

前列腺癌根治术后患者尿失禁症状群的识别及护理策略研究

白鹿 张惠芬^(通讯作者) 宁洁 黄明月 曾思君

南部战区总医院 广东 广州 510000

【摘要】目的：探讨前列腺癌根治术后患者尿失禁症状群的识别及综合护理管理策略实施效果。方法：以2024年9月-2025年9月期间我院确诊为前列腺癌根治术后尿失禁症状群的84例患者作为研究对象，以随机数字表法分组，常规组、干预组各42例。常规组行常规护理，干预组行集束化护理。对比两组管理前后尿动力学指标、尿失禁症状评分、生活质量评分，统计组间管理后患者满意度。结果：管理后，干预组患者尿动力学指标优于常规组， $P < 0.05$ ；干预组尿失禁症状评分低于常规组， $P < 0.05$ ；且干预组生活质量评分高于常规组， $P < 0.05$ ；干预组患者满意度高于常规组， $P < 0.05$ 。结论：经识别确诊为前列腺癌根治术后尿失禁症状群患者，采用综合性护理管理，可改善患者尿动力学指标和尿失禁症状，有助于提升患者生活质量和患者对护理服务满意度，所构建集束化护理模式，为临床系统化管理该类症状群提供了实践依据，值得普及。

【关键词】：前列腺癌根治术；尿失禁症状群；集束化护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.06.022

前列腺癌根治术后尿失禁症状群，是指在前列腺癌根治手术后，患者出现以尿频、夜尿增多、尿急以及急迫性尿失禁等排尿功能障碍为主要临床表现的综合征^[1-2]。导致该临床症状的主要原因是术后患者尿道括约肌受到不同程度的损伤，且膀胱逼尿肌过度活动等。该症状群会严重影响患者的排尿和储尿等生理功能，容易引发患者严重的社交回避以及心理焦虑问题。如果不及时采取科学的护理干预措施，会对患者生活质量造成严重的负面影响。而传统前列腺癌根治术后的护理管理以指导患者展开盆底肌训练为主，由于未对患者临床症状以及训练情况展开动态分析，临床护理效果有待进一步提升^[3-4]。在在对集束化护理策略的应用研究过程中，本研究依据前列腺癌根治术后尿失禁症状群的特点与患者需求，总结并实施了一套综合性护理干预方案。该方案整合了多方面的干预措施，如为患者制定个性化饮食计划、系统开展膀胱功能动态监测等，旨在形成一套结构化、可操作的管理策略，并观察其对改善患者结局是否有效^[5-7]。这样不仅可及时识别患者临床症状的严重程度，更能够基于患者个性化情况展开动态调整，对于全面改善患者尿道括约肌收缩功能以及膀胱顺应性，在长时间训练中强化患者自我管理能力，具有不容忽视的促进作用^[5]。鉴于此，本文于2024年9月-2025年9月期间选取我院收治的84例行前列腺癌根治术患者为研究对象，旨在探索集束化护理的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间：2024.9-2025.9；研究对象：84例前列腺癌根治术后尿失禁症状群患者；分组方法：随机数字表法。每组42例。常规组：年龄53-71岁，平均年龄 (62.31 ± 1.14) 岁；TNM分期：I期、II期、III期各18例、16例、8例；尿失禁严重程度：重度、中度、轻度各5例、17例、20例。干预组：年龄54-70岁，平均年龄 (62.12 ± 1.19) 岁；TNM分期：I期、II期、III期各19例、16例、7例；尿失禁严重程度：重度、中度、

轻度各6例、18例、18例。组间一般资料比较， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

常规组：行常规护理管理。术后，严格遵守无菌操作相关要求拔除尿管。责任护士需给予患者床边健康指导，详细讲解肛门收缩、放松盆底肌的练习方法，并以示范方式帮助患者学会在深呼吸时增加腹部压力，告知患者该项练习的重要性。在此基础上，指导家属与患者对每日训练时长进行记录。在患者住院期间，需询问患者坚持锻炼的情况，强调保持正常饮水量、坚持盆底肌锻炼的重要性。

干预组：行集束化护理。（1）间歇导尿管理。行动态监测，使用膀胱容量测定仪器监测膀胱残余尿量。当患者出现膀胱胀满感或膀胱内尿量达到300-400mL时，护理人员需采用无菌操作原则实施间歇性清洁导尿，对患者单次导出尿量、24小时总尿量以及每日导尿时间等进行全面记录，构建个性化膀胱容量档案，将患者膀胱储尿容量始终控制在小于等于400mL，以此预防膀胱过度扩张现象的产生，避免造成括约肌复合体以及逼尿肌发生继发性损伤；（2）引导患者展开系统化盆底肌康复训练。于术后第2天开始展开分级盆底肌训练。初级阶段（术后1-7d）指导患者取侧卧位，护理人员需佩戴无菌手套，温柔地置入患者肛门深度约两厘米，引导患者自主感知并展开收缩、保持、放松的动作训练，收缩和放松动作需维持10秒左右，每日进行三组训练，每组30次。第二阶段（术后14d起）引导患者展开自主训练，采用卧、坐、立渐进体位，使用生物反馈治疗仪监测患者腹肌情况，确保盆底肌独立收缩率超过80%，护理人员需每周对患者肌力变化情况展开一次评估，依据评估结果调整训练强度；（3）控制个体化液体摄入量。护理人员需对患者每日排尿量进行记录，并根据患者连续三天的饮水量、饮水时间、排尿时间、排尿量以及漏尿情况，为患者制定个性化24小时饮水计划，将每日摄入饮水量控制在 2000 ± 200 mL范围，其中每日19点后摄入量应小于300mL，

并为患者设置固定的饮水时间，每次饮水量小于等于 400mL。每周对患者排尿日记做深入分析，针对性调整饮水规划，预防尿路感染发生风险；（4）健康教育。采用手册、视频向患者及家属开展健康教育，说明盆底肌训练的原理、间歇导尿的目的与操作规范、饮水计划的意义。重点关注尿路感染、膀胱过度扩张、尿道损伤等常见并发症的预防，指导患者及家属掌握清洁导尿技术；定期评估膀胱残余尿量，避免膀胱过度充盈。

1.3 观察指标

（1）尿动力学指标：VPR、RMF、VM-CC、Pdet-Qmax。

（2）尿失禁症状评分：评分越高说明患者尿失禁症状越明显。

（3）生活质量评分：社交、心理、日常生活、I-QOL 总分。

（4）患者满意度：总满意度=1-不满意率。

1.4 数据处理

SPSS27.0 软件处理相关数据。实施 χ^2 检验、t 检验。计数、计量资料分别以百分数/ ($\bar{x} \pm s$) 描述。P<0.05，存在统计学差异。

2 结果

2.1 组间管理前后尿动力学指标对比

组间管理前尿失禁症状评分比较，P>0.05，统计学无意义；管理后，干预组评分低于常规组，P<0.05，统计学有意义，见表 1。

表 1 组间管理前后尿动力学指标情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别		干预组	常规组	t 值	P 值
例数		42	42		
VPR (mL)	管理前	4.37±0.51	4.43±0.49	0.5498	0.5840
	管理后	5.21±1.55	7.41±1.38	6.8701	0.0000
RMF (mL/s)	管理前	25.24±2.88	25.37±2.79	0.2101	0.8341
	管理后	29.31±1.79	26.84±1.65	6.5753	0.0000
VM-CC (mL)	管理前	161.38±8.45	161.34±8.60	0.0215	0.9829
	管理后	241.09±9.77	203.01±8.61	18.9508	0.0000
Pdet-Qmax (kPa)	管理前	5.09±0.87	5.03±0.91	0.3089	0.7582
	管理后	6.80±1.21	5.33±1.32	5.3202	0.0000

2.2 组间管理前后尿失禁症状评分对比

组间管理前尿失禁症状评分比较，P>0.05，统计学无意义；管理后，干预组评分低于常规组，P<0.05，统计学有意义，见表 2。

表 2 组间管理前后尿失禁症状评分情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	干预组	常规组	t 值	P 值
----	-----	-----	-----	-----

例数	42	42		
管理前	13.72±2.81	13.69±2.78	0.0492	0.9609
管理后	5.41±1.77	8.32±2.64	5.9334	0.0000

2.3 组间管理前后生活质量评分对比

护理管理前，组间患者生活质量评分比较，P>0.05，统计学无意义；护理管理后，干预组生活质量评分高于常规组，P<0.05，统计学有意义，见表 3。

表 3 二组护理管理前后生活质量评分情况 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别		干预组	常规组	t 值	P 值
例数		42	42		
社交	管理前	21.75±2.54	21.69±2.63	0.1063	0.9156
	管理后	30.09±2.97	22.76±2.53	12.1757	0.0000
心理	管理前	20.11±2.63	20.15±2.59	0.0702	0.9442
	管理后	33.75±4.44	27.19±4.29	6.8860	0.0000
日常生活	管理前	20.57±3.29	20.62±3.31	0.0694	0.9448
	管理后	30.42±3.38	24.29±3.49	8.1769	0.0000
I-QOL 总分	管理前	62.66±4.78	62.71±4.93	0.0472	0.9625
	管理后	95.01±7.87	78.65±7.91	9.5020	0.0000

2.4 组间管理后患者满意度比较

经护理管理，干预组患者满意度高于常规组，P<0.05，统计学有意义，见表 4：

表 4 二组患者满意度情况[n (%)]

组别	干预组	常规组	χ^2 值	P 值
例数	42	42		
十分满意	22(52.38%)	20(47.62%)	-	-
基本满意	19(45.24%)	15(35.71%)	-	-
不满意	1(2.38%)	7(16.67%)	-	-
护理总满意度	41(97.62%)	35(83.33%)	4.9737	0.0257

3 讨论

近年来，前列腺癌发病率呈逐年上升趋势，凸显了该疾病治疗的意义。前列腺癌根治术是主要治疗方式。然而，术后患者容易出现尿失禁症状，这就对术后护理管理工作提出了较高要求^[8-10]。护理人员在日常工作中，需全面分析患者尿频、尿急等各种临床症状以及严重程度，并结合术后护理相关要求，针对性制定系统化膀胱功能训练计划^[11-16]。结合患者差异化特点，规划个性化饮水需求，开展盆底肌电刺激，并给予患者科学的行为心理干预。在此基础上，才能够实现改善患者尿道括约肌功能以及膀胱储尿能力的目标，为加速患者康复、强化手

术效果提供保障^[17-20]。

本次研究结果显示,护理管理后干预组患者尿动力学指标优于常规组, $P < 0.05$ 。分析原因,采用集束化护理可于术后对患者定时展开排尿训练,结合患者康复情况,制定个性化饮水计划,在引导患者展开盆底肌电刺激及膀胱功能训练中,改善患者逼尿肌收缩功能,不断增加膀胱安全容量。且护理管理后干预组患者失禁症状评分低于常规组, $P < 0.05$ 。究其原因,集束化护理可以针对患者行为训练,基于患者生理反馈针对性调节尿道括约肌功能和膀胱感觉,因此能更加有效缓解漏尿、尿急的症状。另外,护理管理后干预组患者生活质量评分以及患者满意度优于常规组, $P < 0.05$ 。主要是由于将集束化护理方法应用于前列腺癌根治术后尿失禁症状群患者中,能够更高效地

改善患者的各种不良临床症状,因此可在短时间内有效缓解患者的心理负担以及社交困扰,有助于提高患者的生活质量。在整个护理管理策略实施中,始终以患者为中心,可提升患者舒适度,满足患者临床症状缓解以及心理支持需求。

综上所述,针对经识别已经确诊为前列腺癌根治术后伴尿失禁症状群患者,先采用尿动力学指标、症状评分及生活质量问卷做早期识别,采用间歇导尿管理、分阶段盆底肌训练、个体化液体摄入控制、健康教育等方法,能够有效调节患者膀胱排尿功能指标,减轻患者控尿障碍临床表现,在短时间内改善患者不适症状的基础上,能够从心理社会适应能力以及日常生活能力等多角度出发提高患者生活质量,获得患者对护理服务较高的满意度,值得在临床中广泛应用。

参考文献:

- [1] 张益曼,封秀琴,赵桃月,等.前列腺癌根治术患者日间手术全程护理管理方案的构建与应用[J].中国护理管理,2024,24(2):293-299.
- [2] 董敏.综合性尿控管理对前列腺癌根治术后短期尿失禁病人尿失禁症状的改善效果[J].全科护理,2022,20(21):2975-2977.
- [3] 李瑶瑶,姚盛云,吴月.围手术期优质护理在达芬奇机器人辅助前列腺癌根治术中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(7):5-8.
- [4] 王吴婷,汪蕾,徐思琴,等.老年前列腺癌患者术后院外护理依赖程度及其影响因素分析[J].安徽医学学报,2024,23(6):148-151.
- [5] 金钱利,王俊勇,张凯.膀胱功能评估护理在前列腺癌根治术后患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(4):128-131.
- [6] 唐雯雅,郑霞.无缝隙护理在达芬奇机器人辅助下前列腺癌根治术患者中的应用[J].国际护理学杂志,2024,43(16):2968-2972.
- [7] 侯丽娜,马文杰,贾风贤,等.基于微信平台延续护理服务对前列腺癌根治术后尿失禁患者的疗效评估[J].国际护理学杂志,2024,43(11):2099-2102.
- [8] 黄天,魏勇,陈星梅,等.经腹膜外入路单孔手术机器人辅助前列腺癌根治术护理配合的初步经验[J].机器人外科学杂志(中英文),2024,5(1):25-30.
- [9] 王念念,王敏,孙钦荣,等.前列腺癌根治术围术期护理敏感质量指标研究进展[J].山东医学高等专科学校学报,2024,46(4):29-31.
- [10] 翁嘉芸,王玮.基于信息化技术的延续护理对前列腺癌患者疾病认知及心理状态的影响[J].甘肃医药,2024,43(11):1045-1047,1050.
- [11] 石晓红,马春香,金德蓉,等.基于 Snyder 希望理论的护理干预联合膀胱控制训练对前列腺癌根治术后尿失禁患者的影响[J].中国医药导报,2024,21(20):186-191.
- [12] 顾婕,马倩云,高旭,等.前列腺癌术后尿失禁患者康复护理方案的构建及应用[J].中华护理杂志,2023,58(9):1029-1036.
- [13] 陈婷,柳春波,徐倩,等.前列腺癌术后尿失禁患者"互联网+护理服务"认知及需求的质性研究[J].中华现代护理杂志,2023,29(4):467-471.
- [14] 王芸,陈璐,李萍,等.中西医结合护理技术在前列腺癌根治术后尿失禁中的应用研究[J].西部中医药,2024,37(3):121-125.
- [15] 汤琪,陈永侠,郭琼,等.前列腺癌根治术后尿失禁管理最佳证据应用的审查指标及障碍因素分析[J].护理实践与研究,2024,21(3):429-435.
- [16] 刘琳,饶艳伟,房鑫,等.腹腔镜前列腺癌根治术后尿失禁患者功能康复护理的研究进展[J].当代护士,2024,31(14):11-15.
- [17] 王芸,李萍,陈璐,等.以 IKAP 理论为指导的延续性护理对老年前列腺癌术后患者尿失禁及生活质量的影响[J].护理实践与研究,2024,21(1):125-131.
- [18] 李一帆,郭潇,钱慧,等.基于目标策略的针对性护理在行经尿道前列腺电切术后并发膀胱痉挛患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(3):1-4.
- [19] 刘春雷,郑元,王爱花.基于移动医疗技术的护理干预在前列腺癌根治术后尿失禁患者中的应用[J].河南医学研究,2024,33(19):3605-3609.
- [20] 杨彩丽.ADOPT 模式护理干预在前列腺癌根治术后患者中的应用效果[J].河南医学研究,2024,33(4):765-768.