

提肛肌训练对经尿道前列腺电切术老年患者暂时性尿失禁的影响

陈海云, 江小春, 韩美玲, 吴俊, 娄小华

(安徽安庆市立医院泌尿外科, 安庆 246003)

[摘要] **目的** 探讨提肛肌训练对经尿道前列腺电切术(TURP)后暂时性尿失禁的影响。**方法** 将 59 例行 TURP 的良性前列腺增生症(BPH)手术患者按照随机数字表法分为两组, 对照组 29 例, 按常规实施健康教育和膀胱功能训练; 观察组 30 例, 按常规实施健康教育和膀胱功能训练基础上, 术前、术后均给予规范的提肛肌功能锻炼。观察两组术后患者暂时性尿失禁的发生率以及持续时间与失禁程度。**结果** 观察组和对照组术后暂时性尿失禁的发生率(23.33% 比 44.83%)、尿失禁持续 2 周(14.29% 比 83.92%)及失禁程度比较, 均差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 术前及术后进行提肛肌训练能有效降低 BPH 患者 TURP 术后暂时性尿失禁的发生率, 缩短患者漏尿时间, 减轻失禁程度, 有效促进患者康复。

[关键词] 经尿道前列腺切除术/副作用; 尿失禁; 康复护理; 老年人

中图分类号: R697.3; R473.6 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3969/J.issn.1672-6790.2017.03.014

Effects of levator ani muscle training on temporary incontinence in elderly patients with transurethral resection of prostate Chen Haiyun, Jiang Xiaochun, Han Meiling, Wu Jun, Lou Xiaohua (Department of Urology, Anqing Municipal Hospital, Anqing 246003, China)

[Abstract] **Objective** To explore the effect of levator ani muscle training on temporary incontinence after transurethral resection of prostate (TURP) in elderly patients. **Methods** Fifty-nine patients with benign prostate hyperplasia (BPH) were collected and randomly divided into two groups by random number table. The observation group ($n = 30$) received levator ani muscle training before and after operation. The control group ($n = 29$) received conventional implementation of health education and bladder function training. **Results** The differences about the incidence (23.33% VS. 44.83%), duration (14.29% VS. 83.92%) and degree of postoperative transient incontinence were significant ($P < 0.05$) between two groups. **Conclusion** Levator ani muscle training before and after operation can effectively reduce the incidence of transient urinary incontinence after TURP in patients with BPH, shorten the time of leakage, reduce the degree of incontinence and promotes patients rehabilitation effectively.

[Key words] Transurethral resection of prostate/adverse effects; Urinary incontinence; Rehabilitation nursing; Aged

良性前列腺增生(BPH)是老年男性的常见疾病,经尿道前列腺电切术(TURP)由于创伤小、出血少及恢复快等优点,已在临床上广泛应用,是目前手术治疗 BPH 的“金标准”^[1]。但 TURP 后常有尿失禁并发症的发生,且持续时间较长因人而异^[2],严重影响了患者的生活质量。

临床上针对 TURP 术后尿失禁,可采用提肛肌训练等方法,此法疗效确切。但现实中其应用难得到推广。可能的原因是:患者均为老年患者,接受能力、耐受能力及对治疗护理的依从性均差^[3]。我科采取提肛肌锻炼干预方法,对前列腺电切患者围手

术期进行护理干预取得良好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 10 月至 2016 年 10 月间在我科住院的前列腺增生行经尿道前列腺电切术患者 59 例,按随机数字表分为观察组 30 例和对照组 29 例。观察组年龄 60 ~ 82 岁,平均年龄(69.9 ± 3.2)岁;对照组年龄 60 ~ 83 岁,平均年龄(69.5 ± 3.2)岁。术前均诊断为 BPH,经直肠 B 超检查测得前列腺体积 40 ~ 68 mL,平均为(56.7 ± 7.1)mL;国际前列腺症状评分(IPSS 评分)17 ~ 34 分,平均为(29.4 ± 3.9)分。术前均有不同程度的储尿期和排尿期症状,如尿频、尿不尽、尿线变细、排尿等待等。

1.2 纳入及排除标准 暂时性尿失禁多由于术后导尿管牵引时间过长所致,其主要的症状是指拔除导尿管后尿不能控制而自行由尿道口流出。本组纳入研究的均为 60 岁以上的前列腺增生行 TURP 后暂时性尿失禁患者。纳入标准:①术前行尿动力学检查,无下尿道外伤史伴膀胱出口梗阻患者;②均采用腰硬联合麻醉下行经尿道前列腺电切术,术中无明显损伤尿道括约肌,术后常规等渗盐水膀胱冲洗,术后 1 周内拔除导尿管恢复自行排尿;③术后未使用其他干预措施处理尿失禁。排除标准:①神经系统疾病如脑血管意外等,导致术前已有尿失禁患者;②精神障碍伴有神经源性膀胱等器质性排尿功能障碍者;③尿道狭窄及梗阻者;④尿路感染并有明显下尿路症状患者。

1.3 方法

1.3.1 手术方式 均采用连续硬膜外麻醉,取截石位,以 F24 电切镜进行手术。手术中前列腺切除自 6 点起始,依次切除前列腺中叶、侧叶及顶部增生的腺体,修整创面并仔细止血。切除的范围以前列腺尖部精阜为标志点,避免损伤尿道括约肌,深度达前列腺包膜。

1.3.2 健康教育 两组患者入院后均由责任护士讲解手术方式和术后采取的治疗方法:如留置导尿管的作用及时间、提肛肌收缩的方法及频率等,同时邀请手术成功术后恢复期的患者介绍亲身经历,帮助其他患者树立战胜疾病的信心,告知患者可能会出现症状,特别是介绍术后拔出导尿管后尿失禁的相关知识,使患者清楚的知道应对策略并应该如何进行配合治疗,以尽快改善排尿状况等^[4]。患者出院前告知注意每天均衡饮食,多饮水、多吃蔬菜水果,预防便秘,及时排尿,不憋尿,坚持做提肛肌锻炼,告知患者饭前、饭后及睡前排空尿液,在打喷嚏、咳嗽、提重物等腹压会突然增加时,应事先紧缩括约肌,避免尿液外溢,影响生活质量。指导患者出院后正确记录日漏尿次数及排尿情况,同时护士进行电话回访跟踪 1 个月,每周电话随访 1 次。如患者存在尿失禁现象,指导患者晚间使用阴茎套集尿袋,以免影响患者夜间睡眠,利于尿失禁的恢复。

1.3.3 训练膀胱功能 两组患者在停止膀胱持续冲洗后,通过定时排尿和推迟排尿,逐渐增加排尿时间间隔来增加膀胱的容量和减少逼尿肌不稳定,从而提高患者自行控制排尿的能力。具体操作方法:夹闭导尿管(如有膀胱造瘘管,则一同夹闭),每 1

至 2 小时放尿 1 次,2~5 d 后(术后平均留置尿管 7 d)拔除导尿管。

1.3.4 提肛肌锻炼 观察组在以上基础上增加提肛肌锻炼。

观察组患者从入院开始即由责任护士教会患者提肛肌锻炼的方法:思想集中,深吸气收腹,同时有意识做肛门会阴收缩运动,注意腹部、会阴、肛门需同时收缩,屏住呼吸并保持肛门收缩时间为 10 s,缓慢均匀呼气,然后放松全身。上述动作重复进行,每次做提肛运动 50 次左右,持续约 10 min,每日 3~5 次。

于停止膀胱冲洗日开始,根据患者的具体情况,尽早进行提肛肌锻炼,次数根据患者的耐受情况而定。每天由护士督促执行并记录持续时间。采用 ICI-Q-SF 简表^[5-6]作为调查工具比较两组暂时性尿失禁的发生率、发生程度及持续时间。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件处理数据,计量资料的组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验(一般资料)或秩和检验(等级资料)。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般情况比较 两组患者年龄、前列腺体积及 IPSS 评分,均差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	前列腺体积(cm^3)	IPSS(分)
对照组	29	69.5 ± 3.2	56.5 ± 7.1	29.1 ± 3.8
观察组	30	69.9 ± 3.2	56.9 ± 7.2	29.7 ± 4.2
t 值		0.480	0.215	0.575
P 值		0.633	0.831	0.568

2.2 两组发生尿失禁情况比较 对照组 29 例,术后尿失禁例数 13 例,尿失禁发生率 44.83%;观察组 30 例,术后发生尿失禁 7 例,尿失禁发生率 23.33%。对照组尿失禁的发生率明显高于观察组($\chi^2 = 3.040, P = 0.081$)。

两组术后拔除导尿管当日暂时性尿失禁发生程度比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

尿失禁持续情况比较:对照组尿失禁持续 2 周的例数比观察组明显要多,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),其他持续时间点,也是对照组尿失禁的比率为高,但两组相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 2 两组手术后拔除导尿管当日暂时性尿失禁发生情况及程度比较[例(%)]

组别	例数	轻度	中度	重度	合计
对照组	29	2(15.38)	6(46.15)	5(38.47)	13(44.83)
观察组	30	3(42.86)	3(42.86)	1(14.28)	7(23.33)
Uc 值			3.975		
P 值			0.046		

注:率按尿失禁发生人数计算

表 3 两组患者术后尿失禁持续情况比较[例(%)]

组别	例数	持续 1 周	持续 2 周	持续 3 周	持续 3 周以上
对照组	13	12(92.31)	11(83.92)	5(38.46)	2(15.38)
观察组	7	6(85.71)	1(14.29)	0(0.00)	0(0.00)
P 值		1.000	0.004	0.114	0.521

注:精确概率检验

3 讨论

提肛肌能够有效降低暂时性尿失禁的发生率,其机制是:提肛肌是盆腔的主要肌肉,提肛肌在接近尿道膜部时,肌肉明显增厚,与尿道括约肌相融合,包绕尿道周径的 5/6,提肛肌也是尿道括约肌机制的重要力量。盆底肌肉训练是通过自主地收缩运动来强化骨盆底肌肉力量的训练,起到收缩尿道的作用^[7]。尿道的外括约肌和肛提肌两者的收缩作用受阴部神经躯体神经的支配,通过骨盆底肌肉力量的强化,使提肛肌收缩力增强,尿道筋膜的张力增加,后尿道保持适当张力,增加后尿道的关闭能力,从而使尿道压高于膀胱压从而成功控尿。有研究^[8]证实,术前盆底肌训练对前列腺电切术后尿失禁的恢复有积极意义。围手术期以及术后留置导尿管期间继续进行提肛肌收缩锻炼,可促进创面局部炎症水肿的吸收消退,减少局部炎症水肿对括约肌关闭机制的影响,使远端尿道括约肌得到改善循环及功能训练,从而达到有效控制排尿^[9-11]。

本组资料显示:前列腺增生经尿道电切术患者,围手术期采取提肛肌功能锻炼,观察组 30 例,术后尿失禁例数 7 例,尿失禁发生率 23.33%,对照组 29 例,术后尿失禁例数 13 例,尿失禁发生率 44.83%,说明只要患者正确的掌握提肛肌锻炼的方法,并保证持续锻炼的时间,就能明显的减少暂时性尿失禁

的发生率,这不仅减轻了患者的思想负担,提高了患者的生活质量,还有助于手术达到最佳结果。

参考文献

[1] 张祥华,王行环,王刚,等. 良性前列腺增生诊断治疗指南[M]//那彦群,叶章群,孙光,等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南. 北京:人民卫生出版社,2011:129.

[2] 余彩霞. 提肛肌训练对前列腺摘除术后暂时性尿失禁的临床观察[J]. 安徽医学,2009,30(3):329-330.

[3] 邹林菊. 优质护理对腹腔镜下前列腺癌根治术后尿失禁的干预意义[J]. 中国现代医生,2015,53(27):139-141.

[4] 肖文霞. 经尿道前列腺电切术后暂时性尿失禁的临床护理研究进展[J]. 护士进修杂志,2016,18(9):1658-1660.

[5] CHRISTIAN OT, MELISSA CF, VICTOR WN. Comparison between reduction in 24-hour pad weight, international consultation on incontinence-short form (ICIQ-SF) score[J]. Neurourol Urodyn,2007,26(1):8-13.

[6] 李海燕,姜丽萍,肖海鸟,等. 前列腺增生术后患者尿失禁现象影响因素分析[J]. 实用医学杂志,2011,36(1):4008-4011.

[7] CAMPBELL SE, GLAZENER CM, HUNTER KF, et al. Conservztive management for postprostatectomy urinary incontinence[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012(1):1843.

[8] TIENFORTI D, SACCO E, MARANGI F, et al. Efficacy of an assisted lowIntensity programme of perioperative pelvic floor muscle training In improving the recovery of cintinence after radical prostatectomy:a randomized controlled trial[J]. BJU Int,2012,110(7):1004-1010.

[9] 陈小娟,林月双,甘晓雯,等. 集束化护理对前列腺电切术后提肛肌训练依从性及康复效果的影响[J]. 护理实践与研究,2016,13(10):104-105.

[10] 杨芳,朱伟东. 老年高血压患者颈动脉内膜中层厚度与前列腺增生的相关性研究[J]. 中国临床保健杂志, 2013,16(2):189-190.

[11] 李锋,范波,范志江,等. 腔内手术同期治疗良性前列腺增生合并膀胱结石的疗效观察[J]. 中国临床保健杂志,2014,17(2):189-190.

(收稿日期:2017-02-28)