而 ERAS 为基于理论与实践的支持，为患者围手术期间，提供更好的，能帮助患者进行早期术后康复的护理指导干预方法，为患者的术后尽早康复，提供优质的护理指导^[6]。本研究中，加速组患者术后并发症发生率为 6.06%，明显低于对照组的 33.33%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。两组患者术后 1 d 时 IPSS 评分、RUV 和 Qmax 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；在术后 5 d，加速组患者 IPSS 评分、RUV 明显低于对照组，而加速组 Qmax 明显大于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。加速组患者术后进食、排气、自主排尿、下床活动、住院时间均短于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

综上所述，在 HoLEP 患者围手术期护理中实施 ERAS 理念下的护理干预措施，可明显缩短患者术后进食、排气、自主排尿、下床活动等术后恢复时间，较早地改善术后前列腺症状、减少 RUV、增加 Qmax，降低并发症的发生率，并有效缩短住院时间。

[参考文献]

- (1) 张圣洁, 崔秋菊, 张进军, 等. 201 名手术室护理人员对加速康复外科认知现状调查 (J). 护理学报, 2018, 25(3): 49-52.
- (2) 徐虹霞, 潘红英, 王宏伟, 等. 加速康复外科实施过程中导航护士角色的设立及实践 (J). 中华护理杂志, 2017, 52(5): 530-534.
- (3) 《泌尿外科杂志 (电子版)》编辑部. 《良性前列腺增生诊断治疗指南》解读: 诊断篇 (J). 泌尿外科杂志 (电子版), 2011, 3(3): 51-54.
- (4) 龚德霖. 不同术式治疗前列腺增生症对男性性功能影响的对比研究 (J). 东南大学学报 (医学版), 2017, 36(6): 974-977.
- (5) 莫宏, 杨博, 彭珠峰, 等. 加速康复外科在经尿道前列腺电切术围术期的应用与评价 (J). 实用医院临床杂志, 2018, 15(2): 214-216.
- (6) 杨奕, 郭妍超, 万小泉. 快速康复外科结合激光技术在前列腺增生手术中的应用 (J). 中国医药导报, 2017, 14(6): 96-99.