



• 综合医学 •

自我清洁间歇导尿的应用对脊髓损伤神经源性膀胱患者的影响

黄思婷 李兵发 (中南大学湘雅医院 26 病室康复科 湖南长沙 410008)

摘要:目的 探讨自我清洁间歇导尿应用于脊髓损伤神经源性膀胱患者的临床效果。方法 选择 38 例脊髓损伤神经源性膀胱患者, 19 例对照组患者进行膀胱功能训练, 另 19 例观察组患者采用排尿方法训练+自我清洁间歇导尿, 比较两组患者的排尿情况(最大排尿量及残余尿量)与并发症发生率。结果 观察组最大排尿量(288.41 ± 47.36) mL, 多于对照组(227.64 ± 45.82) mL; 残余尿量(70.68 ± 42.46) mL、少于对照组(121.53 ± 26.72) mL ($P < 0.05$)。观察组中, 泌尿系感染 2 例; 对照组泌尿系感染 8 例 ($P < 0.05$)。结论 指导脊髓损伤神经源性膀胱患者进行自我清洁间歇导尿, 可明显减少残余尿量, 促进排尿, 安全性高, 能够有效预防泌尿系感染, 建议采纳。

关键词: 脊髓损伤神经源性膀胱 自我清洁 间歇导尿 影响

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 15-348-02

脊髓损伤是一种致残率较高的疾病, 神经源性膀胱是指控制膀胱的中枢或周围神经发生病变后引起的排尿功能障碍, 是脊髓损伤病人常见的并发症^[1]。排尿障碍严重影响患者的日常生活, 如果没有妥善管理膀胱, 会导致尿路感染或者膀胱结石, 甚至会损伤肾功能受损。自我清洁间歇导尿是治疗脊髓损伤后神经源性膀胱排尿障碍的有力措施, 其目的是可使膀胱间歇性的充盈和排空, 有利于保持膀胱容量和恢复膀胱功能, 规律排出残余尿量, 减少泌尿系统和生殖系统的感染, 使病人的生活质量得到显著改善^[2]。本研究探讨了脊髓损伤神经源性膀胱患者应用自我清洁间歇导尿的效果, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

入组的 38 例患者因砸伤、脊髓炎、交通意外伤、高空坠落伤等原因造成脊髓损伤, 通过膀胱容量检测和尿动力学测定, 确诊为神经源性膀胱, 伴有明显的尿潴留, 残余尿量 > 100 mL, 治疗前, 没有肾盂积水、泌尿系感染、肾功能损伤和膀胱结石等症状。排除前列腺增生、认知障碍、心理疾病、尿道口狭窄、尿道内括约肌痉挛、重大器官器质性疾病者。对照组 19 例, 男性 15 例、女性 4 例; 年龄 24-61 岁, 平均年龄 (40.72 ± 1.54) 岁。观察组 19 例, 男性 17 例、女性 2 例; 年龄 22-60 岁, 平均年龄 (41.12 ± 1.63) 岁。两组患者的年龄、性别、文化程度等比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 膀胱训练方法

①排尿习惯训练: 详细记录排尿日记, 养成良好的排尿习惯诱导排尿训练: 利用条件反射诱导排尿, 能离床患者协助到卫生间, 坐在坐厕上, 让患者听流水声; 或者不能离床的患者, 放置便器, 用温热毛巾外敷膀胱区或用温水冲洗会阴, 边冲洗边轻轻地按摩膀胱膨隆处。②排尿意识的训练: 让患者全身放松, 想象自己在一个安静的宽敞的卫生间, 听着潺潺的流水声, 准备排尿。③反射性排尿训练: 通过牵拉阴毛、揉按阴茎或阴蒂、轻叩耻骨区域, 或者刺激肛门等方法, 寻找扳机点, 让膀胱产生反射性收缩, 诱发排尿。T6 平面以上的脊髓损伤在刺激时可出现自主神经异常放射, 如出现应停用该方法^[3]。④盆底肌训练: 病人在不收缩下肢、腹部及臀部肌肉的情况下, 自主收缩盆底肌肉, 每次收缩维持 5-10s, 重复做 10-20 次, 每日三次或以不疲劳为宜。⑤ Crede 手法: 膀胱底达到脐部上缘 2 指, 即表示膀胱充盈, 在此状态下, 一只手从外到内从轻至重、循序渐进的、均匀的按摩患者的下腹部, 当膀胱呈球状时, 单手从膀胱底朝前下方按压, 成功排尿后, 再加入另一只手按压让尿液进一步外流, 不断松手、按压, 直至尿液排尽为止。若患者尿失禁, 则要适当增加按压力度, 并将膀胱按向会阴部叫 (该方法适合圆锥马尾神经

损伤者)。⑥ Valsalva 屏气法: 坐位状态下, 身体略向前倾, 放松腹部肌肉并屏气, 把腹部压力传向直肠、膀胱以及骨盆底部, 屈曲髋关节、膝关节, 让大腿和腹部贴紧, 提高腹部压力。这种方法主要用于治疗后期, 通过锻炼腹肌, 增加腹部力量促进排尿。

注意⑤⑥两种方法能促进膀胱排尿, 但大部分不能排空。长期的 Valsalva 或 Cred 手法排尿可能导致后尿道的压力增高, 尿液向前列腺和精囊的流入诱发前列腺炎或附睾炎以及其他并发症。这些非生理性的高压力亦能造成上尿路的返流。现临床很少使用。

1.2.2 间歇导尿

当患者的症状和体征稳定后开始指导其间歇导尿。操作前, 准确测量患者的最大排尿量和残余尿量, 根据后者的测量结果确定间歇导尿次数^[4], 导尿应 < 350 mL/次。如果通过叩击和按压等方法, 患者的自行排尿量 > 100 mL, 残余尿量 < 100 mL, 则每隔 6h 实施一次导尿。如果两次间歇导尿期间, 患者自行排尿量 > 200 mL, 残余尿量 < 200 mL, 则 8h/次; 如果残余尿量不足 100 mL, 占膀胱容量的 25% 左右, 连续检测 3 天膀胱残余尿量小于 100 mL 则可以停止间歇导尿。

鼓励患者多饮水, 每天保持 1500-1800 mL 的饮水量, 早晨起床饮水 400 mL, 上午 10 点 200 mL, 中午 400 mL, 下午 4 点 200 mL, 晚餐 400 mL, 晚上 8 点 200 mL, 之后直至早上 6 点不饮水, 若患者接受输液治疗, 可适量减少饮水量。从间歇导尿开始后, 每周检查一次尿常规, 连续治疗 1 个月, 根据患者的治疗效果将尿常规检查改为 2-4 周一次。

1.3 观察评定标准

比较治疗前、后患者的最大排尿量和残余尿量; 统计治疗期间患者的尿路感染并发症发生情况。

1.4 统计学方法

本研究应用 SPSS19.0 统计学软件进行处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗效果比较, 见表 1

表 1: 两组患者的治疗效果比较 (mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	最大排尿量	残余尿量
观察组 (n=19)	治疗前	168.54 $\pm$ 46.72	151.76 $\pm$ 93.52
	治疗后	288.41 $\pm$ 47.36	70.68 $\pm$ 42.46
对照组 (n=19)	治疗前	170.36 $\pm$ 47.54	153.04 $\pm$ 87.65
	治疗后	227.64 $\pm$ 45.82	121.53 $\pm$ 26.72

注: 与治疗前比较, $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗过程中的并发症发生率比较, 见表 2



表2: 患者的并发症发生率比较

组别	尿路感染(例)	发生率(%)
观察组(n=19)	2	10.52
对照组(n=19)	8	42.11
χ^2		8.16
P		< 0.05

3 讨论

脊髓损伤(Spinal cord injury, SCI)引起的神经源性膀胱,最终造成排尿障碍是临床治疗的难点。排尿障碍会引起一系列并发症^[5],如肾积水、反复发作的泌尿系感染以及尿路结石,甚至会发展成肾功能障碍,严重者会因肾衰竭而死亡。

针对神经源性膀胱的治疗,主要通过减轻膀胱内压和增加膀胱容量来提高膀胱的排尿功能,预防尿路感染,保护患者的肾功能,延缓甚至消除肾衰竭的发生。膀胱的血流量不足会增加细菌感染风险,而膀胱内压上升、膀胱过度充盈则会减少血流量,所以临床治疗重中之重是提高患者膀胱的血流量^[6]。通过自我清洁间歇导尿,可预防膀胱内压升高和适当地充盈膀胱,保证其黏膜有充足的血流量,从而有效控制脊

髓损伤神经源性膀胱患者尿路感染的发生率。本研究结果显示:观察组的最大排尿量、残余尿量的改善情况均优于对照组,并发症发生率10.52%,低于对照组42.11%($P < 0.05$),充分的证明了自我清洁间歇导尿应用于脊髓损伤神经源性膀胱患者中,有效改善患者的排尿功能障碍。

参考文献

- [1] 陈碧珠,陈映雪,张小妹等.自我清洁间歇导尿在神经源性膀胱功能障碍患者家庭护理中的应用[J].福建医药杂志,2016,38(3):145-146.
- [2] 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.
- [3] 吴红琴,张兰香,王速敏等.自我清洁间歇导尿在脊髓损伤神经源性膀胱患者中的应用[J].护理学杂志,2014,29(16):77-79.
- [4] 何晓庆,马燕兰,张铁松等.脊髓损伤神经源性膀胱住院患者间歇导尿应用情况调查[J].解放军医学院学报,2016,37(6):547-551.
- [5] 赵蕊,马燕兰,石秀秀等.脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇导尿心理体验的质性研究[J].中华现代护理杂志,2017,23(16):2130-2133.
- [6] 朱宁,马蕾,杨彩霞等.简易膀胱容量测定法结合膀胱扫描仪在脊髓损伤神经源性膀胱患者康复中的应用[J].宁夏医科大学学报,2017,39(3):311-313.

(上接第345页)

7 仪器设备落后

随着食品检测技术的不断发展,食品检测中的仪器设备也应随之更新。但在实际工作中,许多食品检测机构的设备滞后更新^[5],一部分设备已经无法满足检验检测的需求,致使食品安全检测数据精确度不够。另外,一些检验检测机构为降低成本,在采购设备时,通常会偏向老化或有点小毛病的设备,这就会导致数据失真,大大降低了食品检测的准确性。

8 结语

综上所述,仪器设备管理是一项非常繁琐及综合性很强的工作。仪器设备是实验室的重要资产,也是重要的检测工具,对检测结果的准确性和可靠性起到重大作用。所以仪器设备

的正常运行对于食品检测是至关重要的环节,只有认真做好仪器设备管理中每项工作,才能促进食品检验检测工作高质量完成,确保我国食品行业良好发展。

参考文献

- [1] 钟菲菲.浅谈食品检验质量控制与管理[J].产业创新研究,2018,4(7):93-94.
- [2] 李莉,邢礼庆,朱勤.食品检验检测的质量控制探究[A].中小企业管理与科技,1673-1069(2017)11-0101-02:101-102.
- [3] 谢磊林.食品检测实验室质量控制策略[J].食品安全导刊,2018.01:58.
- [4] 王伟宏.我国食品检测现状及整改措施[J].现代食品,2018.01:112-113.
- [5] 刘维英.食品检验准确性的控制因素[J].现代食品,2018.01:102.

(上接第346页)

分析和调查此过程,将感染诱因找出后加强培训和教育,从而降低透析导管相关性感染发生率^[6]。通常情况下,医院感染管理持续性质量改进不单单监控执行预防感染制度的有效性,同时还需对存在的环节缺陷进行改正,通过循证医学证据将有效措施提出,使透析导管相关性感染发生率降低的同时可将不符合循证医学证据的措施废弃。

总之,透析导管置管和护理期间需加强护理人员的技术培训,并增强预防感染的意识,同时还需确保无菌操作、强化手部卫生,合理选择导管和做好皮肤消毒,与医院感染管理持续性质量改进相结合,从而使透析导管相关性感染发生率显著降低,使透析患者的预后得以改善。

参考文献

- [1] 林秀娟,肖龙,林红燕等.医院感染管理持续性质量改进对透析导管相关性感染的影响[J].广东医学,2014(11):1736-1738.
- [2] 周小卫.感染管理持续性质量改进对血液透析导管感染的干预作用[J].当代临床医刊,2016,29(6):2641-2642.
- [3] 柴爱娟.持续质量改进对长时间留置透析导管感染的影响[J].医院管理论坛,2015(4):50-52.
- [4] 段丽芳,张振英,孟庆娟等.医院感染管理持续性质量改进对剖宫产术后感染的影响[J].中华医院感染学杂志,2015(10):2360-2361,2369.
- [5] 李秀丽,陈秀芳,齐丽贞等.持续性质量改进对肝癌患者中心静脉置管相关感染的影响[J].中华医院感染学杂志,2015(14):3344-3346.
- [6] 李燕,王元芝,高岸英等.医院感染管理持续质量改进应用于血液透析室的效果评价[J].中华医院感染学杂志,2016,26(5):1170-1172.

(上接第347页)

全意为患者服务。

3.1.3 加强宣传教育,提高公民的素质:政府及有关机关、部门要广泛宣传医疗常识,特别是医疗风险和医学的未知性和探索性。让广大群众认识诊疗是一个过程,治疗效果也是需要时间的,而非一蹴而就、立竿见影。同时,尊重医护人员,因为尊重是建立和谐护患关系的前提。加强医疗知识的教育,使患者在处理护患纠纷时更为理性,从而提高公民的素质。

4 小结

医疗护理纠纷的发生,不利于诊疗进程的推进,不利于良好护患关系的建立,更不利于医院良好形象的树立。而医

疗护理纠纷的产生,往往是多方面的原因共同作用产生的。护理人员需要不断提高自身专业技能与服务水平,尽自己的最大努力,在源头上解决医疗护理纠纷,从而构建和谐和谐的护患关系,进而维护医院的整体形象。

参考文献

- [1] 陈好.医学影像科护理工作的现状及管理方法[J].医师在线,2016,(10).
- [2] 夏文娟,涂久生,余红梅,张静.护理纠纷原因的多元化分析及应对策略探讨[J].现代医药卫生,2017,(09).
- [3] 冯娟,乔仙,费雯佳.护患沟通中存在的问题及护理干预[J].家庭医药.就医选药,2017,(07).