

• 康复护理 •

前列腺增生手术患者膀胱功能康复训练方案的构建

马雪霞,樊帆,赖丽君,陈洁瑜

摘要:**目的** 构建前列腺增生手术患者膀胱功能训练方案,为开展针对性膀胱功能训练指导提供参考。**方法** 在文献回顾、病例分析基础上初步拟定膀胱功能训练方案的草案,采用德尔菲专家咨询法对22名专家进行2轮咨询。**结果** 2轮咨询的专家积极系数均为100%,专家权威系数均为0.90。第2轮专家咨询中一、二、三级指标专家协调系数分别为0.406、0.691、0.389(均 $P<0.05$)。最终围绕训练目标、评估、训练及护理方法、记录及随访形成的前列腺增生手术患者膀胱功能训练方案包含一级指标2项(住院期排尿功能训练、恢复期及稳定期排尿功能训练),二级指标13项,三级指标68项。**结论** 构建的前列腺增生手术患者膀胱功能训练方案科学、合理,能为临床护理人员指导前列腺增生手术患者膀胱功能训练提供指导。
关键词: 前列腺增生; 前列腺手术; 膀胱功能; 德尔菲法; 训练方案
中图分类号: R473.6; R493 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.17.086

Construction of a bladder function rehabilitation training program for patients undergoing benign prostatic hyperplasia surgery Ma Xuexia, Fan Fan, Lai Lijun, Chen Jieyu. Urology Surgery Department, Sun Yat-sen Memorial Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510120, China

Abstract: **Objective** To construct a bladder function training program for patients undergoing benign prostatic hyperplasia surgery, and to provide reference for conducting targeted guidance for bladder function training. **Methods** Based on literature review and case analysis, an initial bladder function training program was formed, which was then improved by conducting a 2-round Delphi study among 22 experts to collect their opinions. **Results** Experts' response rates were 100% in the 2 rounds, and experts' authority coefficient was 0.90. The Kendall coefficients of concordance were 0.406, 0.691 and 0.389 ($P<0.05$ for all) for the first-level, second-level and third-level indicators in the second round consultation. The final bladder function training program for patients undergoing benign prostatic hyperplasia surgery, focusing on training objective, assessment, training and nursing method, recording and follow-up, was consisted of 2 first-level indicators (urinary function training during hospitalization, urinary function training in recovery and stable period), 13 second-level indicators, and 68 third-level indicators. **Conclusion** The constructed bladder function training program for patients undergoing benign prostatic hyperplasia surgery is scientific and reasonable, and it can be used by clinical nurses to guide bladder function training.

Key words: benign prostatic hyperplasia; prostate surgery; bladder function; Delphi technique; training program

前列腺切除术可缓解前列腺增生症患者下尿路症状,但患者术后排尿异常症状并不能明显改善,可能与膀胱逼尿肌功能异常有关^[1]。有学者根据术前尿动力学检查结果将膀胱功能分为不稳定性膀胱、低顺应性膀胱、膀胱收缩乏力、无张力性膀胱及膀胱功能正常5类,针对不同类型膀胱提出了手术方案,但并未详细阐述术后康复训练方案^[2]。术前尿动力检查可评估患者膀胱功能,评估术后疗效,详细的膀胱功能分类能够指导临床医护人员对患者施行针对性的膀胱功能康复训练措施。目前的研究主要集中于术后尿失禁干预及盆底肌训练康复^[3-4],缺乏基于膀胱功能评估的针对性膀胱功能康复指导,不利于患者术后膀胱功能康复。2019年11月至2020年7月,本研究小组在文献回顾及参阅相关指南基础上,结合德尔菲法专家咨询构建前列腺增生症手术患者不同类型膀胱功能康复训练方案,旨在进行针对性康复训

练,以改善患者术后生活质量。

1 对象与方法

1.1 咨询专家一般资料 咨询专家来自广东省19所三级甲等综合医院泌尿外科。纳入标准:从事泌尿外科及相关领域工作5年以上;本科以上学历,中级以上职称;能积极配合完成研究。专家均知情同意,自愿参加本研究。遴选咨询专家22人,男2人,女20人;年龄34~57(43.82±6.61)岁。学历:本科19人,硕士3人。职称:中级8人,副高级11人,高级3人。专业领域:泌尿外科专科护士2人,泌尿外科护理管理者19人(其中11人取得泌尿外科专科护士资格证),下尿路医疗专家1人。专科工作5~33(17.41±9.97)年。

1.2 方法

1.2.1 成立研究小组 研究小组成员共7人,其中尿控专家1人,尿动力学专家1人,泌尿外科专科护士4人,研究生(专业方向为尿控护理、膀胱功能管理)1人。其中主任医师1人、副主任医师1人、副主任护师1人。小组成员主要负责文献检索、病例回顾分析、制订前列腺增生手术患者不同类型膀胱功能康

作者单位:中山大学孙逸仙纪念医院泌尿外科(广东 广州,510120)
马雪霞,女,本科,副主任护师,科护士长,xuexiam@163.com
科研项目:2018年度广东省医学科研基金立项项目(A2018469)
收稿:2021-04-03;修回:2021-06-05

复训练草案、选择专家、发放及回收咨询问卷、收集分析数据。医疗尿控专家负责制订前列腺增生手术患者不同类型膀胱功能的康复训练草案、方案的修改。

1.2.2 拟定前列腺增生手术患者不同类型膀胱功能康复训练草案 研究小组通过文献检索并对文献进行分类、提取,了解国内外前列腺增生手术患者围术期膀胱功能训练开展现状、具体干预措施,整理收集与膀胱功能康复训练有关的指标^[2,5-8];回顾分析 151 例前列腺增生患者术前尿动力学及相关检查病历资料,在于惠翀等^[2]的膀胱功能分类基础上,结合护理干预措施,围绕训练目标、评估、训练方法、记录及随访为框架将前列腺增生手术患者膀胱功能训练分为住院期(住院至出院)、恢复期(出院至术后 3 个月)及稳定期(术后 3 个月以后)3 个时期,将膀胱功能分为弛缓性膀胱、低顺应性膀胱、敏感性膀胱及正常型膀胱 4 类,初步拟定的膀胱功能训练方案包括一级指标 4 项、二级指标 11 项、三级指标 61 项。

1.2.3 编制专家咨询问卷 咨询问卷包含 3 部分:①卷首语。介绍研究目的及意义、研究方法及内容等。②专家情况。包括专家基本资料、专家对咨询内容的熟悉程度和判断依据。③前列腺增生手术患者膀胱功能训练方案。专家咨询表中的各级指标重要性均采用 Likert 5 级评分法。

1.2.4 实施专家咨询 以电子邮件形式发放专家咨询问卷。第 1 轮专家咨询问卷于 2020 年 2 月发放,1 周内收回。研究小组成员对第 1 轮专家咨询结果进

行整理,结合筛选标准和专家意见,对条目进行讨论修改。指标的筛选标准为重要性赋值均数>3.50 分、变异系数<0.25,同时符合以上标准入选。2020 年 4 月进行第 2 轮专家咨询。本研究进行 2 轮专家咨询后,专家意见基本一致,结束咨询。

1.2.5 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行统计分析。专家一般资料采用频数、百分比描述,方案内容采用重要性评分、变异系数进行描述。采用专家积极程度、权威程度、专家意见协调程度对结果进行分析。

2 结果

2.1 专家积极性与权威程度 2 轮专家咨询均发放问卷 22 份,均有效回收。第 1 轮有 20 名专家提出 77 条建议,第 2 轮有 16 名专家提出 32 条建议,表明专家积极性高。专家的判断依据系数为 0.96,熟悉程度系数为 0.84,权威系数为 0.90。

2.2 专家意见协调程度 第 1 轮各指标变异系数为 0~0.27;第 2 轮变异系数为 0~0.22。第 1 轮专家咨询一、二、三级指标专家意见的肯德尔和谐系数分别为 0.396、0.570、0.343,第 2 轮专家意见的肯德尔和谐系数分别为 0.406、0.691、0.389(均 $P<0.05$)。

2.3 专家咨询结果 经过 2 轮专家咨询,研究小组成员讨论分析后,围绕训练目标、评估、训练及护理方法、记录及随访构建的前列腺增生手术患者膀胱功能训练方案包含一级指标 2 项,二级指标 13 项,三级指标 68 项,见表 1。

表 1 前列腺增生手术患者膀胱功能康复训练方案

项 目	重要性赋值 ($\bar{x}\pm s$)	满分率 (%)	变异 系数
1. 住院期膀胱功能训练	4.73±0.62	81.82	0.13
1.1 目标	4.77±0.42	77.27	0.09
1.1.1 评估膀胱功能,进行有针对性的护理	5.00±0.00	100.00	0.00
1.1.2 及时有效地排空膀胱,促进切口愈合。减少残余尿量,保护肾功能,提高患者生活质量	4.95±0.21	95.45	0.04
1.1.3 预防泌尿系感染、切口出血	4.91±0.29	95.45	0.06
1.2 评估	4.86±0.34	86.36	0.07
1.2.1 入院时行国际前列腺增生症状(IPSS)、生活质量评分,评估患者自理能力,并给予清洁中段尿培养及尿常规检查	4.95±0.21	95.45	0.04
1.2.2 术前行尿动力学及膀胱残余尿测定,评估膀胱功能,必要时及时留置尿管;既往病史评估,排除神经源性膀胱	4.86±0.46	90.91	0.09
1.2.3 超声检查肾脏、输尿管、前列腺和残余尿量	4.91±0.29	95.45	0.06
1.2.4 拔尿管后行 24 h 尿垫试验评估尿失禁情况	4.68±0.63	86.36	0.13
1.2.5 拔除尿管后即开始记录排尿日记、测量残余尿量,评估排尿情况	4.95±0.21	95.45	0.04
1.3 康复护理	4.77±0.42	77.27	0.09
1.3.1 入院后残余尿多的患者留置尿管,使用抗反流尿管,每周更换 1 次	4.55±0.94	77.27	0.21
1.3.2 术前指导患者进行盆底肌锻炼,评估盆底肌训练效果	4.77±0.60	86.36	0.13
1.3.3 术前如有感染,根据药物敏感试验结果使用抗生素,必要时膀胱冲洗,增加饮水量,行会阴部清洁	4.50±0.99	72.73	0.22
1.3.4 术后留置尿管,根据尿色及前列腺切口情况调整膀胱冲洗速度及冲洗时间;膀胱冲洗期间采用离心手法挤压尿管,保持引流畅通	4.68±0.63	77.27	0.13
1.3.5 术后实时评估患者疼痛情况,合理使用镇痛药,充分镇痛,避免膀胱过度活动引起出血	4.73±0.54	77.27	0.11
1.3.6 持续膀胱冲洗期间保持大便通畅,预防腹部压力剧烈增加,预防出血	4.68±0.46	90.91	0.09
1.3.7 如有出血及使用时用冰生理盐水或加入去甲肾上腺素的生理盐水进行持续膀胱冲洗,必要时进行手动膀胱冲洗,预防膀胱内血块凝集;如有出血牵拉尿管压迫前列腺窝止血	4.36±0.98	63.64	0.22
1.3.8 根据尿液颜色适当调整持续膀胱冲洗的速度,预防膀胱痉挛发生;如发生膀胱痉挛可调慢冲洗液速度,安慰患者,使用解痉药物	4.55±0.78	68.18	0.17
1.3.9 病情允许情况下,及早停止持续膀胱冲洗,肾功能正常时多饮水,肾功能异常可改间歇膀胱冲洗。鼓励患者下床活动,避免腹胀增加预防出血	4.64±0.71	72.73	0.15
1.3.10 根据病情及早拔除尿管,拔尿管前不常例行夹尿管训练,停膀胱冲洗后可进行盆底肌训练,留置尿管进行盆底肌训练时应开放尿管	4.55±0.72	63.64	0.16
1.3.11 根据尿动力学检查结果将膀胱功能进行分类,进行针对性指导	4.91±0.29	90.91	0.06
1.4 记录	4.82±0.39	81.82	0.08
1.4.1 术后检测并记录体温、尿液颜色、性状、量	4.77±0.52	81.82	0.11
1.4.2 术后持续膀胱冲洗时记录膀胱冲洗速度、冲洗液颜色、性状;记录膀胱痉挛的程度、频次	4.82±0.49	86.36	0.10

续表 1 前列腺增生手术患者膀胱功能康复训练方案

项 目	重要性赋值 ($\bar{x} \pm s$)	满分率 (%)	变异 系数
1.4.3 记录尿动力检查结果及膀胱残余尿结果,将膀胱功能进行分类	4.73±0.45	77.27	0.09
1.4.4 记录手术情况及术后出血、膀胱痉挛情况,并根据此决定开始膀胱功能锻炼的时间、强度	4.64±0.57	72.73	0.12
2.恢复期及稳定期膀胱功能训练	4.82±0.49	86.36	0.10
2.1 目标	4.77±0.42	77.27	0.09
2.1.1 保护上尿路功能,尤其是肾脏功能,降低尿路感染发生率	4.86±0.34	90.91	0.07
2.1.2 训练膀胱功能,提高患者自理能力,提高生活质量	4.95±0.21	95.45	0.04
2.1.3 膀胱功能良好:①尿失禁情况减少/没有,不影响患者生活;②不留置导尿。排尿方式:自主排尿/自助排尿+间歇清洁导尿,或间歇清洁导尿	4.82±0.39	81.82	0.08
2.2 评估	4.86±0.34	86.36	0.07
2.2.1 术前根据尿动力学检查结果评估膀胱功能类型,术后 3 个月复查	4.73±0.54	77.27	0.11
2.2.2 行简易膀胱容量测定,对于膀胱顺应性低的患者,用药期间每周测 1 次。在无条件做尿动力学检查时,可作为替代检查时,但不作为分类的依据	4.50±0.66	59.10	0.15
2.2.3 采用膀胱扫描仪评估患者膀胱残余尿量,残余尿<80 mL 不需导尿;残余尿 80~99 mL,每天间歇清洁导尿 1 次;残余尿 100~200 mL,每天 2 次;残余尿>200 mL,每天 4~6 次	4.50±0.72	68.18	0.16
2.2.4 超声检查评估膀胱、输尿管、前列腺、肾脏情况	4.73±0.45	72.73	0.09
2.2.5 男性使用外用集尿袋、成人纸尿裤,评估患者尿失禁情况	4.73±0.53	77.27	0.11
2.2.6 评估患者饮食饮水习惯,根据饮水习惯制订饮水计划。评估患者自理能力,是否适合进行间歇清洁导尿	4.73±0.54	77.27	0.11
2.2.7 检查尿常规,评估尿路感染情况	4.68±0.34	86.36	0.07
2.2.8 行 IPSS 评分、生活质量评分及尿失禁评分	4.91±0.29	90.91	0.06
2.3 正常型膀胱康复护理	4.86±0.34	86.36	0.07
2.3.1 其临床表现为术后排尿功能正常,可伴有或不伴有压力性尿失禁	4.73±0.62	81.82	0.13
2.3.2 尿动力学检查示膀胱感觉正常,膀胱顺应性正常,逼尿肌收缩力正常	4.91±0.29	90.91	0.06
2.3.3 患者根据自身病情及舒适度选择平卧位、坐位或站立位,自主收缩耻骨肌、会阴及肛门括约肌,吸气时收缩上述部位肌肉,呼气时放松,收缩与放松均维持 10 s,完成即为 1 组,每次重复进行 15~20 组,3 次/d。3 个月后可如尿失禁仍较严重可使用盆底肌磁刺激或经尿道钬激光治疗	4.55±0.66	68.18	0.14
2.3.4 漏尿量少的患者可推荐使用尿垫/成人纸尿裤,漏尿量多的患者可使用外用集尿袋,注意预防失禁性皮炎	4.68±0.55	72.73	0.12
2.3.5 指导患者记录排尿日记(排尿日记包含漏尿时动作、漏尿量、尿垫数/集尿袋收集尿液量等),动态记录尿失禁情况	4.91±0.29	90.91	0.06
2.3.6 术后压力性尿失禁较严重患者,外出可使用阴茎夹,注意充气量适中,观察阴茎有无缺血肿胀,至少每 2 小时放开 1 次	4.41±0.72	59.10	0.16
2.4 低顺应性膀胱康复护理	4.91±0.29	90.91	0.06
2.4.1 临床表现为排尿困难,有或没有残余尿,术后可有尿失禁伴尿潴留	4.73±0.54	77.27	0.11
2.4.2 尿动力学检查示膀胱感觉正常/敏感,膀胱顺应性低,逼尿肌收缩力弱	4.77±0.52	81.82	0.11
2.4.3 依据患者膀胱安全容量情况遵医嘱早期使用 M 受体阻滞剂/β 受体激动剂,改善膀胱安全容量,安全容量<200 mL 留置尿管	4.68±0.55	72.73	0.12
2.4.4 当膀胱安全容量>200 mL 时进行膀胱功能训练	4.68±0.55	72.73	0.12
2.4.5 根据患者每次排尿量+残余尿量制订排尿计划	4.77±0.52	81.82	0.11
2.4.6 尿失禁患者指导患者进行盆底肌训练	4.91±0.42	95.45	0.08
2.4.7 根据膀胱功能评估结果及时调整膀胱功能康复训练计划	4.91±0.42	95.45	0.08
2.5 弛缓性膀胱康复护理	4.86±0.34	86.36	0.07
2.5.1 临床表现为排尿困难,有或没有残余尿	4.68±0.70	77.27	0.15
2.5.2 尿动力学检查示膀胱感觉弛缓,膀胱顺应性正常或高,逼尿肌收缩力弱	4.77±0.52	77.27	0.11
2.5.3 训练盆底肌功能,在尿动力监测膀胱安全容量下使用腹压及 Valsalva 屏气法辅助排尿	4.59±0.72	72.73	0.16
2.5.4 根据排尿日记调整饮水或调整间歇性导尿频次	4.77±0.52	77.27	0.11
2.5.5 根据膀胱功能及时调整膀胱功能训练方案	4.86±0.46	90.91	0.09
2.6 敏感性膀胱康复护理	4.91±0.29	90.91	0.06
2.6.1 临床表现为膀胱容量减少,尿频,伴有或不伴有尿失禁	4.68±0.63	77.27	0.13
2.6.2 尿动力学检查示膀胱感觉敏感,逼尿肌过度活动伴有或不伴有急迫性尿失禁,逼尿肌收缩力正常	4.82±0.49	86.36	0.10
2.6.3 训练盆底肌功能,术后 3 个月可行盆底肌磁刺激或经尿道钬激光治疗	4.36±0.88	63.64	0.20
2.6.4 使用外部集尿器或成人纸尿裤,注意皮肤护理	4.77±0.52	63.64	0.11
2.6.5 遵医嘱使用 β 受体激动剂(贝坦利)或琥珀酸索利那新,用药治疗 3 个月不佳者可考虑进一步治疗	4.45±0.78	63.64	0.18
2.6.6 指导患者记录排尿日记,制订合理的饮水计划及排尿计划	4.82±0.49	86.36	0.10
2.6.7 进行膀胱功能训练。①习惯训练,提醒患者定时排尿,保持会阴部皮肤清洁、干燥。鼓励患者避免在安排时间以外排尿。②延时排尿,对于因逼尿肌过度活跃而产生尿急症状和(或)急迫性尿失禁的患者,通过延迟排尿形成 3~4 h 的排尿间隔,无尿失禁发生	4.73±0.54	77.27	0.11
2.7 记录	4.82±0.39	81.82	0.08
2.7.1 教会患者/家属记录排尿日记,每周至少记录 3 d 排尿日记	4.86±0.34	86.36	0.07
2.7.2 记录尿动力/简易膀胱容量测定结果	4.95±0.21	95.45	0.04
2.8 常见并发症及处理	4.91±0.29	90.91	0.06
2.8.1 失禁性皮炎:勤换纸尿裤,加强皮肤清洁,保持皮肤滋润,使用适当的皮肤保护剂	4.91±0.29	90.91	0.06
2.8.2 尿路损伤、出血:①操作时动作轻柔;②选择合适的导尿管及润滑剂,每天间歇导尿次数不超过 6 次;③如尿道损伤或假道形成,遵医嘱留置导尿(6 周左右)	4.77±0.42	77.27	0.09
2.8.3 尿路感染:①只需治疗有症状的尿路感染;②根据尿常规、尿培养及药物敏感试验结果遵医嘱合理使用抗生素;③间歇导尿患者急性感染期留置尿管,必要时进行膀胱冲洗;④指导患者正确行清洁间歇导尿术	4.68±0.55	72.73	0.12
2.9 随访	5.00±0.00	100.00	0.00
2.9.1 正常型膀胱术后 1 个月、3 个月随访 1 次。弛缓型、敏感型、低顺应性膀胱需长期随访和坚持膀胱功能训练	4.91±0.29	90.91	0.06
2.9.2 出院后 1 个月、3 个月、6 个月、1 年,之后每年随访 1 次	4.91±0.42	95.45	0.08
2.9.3 随访是间歇清洁导尿、残余尿量监测、并发症管理、排尿日记记录及用药情况	4.91±0.42	95.45	0.08
2.9.4 除正常型膀胱外,其他类型膀胱应结合膀胱功能恢复情况进行泌尿系彩超、残余尿及尿动力学检查	4.95±0.21	95.45	0.04

3 讨论

3.1 前列腺增生手术患者膀胱功能训练方案具有可靠性 前列腺增生手术患者膀胱功能训练方案的构建是基于文献回顾及病例分析,在分析国内外关于前列腺增生手术患者膀胱功能训练的相关研究如膀胱功能障碍分类、膀胱功能训练方法等基础上,结合我

院前列腺增生患者术前尿动力学检查结果及临床经验,构建的方案保证了理论与实践基础。为了保障方案的可靠性和科学性,选取专家应遵循代表性、积极性和权威性 3 个原则。使用德尔菲专家咨询法,本研究 2 轮咨询问卷的有效回收率均为 100%,提出意见的专家比例分别为 90.91%和 72.73%,说明本研究中参与咨询的专家有较高的积极性和参与度。遴选的 22 名咨询专家来自广东省三级甲等综合医院泌尿外科的专科护士、护理管理者、下尿路医疗专家等,具有专业多样性和针对性。选取参与本研究的专家均为中级以上职称,泌尿外科专科工作年限 5 年以上,有较为丰富的临床工作经验。专家权威系数>0.8 表示专家对内容的选择有较大把握^[9],本研究专家的权威系数为 0.90,说明本研究专家评估的权威程度较高,结果可信度高。第 2 轮专家咨询各级指标重要性赋值均数为 4.36~5.00,变异系数为 0~0.22,肯德尔和谐系数为 0.406、0.691、0.389 (均 $P<0.01$),说明参与咨询的专家评估意见协调性好。

3.2 前列腺增生手术患者膀胱功能训练方案具有实用性 前列腺增生手术的主要目的是解除膀胱出口梗阻,保护上尿路功能。目前关于前列腺增生手术患者膀胱功能训练研究集中于盆底肌训练、生物反馈等^[10-12],也有一些研究探索前列腺增生合并膀胱过度活动^[5]、前列腺增生术后排尿困难^[13]等患者的护理。尿动力学检查能够量化评估患者的下尿路梗阻情况,有助于明确其下尿路梗阻的原因,从而细化膀胱功能类型,使患者能够科学地接受最佳治疗方案。此外尿动力学检查还能够明确患者是否合并逼尿肌无力或不稳定的有关情况,对于术后并发症的形成原因亦具有较好的评估价值^[14]。尿动力学检查在诊断下尿路梗阻、膀胱功能障碍方面具有独特的价值,但临床还未对前列腺增生手术患者术前常规行尿动力学检查。目前对于前列腺增生患者膀胱功能障碍分类还没有统一的标准,大部分报道是一种类型的膀胱功能障碍的处理措施^[1,5,10],仅有少数根据术前尿动力学检查结果对膀胱功能进行分类^[2]。本研究根据膀胱功能障碍及膀胱功能分类,基于前列腺增生患者尿动力学检查结果构建了前列腺增生手术患者膀胱功能训练方案,该方案贴合临床具有实用性。构建的方案以前列腺增生手术患者 3 分期 4 分类方法为基础,基于尿动力学检查结果,包含了各分期膀胱功能训练目标、评估、训练及护理内容、记录、随访、常见并发症及处理,构建的方案具有针对性,能够指导临床护士更为规范精准地落实膀胱功能训练方案。

4 小结

本研究构建的前列腺增生手术患者膀胱功能训练方案具有可靠性、针对性和实用性,泌尿外科护理人员可参照本研究内容,围绕训练目标、评估、训练及护理内容、记录等框架针对不同类型膀胱功能患者进行针

对性的排尿功能训练。该方案尚需在临床验证;在施行方案前需对泌尿外科护士进行培训,以施行同质化的前列腺增生手术患者排尿功能训练。同时鉴于德尔菲专家咨询法具有专家主观性强、判断依据无法评估等限制,且本研究选取的专家均来自于广东省三甲医院泌尿外科,咨询专家数量有限,使得该方案可能存在不足。尚需将构建的前列腺手术患者膀胱功能训练方案在临床中实施,以验证本方案的临床实用性,并在临床应用中进一步修改完善该方案。

参考文献:

[1] 陈卫国,蒋昱枫,侯建全,等.尿流动力学检查评估老年男性急性尿潴留的临床意义[J].上海交通大学学报(医学版),2014,34(6):943-945.

[2] 于惠翀,余大海,王超奇.尿动力学检查在伴膀胱功能障碍的前列腺增生患者治疗中的价值[J].中华泌尿外科杂志,2018,39(5):382-385.

[3] 施雯.动机性访谈联合盆底肌训练在前列腺增生术后尿失禁患者中的应用[J].当代护士,2021,28(2):36-39.

[4] 罗迎霞,刘雪琴,申海燕,等.以结局为导向构建老年前列腺增生手术护理方案[J].护理学杂志,2013,28(16):36-39.

[5] 马雪霞,樊帆,赖丽君,等.基于尿流动力学结果的前列腺增生合并膀胱过度活动病人术后排尿功能分期研究[J].全科护理,2020,18(1):55-58.

[6] McVary K T, Roehrborn C G, Avins A L, et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia[J]. J Urol,2011,185(5):1793-1803.

[7] Kim E H, Larson J A, Andriole G L. Management of Benign Prostatic Hyperplasia[J]. Annu Rev Med,2016,67:137-151.

[8] Mobley D, Feibus A, Baum N. Benign prostatic hyperplasia and urinary symptoms: evaluation and treatment [J]. Postgrad Med,2015,127(3):301-307.

[9] Chang A M, Gardner G E, Duffield C, et al. A Delphi study to validate an advanced practice nursing tool[J]. J Adv Nurs,2010,66(10):2320-2330.

[10] 余闫宏,姜安超,齐书武,等.前列腺剜除术导致尿失禁的力学因素浅析(附 2270 例报道)[J].中国男科学杂志,2016,30(1):34-37.

[11] 陆素青,经霖,欧阳新平,等.早期肛提肌膀胱功能联合训练改善前列腺电切术后尿失禁[J].护理学杂志,2015,29(16):21-23.

[12] 吴萌芽,谭建兰,廖小乔,等.盆底肌锻炼联合膀胱训练对前列腺摘除患者术后尿失禁的影响[J].齐鲁护理杂志,2011,17(15):4-5.

[13] 万祥,刘冲,徐欢,等.“3+1”膀胱功能恢复法联合剜除术治疗良性前列腺增生合并逼尿肌无力的初步探索[J].中华男科学杂志,2017,23(10):912-916.

[14] 李德朝,陈朗峰,梁龙星,等.尿动力学检查对良性前列腺增生手术评估的意义[J].河北医学,2016,22(5):788-790.