

康复训练对老年脊髓肿瘤患者膀胱功能恢复的影响分析

王晓庆, 王 婷, 张 宁, 刘 丹, 韩海静, 李 雯, 侯 芳[△](第四军医大学唐都医院
神经外科, 西安 710038)

【摘要】 目的 通过康复训练使老年脊髓肿瘤患者尽早拔除尿管并且减少尿路感染。方法 将 66 例患者随机分为两组, 康复组通过膀胱康复训练的方法提早拔除尿管, 减少泌尿系感染, 对照组按常规术后膀胱训练拔除尿管。结果 康复组尿管留置时间缩短、尿路感染率以及尿失禁率降低。结论 复功能训练可促进老年脊髓肿瘤患者顺利排尿。

【关键词】 康复训练; 老年; 脊髓肿瘤; 膀胱功能

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.069 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)19-2620-02

尽早拔除尿管, 减少泌尿系统感染, 恢复膀胱功能, 是脊髓肿瘤患者术后护理重要问题^[1]。本科自 2011 年 7 月至 2013 年 1 月对老年脊髓肿瘤患者进行膀胱功能训练, 得到满意疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 7 月至 2013 年 1 月收治老年脊髓肿瘤患者 66 例, 年龄 76~51 岁, 其中男 36 例, 女 30 例, 这些患者中颈段脊髓占位 16 例, 胸段脊髓占位 30 例, 腰段脊髓占位 20 例。将 66 例患者按住院号随机分为两组, 对照组 33 例, 康复组 33 例。两组患者术前均无排尿异常, 尿管在患者术中进行留置。两组患者根据年龄、病情、文化程度等一般情况经检验, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 按常规术后膀胱训练和尿管护理进行间歇夹闭尿管, 会阴擦洗, 选择拔除尿管时机。

1.2.2 康复组 分三个阶段进行康复训练。第一阶段, 术前鼓励患者晨起后多饮水, 使白天尿量达到 2 000 mL 以上, 20:00 以后不饮水, 睡前排尽尿, 尽量到第二天早上再排尿, 使患者形成有规律的排尿, 每次排尿时尽量排尽膀胱尿。术前 2~3 d 开始锻炼床上使用便器, 练习床上排尿动作。术前 1 周, 女性老年患者每天清洗会阴部 2 次, 并勤换内衣, 男性患者每天至少清洗会阴部 1 次, 防止逆行感染。第二阶段, 术后留置尿管 3~7 d, 每天液体量达到 2 000~2 500 mL 以上, 并鼓励患者多饮水, 使每天尿量达到 2 500 mL 以上, 以防膀胱内尿液中细菌的繁殖增长, 而且液体尽量在白天输完。麻醉完全清醒后, 定时夹闭尿管, 输液时 1~2 h 放尿一次, 可逐渐延长夹闭时间至 2~3 h, 未输液及夜间 4~5 h 放尿一次, 放尿时床头抬高 15°~30°, 放尿时提醒患者有意识地参与排尿; 并记录每次放尿量, 使其每次尿量逐渐达到 300~500 mL 以上, 逐步建立膀胱排尿机制。留置尿管期间不用做膀胱冲洗, 鼓励多饮水, 每日清洗会阴, 女性患者 2 次以上, 男性患者至少 1 次。选择拔除尿管时机。第三阶段, 对 1~2 周以上拔管后不能排尿的患者再采取以下措施, (1) 诱导疗法: 给予患者热敷腹部、听取流水声、温水冲洗会阴部, 排尿时按压膀胱。(2) 心理护理: 护理人员给予主动关心, 耐心地解释, 排尿时给予协助等。(3) 增加腹压排尿: 胸腰段脊髓肿瘤患者因术前肿瘤压迫神经及手术过程中机械性刺激和神经的不完全损伤, 使膀胱部分功能失控, 主动排尿功能差^[2]; 指导患者进行代偿性的排尿训练, 排尿时收缩腹肌, 同时双手按压膀胱区, 增加腹压, 尽可能排完膀胱内尿液^[3]。(4) 在患者病情允许的情况下, 即可开始进行针灸对症,

取三阴交、水道、曲骨、气海、阴陵泉等穴位进行电针治疗, 必要时加用维生素 B12 等营养神经的药物穴位注射疗法^[4]。(5) 对于尿失禁的患者每日坚持盆底肌群的训练。每晚睡前做床上抬腿运动(仰卧, 双腿同时上抬 90°)和肛门会阴收缩运动(腹部、会阴、肛门同时在吸气时收缩), 可促进松弛的膀胱基底和尿道肌张力增加^[5]。(6) 对逼尿肌无反射而尿道括约肌无痉挛的患者可采取 Crede 按压法进行训练。用手按摩膀胱区 3~5 min, 抵住膀胱底, 向耻骨方向按压, 同时嘱患者增加腹压使尿液排出^[6]。

2 结果

康复组留置尿管时间为 4.6 d, 泌尿系统感染率为 6.1%, 尿失禁率 3%, 与对照组(10.2 d、18.2%、15.2%)比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

排尿功能障碍造成长期尿失禁、排尿困难、反复泌尿系感染、尿路结石、肾积水, 最终可导致肾衰竭^[7]。因此如何做好神经源性膀胱的康复治疗 and 护理, 减少并发症, 是提高患者生存质量和预后的关键所在^[8]。

3.1 拔除尿管时机选择 患者处于脊髓休克期时膀胱均保持无感觉、运动、反射状态, 膀胱内可潴留尿液, 但无法排出^[4]。早期通过开展膀胱康复训练使患者建立自主排尿节律, 拔除尿管后能够自行排尿, 大大提高拔管的成功率, 缩短了留置尿管的时间。

3.2 适当的心理指导 使其更加积极主动的参与到疾病的治疗与决策中, 有效的管理自己的膀胱, 减轻心理负担与抵触情绪, 从而增强康复训练的效果^[9]。

3.3 泌尿系感染 通过早期康复训练使泌尿系统感染率大大下降, 减少了尿液引流不畅、泌尿系结石、膀胱内残留残余尿、尿液浑浊的发生, 提高了生活质量。

3.4 尿失禁的有效控制 老年患者排尿中枢神经功能衰退, 致使膀胱不能自主收缩, 引起尿失禁等, 尤其老年女性患者尿道松弛, 有些男性患者伴有慢性前列腺疾患, 通过训练有效的控制尿失禁。

3.5 髓胸腰骶段主要神经分布 为腰神经、马尾神经、骶神经、尾神经。各部位的肿瘤压迫神经可造成患者膀胱括约肌功能障碍、尿潴留、小便失禁等^[2]。通过早期膀胱功能的训练使患者的手术并发症大大地降低, 有效地缩短了住院时间, 降低住院费用, 树立战胜疾病的信心。

3.6 膀胱功能训练 膀胱功能训练的过程可有效提醒患者有意识的排尿, 使膀胱养成节律性充盈和排空的习惯, 促进反射

性收缩,逐渐帮助患者建立良好的排尿习惯,尽可能在短期内使失调的膀胱功能得到最大程度的恢复。

本研究结果显示,早期的康复功能训练可促进老年脊髓肿瘤患者顺利排尿,减少了泌尿系的感染,有助于促进患者早日康复,提高了患者的生存质量和预后,为尽快恢复社会角色提供了有力的保证。

参考文献

[1] 刘翠萍. 56 例老年患者留置导尿的护理体会[J]. 当代医学, 2009, 15(25): 107.
 [2] 郑洪茹, 柏晓郁. 脊髓腰骶段肿瘤患者的术后护理[J]. 中华现代护理学杂志, 2006, 3(22): 41.
 [3] 韦荣. 脊髓损伤患者膀胱功能的早期康复训练及效果[J]. 吉林医学, 2013, 34(5): 826-827.

[4] 彭惠珍, 周玉萍, 李兰英. 脊髓损伤患者膀胱功能的康复训练体会[J]. 中华现代护理学杂志, 2009, 6(15): 16.
 [5] 姚美文. 老年科男性尿路感染的易患因素与护理[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(6): 538-539.
 [6] 苏善英, 宋仕芬, 梁权, 等. 神经源性膀胱再训练的研究进展[J]. 护理实践与研究, 2012, 09(5): 103-104.
 [7] 陈碧霞. 膀胱功能训练在脊髓损伤伴神经源性膀胱患者康复中的作用[J]. 中国医药指南, 2013(6): 249-250.
 [8] 陈亚平. 盆骶肌综合治疗脊髓损伤后尿失禁的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(4): 267-268.
 [9] 时丽萍. 系统健康教育对神经源性膀胱患者自我管理能力的影 响[J]. 护理学杂志, 2009, 24(8): 86-88.

(收稿日期: 2013-01-29 修回日期: 2013-05-21)

优质护理在重度颅脑损伤气管切开患者中的实施效果

蔡志红, 张玲霞, 王 利(江苏省南京市第一医院/南京医科大学附属南京第一医院神经外科 210006)

【摘要】 目的 研究临床优质护理服务对重度颅脑损伤气管切开患者的护理效果。**方法** 选取 2010 年 6 月至 2012 年 6 月南京医科大学附属南京第一医院重度颅脑损伤气管切开患者 152 例作为研究对象,并随机分为优质护理组和对照组,每组各 76 例。对照组采用常规护理,优质护理组采取临床优质护理服务,分析比较两组患者护理后的临床效果。**结果** 优质护理组并未发生气管套管阻塞或脱出,且肺部感染和气道内出血的发生率也显著低于对照组,两组差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。优质护理组患者家属对护理人员操作技能、服务态度和病区环境间的满意度都高于对照组,且差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对重度颅脑损伤气管切开患者实施临床优质护理干预有较好的护理效果,可明显降低肺炎发生率,改善护患关系,值得在护理工作中推广应用。

【关键词】 重度颅脑损伤; 优质护理; 气管切开

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 19. 070 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)19-2621-02

做好气管切开患者的临床护理工作至关重要,优质护理能增强护理工作的计划性,大大提高护理效率,融洽护患关系,提高患者的生活质量^[1]。为进一步提高护理效果,作者对本院重度颅脑损伤气管切开患者实施了优质护理服务,并与常规护理的效果进行比较,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取重度颅脑损伤气管切开患者 152 例作为研究对象,其中男 89 例,女 63 例,年龄 16~70 岁,平均(42.5±4.1)岁,留管时间 5~40 d,平均(18.5±2.1)d。所有患者均符合重型颅脑外伤的诊断标准,即入院时患者的格拉斯哥(GCS)评分小于或等于 8 分,排除入院时已发生肺部感染的患者。按照不同的护理模式将所有患者随机分为优质护理组和对照组,各 76 例,优质护理组实施全方位的优质护理服务措施,对照组实施常规护理措施。两组在临床基本资料间的差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 优质护理措施 (1)气道管理。指导患者正确的体位,套管固定要牢固,随时调整氧流量,做到合理有效的给氧,保持呼吸道的有效湿化,以利于分泌物的排除;定时翻身拍背,及时吸痰,保证痰液的有效引流,以保持呼吸道通畅;严格无菌操作,保持气管切开部位敷料清洁干燥;加强口腔护理,严密观察有无气短,皮下或纵隔气肿,呼吸的深度及频率,如有异常,及时上报医生^[2]。(2)心理疏导。护理人员应向患者家属讲解行气管切开的必要性、安全性及重要性,以取得患者家属的信任,与患者建立良好的护患关系。(3)营造舒适的环境。为住院患者家属详细讲解医院的诊疗环境和相关的便民设施等,并帮助进行相关检查,以使其尽快熟悉住院环境;在病区内要避免噪音,

保持病房空气流通,温度、湿度适宜,为患者创造一个舒适、安静的环境。(4)健康教育。加强家属对患部的被动活动、防止肌肉萎缩及关节挛缩,保持心情舒畅,防止情绪激动,综合利用各种宣传方式对家属进行生活方式及饮食方面的健康宣教,以提高配合度。

1.3 效果评价 分别从两组患者并发症的发生情况及患者满意度两方面对效果进行评价。其中并发症包括肺部感染、气管内出血,套管阻塞及脱落的发生率。同时应用自行设计的调查问卷对患者家属的满意度进行调查,其中包括对操作技能、服务态度和病区环境等方面的满意率。

1.4 统计学处理 应用 SAS9.0 软件进行,两组定量资料的比较采用 *t* 检验;两组定性资料比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组护理效果的比较 优质护理组未发生气管套管阻塞或脱出,且肺部感染和气道内出血的发生率也显著低于对照组,两组在以上 3 种并发症发生率间的差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组并发症的发生状况[n(%)]

组别	n	气管套管阻塞或脱出	肺部感染	气道内出血
优质护理组	76	0(0.00)	26(34.21)	2(2.63)
对照组	76	7(9.21)	45(59.21)	8(10.53)

2.2 两组患者家属满意度的比较 由表 2 可见,优质护理组患者家属对护理人员操作技能、服务态度和病区环境间的满意度都高于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。