

经尿道前列腺电切术后尿失禁的针灸治疗及护理

元 丽 陆 毅 欧梅芳

(广西中医药大学附属瑞康医院泌尿外科, 南宁市 530011)

【关键词】 针灸; 前列腺电切术后尿失禁; 护理

【中图分类号】 R 473.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2013)06-0770-02

良性前列腺增生症行经尿道前列腺等离子汽化电切术(TURP)是治疗BPH的常用治疗方法,手术后发生的尿失禁,严重影响了手术效果和患者的生活质量。而针刺和温灸疗法能通过刺激穴位,激发经络的功能,达到治疗尿失禁的目的,从而提高患者的治愈率。我科自2009年以来,采用电针刺配合艾灸疗法并结合药物、功能锻炼等治疗前列腺电切术后发生急迫性和压力性尿失禁患者16例,疗效良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共16例患者,年龄56~84岁,平均63.6岁,病程3~12年。均经直肠指诊并直肠部B超确诊。尿流动力学检查: 并发不稳定性膀胱9例,最大尿流率4.3~9 ml/s,平均尿流率(5.3±1.3) ml/s, 剩余尿量(235±68) mL。术前常规检查血清总前列腺特异性抗原(tPSA)和游离前列腺特异性抗原(fPSA)以筛查排除前列腺癌。术后病理均提示为良性前列腺增生症。行TURP治疗后,在拔除导尿管后即出现尿失禁,病例诊断符合吴阶平《泌尿外科学》中的诊断标准^[1],并参考金锡御等^[2]的尿失禁分度方法: I度(咳嗽、打喷嚏、大笑等腹压增加时偶尔有尿失禁)7例; II度(屏气或用力时尿失禁)5例; III度(直立时即有尿失禁)4例。

1.2 治疗方法 患者仰卧位,取中极、关元、膀胱俞、三阴交、肾俞穴。肾阳不足者配太溪、命门穴; 肺脾气虚者配肺俞、脾俞、足三里穴。常规皮肤消毒后,运用一次性无菌不锈钢针针刺,针刺得气后,在针具上加以脉冲电治疗,留针30 min。选取百会、足运感区、气海、关元穴予以艾条温灸。具体方法是: 点燃艾条,在以上诸穴位轮换熏灸,每个穴位处感到灼热难忍时换穴再灸,以局部皮肤红润为宜,1次/d,10次为1疗程,2个疗程后评定疗效。

1.3 疗效判定标准 疗效评定标准^[3]: 痊愈: 小便完全能控制,患者可自行控制排尿,尿频、尿急症状基本消失; 显效: 小便基本能控制,患者可随意控制排尿,尿频、尿急症状明显改善; 有效: 尿频、尿急症状有所改善,测

评提高1度; 无效: 尿频、尿急症状无改善,测评无提高。

1.4 结果 经2个疗程的治疗,16例患者中痊愈11例,显效3例,有效2例,出院后均能随访6个月至2年,未发生真性尿失禁。

2 护 理

2.1 一般护理

2.1.1 病室安排 因尿失禁患者身上常伴有异味,故尽量安排其住单人间,病室还应舒适、通风,必要时可使用空气清新剂。此类患者为高龄人群,属肾阳不足、下元不固者,多畏寒喜暖,可安排温暖、向阳的房间。

2.1.2 心理护理 初次行针灸治疗的患者常有紧张、焦虑、恐惧感,且针灸过程中患者若急剧改变体位都可能造成意外,故针灸过程中多关心体谅患者痛苦,细心检查,观察面色、精神是否有异样,了解是否进食,以防空腹晕针。爱护、关心患者,多予以疏导,耐心与患者及家属沟通,使之产生信任感,消除心理障碍,保持愉快心情,避免不良情绪加重病情,增加治疗的信心。

2.1.3 病人教育及依从性 病人的依从性与健康信念呈正相关,而对疾病有关知识的匮乏及对治疗方案的不了解也是依从性变差的原因,且随着治疗时间的延长,病人的依从性也越差。因此,应加强对病人的健康知识宣教,从多方面让其充分了解治疗方案的目的是和意义,自觉调动参与治疗的积极性。多与其家属沟通,家人的支持也是提高依从性的重要环节。

2.1.4 基础护理 术后Foley气囊导尿管压迫时间不超过6 h,重量控制在1.2 kg以内,可减少括约肌损伤^[4]; 术前、术后有效控制感染,避免长时间留置尿管,并在拔除尿管前进行夹管试验,以增强膀胱功能; 保持会阴部清洁,选择合适的尿垫,及时更换。

2.1.5 行为疗法 术后应用有效药物控制不稳定膀胱,提高膀胱顺应性。首选舍尼亭片或其他抗胆碱药物,避免食用刺激膀胱的食物。《金匱要略》中提到“所食之味,有与病相宜,有与身相害,若得益则益体,害则成疾。”说明饮食对疾病的痊愈有着相当重要的影响。此症病人多为阳气不足,故饮食宜温补,忌寒凉之物。

指导患者每日饮水量以 1 500 ~ 2 000 mL 为宜。

2.2 专项护理

2.2.1 电针治疗 行电针治疗之前,认真查看电针各项运作是否正常,并按操作步骤严格执行,以防意外发生。针刺前协助患者取舒适体位,针刺时应注意避开血管,还须掌握好进针的角度、深度。电针刺激强度应依据患者个体感受差异循序渐进,疼痛明显时应退出,不宜继续进针,留针后要及取出,针毕后仔细检查是否有未拔之针。

2.2.2 温灸治疗 施灸应掌握合适的时间,不宜在患者空腹时或饭后立即进行;注意保暖及隐私的保护;操作过程须专心,防止艾条移位,使用艾条灸时应注意避免艾灰落下,以防烫伤皮肤或烧着衣物、被褥;及时调整施灸的温度,以达到良好的治疗效果;施灸结束后告知患者半小时内勿立即洗澡或饮冷饮,并应喝较平时量多的温开水,以达到助排泄毒素的作用。

2.2.3 盆底肌康复 排尿功能主要决定于围绕尿道周围的盆底肌肉和膀胱逼尿肌,因此尿失禁患者进行膀胱及排尿功能的训练是很有必要的^[5]。只有正确指导患者进行有效的盆底肌肉功能锻炼,才能有效加强盆底肌肉的功能,起到巩固膀胱颈、后尿道周围筋膜及韧带对尿道的支持^[6]。盆底肌肉锻炼就是指导患者有意识的对以肛提肌为主的盆底肌肉进行自主性收缩,达到增强控制排尿的能力,告知患者要耐心和坚持锻炼。临床观察表明,有效、规律的盆底肌肉锻炼要持续 6 周以上方能显效。

3 小结

前列腺切除术后急迫性尿失禁比较常见,他与术前逼尿肌不稳定、术后创面炎症刺激等因素有关。而压力性尿失禁则与尿道括约肌受损、关闭压降低有关^[4]。此症在中医学隶属“小便不禁”范畴。《素问·宣明五气篇》曰“膀胱不利为癃,不约为遗溺”。其为肾气不足,下元不固,膀胱失约,气化无权所致。老年人肾气亏损,不能温煦、约束膀胱,固摄失司,因而出现小便失禁。故治疗当以补益肾气、调理膀胱经气以助气化为原则。所

取之膻穴,可补肾助阳、调理膀胱经气;又为局部取穴,其针感可直至病所。而针刺相关穴位不仅激活了下位脊髓低级排尿中枢,还可将冲动上传至上位高级排尿中枢,从而抑制膀胱、尿道的传入神经冲动及神经递质的释放,提高膀胱顺应性及稳定性,使尿失禁症状得到改善和消除^[3]。

综上所述,多数前列腺电切术后尿失禁是暂时的,相关临床报道也显示了电针刺加艾灸治疗尿失禁疗效显著。王晓凤、李立国等^[7,8]以针刺手法和温和灸相结合为主,同时配合骨盆肌锻炼的综合疗法也显示优于单一的针灸或盆底肌训练疗法,该治疗方法既发挥了中医特色,又能体现现代医学的优势,而且取穴方便,副作用少,易被患者接受。但在临床治疗中,还须根据患者病情综合分析,标本兼治。护理上应根据每例患者发生尿失禁的原因和耐受性不同,对患者进行个体化的指导,促使患者主动参与治疗。

参 考 文 献

- [1] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 1249.
- [2] 金锡御, 宋波. 临床尿流动力学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 184 - 186.
- [3] 何俊华. 针灸治疗脑卒中后尿失禁 40 例临床观察[J]. 中国当代医药, 2013, 3(20): 109.
- [4] 刘刚, 黄延伟, 玉海, 等. 经尿道前列腺汽化电切除术后尿失禁原因及防治(附 38 例报告)[J]. 广西医学, 2006, 1(28): 87.
- [5] 韩皓, 韩微, 樊稚静. 女性尿失禁生物反馈与盆底肌训练的护理[J]. 护理研究, 2008, 22(6B): 1563 - 1564.
- [6] 李智. 老年女性尿失禁的护理[J]. 内科, 2008, 4(3): 314.
- [7] 王晓凤, 吴淑华, 安静. 盆底肌训练配合针灸治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J]. 护理研究, 2011, 25(6): 1656 - 1657.
- [8] 李立国, 郑强霞. 压力性尿失禁的针灸治疗与护理[J]. 甘肃中医学院学报, 2007, 24(6): 32 - 33.

(收稿日期: 2013-09-08 修回日期: 2013-11-17)

(上接第 773 页)

- [3] 姚永远, 曹波. 无痛胃肠镜联合检查及安全性的临床研究[J]. 陕西医学杂志, 2011, 40(8): 1003 - 1006.
- [4] 刘壮. 无痛胃、肠镜联合检查 500 例临床分析[J]. 内科, 2013, 8(3): 276 - 277.
- [5] 王亚峰, 黄艺文, 霍苗, 等. 高血压患者无痛胃镜检查中循环系统变化的临床研究[J]. 广西医学, 2010, 32(2): 141 - 142.

- [6] 张日方, 孙方. 丙泊酚用于无痛吸宫术致性幻觉的观察与护理[J]. 中华护理杂志, 2007, 42(12): 1108 - 1109.
- [7] 杨小民, 王淑媛, 么孝恩. 丙泊酚全麻过敏休克 1 例[J]. 临床误诊误治, 2006, 19(1): 81.

(收稿日期: 2013-09-11 修回日期: 2013-11-14)