

• 基础护理 •

早期使用间歇导尿术在宫颈癌根治术后膀胱管理中的应用

朱雪琼, 朱海斌, 吕 敏, 杨颖琳, 俞 燕

浙江大学医学院附属第一医院, 浙江杭州 310003

摘 要:目的 观察早期使用间歇导尿术在宫颈癌根治术后膀胱管理中的应用效果。方法 将 100 例患者按住院号单双号分为观察组 49 例、对照组 51 例。对照组术后常规留置导尿管, 出院后按医嘱返院拔除留置导尿管; 观察组早期拔除留置导尿管使用间歇导尿术进行膀胱管理。比较两组排尿功能恢复时间和尿路感染发生率。结果 观察组排尿功能恢复时间为 (16.18 ± 11.89) d, 对照组为 (30.52 ± 47.20) d, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.001$)。尿路感染发生率观察组为 2.04%, 对照组为 9.80%。结论 腹腔镜下宫颈癌根治术后早期拔除留置导尿管采用间歇导尿术进行膀胱管理, 可以帮助患者尽早恢复排尿功能。

关键词: 宫颈癌根治术; 留置导尿; 间歇导尿; 膀胱管理

DOI: 10.3969/j.issn.1671-9875.2021.01.015

中图分类号: R472.9⁺2

文献标识码: A

文章编号: 1671-9875(2021)01-0057-03

据世界卫生组织数据显示, 宫颈癌发病率约每年 53 万例, 其中发展中国家宫颈癌病死率占全球的 80%^[1]。宫颈癌早期首选治疗方式为根治性子宫切除术联合/不联合盆腔淋巴结切除术^[2]。然而, 宫颈癌根治术后盆腔副交感神经损伤引起膀胱功能障碍是术后常见的长期并发症, 发生率为 8%~80%, 以尿潴留最为常见, 严重影响患者生活质量^[3]。传统观念认为宫颈癌术后下尿路功能障碍的护理干预应常规留置尿管 3~4 周, 并于复诊时拔除导尿管, 尝试自行排尿^[4]。长期留置导尿管不仅会影响患者的自主排尿反射和正常的膀胱功能, 也会增加菌尿症的风险, 导致耐药菌及有症状性尿路感染激增, 而且部分患者在拔除导尿管后仍会出现排尿困难和尿潴留等并发症^[5]; 同时对患者的生活质量也会产生严重影响, 如佩戴集尿袋造成的生活不便, 导尿管造成的会阴部擦伤, 甚至可能影响社交及性生活。间歇导尿(intermittent catheterization, IC)是一种不将导尿管留置于膀胱内, 仅在需要时插入膀胱导出尿液, 尿液排空后立即拔除的技术^[6], 被国际尿控协会推荐为协助神经源性膀胱患者排空膀胱最安全的首选措施, 是协助膀胱排空的金标准(证据等级 A)^[7]。本研究对宫颈癌术后患者早期拔除留置导尿管, 采用

间歇导尿术进行膀胱管理。

1 对象与方法

1.1 对象

本研究取得医院伦理委员会的批准, 患者均签署知情同意书。纳入标准: 腹腔镜下宫颈癌根治术后患者, 意识清楚, 上肢功能无障碍。排除标准: 长期使用抗生素治疗, 泌尿系感染, 术后出现严重并发症(如大出血、阴道瘘和膀胱穿孔), 严重精神疾病, 糖尿病, 营养不良, 肺结核, 严重心肺疾病及合并其他恶性肿瘤患者。选取浙江某三级甲等医院 2016 年 1 月至 2019 年 6 月收治的患者共计 100 例, 根据住院号单双号分为观察组 49 例和对照组 51 例。两组患者年龄、肿瘤分级、血红蛋白、血小板计数等资料比较见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

项 目	观察组 (n=49)	对照组 (n=51)	统计 量值	P 值
年龄/岁	49.67±10.07	48.06±9.55	0.823 ¹⁾	0.412
肿瘤分级/例(%)			1.438 ²⁾	0.487
FIGO I A	11(22.45)	8(15.69)		
FIGO I B	29(59.18)	36(70.59)		
FIGO II A	9(18.37)	7(13.72)		
血 红 蛋 白/ (g/L)	106.61±14.32	108.01±14.96	0.277 ¹⁾	0.600
血小板计数/ (×10 ⁹ /L)	174.61±46.01	190.71±53.81	1.717 ¹⁾	0.193

注: ¹⁾t 值; ²⁾χ² 值。

作者简介: 朱雪琼(1981—), 女, 本科, 主管护师, 护士长。

收稿日期: 2020-08-24

基金项目: 浙江省教育厅一般科研项目(自然科学类), 编号 Y201738128

1.2 方法

1.2.1 对照组

采取常规留置导尿管行膀胱管理。患者术后常规留置导尿管出院,出院前对患者进行健康宣教。告知患者每日饮水量 $>2\,000\text{ ml}$,并教会患者或护理人员用 0.5% 聚维酮碘棉球对尿道口、会阴、导尿管近端进行消毒;指导固定引流袋的方法,嘱定期到医院更换引流袋和导尿管,以及行尿常规检查,引流袋 1 周换 1 次,尿常规检查 2 周 1 次;定时夹闭导尿管,每 2~4 h 放一次尿,每次不超过 500 ml,防止膀胱功能出现废用性减退。术后 2~3 周,患者到医院复查,由手术医生拔除导尿管,鼓励患者尝试自行排尿,排尿后行泌尿系 B 超检查测量残余尿量,若残余尿量 $\geq 100\text{ ml}$,则更换导尿管后继续留置 1~2 周,再至医院门诊复诊,直至残余尿量 $<100\text{ ml}$,终止使用导尿管。

1.2.2 观察组

早期使用间歇导尿术进行膀胱管理。患者在术后 7 d 左右拔除留置导尿管,尝试自行排尿,患者自行排尿后,护士采用床边膀胱扫描仪对患者的残余尿量进行监测,评估患者的残余尿量。若残余尿量 $\geq 100\text{ ml}$,则行间歇导尿。导尿次数根据患者的自解尿量和残余尿量进行调整,两次导尿之间能自行排尿 100 ml 以上,残余尿量 300 ml 以下,每 6 h 导尿一次;两次导尿之间能自行排尿 200 ml 以上,残余尿量 200 ml 以下时,每 8 h 导尿一次;当残余尿量少于 100 ml 或为膀胱容量 20% 以下时,继续使用膀胱扫描仪连续 3 d 随机在患者自行排尿后监测残余尿量,若残余尿量均在 100 ml 以下,表示患者排尿功能恢复,可自行排尿,停止间歇导尿和膀胱扫描仪监测。出院前,护士给予患者及照护人员自我清洁间歇导尿的指导和培训,指导患者记录排尿日记。同时制定饮水计划,要求患者晨起至 20:00 每隔 2 h 饮水 200 ml,均匀摄入,避免短时间内大量饮水,如饮入流质(粥、汤、果汁等),需要减去相应分量饮水量,避免饮用可乐、汽水、咖啡、浓茶及西瓜等利尿食物,20:00 后避免饮水。患者如在出院前未恢复排尿功能,由护士指导患者自行间歇导尿,让患者自行

排尿后,清洗双手,面对镜子找到尿道口,使用消毒湿纸巾清洁会阴部和尿道口后,插入一次性导尿管,排尽残余尿,观察排出尿液的颜色、性状和量,并记录到排尿日记本上。经评估,患者能掌握清洁间歇导尿技术及注意事项,则准许出院,继续跟踪随访,记录患者恢复自主排尿时间。

1.3 评价指标

1.3.1 排尿功能恢复时间

膀胱恢复自主排尿时间的定义:患者手术开始至能够自主排尿,且残余尿量 $<100\text{ ml}$ 时所需要的时间。由医生评定两组患者排尿功能恢复的时间。对照组患者术后拔除留置导尿管后,能自行排尿且 B 超检查显示残余尿量 $<100\text{ ml}$,则评定排尿功能恢复。观察组患者术后拔除留置导尿管行间歇导尿,患者能自主排尿,且连续监测 3 d 残余尿量 $<100\text{ ml}$,评定排尿功能恢复。

1.3.2 尿路感染

尿路感染:具有临床症状的患者,且尿液培养有微生物的生长^[8]。临床表现满足以下一项或多项症状/体征:发热;尿失禁或症状恶化(包括从留置导尿管与尿道之间漏尿);痉挛状态增加;不适、嗜睡或烦躁不安;混浊尿伴异味增加;肾脏/膀胱上区域不适或疼痛;排尿困难加剧;自主神经反射异常。实验室检验结果满足以下一项或多项:间歇导尿法留取尿液,细菌菌落数 $>10^2\text{ cfu/ml}$;清洁中段尿留取尿液,细菌菌落数 $>10^4\text{ cfu/ml}$;耻骨上穿刺抽取尿液,任何浓度的菌尿;白细胞尿,即新鲜尿标本经离心,应用相差显微镜检查(400 $\times$)发现 10 倍或更高浓度的白细胞。对照组患者在拔除留置导尿管时进行尿常规检查,1 周后复查,由医生判断是否发生尿路感染。观察组患者在行间歇导尿前、间歇导尿期间及终止间歇导尿时进行尿常规的监测,护士在行间歇导尿时注意观察尿液的性状、颜色和气味,医生根据实验室检验结果及临床表现判断有无尿路感染的发生。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 19.0 统计软件对所获数据进行统计学分析,正态分布的计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用两独立样本 t 检验,不满足正态分布的计量资料

采用 Wilcoxon 秩和检验;计数资料以例(%)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

两组患者临床结局比较见表 2。

表 2 两组患者临床结局比较				
项 目	观察组 (n=49)	对照组 (n=51)	Z 值	P 值
排尿功能恢复时间/d	16.18±11.89	30.52±47.20	3.970	<0.001
尿路感染/例(%)	1(2.04)	5(9.80)	—	0.205 ¹⁾

注: ¹⁾ Fisher 精确概率法。

3 讨论

3.1 早期使用间歇导尿术可加快宫颈癌根治术后患者排尿功能恢复

常规宫颈癌根治术后需要留置导尿 3~4 周,长期留置导尿后会影 响患者的自主排尿反射和正常的膀胱功能,部分患者在拔除尿管后会出现排尿困难和尿潴留等并发症,从而不利于排尿功能恢复,如无任何措施介入,会一直处于排尿困难和尿潴留状态,并且需要长期留置导尿。长时间留置尿管可引起膀胱张力减弱及逼尿肌收缩力降低,以致拔除尿管后患者不能正常排尿。间歇性导尿顺应了膀胱的生理功能特点,使膀胱平时处于充盈状态,根据功能恢复情况适时将尿液排引出,从而使膀胱括约肌得到有效锻炼。本研究表明,观察组排尿功能恢复时间为(16.18±11.89)d,对照组为(30.52±47.20)d, $P<0.001$,差异具有统计学意义。表明宫颈癌根治术后早期拔除留置尿管进行间歇导尿使患者储尿和排尿功能接近生理状态,从而达到训练膀胱功能的目的,有助于患者膀胱功能尽早恢复,促进患者早期恢复自主排尿功能。

3.2 早期使用间歇导尿术不会增加宫颈癌根治术后患者尿路感染发生率

长期留置导尿存在尿路结石、导尿管漏尿、尿道压疮等风险,同时导尿管相关尿路感染亦是留置导尿患者较常见的并发症^[9]。有文献表明留置

导尿若超过 1 个月,几乎均可检测到细菌^[10]。这不仅严重降低了患者的生活质量,也增加了患者的经济负担,同时发生耐药的风险也随之增高。顺应膀胱生理状态可促进膀胱功能的恢复,降低残余尿量,降低尿路感染率。在本研究中,观察组仅 1 例患者发生尿路感染,而对照组有 5 例患者发生尿路感染($P=0.205$)。尽管两组患者尿路感染发生率之间比较差异无统计学意义,证明宫颈癌根治术后早期拔除留置尿管行间歇导尿,不会增加尿路感染的发生率。所以早期拔除留置尿管使用间歇导尿进行膀胱管理是安全的,而且也不会增加尿路感染的发生率。

参考文献:

[1] 周琦,吴小华,刘继红,等. 宫颈癌诊断与治疗指南(第四版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2018,34(6):613-622.

[2] 周晖,王东雁,罗铭,等.《FIGO 2018 妇癌报告》——子宫颈癌指南解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2019,35(1):95-103.

[3] SHEN X, WANG C, WU W, et al. Effects of clean intermittent self-catheterization on late bladder dysfunction after radical hysterectomy in cervical cancer[J]. Journal of International Medical Research, 2019;1410458698.

[4] 高杰,刘莉,张宏. 宫颈癌尿潴留病人居家清洁间歇导尿体验的质性研究[J]. 全科护理,2018,16(29):3585-3588.

[5] 李飞,宋美璇,李显蓉. 长期留置导尿患者成功拔除尿管的最佳指南意见[J]. 护理学报,2018,25(5):1-5.

[6] ADRIAANSEN J J E, VAN ASBECK F W A, TEPPER M, et al. Bladder-emptying methods, neurogenic lower urinary tract dysfunction and impact on quality of life in people with long-term spinal cord injury[J]. Journal of the American Paraplegia Society, 2017,40(1):43-53.

[7] 中国康复医学会康复护理专业委员会. 神经源性膀胱护理实践指南(2017 年版)[J]. 护理学杂志,2017,32(24):1-7.

[8] PINEIRO PÉREZ R, CILLERUELO ORTEG M J, ARES ÁLVAREZ J, et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria[J]. Anales de Pediatría, 2019,90:400-401.

[9] GNADE C, WU C, TEN EYCK P, et al. The influence of an electronic medical record embedded best practice alert on rate of hospital acquired catheter associated urinary tract infections; do best practice alerts reduce CAUTIs? [J]. Urology, 2020,141:71-76.

[10] The National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary tract infection (catheter-associated): antimicrobial prescribing[S/OL]. [2018-11-23]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng113>.