

# 个体化导尿管拔除时机护理对前列腺增生等离子电切术患者术后尿控功能恢复时间及满意度的影响

王 慧

十堰市郧阳区人民医院泌尿外科 湖北 十堰 442500

**【摘要】**目的：观察个体化导尿管拔除时机护理对前列腺增生等离子电切术患者术后尿控功能恢复时间及满意度的影响。方法：选取2024年7月—2025年12月在本院使用等离子电切术治疗的前列腺增生患者110例。以随机数表法分为对照组和观察组，各55例。两组均在围手术期接受常规护理，为对照组实施常规导尿管拔除时机护理，为观察组实施个体化导尿管拔除时机护理。结果：观察组拔管后首次排尿量大于对照组，拔管后自主排尿恢复时间短于对照组， $P < 0.05$ 。术后7d，观察组的最大尿流率大于对照组，残余尿量少于对照组， $P < 0.05$ 。观察组尿路感染、排尿困难、尿潴留的发生率低于对照组， $P < 0.05$ 。观察组的护理总满意率高于对照组， $P < 0.05$ 。结论：个体化导尿管拔除时机护理可缩短前列腺增生等离子电切术患者术后尿控功能恢复时间，改善尿控功能指标，减少并发症的发生，提高护理满意度。

**【关键词】**个体化导尿管拔除时机护理；前列腺增生；等离子电切术；术后尿控功能；满意度

DOI:10.12417/2811-051X.26.08.057

前列腺增生是中老年男性的常见病，60岁以上男性的发病率超50%<sup>[1]</sup>。对症状严重、药物治疗效果差、出现并发症的患者，可进行手术治疗。目前，等离子电切术是该病的主要治疗术式，手术的止血效果好、热穿透浅，组织受到的损伤小<sup>[2-3]</sup>。但患者在术后仍有较高的并发症发生率，术后尿控功能恢复较慢，导致其对医疗服务的满意度不理想。过去术后导尿管留置时间可达到5~7d。随着快速康复外科理念的普及，拔管时机显著提前，部分医院将拔管时间提前到术后3d<sup>[4]</sup>。但近几年对研究显示，许多患者可在术后根据个体化情况选择拔除导尿管的时机，以减轻不适、降低尿路感染风险、促进尿控功能恢复<sup>[5]</sup>。本文观察个体化导尿管拔除时机护理对前列腺增生等离子电切术患者术后尿控功能恢复时间及满意度的影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2024年7月—2025年12月在本院使用等离子电切术治疗的前列腺增生患者110例。

纳入标准：①临床确诊前列腺增生。②具有手术指征。③认知功能正常。④意识清晰。⑤知晓研究。

排除标准：①无法耐受手术和麻醉。②其他泌尿系统疾病。③恶性肿瘤。④精神疾病。⑤凝血功能障碍。⑥免疫或血液系统疾病。

以随机数表法分为对照组和观察组，各55例。对照组年龄47~77岁、平均 $(57.73 \pm 3.76)$ 岁，病程1~8年、平均 $(4.13 \pm 1.26)$ 年，前列腺体积49~66g、平均 $(53.61 \pm 5.56)$ 。观察组年龄48~76岁、平均 $(57.71 \pm 3.51)$ 岁，病程1~8年、平均 $(4.20 \pm 1.22)$ 年，前列腺体积50~66g、平均 $(53.62 \pm 5.53)$ 。以上对比， $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

对两组在围手术期均进行入院指导，普及疾病相关健康知识，告知手术方法及注意事项，并进行心理安抚。

为对照组实施常规导尿管拔除时机护理：在术后3d为患者拔除导尿管。拔除导尿管前，先用碘伏对尿道外口进行消毒，沿导尿管外壁注入盐酸丁卡因胶浆至尿道口，并夹闭导尿管远端2~4min。随后使用注射器将气囊内的注射用水完全抽出，轻柔地向外牵引导管，将其拔出。

为观察组实施个体化导尿管拔除时机护理：所有护士均需学习指令眨眼动作的评估方法。在患者从麻醉复苏室返回病房后，确保患者体位舒适，周围环境相对安静，避免过多干扰。先呼唤患者的姓名，进行简单的问候，如“您醒了吗，感觉怎么样”，确认患者处于可被唤醒的状态。护士应位于患者床边，确保患者能看到护士的脸，发出指令：“请您听我的指令，用力眨几下眼睛。”若患者立即执行，且眨眼有力、完成度高，则为其拔除导尿管。若患者无法按指令完成眨眼动作，则应每30min评估一次，直至患者能够配合完成指令眨眼，予以拔管。

### 1.3 观察指标

(1) 尿控功能。记录两组的拔管后首次排尿量、拔管后自主排尿恢复时间。术前和术后7d，使用尿流率计检测最大尿流率，使用超声技术测量残余尿量。

(2) 并发症发生情况。观察两组发生出血、尿路感染、排尿困难、排尿不尽、尿潴留等并发症的情况。

(3) 护理满意度。在患者出院时，口头询问患者对护理的满意度，分为非常满意、一般满意、不满意，前两项纳入总满意范畴。

### 1.4 统计学分析

用 SPSS27.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料符合正态分布, 以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 行 t 检验, 计数资料以百分数表示, 行  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 尿控功能

观察组拔管后首次排尿量大于对照组, 拔管后自主排尿恢复时间、住院时间短于对照组,  $P < 0.05$ 。术前, 两组的最大尿流率、残余尿量对比,  $P > 0.05$ 。两组术后 7d 的最大尿流率大于术前, 残余尿量少于术前,  $P < 0.05$ 。术后 7d, 观察组的最大尿流率大于对照组, 残余尿量少于对照组,  $P < 0.05$ 。详见表 1、表 2。

表 1 尿控功能恢复时间及排尿不适程度 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	对照组(n=55)	观察组(n=55)	t	P
拔管后首次排尿量 (ml)	207.16 ± 24.67	311.27 ± 26.34	21.394	<0.001
拔管后自主排尿恢复时间(h)	4.24 ± 1.28	3.17 ± 0.61	5.596	<0.001

表 2 尿控功能指标 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	对照组(n=55)	观察组(n=55)	t	P	
最大尿流率(ml/s)	术前	6.47 ± 1.34	6.50 ± 1.31	0.119	0.906
	术后 7d	10.51 ± 2.51	12.05 ± 3.00	2.920	0.004
	t	10.530	12.573		
P	<0.001	<0.001			
残余尿量 (ml)	术前	76.94 ± 20.20	77.11 ± 21.01	0.043	0.966
	术后 7d	63.74 ± 18.25	55.23 ± 15.11	2.664	0.009
	t	3.596	6.270		
P	<0.001	<0.001			

### 2.2 并发症发生情况

观察组尿路感染、排尿困难、尿潴留的发生率低于对照组,  $P < 0.05$ 。详见表 3。

表 3 并发症发生情况[例 (%) ]

组别	对照组(n=55)	观察组(n=55)	$\chi^2$	P
出血	3(5.45)	0(0.00)	3.084	0.079
尿路感染	7(12.13)	1(1.82)	4.853	0.028

排尿困难	4(7.27)	0(0.00)	4.151	0.042
排尿不尽	3(5.45)	1(1.82)	1.038	0.308
尿潴留	4(7.27)	0(0.00)	4.151	0.042

### 2.3 护理满意度

观察组的护理总满意率高于对照组,  $P < 0.05$ 。详见表 4。

表 4 护理满意度[例 (%) ]

组别	对照组(n=55)	观察组(n=55)	$\chi^2$	P
非常满意	30(54.55)	37(67.27)		
一般满意	20(36.36)	18(32.73)		
不满意	5(9.09)	0(0.00)		
总满意	50(90.91)	55(100.00)	5.238	0.022

## 3 讨论

前列腺增生患者因腺体增大压迫尿道, 可出现排尿困难、尿潴留等症状, 生活质量严重降低<sup>[6]</sup>。等离子电切术是目前临床治疗该病的主要方法, 虽然该手术有效降低了创伤性, 但围手术期护理对提高疗效与安全至关重要<sup>[7]</sup>。良好控制拔除尿管的时机是术后护理的关键环节<sup>[8]</sup>。传统的术后护理拔管时间过晚, 容易延长尿道刺激时间、增加尿路感染的发生风险, 并可能导致膀胱功能“失用性”萎缩, 延缓尿控功能的恢复。个体化尿管拔除时机护理的核心原理在于精准把握膀胱逼尿肌功能恢复与神经调控苏醒的“时间窗”, 大幅缩短异物留置时间, 促进生理功能早期恢复, 体现了“以患者为中心”的精准、人文护理, 从多维度提升患者体验。

本研究中, 观察组拔管后首次排尿量大于对照组, 拔管后自主排尿恢复时间短于对照组, 排尿不适评分低于对照组, 术后 7d 的最大尿流率大于对照组, 术后 7d 的残余尿量少于对照组,  $P < 0.05$ 。这是因为, 个体化尿管拔除时机护理中, 患者“眨眼指令”的顺利完成是意识清醒的标志, 也间接反映了骶髓排尿中枢及盆底神经从麻醉和手术刺激中的恢复, 此时拔管能立即启动生理性排尿反射, 避免膀胱功能废退, 减少导管对膀胱颈和尿道的持续性机械刺激, 使尿道括约肌功能恢复更快, 排尿阻力减小, 使排尿效率在早期即得到锻炼和优化。本研究中, 观察组尿路感染、排尿困难、尿潴留的发生率低于对照组,  $P < 0.05$ 。这是因为, 缩短尿管留置时间能直接减少细菌沿管壁上行定植的机会, 降低因冲洗、护理操作带来的外源性污染风险, 降低尿路感染的发生率; 避免长期留置尿管对膀胱逼尿肌的过度牵拉损伤, 维持收缩力, 减少尿道黏膜的持续炎症水肿, 降低排尿困难、尿潴留的发生率; 在患者清醒的状态下拔管, 能减轻其焦虑和紧张, 避免因心理因素而导致排尿困难<sup>[9]</sup>。本研究中, 观察组的护理总满意率高于对照组,  $P$

<0.05。这是因为, 尽早拔除导管能极大地减轻尿道异物感、疼痛及活动受限带来的生理不适, 使患者能更早下床活动, 恢复自理能力, 维护个人尊严, 而且患者从被动的治疗接受者变成了主动的康复参与者, 能增强其康复的信心和自我效能感, 再加上更少的并发症和更快的功能恢复, 能直接提升其整体就

医体验<sup>[10]</sup>。

综上所述, 个体化导尿管拔除时机护理可缩短前列腺增生等离子电切术患者术后尿控功能恢复时间, 改善尿控功能指标, 减少并发症的发生, 提高护理满意度。

### 参考文献:

- [1] 赵虎,孙士成,王必亮,等.经尿道前列腺钬激光剜除术与经尿道前列腺等离子电切术治疗良性前列腺增生症疗效比较[J].中国临床医生杂志,2020,48(2):202-205.
- [2] 李仁举,徐君林,谢江凌,等.改良经尿道前列腺等离子电切术治疗良性前列腺增生的临床效果研究[J].现代医学与健康研究电子杂志,2025,9(15):88-91.
- [3] 张艳,陈小芹.膀胱容量测定仪对前列腺电切患者术后拔除导尿管中的应用[J].当代护士:中旬刊,2020,27(7):113-115.
- [4] 吴捷,林阳阳,周美珍.经尿道前列腺电切术后不同时间拔除导尿管的疗效及感染并发症研究[J].浙江创伤外科,2024,29(12):2299-2301.
- [5] 刘新娥,黄惠玉,邓方依.不同导尿管拔除时机对经尿道等离子前列腺剜除术患者术后并发症的影响[J].当代护士(专科版),2022,29(12):99-102.
- [6] 王晓英,郭小芳.基于 King 互动达标理论的亲情式护理在前列腺增生患者围术期中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2024,9(36):162-165.
- [7] 樊陈,宋星星,谭道芳,等.FMEA 应用于前列腺增生电切术后留置尿管非计划拔管风险管理的临床效果[J].甘肃医药,2024,43(11):1051-1053.
- [8] 赵彩云,王新丽,范培,等.CICARE 沟通模式的赋能护理对前列腺增生患者术后自护能力及治疗依从性的影响[J].慢性病学杂志,2025,27(4):603-605.
- [9] 王岩,费笑晨,樊连城,等.机器人辅助腹腔镜下根治性前列腺剜除术后早期拔除导尿管的临床疗效[J].现代泌尿外科杂志,2020,25(9):806-809.
- [10] 陈奕伶,魏健蕾,周沁,等.ERAS 模式下改良式导尿管拔除法在前列腺增生手术中的应用[J].中国男科学杂志,2025,40(2):118-122.