

表 3 2 组产妇术后并发症比较

| 组别 | 例数 | 恶心呕吐 | 尿潴留 | 肠梗阻 | DVT | 合计(%) |
|------------|----|------|-----|-----|-----|-------|
| ERAS 组 | 36 | 2 | 1 | 0 | 0 | 8.33 |
| 对照组 | 36 | 4 | 4 | 1 | 1 | 27.78 |
| χ^2 值 | | - | - | - | - | 7.668 |
| P 值 | | - | - | - | - | 0.000 |

表 4 2 组产妇对护理工作满意度比较

| 组别 | 例数 | 满意 | 基本满意 | 一般 | 不满意 | 总满意率(%) |
|------------|----|----|------|----|-----|---------|
| ERAS 组 | 36 | 19 | 16 | 1 | 0 | 97.22 |
| 对照组 | 36 | 12 | 17 | 6 | 1 | 80.56 |
| χ^2 值 | | - | - | - | - | 6.861 |
| P 值 | | - | - | - | - | 0.000 |

3 讨论

ERAS 理念是依据“生理-心理-社会”医学模式针对阻碍患者术后恢复以及诱发术后并发症的高危因素,以循证医学证据为基础,外科、麻醉、护理、营养等多学科协作,将新的护理方法、医学新技术、新理念重新进行针对性组合及改进,以减轻或避免手术应激反应及并发症的发生风险,尽可能减少手术患者的功能损伤、促进功能恢复,加速患者的康复^[9-10]。

我们对 ERAS 组产妇在剖宫产术围术期实施 ERAS 理念指导下的康复护理干预,并与行常规康复护理的对照组进行比较。结果显示:ERAS 组产妇术后首次离床活动时间、胃肠功能恢复时间、开始泌乳时间均短于对照组,术后 24 h 阴道出血量少于对照组,并发症发生率低于对照组,产妇及其家属对护理工作的满意度高于对照组。以上差异均有统计学意义,应用效果肯定。其原因在于:缩短术前禁食时间,能减轻胰岛素的抵抗;完善超前镇痛等多模式疼痛管理,提高了产妇的痛阈;麻醉后留置导尿管和术后早期拔除导尿管,能够提高产妇的舒适度。同时,加强术中、术后保温和输液管理,以及术后在充分镇痛的前提下鼓励产妇早期适量运动和进食等。均有利于维护机体各种代谢和生理功能的稳定,从而加速恶露排出、促进胃肠功能恢复和帮助产妇恢复体力,促进母乳早期和充足分泌,降低了术后出血量和尿潴留、肠梗

阻等并发症发生的风险,有助于产妇术后顺利康复和提升临床护理工作质量,具有良好的临床效益和推广前景^[11-12]。值得注意的是,虽然 ERAS 理念已提出数十年,但其在剖宫产围术期的应用起步晚,其方法和确切效果仍需今后开展更多研究予以证实和完善^[13]。

综上所述,对行择期剖宫产术的产妇围术期实施 ERAS 理念指导下康复护理干预,能促进产妇胃肠功能恢复和泌乳,有助于降低术后并发症发生率和提高产妇及其家属对护理工作的满意度。

4 参考文献

- [1] 樊璐璐,余晓英,王燕.剖宫产相关并发症对产妇生殖健康及性功能影响的临床研究[J].中国性科学,2018,27(1):124-126.
- [2] 刘晓东,曹守根,周岩冰.加速康复外科路径在全腹腔镜远端胃癌根治术围术期的应用[J].中华普通外科杂志,2020,35(2):152-153.
- [3] 杨福娜,李利娟,邹丽敏,等.加速康复外科模式下食管癌根治术后患者出院准备度影响因素分析及预测模型构建[J].中华现代护理杂志,2020,26(33):4591-4597.
- [4] 倪惠,卢根娣,瞿春华.快速康复外科理念在髋关节置换术围术期护理中的应用进展[J].上海护理,2019,116(8):72-76.
- [5] 徐闻,吴小红.加速康复外科理念在剖宫产中的应用价值[J].加速康复外科杂志,2021,4(2):85-87.
- [6] 徐玲兰,姬永婷,任洁,等.加速康复外科理念应用于剖宫产产妇围术期管理[J].临床麻醉学杂志,2021,37(5):480-483.
- [7] 雒雪燕.快速康复外科护理对剖宫产术后产妇早期离床活动的影响[J].中国初级卫生保健,2017,31(7):89-90.
- [8] 韩肖彤.加速康复外科在选择性剖宫产中的应用进展[J].中国微创外科杂志,2018,18(7):643-646.
- [9] 黄晓静,卢英菊,何贤滨,等.快速康复外科护理模式对剖宫产产妇的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(8):45-47.
- [10] 江志伟.加速康复外科学的概念与发展历史[J].中华普通外科杂志,2018,33(8):625-626.
- [11] 胡莎莎,李颖,张志刚,等.快速康复外科在剖宫产围术期临床应用的 Meta 分析[J].国际护理学杂志,2017,36(18):2452-2457.
- [12] 梁廷波,李国刚.加速康复外科的历史和现状[J].加速康复外科杂志,2020,3(1):1-4.
- [13] 郭其玮,周双琼,徐振东.术后加速康复在剖宫产围术期的应用进展[J].实用妇产科杂志,2019,35(8):588-591.

(收稿 2021-12-09)

DOI:10.16193/j.cnki.hnwk.2022.03.067

宫颈癌根治术后间歇性导尿联合综合护理干预的效果分析

冯苗 杨森 胡晓晨

河南医学高等专科学校附属医院手术室 郑州 451191

【摘要】目的 探讨宫颈癌根治术后间歇性导尿联合综合护理干预的效果。方法 回顾性分析河南医学高等专科学校附属医院 2018-04-2019-07 实施宫颈癌根治术的 92 例患者的临床资料。依据术后护理方法分为 2 组,各 46 例。对照组行常规护理,观察组实施间歇性导尿联合综合护理。比较 2 组患者的基线资料、残余尿量各分级的泌尿系感染发生率、残余尿量恢复合格所需时间、导尿舒适度。结果 残余尿量 100~200 mL、201~350 mL、351~500 mL 各分级中,观察组患者泌尿系感染发生率均低于对照组,残余尿量恢复合格所需时间均短于对照组,患者的导尿舒适度优于对照组。以上差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对宫颈癌根治术后患者实施间歇性导尿联合综合护理干预,能降低泌尿系感染发生率,促进膀胱功能恢复,提高患者的舒适度。

【关键词】 宫颈癌根治术后; 间歇性导尿; 综合护理

【中图分类号】 R473.6 【文献标识码】 B 【文章编号】1077-8991(2022)03-0074-03

宫颈癌是妇科临床常见的生殖系统恶性肿瘤,近年来发病率呈年轻化趋势^[1]。宫颈癌根治术是目前主要的治疗手段,由于术中行广泛子宫切除时需打开输尿管隧道、下推膀胱等,易引起泌尿系感染和膀胱功能障碍等并发症,为临床护理工作提出了新的要求^[2-3]。间歇性导尿是仅在需要时导尿,并不将导尿管留置在膀胱内,排空残余尿后即拔除,能使膀胱间歇性扩张,恢复膀胱收缩功能^[4]。本研究通过病例对照分析进一步探讨间歇性导尿联合综合护理干预对宫颈癌根治术后患者的临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2018-04—2019-07 我院实施宫颈癌根治术患者的临床资料。纳入标准: (1) 经宫颈活检确诊为宫颈癌,分期为 I A ~ II A 期,均行宫颈癌根治术治疗。(2) 术中未发生泌尿系统损伤,手术后第 10 天,测残余尿量 ≥ 100 mL 者。排除标准: (1) 合并严重循环系统、内分泌系统疾病和凝血功能障碍,以及其他恶性肿瘤患者。(2) 认知功能障碍者。研究共纳入符合上述标准的宫颈癌患者 92 例,依据术后护理方法分为 2 组,各 46 例。患者及其家属均签署知情同意书。

1.2 方法^[5-6] 对照组采取常规护理干预: 依据标准流程为患者留置导尿管。消毒尿道口及其周围皮肤, 2 次/d, 然后在尿道口喷洒“洁悠神”。留置尿管第 7 天更换新尿管, 更换集尿袋, 1 次/2 d。观察记录尿液性状等, 适时拔除尿管, 并进行电话随访。观察组予以间歇性导尿联合综合护理干预。(1) 营造舒适条件: 排尿前利用屏风进行遮挡, 减少病房无关人员, 为患者营造一个隐蔽排尿环境; 指导患者及其家属按摩患者下腹, 或通过听流水声、热毛巾热敷膀胱区, 刺激患者自主排尿。对合并便秘者, 开塞露纳肛缓解粪块对尿道的压迫。(2) 针对性心理干预: 对认为自己病情过重, 心理压力较大的过度焦虑型患者, 护理人员积极与其沟通, 列举成功案例, 耐心解答患者疑虑, 增强其恢复自行排尿的信心。对于心态较为稳定型患者, 从专业知识角度向其讲解间歇性导尿的相关知识, 正面鼓励患者, 提高治疗依从性。(3) 间歇性导尿方法: 准备好一次性导尿管(10~12 号)、数个 0.2%~0.5% 碘伏棉球、无菌持物镊、无菌手套、石蜡油、带刻度尿壶。将尿壶放于患者两腿间, 操作前护理人员按七步洗手法洗手, 戴无菌手套。左手暴露患者尿道口, 右手用碘伏棉球消毒尿道口及其周围皮肤, 将导尿管经尿道口插入膀胱, 尿液流出后向前推进导尿管约 1 cm。无尿液流出后, 按摩患者

的下腹部, 并拔除导尿管。其间若仍流出尿液, 可稍作停留, 待无尿液流出时, 完全拔除导尿管, 记录尿量。要求家属或患者学习、观看无菌操作过程。患者再次产生尿意时, 鼓励其自行排小便。(4) 评估患者排尿习惯、每日入量、残余尿量等, 制定个体化间歇性导尿计划: 残余尿量 100~200 mL 时, 导尿 1~2 次/d; 201~350 mL 时, 3~4 次/d; 351~500 mL 时, 4~6 次/d。(5) 出院护理: 邀请患者加入微信群, 嘱患者做好每日排尿记录, 及时将结果借助微信发送给护理人员。护理人员根据患者具体情况作出针对性指导。保证微信群护理人员实时在线, 及时解答患者问题, 发送腹痛、发热等并发症的监测及处理方法。并将下腹部按摩、间歇性导尿方法、如何促进排尿等措施发送至微信群便于患者查阅。在回院复诊前 1 天通过微信提醒患者。均干预 2 个月。

1.3 观察指标及效果评价 (1) 残余尿量各分级的泌尿系感染发生率: 尿液中白细胞计数 > 10 个/HP, 有尿频、尿痛等症状为泌尿系感染。(2) 残余尿量恢复合格所需时间: 残余尿量 < 100 mL 时距初次拔除导尿管时间。(3) 导尿舒适度: 0 度为基本无不适感。I 度为视觉模拟评分法(VAS) 评分 ≤ 3 分, 有轻微尿急、尿频。II 度为 4 分 \leq VAS ≤ 6 分, 尿频、疼痛明显。III 度为 VAS ≥ 7 分, 有强烈尿急、尿频、尿痛。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, *t* 检验; 计数资料以 $[n(\%)]$ 表示, 应用 χ^2 检验, 等级资料采用 Ridit 分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料 2 组患者的基线资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 2 组患者的基线资料比较

| 组别 | 例数 | 年龄(岁) | 病理类型(例) | |
|--------------|----|--------------|---------|-----|
| | | | 原位癌 | 浸润癌 |
| 观察组 | 46 | 40.86 ± 5.39 | 24 | 22 |
| 对照组 | 46 | 41.57 ± 5.71 | 26 | 20 |
| χ^2/t 值 | | 0.613 | 0.541 | |
| <i>P</i> 值 | | 0.542 | 0.589 | |

2.2 泌尿系感染发生率及残余尿量恢复合格所需时间 残余尿量 100~200 mL、201~350 mL、351~500 mL 各分级中, 观察组泌尿系感染发生率低于对照组, 残余尿量恢复合格所需时间短于对照组。差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表2 2组患者泌尿系感染发生率及残余尿量恢复合格所需时间比较

| 项目 | 组别 | 例数 | 残余尿量分级(mL) | | |
|-----------------|------------|----|-------------|------------|------------|
| | | | 100~200 | 201~350 | 351~500 |
| 泌尿系感染发生率[n(%)] | 观察组 | 46 | 1(2.17) | 2(4.35) | 3(6.52) |
| | 对照组 | 46 | 6(13.04) | 8(17.39) | 11(23.91) |
| | χ^2 值 | | 3.866 | 4.039 | 5.392 |
| | P值 | | 0.049 | 0.045 | 0.020 |
| 残余尿量恢复合格所需时间(d) | 观察组 | 46 | 3.44±1.05 | 11.09±3.12 | 27.47±4.12 |
| | 对照组 | 46 | 8.03±2.01 | 18.16±3.74 | 38.65±5.78 |
| | t值 | | 13.728 | 9.845 | 10.683 |
| | P值 | | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

2.3 导尿舒适度 观察组患者的导尿舒适度优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 2组患者的导尿舒适度比较[n(%)]

| 组别 | 例数 | 0度 | I度 | II度 | III度 |
|-----|----|----|-------|-----|------|
| 观察组 | 46 | 26 | 19 | 1 | 0 |
| 对照组 | 46 | 16 | 26 | 3 | 1 |
| u值 | | | 2.006 | | |
| 值 | | | 0.022 | | |

3 讨论

宫颈癌根治术后需常规留置尿管,以缓解膀胱负荷,预防发生尿潴留等并发症。常规留置尿管可引起尿道黏膜损伤,外源性病原菌逆行感染;长期留置尿管也易发生尿路感染,并给患者带来不便和不适。因此,导尿期间的护理干预方法和质量,对宫颈癌患者术后的顺利康复有重要临床价值^[7-8]。

间歇性导尿可维持膀胱处于近似生理状态,促进膀胱可控制性排尿,减少泌尿系感染发生率;配以综合护理干预,可全面提高护理质量与效果,降低泌尿系感染发生风险^[9-10]。本研究对宫颈癌根治术后的观察组患者实施间歇性导尿联合综合护理干预,前期通过营造舒适环境、进行针对性心理护理干预,诱导患者排尿。在无法做到自行排尿的情况下,再利用间歇性导尿帮助患者排尿。根据患者残余尿量的各分级实施个体化间歇性导尿。患者出院后借助微信平台指导患者间歇性导尿操作与日常护理。提升了间歇性导尿的应用效果,促进了膀胱功能恢复,降低了泌尿系感染风险^[11-12]。经与对照组患者比较,结果显示,残余尿量各分级

中,观察组泌尿系感染发生率均低于对照组,残余尿量恢复合格所需时间均短于对照组,导尿舒适度优于对照组。差异均有统计学意义。提示间歇性导尿联合综合护理干预有助于降低宫颈癌根治术后泌尿系感染发生风险,并可促进膀胱功能恢复。而且由于患者无需长期留置尿管、尿袋,只在无法自行排尿情况下方进行导尿排尿,故可避免长期留置尿管、尿袋给患者带来的不便及尿路感染的风险,患者舒适感明显提高。

综上所述,间歇性导尿联合综合护理干预应用于宫颈癌根治术后患者,不仅能降低泌尿系感染发生风险,促进膀胱功能改善,还能提高患者的舒适度。但要求护理人员能熟练掌握间歇性导尿的方法、指征,以及需联合实施综合护理干预。

4 参考文献

- [1] 张珍珍,王慧,周文静. 宫颈癌患者经腹腔镜根治术后并发症发生情况及影响因素分析[J]. 四川解剖学杂志,2021,29(1):27-28.
- [2] 何清萍,梅雪,邓婧. 影响宫颈癌患者根治术后尿路感染的危险因素分析[J]. 解放军预防医学杂志,2019,37(3):40-42.
- [3] 陈瑛,张广侠,董秀艳. 综合护理对腹腔镜下宫颈癌根治术后并发症、心理状况及预后的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40(21):3986-3990.
- [4] 任敏,涂素华,郭声敏,等. 清洁间歇性导尿术在宫颈癌根治术后膀胱功能快速康复中的应用[J]. 中国临床护理,2019,11(4):288-291,296.
- [5] 李霞,张栖. 腹腔镜下宫颈癌根治术术后并发症预防性护理与效果对照分析[J]. 护理实践与研究,2020,17(11):87-89.
- [6] 吕永利,王焕焕,李沙沙,等. 腹腔镜下宫颈癌根治术后尿潴留预防和管理的循证护理实践[J]. 护理学报,2021,28(13):29-33.
- [7] 张娜. 信息-动机-行为引导护理干预对宫颈癌根治术后并发症的预防效果[J]. 实用临床医药杂志,2019,23(19):122-124.
- [8] 李梦玲,王富兰,赵庆华,等. 宫颈癌根治术后间歇导尿患者延续护理方案的构建[J]. 护理学杂志,2021,36(1):94-97.
- [9] 梁伟容,张绍华,王玉龙,等. 清洁间歇性自助导尿对脊髓损伤后神经源性膀胱患者护理疗效的研究[J]. 中国伤残医学,2017,25(20):90-92.
- [10] 林小玲,邓惠珍,刘东霞,等. 间歇性自我清洁导尿术在宫颈癌术后尿潴留患者中的应用[J]. 护理学杂志,2016,31(24):58-59,69.
- [11] 窦娜,閻梦琴,游婷,等. 间歇性导尿在宫颈癌根治术后患者膀胱功能恢复及预防泌尿系统感染的应用研究[J]. 国际妇产科学杂志,2017,44(5):516-519.
- [12] 王雪娇,袁华. 清洁间歇性导尿术应用于宫颈癌根治术后膀胱功能康复的效果观察[J]. 重庆医学,2021,50(5):892-895.

(收稿 2022-02-22)