

人本主义护理模式应用于前列腺增生患者电切术后的临床效果

蔡仙河

老河口市第一医院手术室 湖北 襄阳 441800

【摘要】目的：探讨人本主义护理模式在前列腺增生患者经尿道前列腺电切术后护理中的应用效果，为临床优化术后护理方案、改善患者预后提供参考依据。方法：筛选本院2021年1月—2022年12月收治的160例前列腺增生电切术治疗患者，采用随机数字表法将其均分为对照组与观察组，每组80例。对照组实施泌尿外科常规术后护理，观察组在常规护理基础上施加人本主义护理模式干预。对比两组患者术后疼痛程度、负面情绪改善情况、术后并发症发生率、自我护理能力及护理满意度。结果：干预后，观察组视觉模拟疼痛（VAS）评分、焦虑自评量表（SAS）评分、抑郁自评量表（SDS）评分均显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组术后膀胱痉挛、尿道出血、尿路感染、尿失禁等并发症总发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组自我护理能力测定量表（ESCA）各维度评分及总分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组护理总满意度显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对前列腺增生电切术患者实施人本主义护理模式，可有效缓解患者术后疼痛，减轻负面情绪，降低并发症发生风险，提升患者自我护理能力与护理满意度，助力患者术后快速康复，临床应用价值显著。

【关键词】人本主义护理模式；前列腺增生；经尿道前列腺电切术；术后护理；并发症；自我护理能力

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.005

良性前列腺增生是泌尿外科最为常见的老年男性泌尿系统疾病，以尿频、尿急、进行性排尿困难、尿潴留等为典型表现，若长期得不到有效控制，可反复诱发泌尿系感染、膀胱结石，甚至造成上尿路积水与肾功能损伤，严重影响患者生活质量。经尿道前列腺电切术是目前临床治疗中重度前列腺增生的“金标准”术式，凭借创伤小、出血少、术后恢复快等优势，已在各级医院广泛开展^[1]。传统泌尿外科术后护理多以“疾病为中心”，重点放在生命体征监测、管道护理、用药执行等流程化工作上，对患者心理状态、个体差异、情感需求关注不足，人文关怀缺失，护理效果往往不够理想^[2]。人本主义护理模式则以“患者为中心”，强调尊重、理解、关爱，从生理、心理、社会多个层面为患者提供个性化、人性化的整体护理，把人文关怀贯穿整个护理过程。我们在临床实践中发现，这种模式更贴合老年患者的身心特点。本研究纳入160例前列腺电切术患者，对比常规护理与人本主义护理的差异，为临床优化护理方案提供依据。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

选取2021年1月—2022年12月在我院泌尿外科接受经尿道前列腺电切术的前列腺增生患者160例。采用随机数字表法分为对照组和观察组，每组80例。对照组年龄60~82岁，平均（71.35±4.26）岁；病程1~7年，平均（3.42±1.05）年；前列腺体积28~65mL，平均（42.63±5.17）mL。观察组年龄61~83岁，平均（72.01±4.31）岁；病程1~8年，平均（3.56±1.12）年；前列腺体积29~67mL，平均（43.15±5.24）mL。两组在年龄、病程、前列腺体积等基线资料方面差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核通过。

纳入标准：（1）符合良性前列腺增生诊断标准，经直肠指检、泌尿系超声及尿流动力学检查确诊；（2）年龄≥60岁；（3）首次接受电切手术，手术过程顺利；（4）意识清楚，能正常沟通，配合完成量表评估；（5）患者及家属知情同意并签署书面同意书。

排除标准：（1）合并严重心、脑、肝、肾等重要脏器功能不全；（2）存在泌尿系恶性肿瘤、急性感染、凝血功能障碍；（3）既往有前列腺手术史、精神疾病史或认知障碍；（4）无法配合护理及随访者。

1.2 方法

对照组采用泌尿外科常规术后护理。在该组患者的护理上，术后严密监测生命体征、尿液颜色及尿量，保持膀胱冲洗及导尿管通畅；遵医嘱给予抗感染、止血、持续膀胱冲洗等治疗；指导患者卧床休息、合理饮食；做好尿道口护理，预防感染；简单讲解术后注意事项，解答一般性问题。

观察组在常规护理基础上实施人本主义护理，具体措施如下：（1）心理人本护理。术前主动与患者沟通，耐心倾听他们的担忧与顾虑，用通俗的语言讲解疾病特点、手术过程、麻醉方式及术后可能出现的不适，让患者心里有底。平时查房多停留片刻，主动询问感受，允许患者表达情绪，及时疏导焦虑、烦躁等负面心理，建立信任的护患关系。（2）生理舒适护理。术后动态评估疼痛程度，轻度疼痛通过听音乐、家人陪伴聊天、指导深呼吸等方式缓解。中重度疼痛按医嘱使用镇痛药，确保患者舒适。（3）个体化健康指导。根据患者年龄、文化程度、理解能力不同，采用一对一讲解、图文手册、示范等方式进行健康宣教。饮食上指导清淡、高纤维、易消化饮食，多饮水、勤排尿，忌辛辣刺激。术后早期指导进行盆底肌功能训练，教会患者正确收缩与放松肛门，增强尿道括约肌功能，降低尿失

禁风险。出院时详细交代居家护理要点、活动强度、复诊时间及异常情况处理。(4) 社会支持护理。积极与家属沟通, 鼓励家属多陪伴、多关心, 给予情感支持。

1.3 观察指标

(1) 疼痛与负面情绪: 术后 3d 采用 VAS 评分评估疼痛(0~10 分); 采用 SAS、SDS 量表评估焦虑、抑郁情绪(0~100 分), 分值越高症状越重。

(2) 术后并发症: 统计膀胱痉挛、尿道出血、尿路感染、尿失禁发生率。

(3) 自我护理能力: 术后 1 个月采用 ESCA 量表评价, 含健康知识、自我概念、自我责任感、自护技能 4 个维度, 总分 172 分, 分值越高能力越强。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 分析数据。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较用独立样本 t 检验; 计数资料以 [n (%)] 表示, 组间比较用 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。统计量保留三位小数, P<0.001 以 <0.001 表示。

2 结果

2.1 两组疼痛与负面情绪评分比较

术后 3d, 观察组 VAS、SAS、SDS 评分均明显低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组疼痛与负面情绪评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	80	80		
VAS 评分	4.26±1.03	2.15±0.78	13.264	<0.001
SAS 评分	58.64±5.37	45.31±4.62	15.792	<0.001
SDS 评分	57.92±5.41	44.26±4.75	14.837	<0.001

2.2 两组术后并发症发生率比较

观察组并发症总发生率 6.25%, 显著低于对照组 20.00%, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组术后并发症发生率比较 [n (%)]

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P 值
例数	80	80		
膀胱痉挛	7 (8.75)	2 (2.50)	3.025	0.082
尿道出血	4 (5.00)	1 (1.25)	2.041	0.153

尿路感染	3 (3.75)	1 (1.25)	0.516	0.472
尿失禁	2 (2.50)	1 (1.25)	0.000	1.000
总发生率	16 (20.00)	5 (6.25)	6.772	0.009

2.3 两组自我护理能力评分比较

术后 1 个月, 观察组 ESCA 各维度及总分均高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表 3 两组自我护理能力评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	80	80		
健康知识	32.45±4.16	41.68±4.53	12.345	<0.001
自我概念	26.73±3.52	34.26±3.85	11.876	<0.001
自我责任感	25.84±3.47	33.17±3.92	11.543	<0.001
自护技能	28.62±3.81	35.49±4.06	10.928	<0.001
总分	113.64±12.53	144.60±13.27	14.251	<0.001

3 讨论

3.1 人本主义护理可有效缓解术后疼痛与负性情绪

前列腺电切术后疼痛、膀胱痉挛等刺激很容易引发焦虑、抑郁, 而不良情绪又会进一步加重痛觉敏感, 形成恶性循环。常规护理往往只关注生理症状, 对心理干预不够系统。人本主义护理从术前开始就进行心理疏导和健康教育, 让患者对整个治疗过程有清晰认知, 减少未知恐惧。术后持续给予情感支持、疼痛干预和情绪安抚, 多管齐下, 既能减轻身体痛苦, 又能改善心理状态, 打破“疼痛—焦虑—更痛”的循环^[3]。本研究显示观察组 VAS、SAS、SDS 评分均更低, 也印证了这一点。

3.2 人本主义护理能明显降低术后并发症发生率

术后并发症是影响康复速度和住院时间的关键因素。常规护理虽然也做管道护理、感染预防, 但多为标准化操作, 缺乏个体化和精细化。人本主义护理更注重细节, 比如根据尿液颜色动态调整冲洗速度、妥善固定管道减少牵拉刺激、早期指导盆底肌训练预防尿失禁、加强皮肤护理预防压疮等^[4]。这些看似细微的人文关怀和精准护理, 能有效减少膀胱痉挛、出血、感染等并发症。本研究中观察组并发症发生率仅 6.25%, 远低于对照组, 说明人本护理在并发症防控上优势明显。

3.3 人本主义护理有助于提升患者自我护理能力

前列腺增生术后康复周期较长, 出院后很大程度上要靠患

者自我护理。常规健康宣教多为“一刀切”，内容笼统，患者掌握程度参差不齐。人本主义护理采用个体化宣教，结合患者文化水平、接受能力，用他们听得懂、记得住的方式传授饮食、活动、康复训练、用药等知识^[5]。同时通过心理支持和家属参与，强化患者自我护理意识和责任感，让患者从“被动接受护理”转为“主动参与康复”，自我护理能力自然明显提升。

参考文献：

- [1] 周丽情.综合护理对前列腺增生患者经尿道前列腺电切术干预效果及术后疼痛指标的影响分析[J].基层医学论坛,2025,29(06):145-148.
- [2] 薛霞,季岚,黄梦琦.伴夜尿症良性前列腺增生患者行经尿道前列腺电切术后睡眠质量及护理对策分析[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(02):139-141.
- [3] 汪林芳.良性前列腺增生患者经尿道前列腺电切术后发生尿道狭窄的危险因素及预防性护理策略[J].医疗装备,2023,36(11):130-132.
- [4] 李文新.专病护士多维度护理干预对前列腺增生患者电切术后康复的影响[J].医学信息,2021,34(22):185-187.
- [5] 李妹,郭梦瑶,张君.延续性护理对前列腺增生电切术后患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(06):95-97.

4 结论

综上所述，对前列腺增生电切术患者实施人本主义护理模式，可有效缓解术后疼痛、改善焦虑抑郁情绪、降低并发症发生率、提高自我护理能力和护理满意度，全面促进术后康复。该模式符合现代护理发展方向，临床实用性强，值得在泌尿外科及其他科室推广应用。临床可进一步结合患者个体特点，细化人文护理措施，不断提升护理质量。