

腰椎间盘突出症多发于 20~40 岁青壮年,男性多于女性。这是由于一般男性的劳动强度较大,腰椎劳损较严重。女性腰椎间盘突出危险期则在产前、产后及更年期。腰椎间盘突出症好发于 $L_4 \sim L_5$, $L_5 \sim S_1$, 以坐骨神经痛为主。

随着医学科学的发展,康复护理在腰椎间盘突出症中越来越受到重视,并发挥了极大的作用^[9-12]。最佳的康复护理方法能缓解临床症状,促进受损神经恢复,从而提高临床疗效,减轻患者疼痛,改善生活质量,降低复发率。康复护理对患者进行调理,使其树立信心,提高配合治疗的依从性;使肌强度和耐力增加,防止肌肉萎缩;改变患者不正确的生活习惯,矫正坐位、站立、取物及携带重物的不良姿势,使腰椎生理屈度正常。所以康复护理对于腰椎间盘突出症的治疗有十分重要的作用^[13-15]。总之,康复护理对于腰椎间盘突出症有较好的效果,具有较高的临床价值,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 曹伟新,李乐之.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2007:154-178.
- [2] 邹树红,王升英,张彦妹.康复护理干预对腰椎间盘突出症患者生存质量的影响[J].中国临床医生,2011,39(4):47-49.
- [3] 许琼瑜,陈尚杰,朱芬.康复护理干预对急性腰椎间盘突出症患者腰椎功能恢复的影响[J].现代临床护理,2013,12(4):31-33.
- [4] 周艳芬.护理干预对于腰椎间盘突出症患者康复效果影响[J].中国医药指南,2012,10(15):651-652.
- [5] 程波,袁芳,陈晓莉.达标理论在腰椎间盘突出症术后康复训练中的应用效果[J].护理管理杂志,2014,14(3):206-208.
- [6] 梁启迪.腰椎间盘突出症的康复护理[J].中国医药指南,2013,11(6):447-448.
- [7] 余巧灵,寿棘.康复护理在腰椎间盘突出症患者中的应用[J].中国实用护理杂志,2012,28(9):21-22.
- [8] 王强虎.腰椎间盘突出症调养宜忌[M].西安:第四军医

大学出版社,2007:33-37.

- [9] Oosterhuis T, Costa LO, Maher CG, et al. Rehabilitation after lumbar disc surgery[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, 14(3):30-70.
- [10] Oosterhuis T, van Tulder M, Peul W, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of rehabilitation after lumbar disc surgery (REALISE): design of a randomised controlled trial[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2013, 5(14):124.
- [11] Demir S, Dulgeroglu D, Cakci A. Effects of dynamic lumbar stabilization exercises following lumbar microdiscectomy on pain, mobility and return to work. Randomized controlled trial[J]. Eur J Phys Rehabil Med, 2014, 50(6):627-640.
- [12] Ozkara GO, Ozgen M, Ozkara E, et al. Effectiveness of physical therapy and rehabilitation programs starting immediately after lumbar disc surgery[J]. Turk Neurosurg, 2015, 25(3):372-379.
- [13] van Helvoirt H, Apeldoorn AT, Ostelo RW, et al. Transforaminal epidural steroid injections followed by mechanical diagnosis and therapy to prevent surgery for lumbar disc herniation[J]. Pain Med, 2014, 15(7):1100-1108.
- [14] Mannion AF, Leivseth G, Brox JI. SSSL Prize winner; Long-term follow-up suggests spinal fusion is associated with increased adjacent segment disc degeneration but without influence on clinical outcome; results of a combined follow-up from 4 randomized controlled trials[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2014, 39(17):1373-1383.
- [15] Tschoeke SK, Kayser R, Gulow J, et al. Single-stage epidural catheter lavage with posterior spondylodesis in lumbar pyogenic spondylodiscitis with multilevel epidural abscess formation[J]. J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg, 2014, 75(6):447-452.

(收稿日期:2015-02-06 修回日期:2015-07-03)

• 临床探讨 •

欣皮固 C 型导管固定装置预防留置尿管引流期尿道损伤的效果观察

方 英, 蔡志萍[△], 史广玲(南京医科大学附属脑科医院门诊部, 南京 210000)

【摘要】 目的 探讨欣皮固 C 型导管固定装置预防留置尿管引流期尿道损伤的效果。方法 将 140 例患者按随机数字表法分为观察组和对照组各 70 例。两组采用常规方法置入导尿管, 气囊注入 10~15 mL 灭菌注射用水内固定。观察组在此基础上使用欣皮固 C 型导管固定装置将导尿管与尿袋引流管连接处固定于患者大腿前方 1/3 处, 观察两组的尿道损伤发生情况。结果 观察组尿道损伤发生率为 11.43%, 低于对照组的 27.14%, 差异有统计学意义($\chi^2=5.69, P<0.05$)。尿道损伤程度比较, 观察组中 I 度损伤 6 例、II 度损伤 2 例、III 度损伤 0 例; 对照组分别为 10、7、2 例, 两组各损伤程度之间比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。结论 采用欣皮固 C 型导管固定装置对导尿管进行外固定, 可有效减少留置导尿管引流期间尿道损伤的发生率, 临床值得推广。

【关键词】 欣皮固; 留置导尿; 气囊导尿管; 尿道损伤; 导管固定装置

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.01.050 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)01-0112-03

留置导尿是临床常见的侵入性操作之一^[1]。尿道损伤是

留置导尿最严重的并发症, 文献报道其发生率高达 8.66%~

72.58%^[2-4]。部分患者甚至可能因出血休克而危及生命安全^[5]。目前国内外已有较多研究报道了留置导尿管外固定的方法对导尿管相关尿路感染(CAUTI)的影响,却鲜有留置导尿管外固定对导尿管相关尿道损伤的文献报道。为降低留置导尿期间尿道损伤的发生率,探讨导尿管专用固定装置预防留置尿管引流期尿道损伤的效果,本院采用欣皮固 C 型导管固定装置对导尿管进行外固定,并进行对照研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2013 年 2 月入住本院重症医学科的 140 例患者作为研究对象,其中男 87 例,女 53 例;年龄 19~87 岁,平均(66.21±16.87)岁;按疾病种类分为脑梗死 43 例,脑出血 32 例,蛛网膜下腔出血 18 例,重型颅脑损伤 14 例,病毒性脑炎 14 例,重症肺炎 13 例,急性药物中毒 6 例。留置尿管时间 1~14 d(不足 24 h 者按 0 d 计算),平均(7.90±0.58)d。采用随机数字表法将研究对象随机分为两组,观察组和对照组各 70 例。两组患者在年龄、性别、疾病种类、留置尿管时间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)有留置导尿指征;(2)导尿操作过程顺利,一次性插管成功;(3)尿管留置时间大于或等于 1 d;(4)知情同意。排除标准:(1)入组前明确诊断为尿路梗阻或前列腺肥大增生;(2)入组前存在泌尿系统感染或尿路损伤出血;(3)导尿当时及导尿后 1 d 内出现的尿道损伤出血;(4)凝血机制异常或使用抗凝药物治疗;(5)存在其他潜在出血机制。

1.2 方法 (1)严格无菌操作:两组均按照无菌导尿技术,使用一次性无菌导尿包(广州维力医疗器械股份有限公司生产的 16FR 乳胶导尿管包)。常规方法置入气囊导尿管,见尿后再插入 7~10 cm,气囊注入 10~15 mL 灭菌注射用水,注水后向外轻拉尿管直至有阻力感。尿管经耻骨联合上方连接一次性精密尿袋(常熟市神灵医用器材有限公司)。(2)日常维护:两组均每日会阴护理 4 次;每周更换精密尿袋 1 次;每 2 周更换导尿管 1 次;保持引流通畅,避免尿液反流等。对照组采取常规固定方法,即导尿管气囊充气内固定后,精密尿袋悬挂于床沿。观察组在对照组的基础上使用欣皮固 C 型导管固定装置(北京格威德医疗用品有限公司)将导尿管“Y”形分叉处(即导尿管与尿袋引流管连接处)固定于患者大腿前方 1/3 处。(3)标本采集:分别于导尿当时及导尿后第 1、3、5、7、10 天采集尿标本送检,进行尿细胞计数检查,观察尿道黏膜损伤情况。

1.3 观察指标 根据尿道损伤的严重程度分为 3 度:(1)Ⅰ度损伤为镜下血尿,即尿液经离心沉淀后,镜检时每高倍视野红细胞大于或等于 3 个。(2)Ⅱ度损伤为患者出现尿道口少量出血、滴血或肉眼观察尿液呈洗肉水样。(3)Ⅲ度损伤为尿管引流出大量鲜红色血性尿液。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,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,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

观察组有 8 例发生血尿,尿道损伤发生率为 11.43%;对照组有 19 例发生血尿,尿道损伤发生率为 27.14%,两组之间比较差异有统计学意义($\chi^2=5.69, P<0.05$)。观察组中尿道损伤程度分别为Ⅰ度损伤 6 例、Ⅱ度损伤 2 例、Ⅲ度损伤 0 例;对照组分别为 10、7、2 例,两组各损伤程度之间比较差异均无

统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者尿道损伤发生率比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	Ⅰ度损伤	Ⅱ度损伤	Ⅲ度损伤	合计
观察组	70	6(8.57)	2(2.86)	0(0.00)	8(11.43)
对照组	70	10(14.28)	7(10.00)	2(2.86)	19(27.14)
χ^2		1.21	0.37	0.91	5.69
<i>P</i>		0.27	0.55	0.34	0.02

3 讨 论

3.1 留置导尿所致医源性尿道损伤的危害性 气囊导尿管因具有易于固定、方便冲洗等优点,已在临床使用多年。然而因使用不当,常引起一些并发症,以尿道损伤最为严重。出血是尿道损伤最直观的表现。由于后尿道血供丰富、组织比较脆弱,故该段尿道容易损伤,引起出血^[6]。医源性尿道损伤在留置导尿的插管、引流及拔管任一环节都有可能发生^[2]。因男性尿道的解剖特殊性,由于插管所致医源性尿道损伤的患者中以男性患者为主^[7],部分患者可因尿道损伤后瘢痕形成而导致尿道狭窄,影响排尿功能。而引流期及拔管期尿道损伤无明显性别差异。作者经文献查阅发现,目前国内对留置导尿所致医源性尿道损伤的研究多局限于导尿期及拔管期,而引流期的尿道损伤却较少涉及。

3.2 留置尿管引流期尿道损伤的原因分析 邹永梅^[2]认为,在留置导尿的引流过程中发生尿道损伤,主要原因是牵拉过度。气囊导尿管为乳胶或硅胶材质,本身具有一定的弹性,传统的导尿管固定方法使导尿管在弯曲时容易压迫尿道耻骨下曲的背面、耻骨前曲的腹面及尿道外口等部位,使尿道黏膜缺血坏死^[8]。且留置导尿多应用于病情危重、昏迷及排尿困难等卧床患者,因治疗护理的要求,需要在床上主动或被动翻身活动。若导尿管远端固定不牢或引流管过短,患者翻身或活动时导尿管在尿道内往返滑动和重力作用下坠,可加重对尿道弯曲处的损伤,即产生所谓的“弓弦样压迫效应”^[9]。加上导尿管过度牵拉等,可致气囊变形进入尿道,压迫尿道黏膜,导致坏死、出血^[10]。部分长期留置导尿的患者没有定期更换导尿管,以至气囊表面沉积的大量钙盐形成了鸡蛋壳样的气囊,当尿管受到牵拉时,更会加重损伤^[11]。如尿管外固定不牢,导尿管极易受到外力牵拉而脱出,造成后尿道及其周围附属器官损伤,导致尿道出血^[12-13]。

3.3 欣皮固 C 型导管固定装置的优点 欣皮固 C 型导管固定装置为导尿管专用设计的固定装置,使用时先除去背部的离型纸,将半透膜紧贴于皮肤,再用尼龙锁扣固定导尿管“Y”形分叉处。一贴一扣即可完成,操作简单、使用简便。其背面胶贴材料采用面积较大的半透膜,通过强力胶粘剂粘贴于皮肤上,更加牢固。使用欣皮固对导尿管进行外固定,不仅可以防止因导尿管牵拉对患者尿道造成的损伤,患者躁动拔管时也可起到一定的缓冲作用,防止导尿管被拔出。此外,其半透膜材质还可保证皮肤的正常呼吸,与传统的胶布交叉固定相比,在美观、牢固的同时,还可减少因粘贴胶布导致的局部皮肤过敏现象。其尼龙搭扣在固定导管的同时不易变形,可保证尿液引流更加畅通。本研究结果显示,观察组尿道损伤发生率为 11.43%,低于对照组的 27.14%,差异有统计学意义($P<$

0.05)。说明采用欣皮固 C 型导管固定装置可有效减少尿道损伤的发生率。

综上所述,采用欣皮固 C 型导管固定装置对导尿管“Y”形分叉处进行外固定,可有效减少留置导尿引流期尿道损伤的发生率,具有牢固、安全、简便的优点,临床值得推广。

参考文献

[1] 刘夕珍,刘春生,史广玲,等. 银离子抗菌凝胶预防留置尿管相关尿路感染的效果观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2013,23(7):1620-1621.

[2] 邹永梅. 气囊导尿管致尿道损伤的原因分析及护理对策[J]. 现代医学,2010,38(3):304-305.

[3] 王新民. 双腔气囊导尿管与男性尿道损伤[J]. 中原医刊, 2000,27(8):105.

[4] 何海燕. 气囊导尿管致尿道损伤的分析与预防[J]. 河北北方学院学报:自然科学版,2011,27(4):97-98.

[5] 杨雅筠. 前列腺肥大患者留置气囊导尿管致尿道出血的预防[J]. 基层医学论坛,2010,14(36):1117-1118.

[6] 汪洋,王凌. 良性前列腺增生症治疗的研究进展[J]. 中国

实用医药,2010,5(12):252-255.

[7] 米洁,胡静,陈炜,等. 气囊导尿管致医源性尿道损伤的常见原因及护理对策[J]. 中国社区医师:医学专业,2010, 12(31):192.

[8] 杨艳,张婷. 导尿管不同固定方法对尿道并发症影响与研究进展[J]. 上海护理,2013,13(1):61-64.

[9] 王耀平,贾德平,张琼. 导尿管性尿道狭窄 24 例诊治研究[J]. 临床泌尿外科杂志,2008,23(2):152.

[10] 宋树坤. 留置气囊导尿管导致尿道损伤相关因素分析[J]. 中国误诊学杂志,2010,10(17):4075-4076.

[11] 周凤珍. 气囊导尿管引起医源性尿道损伤的预防和护理[J]. 健康研究,2009,29(5):387-388.

[12] 陈玉珍,连春鸯,陈丽君. 3M 透明敷料在留置导尿管“双固定”中的应用[J]. 中华现代护理杂志,2013,19(2): 162.

[13] 范秀英. 剪去导尿管充气端对拔除气囊导尿管时尿道损伤的影响[J]. 当代护士,2012(1):148.

(收稿日期:2015-03-09 修回日期:2015-08-10)

• 临床探讨 •

唇腭裂患儿术前足部静脉穿刺难点与对策探讨

赵 玲(西安交通大学口腔医院手术室,西安 710004)

【摘要】 目的 探讨唇腭裂患儿术前足部静脉穿刺难点和提高穿刺成功率的对策。**方法** 对 122 例唇腭裂患儿采用改进操作方法选择合适的留置针或头皮针及最佳的穿刺部位和灵活的穿刺方法,并与对照组 110 例患儿对比穿刺效果。**结果** 改进方法后观察组穿刺成功率为 93.0%,高于对照组的 74.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 准备充分、选择合适的穿刺部位和穿刺工具、操作熟练、稳妥固定是提高穿刺成功率的关键。

【关键词】 唇裂; 腭裂; 足部静脉穿刺; 输液

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.01.051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)01-0114-02

患儿静脉输液是临床治疗、抢救最常用的技术操作^[1]。但由于唇腭裂患儿术前可选择静脉穿刺部位少、体质虚弱、早产、术前禁饮食、肥胖等原因,易出现一次穿刺不成功、针头移位滑出,关节处不易固定使得一次穿刺成功率低。针对患儿足部静脉穿刺中常见难点,本研究采取改进操作方法,借助工具进行妥善固定,严密观察穿刺部位,取得了较好的穿刺效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2014 年 1~12 月收住的唇腭裂手术患儿 122 例为观察组,其中男 73 例,女 49 例;年龄 3 个月至 4 岁,分别为 3 个月至<1 岁 57 例,1~2 岁 32 例,>2~3 岁 21 例,>3~4 岁 12 例。对照组选择本院 2012 年 1~12 月收住的唇腭裂手术患儿 110 例,其中男 66 例,女 44 例;年龄 3 个月至 4 岁,分别为 3 个月至<1 岁 51 例,>1~2 岁 29 例,>2~3 岁 19 例,>3~4 岁 11 例。两组患儿在性别、年龄等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 操作方法 对照组患儿按照传统的静脉穿刺方法,在足部、手背、肘部进行静脉穿刺,观察组患儿采用改进操作方法,按照要求均在足部静脉穿刺,具体方法如下。

1.2.1 做好穿刺前准备 调节室内温度到适宜范围(22~25℃),保障患儿浅表血管处于正常状态,充足的光线照明,为操作提供良好环境。为实施穿刺准备若干规格不同的小夹板或空纸盒,留置针及头皮针。

1.2.2 选择最佳穿刺部位 首选内踝处大隐静脉,此处静脉管径粗,位置表浅,易于观察,也容易摸清静脉走向及深浅,穿刺成功率高,但该处位于内踝关节,不易固定。其次选择足背静脉,此静脉位置表浅,易看清,容易判断静脉走向,但该静脉管径较细,要谨慎操作。再次选择足背外侧胫前静脉,此静脉更细、表浅,直行静脉很短,选择此静脉也是无奈之举^[2]。

1.2.3 选择合适的留置针或头皮针 内踝处穿刺首选留置针,大多选用美国 BD 公司 24GA 或上海林华 24GA 型留置针。留置针作为头皮针的替代产品^[3],以其操作简便、套管柔软、套管在静脉内留置时间长不易穿破血管壁等优点,广泛应用于临床中并获得普遍认可,尤其对术后需要搬动的患儿作为首选对象。穿刺足背静脉时,既可选择留置针也可选择头皮针,具体需根据足背静脉的管径而做出合理选择。而足背外侧胫前静脉应尽量选择 5 号半头皮针,这是因为留置针外径为 0.75 IN,略粗于小静脉,导致穿刺很难成功。