

· 论 著 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.17.002

# 医护一体化护理在经尿道前列腺电切术后患者中的应用疗效<sup>\*</sup>

周 娇, 杨云云, 刘 月, 李 慧, 王立梅, 王天鹏, 曹 敏, 李勇敢<sup>△</sup>

湖北医药学院附属东风医院泌尿外科, 湖北十堰 442008

**摘 要:**目的 探讨医护一体化护理模式在前列腺电切术后患者中的应用效果。方法 筛选 80 例行前列腺电切术后患者为研究对象, 随机分为医护一体化护理组(观察组)和常规护理组(对照组), 对照组给予围术期常规护理, 观察组在对照组的基础上加用医护一体化干预。观察比较两组患者术后生活质量和并发症情况, 比较两组患者平均住院天数及患者满意率, 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评价两组患者焦虑、抑郁状况, 分析患者术前和术后之间的差异。结果 观察组的患者术后膀胱冲洗的时间、留置导尿管的时间均少于对照组( $P < 0.05$ ), 住院天数缩短, 并发症减少, 满意率明显提高, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 术前两组患者 SAS、SDS 评分相似, 术后观察组患者焦虑、抑郁评分明显好于对照组( $P < 0.05$ )。结论 对实施前列腺电切术的患者采用医护一体化护理, 能够有效提高手术治疗效果, 减少术后并发症, 缩短住院天数, 减轻患者焦虑、抑郁情绪, 提高患者的满意度和生活质量。

**关键词:** 医护一体化; 经尿道前列腺电切术; 满意率

中图分类号: R699.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)17-2437-04

## The study on the application effect of health-care integration in TURP patients<sup>\*</sup>

ZHOU Jiao, YANG Yunyun, LIU Yue, LI Hui, WANG Limei, WANG Tianpeng, CAO Min, LI Yongjing<sup>△</sup>

Department of Urology, Dongfeng Hospital Affiliated to Hubei Medical College, Shiyan, Hubei 442008, China

**Abstract: Objective** To investigate the effect of integrated health service model in transurethral resection of prostate (TURP) patients. **Methods** A total of 80 TURP patients were divided randomly into control group ( $n=40$ ) and experiment group ( $n=40$ ) according to oddity of admission number. The patients in control group were received with conventional care, while in experiment group with health-care integration mode. The life quality and complication of patients in two groups were observed after treatment. The average time of hospital stay and patient satisfaction were compared between two groups. Self rating Anxiety Scale (SAS) and Self rating Depression Scale (SDS) were used to evaluate the anxiety and depression of the two groups before and after operation. **Results** The bladder irrigation time, indwelling catheter time, hospitalization days, post-operative complication, and satisfaction of patients in experiment group were much shorter or better than those in control group ( $P < 0.05$ ). The SAS or SDS scores of the two groups were similar before surgery, after medical treatment the experiment group was greatly improved than control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The application of integration of health care intervention to treat patient, who would be treated with TURP operation, can improve the curative effect of the operation, reduce the complication in the operation, shorten the average time of stay of patients, relieved the anxiety and depression of the patient, and improve the life quality of patients after the operation.

**Key words:** integration of health care; transurethral resection of prostate; satisfaction

前列腺增生在我国中老年男性患者中是较为常见的一种疾病, 随着人们生活水平的提高以及老龄化的全球性, 其发病率也在逐年提高。该病的临床症状主要以尿频、尿急以及夜尿增多为主, 随着疾病的进展, 在后期会有排尿困难等临床表现, 而由于前列腺增生临床症状的特殊性, 会导致老年患者生活习性的改变, 这将严重影响患者的生活、生存质量。目前, 治

疗前列腺增生最有效的方式仍以微创手术切除治疗为首选, 能快速缓解患者的临床症状<sup>[1]</sup>。随着经尿道前列腺电切术(TURP)的快速发展和日趋成熟, TURP技术已在临床被二级及以上医院广泛采纳和应用, 已经成为目前手术治疗的“金标准”, 被广大前列腺患者所接受<sup>[2]</sup>。而前列腺增生的患者, 年龄一般都比较大, 身心承受压力的能力较弱, 适应性差, 易受

\* 基金项目: 国家自然科学基金面上项目(81872509); 湖北省十堰市科技局指导项目(18Y76)。

作者简介: 周娇, 女, 护师, 主要从事泌尿外科疾病护理工作。△ 通信作者, E-mail: 1534853020@qq.com。

外界环境影响,出现焦虑、抑郁和情绪波动等情况,尤其在患者行 TURP 术后,易出现手术应激反应、情绪变化等,严重者会影响患者术后的病情恢复及生活质量等<sup>[3]</sup>。此时,其护理者则是帮助患者病情快速恢复的关键,是提高患者满意度,以及生活、生存质量的保障。因此,护理方法的选择和护理效果的好坏在一定程度上也是直接关系到患者术后的治疗效果和手术成败的关键。

随着患者对生活质量要求的不断提高,医学护理不再简单的是仅对患者疾病本身的护理,而是着眼于患者-疾病整体的护理,以及术前、术后、家庭等持续连贯的护理,并强调人文关怀、个性化特异性的护理理念。“医护一体化”是近些年来发展起来的一种新型的护理模式,它是医生和护士之间协作沟通的一种人际关系,医护双方分工协作、紧密合作,分享实施过程、落实责任到位对患者进行医疗和护理的一种护理方式<sup>[4-5]</sup>。这种护理模式主要是通过医护人员共同参与教育、管理患者,从而实现医护优势资源互补,使患者自信心增强,减少患者过多的担心和对围术期的焦虑,从而激发对生活的信心,以积极的态度去面对围术期存在的不良应激状况,从而影响手术的治疗效果。因此,本课题将采用医护一体化的护理理念,并将其应用在 TURP 手术患者管理中,研究医护一体化工作模式在 TURP 手术患者中的应用效果,从中总结经验,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2017 年 1 月至 2018 年 1 月在本科室行 TURP 手术患者 80 例,将符合入选条件的患者随机分为对照组和观察组,各 40 例。患者术前临床诊断和实验室以及影像学检查均符合前列腺增生诊断标准(包括膀胱镜、泌尿系 B 超等)。两组患者筛选标准,一般资料之间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性,见表 1。本研究中涉及的相关伦理,均符合本院伦理委员会要求,所有患者均签知情同意书。

表 1 两组一般资料之间比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	年龄(岁)	病程(年)	前列腺症状评分(分)	最大尿流量(mL)
对照组	40	64.0±0.3	4.2±5.7	22.9±4.7	5.9±2.4
观察组	40	66.0±0.8	4.5±6.3	23.7±6.4	6.3±1.8

**1.2 方法** 两组患者均实施床边工作制,对照组给予常规护理,人员配置要求:由 1 名主管护师、3 名初级护士组成护理团队,由主管护师带队负责;观察组人员配置要求按照上述,在常规护理基础上,加用医护一体化护理模式。

**1.2.1 医护一体化护理团队建立** 医护一体化团队需按照一定医护人员比例、人才结构进行配置,2 名医生,1 名主管护师,3 名初级责任护士。参与此团队的

医护人员要求掌握“医护一体化”相关规章制度和熟悉工作流程。患者从入院到出院后整个过程,均由医护一体化小组来共同管理,共同对患者进行病史询问、实验室相关检查分析和诊断治疗方案讨论,全程参与和管理,并发表各自的不同见解和讨论,共同全面评估,最终制订统一的治疗和护理方案。

**1.2.2 医护一体化心理干预** 对于常规手术患者,心理的护理干预也是必不可少的环节,毕竟手术的创伤会对患者造成严重的心灵创伤和负担,而对于 TURP 手术,更是要引起医护人员的关注,因为前列腺的切除可能会对患者的泌尿生殖系统或者邻近器官产生一定的影响和功能的损害,这会使患者产生焦虑、恐惧心理,从而出现应激反应,影响患者的治疗效果和预后。那么此时心理干预就显得尤为重要,医护一体化护理理念和工作模式可有针对性地对患者进行心理疏通和干预,由医护共同参与,可有效缓解患者的焦虑、恐惧心理,减少心灵创伤。

**1.2.3 医护一体化查房及术前讨论** 在进行交接班时,由医护小组成员共同在病房完成交接,由责任护士汇报患者病情以及发展变化情况,在后期应当注意哪些变化,由责任医师根据上述汇报,结合目前患者症状、体征和治疗方案,与护师小组一起,共同分析目前患者病情变化原因及应对措施,系统掌握目前患者的心理变化,充分考虑患者术前和术后可能出现的异常情况,然后由医护共同制订一套适合患者、个体化的护理和手术治疗方案。在此过程中,责任护师以及患者均可在适当的条件下参观手术室运作情况,并可观摩相关手术具体实施过程或者观看手术视频。

**1.2.4 医护一体化术后干预出院指导** 针对术后并发症情况,如疼痛则由医护责任小组共同对患者进行评估,并进行评分量化,结合患者耐受阈值给予相应对症处理和心理疏导;术后注意观察导尿管及尿袋尿量、颜色、性状等,不定期适当给予膀胱冲洗,根据导尿情况及时拔出导尿管,减少泌尿系感染的发生率,指导患者进行盆底肌及膀胱排尿训练,降低尿失禁的发生率,出院 1 个月内禁止性生活。

**1.2.5 对患者焦虑和抑郁情况进行评分** 分别利用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)<sup>[6]</sup>进行患者焦虑和抑郁评分。分为 4 个等级:没有或者很少出现焦虑或者抑郁者评 1 分;偶尔出现焦虑、抑郁者评 2 分;经常出现焦虑、抑郁者评 3 分;全部时间段均出现者评 4 分;总的评分越高,表明焦虑、抑郁情绪越严重。

**1.3 观察指标** 观察两组患者对医护临床服务全过程满意率,术后膀胱冲洗时间,留置导尿管时间,住院天数,焦虑、抑郁情况。术后并发症观察指标包括电切综合征、膀胱痉挛、尿失禁、术后出血、感染。排尿状况评分:高兴 0 分、满意 1 分、基本满意 2 分、还好 3 分、不太满意 4 分、苦恼 5 分、糟糕 6 分。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS19.0 软件对数据进行

统计学分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 两组患者术后情况比较** 观察组患者术后膀胱冲洗时间、导尿管留置时间、住院天数均较对照组明显减少,满意度也明显提高,差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者术后情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	膀胱冲洗 时间(h)	留置导尿管 时间(d)	住院时间 (d)	患者满意率 (%)
对照组	40	41.49±8.17	6.71±1.42	8.49±1.38	83.6
观察组	40	38.74±7.43	5.44±1.54	6.86±1.69	96.9
<i>t</i> / $\chi^2$		5.61	3.74	7.22	5.00
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 两组患者术后并发症发生情况比较** 与对照组相比,观察组患者术后并发症发生率明显较低 ( $P < 0.05$ ),见表 3。两组患者出现并发症后,均予以对症治疗,恢复好。

表 3 两组术后并发症情况比较 [*n*(%)]

组别	<i>n</i>	电切 综合征	膀胱 痉挛	尿失禁	术后 出血	术后 感染	总不良 反应
对照组	40	2(5.0)	3(7.5)	2(5.0)	2(5.0)	1(2.5)	10(25.0)
观察组	40	1(2.5)*	1(2.5)*	0(0.0)*	0(0.0)*	0(0.0)*	2(5.0)*

注:与对照组比较,\*  $P < 0.05$

**2.3 两组患者手术前后 SAS、SDS 评分比较** 两组患者术前均存在一定程度的焦虑、抑郁,但两组术前 SAS、SDS 评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ );两组 SAS、SDS 评分,在术后均有下降,观察组评分下降更为明显,差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),见表 4。

表 4 术前后 SAS、SDS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	<i>n</i>	SAS		SDS	
		术前	术后	术前	术后
对照组	40	61.3±7.9	45.7±6.8	57.3±7.2	42.4±7.3
观察组	40	59.4±8.4	32.4±5.2	56.4±8.1	32.6±6.8
<i>t</i>		2.42	11.42	1.03	13.76
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

## 3 讨 论

目前 TURP 被广泛应用于临床,是治疗前列腺增生的“金标准”,其疗效显著,深受广大医务工作者和患者的青睐,其具有创伤小、时间短、恢复快等优点,但随着其广泛的临床推广和应用,并发症的发生率也在逐渐增加。膀胱痉挛、电切综合征、尿失禁等是 TURP 术后最常见的并发症<sup>[7]</sup>。其主要原因与术中膀胱外括约肌损伤、导尿管留置时间过长有关,以及手术损伤导致炎症水肿、患者手术应激和身体素质个

体差异等有关<sup>[8]</sup>。因此,优质的护理对于患者 TURP 治疗效果、患者术后快速恢复,就显得尤为重要,而目前对于 TURP 术后常规护理,已经不能满足患者和临床需要,在提高临床疗效和患者满意度方面,需有待进一步完善<sup>[9]</sup>。所以,科研工作者一直在不断探索新的、适应时代要求的、更人性化的护理理念和模式。

医护一体化工作理念是当前研究较热的一种护理工作模式,将之前护-患、医-患单一的工作模式,变成了由护师和医师共同参与、相互协调的复合式工作模式和护理理念,从患者入院前接诊、术中诊断及治疗到术后患者的康复,整个过程均有医-护-患三者共同参与来完成<sup>[10-11]</sup>。医护一体化护理方式,由责任医师-护师小组共同来管理病房、管理患者,一起完成查房和交接班,共同对患者的病情、诊断和治疗进行讨论,不仅增强了医护和患者之间的相互信任程度和配合默契度,更重要的是加强了患者在医院诊疗各个环节中的管理,无形中也培养了临床护师的专业思维能力,以及提高了业务素质的涵养,同时也提高了整体医疗的诊治水平。随着生活水平的不断提高和患者对生活质量需求的不断提升,医护一体化护理模式逐渐被广大医患所接受,被广泛应用于临床<sup>[12]</sup>,对 TURP 术后患者采用医护一体化的护理模式,是否可以取得满意的临床效果被广大医务工作者所关注。本研究表明:观察组患者术后膀胱冲洗时间、导尿管留置时间、住院天数以及术后并发症发生率,均少于对照组,患者满意度明显提高;两组患者经手术治疗后,SAS 和 SDS 评分均较治疗前有所改善,并且观察组患者 SAS 和 SDS 改善的幅度明显要优于对照组。本研究表明,采用医护一体化的护理模式,对 TURP 术后患者进行干预,在医-护-患平等互待,相互尊重、信任的前提下,各自发挥自己的优势,利用自己专业领域的知识和实践经验,共同协商、共同决策、充分协调和沟通,责任分工到位,更好地发挥医护一体化的优势,能有效提高患者 TURP 的治疗效果,减少患者的住院时间,与此同时在一定程度上,也可缓解患者的经济压力,提高患者的满意率,能减轻患者的焦虑、抑郁情绪,减少术后并发症的发生率,提高患者术后的生存、生活质量。

综上所述,采用医护一体化护理理念对行 TURP 手术的患者,能有效提高手术治疗效果,减少并发症的发生率,缓解患者术后焦虑、抑郁症状,明显改善患者术后生活质量,提高患者的满意度,值得临床推广使用。

## 参考文献

[1] PUSHKAR D Y, BERNIKOV A N, KHODYREVA L A, et al. Quality of life in patients with lower urinary tract symptoms after TURP for benign prostatic hyperplasia [J]. Urologia, 2018, (1): 53-61.  
 [2] FOSTER H E, BARRY M J, DAHM (下转第 2443 页)

细致的基因分型标准。或许在未来,人们会发现每个 AML 都有一个独立的基因型,即每个 AML 都有一个独立的发病模式:如 A 患者先有 PML-RAR $\alpha$ ,再有 FLT3-ITD 突变,最终形成 AML-M3; B 患者先有 DNMT3A 突变,再有 PML-RAR $\alpha$ ,也形成 AML-M3; C 患者先有 TET2 突变,再有 ASXL1 突变,再有 NRAS 突变,最终形成伴 RNA 或染色体剪接相关的基因改变的 AML; D 患者只有 +7,形成伴 TP53 突变或非整倍体染色体的 AML, E 患者先有 TET2 突变,再有 FLT3-ITD 突变,形成另一种 AML。即几大类基因改变在不同的患者个体先后发生,最终导致 AML 的形成。

综上所述,本研究结果部分符合二次打击理论,还有更大部分符合多个功能类基因共同导致 AML 形成的理论<sup>[13]</sup>。只有做到针对多个功能类基因联合的靶向治疗,控制肿瘤细胞与正常细胞的生长平衡,才能真正做到精准治疗。

### 参考文献

[1] BENNETT J M, CATOVSKY D, DANIEL M T, et al. Proposals for the classification of the acute leukaemias. French-American-British (FAB) co-operative group[J]. Br J Haematol, 1976, 33(4): 451-458.

[2] ARBER D A, ORAZI A, HASSERJIAN R, et al. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia[J]. Blood, 2016, 127(20): 2391-2405.

[3] ESTEY E, DÖHNER H. Acute myeloid leukemia[J]. Lancet, 2016, 368(9550): 1894-1907.

[4] PRADA-ARISMENDY J, ARROYAVE J C, RÖTH LISBERGER S. Molecular biomarkers in acute myeloid leu-

mia[J]. Blood Rev, 2017, 31(1): 63-76.

[5] 何海涛, 李惠民. 急性髓系白血病靶向治疗的研究进展[J]. 中国实验血液学杂志, 2016, 24(1): 245-249.

[6] KAYSER S, LEVIS M J. Advances in targeted therapy for acute myeloid leukaemia[J]. Br J Haematol, 2018, 180(4): 484-500.

[7] 沈杨, 陈赛娟. 急性白血病基因突变与多步骤发病机制和临床相关性[J]. 中国科学(生命科学), 2013, 43(1): 39-45.

[8] PAPAEMMANUIL E, GERSTUNG M, BULLINGER L, et al. Genomic classification and prognosis in acute myeloid leukemia[J]. N Engl J Med, 2016, 374(23): 2209-2221.

[9] WANG S, ZHANG Y X, HUANG T, et al. Mutation profile and associated clinical features in Chinese patients with cytogenetically normal acute myeloid leukemia[J]. Int J Lab Hematol, 2018, 40(4): 408-418.

[10] WANG B H, LIU Y Y, HOU G Y, et al. Mutational spectrum and risk stratification of intermediate-risk acute myeloid leukemia patients based on next-generation sequencing[J]. Oncotarget, 2016, 7(22): 32065-32078.

[11] 王舒, 陈冰. 急性髓细胞白血病的分子分型[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2016, 36(8): 1223-1230.

[12] TAYLOR J, XIAO W B, ABDEL-WAHAB O. Diagnosis and classification of hematologic malignancies on the basis of genetics[J]. Blood, 2017, 130(4): 410-423.

[13] MURATI A, BRECCQUEVILLE M, DEVILLIER R A, et al. Myeloid malignancies: mutations, models and management[J]. BMC Cancer, 2012, 12(1): 304-319.

[14] 苟阳, 杨武晨, 杨程, 等. 髓系肿瘤克隆演变的研究进展[J]. 重庆医学, 2015, 44(31): 4443-4445.

(收稿日期: 2019-01-02 修回日期: 2019-03-20)

(上接第 2439 页)

P, et al. Surgical management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia: AUA guideline[J]. J Urol, 2018, 200(3): 612-619.

[3] DAVYDOV D S, TSARICHENKO D G, BEZRUKOV E A, et al. Complications of the holmium laser enucleation of prostate for benign prostatic hyperplasia[J]. Urologiia, 2018(1): 42-47.

[4] 吴佼佼, 马红梅, 廖春霞, 等. 医护一体化工作模式在护理领域中的应用现状[J]. 中国医药导报, 2017, 14(4): 38-42.

[5] 卢艳红, 牛红丽. 医护一体化模式在优质护理服务中的应用分析[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 66(4): 12990-12991.

[6] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.

[7] 邹全信, 侯四川. 经尿道前列腺电切术后并发症的研究进

展[J]. 医学综述, 2011, 17(4): 600-602.

[8] LEYH H, NECKNIG U. Transurethral prostatectomy: management of complications [J]. Urologe A, 2014, 53(5): 699-705.

[9] 汤红霞. 综合护理对老年患者 TURP 术后并发症及患者焦虑状况的影响[J]. 临床护理, 2017, 15(16): 216.

[10] 常宗霞, 袁玮, 刘云, 等. 医护一体化培训模式对提高护理人员核心能力的效果研究[J]. 中华护理教育, 2014, 11(11): 855-857.

[11] 杨力. 医护一体化工作模式运用的研究进展[J]. 当代护士(中旬刊), 2015, 23(1): 9-11.

[12] 夏梅. 大型综合医院护理单元“医护一体化”工作模式的思考与探索[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 20(2): 190-192.

(收稿日期: 2019-01-14 修回日期: 2019-04-13)