



间歇性导尿在脊髓损伤伴神经源性膀胱患者中的应用

陈凤霞

绵阳三医院 621000

【摘要】 脊髓损伤 (SCI) 后神经膀胱所引发的排尿功能障碍是 SCI 治疗期间难缠的问题, 对患者生活质量造成严重的负面影响。为了解除 SCI 患者排尿功能障碍, 优化预后质量, 尿不湿、留置尿管是神经源性膀胱治疗的常用办法, 尽管可以改善患者膀胱功能, 但是并发症相对较多。间歇性导尿在脊髓损伤伴神经源性膀胱患者治疗期间的应用, 能够强化患者膀胱中尿液排空的规律性, 但要辅以有效护理干预, 本文进行综述分析, 以供临床治疗参考。

【关键词】 脊髓损伤; 神经源性膀胱; 间歇性导尿; 应用措施

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 06-152-01

脊髓损伤 (SCI) 为临床中一类常见的外伤性中枢神经损伤, 经常会引起躯干和四肢运动感觉功能部分或全部丧失, 使劳动及生活自理能力受到不同程度的影响。泌尿系统并发症为致使 SCI 患者晚期死亡的首要因素^[1]。SCI 使患者排尿功能出现障碍, 相关实践表明间歇性导尿与留置尿管方法在 SCI 患者预后效果比较上, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)^[2]。目前关于间歇性导尿在脊髓损伤伴神经源性膀胱患者中的应用研究不断深入, 本文结合我院具体实践情况, 现做出如下总结。

1 间歇性导尿与 SCI 伴神经源性膀胱相关性分析

间歇性导尿 (IC) 是定时把导尿管由尿道插进膀胱, 有规律的将膀胱中的尿液排空的一种治疗手段。该治疗手段在 SCI 伴神经源性膀胱患者临床治疗期间的应用, 能够有效训练恢复放射性排尿, 提升患者生活质量。适用于 SCI 后、膀胱扩大术后、骶神经调节术后、脑血管疾病、DM 疾病晚期中。IC 治疗方法可以使膀胱间歇性扩张和收缩, 有助于维护膀胱容量, 推进膀胱功能的恢复, IC 被国际尿控协会推荐是治疗神经源性膀胱功能障碍的首选方法。IC 在 SCI 伴神经源性膀胱患者治疗期间的应用, 将留置尿管的传统方法取代, 使膀胱周期性的扩张与收缩, 近似于正常状态, 是膀胱黏膜血流量的充足性有所保障, 降低泌尿系统感染概率, 减缩了患者住院时间, 减少医疗费用。还可以大幅度减轻患者长期留置尿管的痛苦, 协助患者塑造健康心态, 优化生活质量。现阶段清洁间歇导尿是神经源性膀胱的金标准, 可模拟正常排尿, 防治尿液逆流至肾脏, 从而有效维护肾脏。

2 间歇性导尿在脊髓损伤伴神经源性膀胱患者中的具体应用

2.1 建设 IC 小组: 具体是由主治医生、护士长、责任护士等人员构成。

2.2 准备物品: 10 号或 12 号一次性导尿管、清洁小毛巾、润滑剂、PE 手套、快速洗手消毒液、量杯、医疗垃圾袋、集尿器等。

2.3 IC 操作方法: 嘱患者取仰卧位, 充分暴露外阴部, 把集尿器放置在一端。采用小毛巾对患者的阴部和尿道口擦拭干净, 用快速洗手消毒液清洗手部卫生后将导尿管进行整体的润滑, 继而准备插入导尿管。女性插管时一手把大、小阴唇分开, 另一只手把导尿管慢慢插进尿道, 直到尿液流出为止。男性插管时一手把阴茎握住提起, 使阴茎与患者腹部夹角保持 60° , 另一只手把导尿管慢慢插进尿道, 直到尿液流出为止。固定导尿管把膀胱中的尿液排空, 继而对膀胱轻轻挤压, 最好把膀胱中的尿液排空。然后把导尿管轻轻从尿道拔出。

2.4 IC 护理措施: ①为患者编制饮水计划, 并严格管理患者液体的饮用量。医护人员为患者准备一个带有刻度的杯子, 一边按照规定精确饮水量, 每天饮水量约为 1500 ~

2000mL, 规避短时间里大量饮水的现象, 可以采用晨起 (6:00)、早餐 (8:00)、上午 (10:00)、午餐 (12:00)、午睡起 (14:00)、下午 (16:00)、晚餐 (18:00)、晚上 (20:00) 各 200mL 的饮水方法。饮水包括粥、牛奶、汤、果汁等各种流质, 患者禁止饮用茶、汽水、糖水与西瓜汁等利尿饮品。晚间 8:00 ~ 次日 6:00 不宜饮水。②参照患者膀胱中的残余尿量与自排尿量为患者设定 IC 频次。若一日五次, 分别在晨起 7:00, 上午 11:00, 午睡起 15:00, 傍晚 19:00, 睡前 23:00。若一日四次, 分别在晨起 7:00, 上午 11:00, 下午 16:00, 睡前 22:00。若一日三次, 分别在晨起 7:00, 午睡起 15:00, 睡前 22:00。若一日二次, 分别在晨起 7:00, 睡前 22:00。若一日一次睡前 22:00。患者排尿量为 300 ~ 500mL 为宜。如果残余尿量少于 80-100mL 或膀胱容量为 20% 以下时, 则停止 IC。

3 IC 操作注意事项

①导尿前可以鼓励患者先尝试自解小便, 不可强行用手按压下腹部以促进排尿。②严格依照制定的时间进行操作, 维持膀胱容量 $\leq 500\text{mL}$, 不能在患者有尿意感的前提下进行导尿, 以防尿路感染。③插管前应确保润滑的充分性, 以免损伤尿道。④插管过程要轻柔, 若遇到阻力, 暂停 10 ~ 30s, 并嘱患者放松, 稍拔出后在缓慢插入。⑤拔管环节中患者可能出现尿道痉挛, 可暂停 5 ~ 10min 后在进行拔管, 切忌强行。⑥ IC 治疗期间, 应对患者尿常规进行定期复查, 并进行中段培养, 一旦发现尿路感染, 需及时进行对症处理, 特殊情况停止 IC。

小结:

IC 治疗方法具备操作简单、方便的优势, 患者家属可自行进行^[3]。故此在 SCI 伴神经源性膀胱患者治疗期间, 医护人员应向患者驾驶多次示范 IC 技术的应用流程, 详细告知操作期间的注意事项, 可以采用展板与视频等实行对患者及家属进行 IC 健康教育, 强化其对 IC 技术的认知水平^[4]。学习对膀胱管理的自我护理方法, 不再过度的依赖医护人员, 促进膀胱功能恢复, 优化生活质量, 为早日回归家庭、社会创造优势条件。

参考文献:

- [1] 张晓菊, 李美妮. 不完全性脊髓损伤后神经源性膀胱中西医护理体会 [J]. 西部中医药, 2017, 30(03):128-131.
- [2] 沙承承, 姚新星, 张兆平, 吕莉, 任慧. 开展品管圈活动, 提高间歇导尿患者执行饮水计划依从性 [J]. 当代护士 (下旬刊), 2017, (02):182-184.
- [3] 韩香平. 脊髓损伤患者伴神经源性膀胱的康复护理进展 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(02):311-312.
- [4] 饶绮雯, 莫丽君, 黄晓薇, 麦燕芬. 间歇性导尿在脊髓损伤伴神经源性膀胱患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(24):46-47.