

## • 康复护理 •

## Kegel 运动联合膀胱容量测定在宫颈癌根治术后膀胱功能恢复中的应用

赵文芳, 曹文学, 史甜

(江苏省苏北人民医院, 江苏扬州 225002)

**摘要:**目的 探讨 Kegel 运动联合膀胱容量测定在宫颈癌根治术后膀胱功能恢复中的应用价值。方法 依照手术时间顺序,2016 年 7 月至 12 月行全麻下宫颈癌根治术患者 47 例设为对照组,2017 年 1 月至 6 月行全麻下宫颈癌根治术患者 45 例设为观察组。对照组采用常规夹闭导尿管定时放尿进行膀胱功能锻炼。观察组采用 Kegel 运动联合膀胱容量测定指导膀胱功能锻炼。观察两组患者置管期间尿路感染率、留置导尿管的时间及拔管后残余尿量、第 1 次排尿成功率、尿潴留发生率。结果 对照组尿路感染率 14.9%,留置导尿管的时间(11.98±1.215)d,残余尿量(84.00±67.492)ml,第 1 次排尿成功率 68.1%,尿潴留发生率 17.0%;观察组尿路感染率 2.2%,留置导尿管的时间(9.58±0.839)d,残余尿量(56.78±38.438)ml,第 1 次排尿成功率 91.1%,尿潴留发生率 4.4%,两组患者以上指标比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 宫颈癌根治术后采用 Kegel 运动联合膀胱容量测定进行膀胱功能锻炼,不仅能促进术后膀胱功能恢复,而且为导尿管拔除提供客观依据,有效减少了尿潴留和尿路感染的发生。

关键词:Kegel 运动;膀胱容量;宫颈癌根治术;膀胱功能

doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2018.08.021

中图分类号:R493

文献标识码:A

文章编号:1671-9875(2018)08-0067-03

宫颈癌是女性最常见恶性肿瘤之一,其发病率仅次于乳腺癌,在发展中国家其发病率甚至居于首位<sup>[1-2]</sup>。宫颈癌根治术作为早期宫颈癌主要的治疗手段疗效已得到了肯定,但由于该手术范围大,涉及重要脏器、血管及神经,术后并发症比较多<sup>[3]</sup>。尿潴留是宫颈癌根治术后最常见的并发症之一。据报道,宫颈癌根治术后尿潴留发生率为 8%~80%,不仅影响患者术后康复,而且增加患者痛苦,导致生活质量降低<sup>[4]</sup>。宫颈癌根治术后留置导尿管时间为 7~14 d<sup>[5]</sup>,目前临床通常采用夹闭导尿管定时开放进行膀胱功能锻炼后拔管,以预防尿潴留的发生,但忽略了患者的个体差异,缺乏患者膀胱功能是否恢复的客观诊断依据。Kegel 运动又称为盆底肌训练法,1948 年由美国妇科医生 Kegel 提出,是一种促进肛提肌为主的盆底肌功能恢复的训练方法。本院妇科于 2016 年 7 月至 2017 年 6 月对宫颈癌术后留置导尿管的患者采用 Kegel 运动联合膀胱容量测定以锻炼其膀胱功

能,降低了术后尿潴留的发生率,现报告如下。

## 1 对象与方法

1.1 对象 本研究已上报本院伦理委员会备案并获得批准。纳入标准:年龄 30~70 岁,肿瘤分期 Ia1~IIa2 期行全麻下宫颈癌根治术患者,术前膀胱功能正常,无泌尿系统的畸形及疾患,日常生活能力评分为 80~100 分,患者知情同意,自愿选择参加本研究。排除标准:有精神病史或认知障碍的患者,合并有其他严重慢性疾病者。依照手术时间顺序将 2016 年 7 月至 12 月手术的 47 例设为对照组,2017 年 1 月至 6 月手术的 45 例设为观察组。对照组:年龄 39~68 岁,平均(49.83±6.52)岁;文化程度,小学及以下 29 例,初中 14 例,高中及以上 4 例;手术时间(4.64±0.65)h;病理类型鳞癌 46 例、腺癌 1 例。观察组:年龄 32~67 岁,平均(52.03±8.13)岁;文化程度,小学及以下 27 例,初中 12 例,高中及以上 6 例;手术时间(4.48±1.27)h;病理类型鳞癌 45 例。两组患者年龄、文化程度、手术时间、病理类型比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.2 方法 两组患者均按宫颈癌根治术后护理常规进行护理。采用硅胶双腔气囊 F16 导尿管留

作者简介:赵文芳(1977-),女,硕士,副主任护师,护士长。

收稿日期:2018-03-26

通信作者:曹文学,493699843@qq.com

置导尿,拔管时两组患者均在膀胱充盈时协助患者床下排尿,抽取导尿管气囊内液体并保留 0.5 ml 的液体于气囊中,嘱患者自行排尿,通过尿液的冲击将尿管排出。

1.2.1 对照组 术后留置导尿管长期开放 7~14 d,在导尿管拔管前 2~3 d 采用传统夹闭导尿管定时开放的方法,即白天每 2~4 h 开放 1 次,夜间开放不夹管,医生开具停止留置导尿管医嘱后拔管。

1.2.2 观察组 术前第 1 天,告知患者宫颈癌根治术后盆底肌锻炼的重要性并指导患者 Kegel 运动。患者取仰卧位,两腿屈曲稍微分开,腹式呼吸,做排便和排尿动作,缓慢收缩,然后缓缓放松,间隔 10 s 后,重复上述动作,连续锻炼 15~30 min/次,每日 2 次。术后长期开放留置导尿管,在术后第 7 天上午排空尿袋中的尿液后开始夹闭尿管,当患者有明显尿意时开始放尿,放尿时嘱患者坐在便器上做排尿动作向下屏气增加腹压,充分排空膀胱后开始测量尿袋中的尿量作为首次膀胱容量。以首次膀胱容量作为参考值,指导控制患者饮水量及速度,逐渐延长放尿间隔时间,但最长不超过 4 h,每日尿量维持在 2 500 ml 左右。责任护士负责观察记录患者每次放尿时间、尿量、尿色、有无漏尿,每日的入水量。通过记录观察每日总尿量、放尿次数,间隔时间等,评估患者膀胱感觉及膀胱容量是否正常。如一次放尿量 < 150 ml,则延长放尿间隔时间 10~20 min,适当增加饮水量,加大膀胱容量训练;如一次放尿量 > 500 ml,则

缩短放尿间隔时间 10~20 min,减少饮水量,降低膀胱容量训练。当连续 3 d 每次放尿量稳定于最小量 ≥ 150 ml,最大量 250~500 ml<sup>[6]</sup>,即与管床医生沟通,在患者及家属知情同意后考虑拔管。Kegel 运动每日 2 次,坚持到术后 3 个月,动作以患者不感到疲乏为宜。

1.3 观察指标

1.3.1 第 1 次排尿成功率 拔管后第 1 次排尿有尿意时就能自行排出,不需要任何诱导方法,排尿后无尿意感即成功,否则为不成功。

1.3.2 残余尿量 患者自主排尿第 3 次后 B 超检测残余尿量。如 < 100 ml 为膀胱功能恢复, ≥ 100 ml 为膀胱功能恢复差。

1.3.3 留置导尿管时间 从导尿管插入尿道至导尿管拔除的时间。

1.3.4 尿潴留发生率 患者出院时仍不能自行排尿或自行排尿但存在尿不尽,残余尿 ≥ 100 ml,需再次留置导尿管者为尿潴留<sup>[7]</sup>。

1.3.5 尿路感染率 导尿管拔除前进行尿培养,尿培养结果革兰阴性菌落计数 > 10<sup>5</sup> cfu/ml 或革兰阳性菌落计数 > 10<sup>4</sup> cfu/ml 诊断尿路感染<sup>[8]</sup>。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件进行分析,计数资料用率(%)表示,采用  $\chi^2$  检验;计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,采用  $t$  检验;  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者观察指标比较见表 1。

表 1 两组患者观察指标比较

组别	例数	第 1 次排尿成功率/%(构成比)	留置导尿管时间/d	残余尿量/ml	尿潴留发生率/%(构成比)	尿路感染率/%(构成比)
对照组	47	68.1(32/47)	11.98 ± 1.215	84.00 ± 67.492	17.0(8/47)	14.9(7/47)
观察组	45	91.1(41/45)	9.58 ± 0.839	56.78 ± 38.438	4.4(2/45)	2.2(1/45)
$\chi^2/t$ 值		7.440	10.902	2.351	4.050	4.649
$P$ 值		0.006	0.000	0.021	0.044	0.031

3 讨 论

Kegel 运动使盆底肌有意识地反复收缩和舒张,增加尿道筋膜和尿道括约肌的张力,会阴及肛门同时收缩,增强逼尿肌及括约肌的协调性,改善了盆腔血液循环,利于排尿<sup>[9]</sup>。盆底肌肉张力的增强使膀胱颈部及近端尿管在骨盆内提升,协同腹压的作用促进了排尿行为,减少尿潴留的发生率,

同时肛提肌协同锻炼也使残余尿量减少。本研究结果显示,观察组患者尿潴留发生率为 4.4%、残余尿量(56.78 ± 38.438)ml,对照组尿潴留发生率为 17.0%、残余尿量(84.00 ± 67.492)ml,观察组尿潴留发生率及残余尿量明显低于对照组,经比较有统计学意义( $P < 0.05$ )。宫颈癌根治术后留置导尿管时间 7~14 d 只是一个时间段,何时拔管

是医生根据患者病情的主观判定,缺乏明确拔管时间。膀胱容量监测是判断膀胱功能恢复的重要指标<sup>[10]</sup>,以首次膀胱容量为依据,通过指导饮水,延长放尿间隔时间逐步提高膀胱容量,当膀胱容量逐步增加并稳定于连续 3 d 每次放尿量最小量 $\geq 150$  ml、最大量 250~500 ml 时说明膀胱储尿功能恢复即可拔管。传统夹闭导尿管定时开放的方法只是机械的每 2~4 h 开放 1 次导尿管,没有对膀胱容量的变化进行监测,缺少膀胱功能恢复的客观指标。Kegel 运动结合膀胱容量测定可以更直观地观察膀胱功能恢复情况,为拔管提供客观依据,把握了合适的拔管时间,缩短了留置导尿管的时间,降低了尿路感染率。经过 24~72 h 膀胱功能锻炼后观察组 40 例患者膀胱容量稳定在 150~500 ml,拔管后 41 例患者第 1 次排尿成功,成功率为 91.1%;对照组 32 例患者第 1 次排尿成功,成功率 68.1%。观察组第 1 次排尿成功率高于对照组,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者留置导尿管的时间( $9.58 \pm 0.839$ )d、尿路感染率为 2.2%,对照组患者留置导尿管的时间( $11.98 \pm 1.215$ )d、尿路感染率为 14.9%,观察组留置导尿管时间及尿路感染率低于

对照组,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

参考文献:

- [1] 范志刚. 中晚期宫颈癌同步放化疗临床研究进展[J]. 实用癌症杂志, 2012, 27(3): 309.
- [2] 周瑾, 吴清明, 黄国香, 等. 人乳头状瘤病毒感染与宫颈癌的研究进展[J]. 实用癌症杂志, 2010, 25(2): 212.
- [3] 屈秀芳. 盆底肌功能锻炼对宫颈癌根治术后尿潴留的影响[J]. 中华全科医学, 2012, 10(9): 1493.
- [4] Plotti F, Angioli R, Zullo MA, et al. Update on urodynamic bladder dysfunctions after radical hysterectomy for cervical cancer[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2011, 80(2): 323-329.
- [5] 郑修霞. 妇产科护理学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 306.
- [6] 陈洁, 薄海欣. 膀胱容量测定在宫颈癌根治术后膀胱功能锻炼中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 17(19): 2087-2088.
- [7] 穆圆, 田洁. 宫颈癌术后患者行膀胱功能训练观察[J]. 天津护理, 2010, 18(1): 36-37.
- [8] 蓝儒竹, 叶章群, 李璐, 等. 洁悠神长效抗菌材料防止留置导尿管伴发性尿路感染效果的 Meta 分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2013, 34(1): 50-52.
- [9] 林莉, 潘云港, 李景, 等. 妇科恶性肿瘤患者根治术后不同方法预防尿潴留的效果评价[J]. 医药前沿, 2012, 2(13): 386-387.
- [10] 王冬军. 宫颈癌根治术后拔除留置尿管时机的研究[J]. 护理管理杂志, 2011, 11(12): 905-906.

## 蜡疗结合气压治疗肩手综合征的观察

邓森军

(浙江省人民医院, 浙江杭州 310000)

**摘要:**目的 观察蜡疗结合气压治疗肩手综合征的效果。方法 选取 60 例脑卒中后肩手综合征患者, 采用 STATA 程序随机分配为观察组和对照组, 对照组 30 例实施常规康复方法和气压治疗, 观察组 30 例在对照组治疗基础上结合蜡疗。结果 治疗前两组疼痛数字评分和手部肿胀程度比较均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后观察组和对照组相对治疗前疼痛和手部肿胀有明显改善, 但观察组的治疗效果明显优于对照组( $P < 0.05$ )。结论 蜡疗结合气压治疗可以更有效的改善脑卒中后肩手综合征。

**关键词:**肩手综合征; 蜡疗; 气压治疗 doi: 10.3969/j.issn.1671-9875.2018.08.022

中图分类号: R454.5 文献标识码: A

文章编号: 1671-9875(2018)08-0069-03

肩手综合征(Shoulder-Hand Syndrome)又称反射性交感神经营养不良, 主要表现为患侧上

肢的肩胛带和手部关节疼痛、关节活动受限、血管运动性改变, 晚期肌肉和皮肤等软组织萎缩, 直至挛缩畸形, 最终导致上肢运动功能受限。据报道脑卒中患者出现肩手综合征发病率 12.15%~

作者简介: 邓森军(1990-), 男, 本科, 初级治疗师。

收稿日期: 2018-04-23