

# 急性阑尾炎术后尿储留防治护理研究进展

方小梅

钦州市钦北区大寺镇中心卫生院 广西钦州 535028

**【摘要】** 急性阑尾炎发病机制目前临床尚未明确, 有报道指出其可能与阑尾发生梗阻、感染或出现其他胃肠道功能障碍等情况有关。阑尾切除术属于当前诊治急性阑尾炎的主要方法, 该术式临床应用时间悠久、技术成熟, 对患者创伤较小、术后感染发生风险低。不过, 尽管阑尾切除术具有诸多优势, 患者在术后仍然容易发生尿储留现象, 若未及时干预可能会并发感染或膀胱过度膨胀情况, 严重甚至造成逼尿肌永久性损伤。

**【关键词】** 急性阑尾炎; 术后并发症; 尿储留; 防治措施; 护理干预

**【中图分类号】** R473.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2095-7165 (2021) 02-198-02

临床急腹症中以急性阑尾炎较为常见, 本病属于肠道化脓性炎症, 主要是由于机体肠道发生梗阻或阑尾腔受到病原菌侵袭导致阑尾出现感染现象; 此时对患者采取实验室检查可发现其血常规指标中嗜中性粒细胞以及白细胞的含量急剧升高<sup>[1]</sup>。本病以右下腹转移性疼痛、按压麦氏点存在反跳痛及呕吐等为主要临床表现<sup>[2]</sup>。目前临床针对急性阑尾炎多采取手术切除方式, 而阑尾切除术后患者 8h 内未能排尿而导致膀胱尿量超过 600ml, 或者患者无自行有效排尿造成残余尿量在 100ml 以上即可诊断为术后尿储留。本文针对近些年临床关于阑尾炎术后尿储留相关防治与护理措施进行综述, 为今后临床选择合适的干预方案提供一定参考依据。

## 1 尿储留发生原因

### 1.1 心理因素

急性阑尾炎起病急骤, 患者未能做好充分心理准备便立即接受手术治疗, 再加上术后需要进行一段时间导尿管留置, 部分患者心理上难以接受这种护理方式, 故容易产生焦虑、烦躁等不良情绪。情绪若未得到有效纾解, 患者心理会一直处于紧张不安状态, 从而导致其会阴部肌肉及膀胱括约肌紧绷, 造成排尿困难, 最终引发尿储留。此外, 导尿管若长时间留置, 患者容易心理依赖, 导致其在病愈康复后因自身缺乏信心而出现无法正常排尿状况, 进而导致尿储留发生。

### 1.2 麻醉与手术因素

腹腔镜下阑尾炎切除术麻醉方式通常选择硬膜外麻醉, 麻醉药物可作用于盆腔及会阴部位神经, 对患者排尿反射形成暂时性阻断, 不利于排尿; 患者术后尿储留发生率随着麻醉时长增加而升高<sup>[3]</sup>。手术时间较长, 患者膀胱及尿道受到长时间压迫后, 一定程度上会导致尿道膀胱内膜张力降低, 进而容易引起术后尿储留。另外, 术后切口部位强烈疼痛感也会引起患者尿道括约肌痉挛, 从而导致膀胱过度膨胀、排尿无力, 最终造成尿储留。

## 2 防治护理措施

### 2.1 预防性护理措施

(1) 预防尿路感染: ①无菌操作: 术前导尿管留置操作中, 护士严格执行无菌操作技术原则, 可有效降低尿路感染几率。②强化尿管护理: 确保会阴部处于清洁状态, 使用碘伏溶液对会阴部及导尿管进行消毒, 2 次/d; 尿管消毒时注意擦拭方向自尿道口近端至远端, 切忌反复擦拭, 避免二次污染, 防止导管周围细菌大量繁殖与扩散, 减少尿路感染所引起的尿储留发生<sup>[4]</sup>。密切注意尿管通畅情况, 避免尿管发生曲折、受压等情况导致引流不畅, 其不仅增加感染风险, 还容易引发尿储留。集尿袋位置应处于耻骨联合水平下方, 防止过高造成尿液反流, 造成逆行感染。

(2) 心理护理: 护士给予患者充分鼓励与心理支持, 消除其紧张、焦虑等负面情绪, 改善患者不良心理状况, 帮助其树立自行排尿的信心; 强调尿储留发生的危害性, 引起患者重视, 并

保持良好心态积极配合治疗及护理相关工作的开展; 尊重患者隐私, 必要时使用屏风进行遮挡, 为患者营造良好排尿环境; 导尿管拔除后护士协助患者摆放舒适体位, 确保其能够顺利排尿。

(3) 排尿诱导: ①护理人员于术前 3d 与术后对患者及时开展床上排尿训练指导让患者习惯床上排尿。②排尿过程中指导患者尽可能放松心情, 避免腹肌紧绷, 护士可以通过膀胱区热敷、下腹部按摩以及让患者听流水声等诱导法或者膀胱挤压法(当患者出现尿意时, 指导其将双手叠加对下腹部实施按压, 借助外力作用使得腹壁及膀胱内压力增加, 刺激尿肌收缩)以促进排尿, 预防尿储留发生。叶密贤<sup>[5]</sup>等人研究中, 为 39 例研究组患者实施诱导排尿联合心理护理后, 发现其术后尿储留发生率(2.56%)以及患者术后排尿时间在 6h 及以上人数占比(7.69%)均显著低于实施常规护理的对照组(12.82%、20.51%)。

### 2.2 中医疗法

尿储留属于中医“癃闭”的范畴, 其主要病理病机为三焦气化失常; 阑尾炎手术创伤会导致患者肾、膀胱经受损, 导致机体气滞血瘀、经脉受阻, 气机升降不利, 使得膀胱气化不利, 最终因小便不通而形成癃闭<sup>[6]</sup>。

(1) 热敏灸: 以灸感定位法明确热敏腧穴, 随后使用艾条对穴位进行悬灸, 注意避免烫伤; 灸患者关元与中极穴, 可对其膀胱功能造成影响, 促进排尿。陈杏桃<sup>[7]</sup>等学者将热敏灸与间歇性导尿康复护理(观察组)联合实施于神经性尿储留患者中发现, 其治疗总有效率为 92.00%, 明显高于单纯应用间歇性导尿康复护理的对照组(64.00%)。

(2) 穴位注射: 嘱患者摆放平卧位、小腿屈曲, 选择足三里穴位实施常规消毒, 采用注射器(5ml 规格)抽取 0.5mg 新斯的明, 将注射器刺入患者穴位 1.0~1.5 寸, 回抽确认无回血后, 采用轻提插手法使患者自觉酸、麻、胀后注入药物。唐晓璐<sup>[8]</sup>等人报道指出, 术前 30min 及术后即刻给予手法按摩并结合术后即刻穴位注射方式能够有效预防尿储留, 改善患者排尿状况。

### 2.3 开塞露诱导

开塞露诱导排尿的原理为: ①由于促排便及促排尿的低级中枢均属于 2~4 骶髓, 且均由盆神经支配, 因此使用开塞露后可对患者直肠壁内感觉器形成直接刺激引发排便冲动时, 导致低级中枢(可控制排尿)的抑制解除, 兴奋骶髓排尿中枢, 并沿盆神经传出, 刺激膀胱逼尿肌收缩并松弛膀胱内括约肌, 促进患者排尿<sup>[9]</sup>。②排便过程中患者腹直肌与膈肌发生强烈收缩, 导致腹内压及膀胱内压升高, 使后尿道缩短, 降低尿道阻力, 促进尿液的排出。

## 3 小结

综上所述, 尿储留可由多种因素引起, 通过心理干预、诱导

(下转第 201 页)

痛、呼吸困难等异常情况，提示肺栓塞。立即嘱产妇平卧，同时给予高浓度氧气吸入，并报告医生，配合抢救。

### 3.2.4 抗凝和溶栓时的护理

抗凝及溶栓期间，尽量减少静脉穿刺次数，选用静脉留置针，止血带不宜扎得过紧。药液要现配现用，采用患肢远端浅静脉用药，穿刺成功后，抬高患肢，以利于静脉回流。

### 3.2.5 加强基础护理和生活护理

满足产妇的生活需要，给予高热量、高维生素、低脂清淡易消化饮食，多饮水、降低血液粘稠度，多食蔬菜水果，保持大便通畅。

### 3.2.6 恢复期

鼓励产妇下床活动，2 周后可穿尺寸合适的弹力袜，保证下肢的血液循环。

综上所述，目前临床上一致认为下肢静脉血栓的预防及护理重点在于主动防范。从高危原因进行干预，有效控制剖宫产的发生率，做好孕期保健工作，预防孕期发生各种并发症。术后采取相应的预防措施及护理措施，可以为产妇术后提供治疗基础保障，因此应当做好剖宫产术后的临床护理工作。

#### [参考文献]

[1] 焦甲勤, 朱小丽, 索娜, 等. 苦碟子联合低分子肝素预防

老年下肢骨折患者术后下肢深静脉血栓的疗效探讨[J]. 天津医药, 2020, 48(9):881-885.

[2] 殷世武, 潘升权, 项廷森, 等. 超声引导下逆行静脉穿刺联合 Angiojet 血栓抽吸治疗下肢深静脉血栓[J]. 中国介入影像与治疗学, 2020, 17(9):528-532.

[3] 龚姝, 李苗, 姜丽, 等. 低分子肝素联合充气加压装置预防子宫内腺癌术后下肢深静脉血栓[J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48(9):1099-1101.

[4] 郝萌, 罗丹, 周蓉, 等. 下肢静脉血栓患者 Wells 评分及相关危险因素分析[J]. 中国医药, 2020, 15(7):1058-1062.

[5] 赵名贤, 张理, 李国杰. AngioJet 联合 CDT 治疗下肢深静脉血栓的应用研究[J]. 西南国防医药, 2020, 30(4):307-309.

[6] 范丽群. 下肢深静脉血栓的超声诊断分析[J]. 中国血液流变学杂志, 2020, 30(1):136-138.

[7] 李巍, 王亮李巍, 王亮. 脑卒中患者下肢深静脉血栓的预防进展[J]. 中国医刊, 2020, 55(10):1081-1083.

[8] 秦思, 简红静, 张学丽, 等. 抗凝联合穴位按摩对剖宫产术后下肢深静脉血栓的治疗效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2017, 25(9):601-604.

(上接第 197 页)

药, 2020, 60(7):74-76.

[2] 杨建享, 闫景彬, 郑建. 二维斑点追踪技术用于左室射血分数保留的心力衰竭诊断及预后评价的临床研究[J]. 中国基层医药, 2020, 27(7):813-818.

[3] 陈爱华, 章宏祥. 血浆脑钠肽对左室射血分数保留的慢性心力衰竭患者预后的预测价值[J]. 心血管康复医学杂志, 2019, 28(4):410-414.

[4] 王淑珍. 射血分数保留的心力衰竭患者左室充盈压的超声评估[J]. 心血管病学进展, 2018, 39(6):991-994.

[5] 李斌, 康爱玲, 沈洁, 等. 地尔硫草治疗左室射血分

数保留型心力衰竭的临床疗效研究[J]. 中国急救医学, 2019, 39(2):161-164.

[6] 吴美华, 曾建斌, 熊向阳. 血浆 microRNA-21 水平与左室射血分数保留的心力衰竭相关性肺高压的关系[J]. 中国病理生理杂志, 2018, 34(10):1784-1789.

[7] 朱小刚, 韩凌, 陈欣, 等. 左室射血分数保留的心力衰竭患者心功能评价的相关因素分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2017, 16(19):1918-1922.

[8] 李小梅, 刘杰强, 陈永宣, 等. 老年慢性心力衰竭合并 R 波递增不良患者心功能、NT-pro-BNP 水平及预后研究[J]. 海南医学, 2020, 31(18):2318-2322.

(上接第 198 页)

排尿、穴位注射、使用开塞露等干预措施能够有效预防术后急性阑尾炎术后尿储留的发生，若尿储留已发生采用热敏灸等中医疗法具有良好疗效。

#### [参考文献]

[1] 许辉. 急性阑尾炎术后尿储留防治的护理研究[J]. 中国医药指南, 2019, 17(2):10.

[2] 凌菱. 护理干预对阑尾切除术后患者首次下床活动及尿储留的影响[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(5):200-202.

[3] 高英. 火龙疗法综合护理治疗椎管内麻醉术后尿储留的疗效观察[J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36(1):169-172.

[4] 蒋明瑾, 徐俐. 护理干预对术后留置镇痛泵患者尿储留影

响的 Meta 分析[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(10):24-28.

[5] 叶密贤, 彭进敏, 黄雪梅. 诱导排尿联合心理护理治疗术后患者尿储留护理体会[J]. 中国医药科学, 2019, 9(2):140-142.

[6] 王艳, 朱雪萍, 胡芳. 中医综合护理治疗宫颈癌术后尿储留的临床疗效探讨[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(5):638-639.

[7] 陈杏桃, 范康业, 梁春花. 热敏灸联合间歇性导尿在神经性尿储留患者康复护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(18):54-56.

[8] 唐晓璐, 刘海燕, 张明敏. 不同时间按摩结合穴位注射对预防混合痔术后患者尿储留的效果[J]. 护理研究, 2020, 34(17):3182-3184.

[9] 林瑞珍, 王晓芬, 胡锦玲, 等. 开塞露诱导尿储留患者排尿的疗效和护理分析[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(24):144-145.

(上接第 199 页)

的范围性新生儿重症监护室及转运系统，以达到有效防治新生儿硬肿症目的。

#### [参考文献]

[1] 薛云丽, 杨静, 杨丽, 等. 鸟巢式护理在新生儿硬肿症中的应用效果观察[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(23):84-85.

[2] 白戆, 邵晓琪, 刘素领. 水胶体敷料在新生儿硬肿症中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(23):122-124.

[3] 梁萍, 刘显会, 刘丽. 新生儿窒息临床护理[J]. 医药卫生: 引文版, 2015, 21(13):00118-00118.

[4] 王颖, 李书娟, 高莹. 新生儿硬肿症的临床治疗分析与护理学研究[J]. 中国医药指南, 2019, 17(15):283-284.

[5] 范歆颖, 叶天惠. 鸟巢式多功能新生儿护理用具的设计及应用[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(9):1436-1438.

[6] 张晨美, 叶盛. 危重患儿热能与蛋白质供给充分性与预后关系[J]. 中国实用儿科杂志, 2016, 31(9):661-664.

[7] 金蓬勃, 王海燕. 暖箱内患儿体温测量部位的对比研究[J]. 卫生职业教育, 2015, 33(024):149-150.

[8] 魏晓燕, 金秀芬. 预防热量损失理念对新生儿科护士预防患儿体温过低的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(18):3430-3433.

[9] 王颖, 李书娟, 高莹. 新生儿硬肿症的临床治疗分析与护理学研究[J]. 中国医药指南, 2019, 17(15):283-284.

[10] 冯玉琼. 重力喂养结合其他辅助方法在早产儿鼻饲喂养中的应用探讨[J]. 中国实用医药, 2016(31):187-189.