男性导尿术成功实施的经验

车腾飞
（江西省肿瘤医院　南昌 330029）

关键词：导尿术；男性；护理
中图分类号：R 473.6　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.070

在急诊工作中，常常遇到男性急性尿潴留患者，必须导尿。由于男性尿道结构的特殊性，而且这些病人往往伴有前列腺肥大、尿道狭窄等病变，导尿常成为一个棘手的问题。通过多年临床实践，我们探索出一种简单易行的男性导尿方法，经临床 31 例操作实践，全部成功。现介绍如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　全部病例均为 2001 年 3 月 ~2009 年 6 月来我院急诊科应诊者，总计 62 例，初诊 15 例，复诊 47 例，均为男性，年龄 46~81 岁，平均 69 岁。全部病例随机分成 A 组（传统导尿法组）31 例和 B 组（新法导尿组）31 例。两组固定人员操作，全部病例经临床和实验室确诊，具体病因见表 1。

表 1　62 例尿潴留病因分析　例

组别	n	非阻塞性尿潴留			阻塞性尿潴留			
		膀胱驰缓症	脊髓损伤(腰椎骨折)	反射痉挛(直肠、盆腔手术)	膀胱结石	前列腺肥大	前列腺癌	尿道狭窄
A 组	31	5	6	7	2	6	3	2
B 组	31	7	4	6	1	8	3	2

1.2　方法　两组均无菌操作。B 组选取合适的已消毒的导尿管，以无菌石蜡油涂抹导尿管前端，左手用纱块将阴茎举起向腹侧伸直，与腹壁的夹角 0~30°，右手将导尿管沿尿道口缓缓顺势插入膀胱至所需长度，在导尿管接近膀胱时，常会引起膀胱颈肌肉的强力收缩，妨碍尿管推进，此时可稍停片刻，即可顺利进入膀胱。若因前列腺肥大，尿管进入受阻时，可另请助手用左手食指插入直肠内，轻压前列腺尖部，操作者随即将尿管插入膀胱。尿管进入膀胱后，左手轻轻按压小腹，引出膀胱尿液后，缓缓向外拔出少许，至无尿排出后，再向膀胱内插入 2~5cm，这时尿管的端头恰巧在膀胱颈部上方，是引流膀胱尿液最通畅的位置，妥善固定，以防滑脱。A 组则将尿管插入尿道，顺势将尿管送入膀胱。

1.3　围导尿期护理　术前告知病人家属，老年人怕痛，往往有逃避、紧张心理，为此，必须解释、疏导、缓解心理压力；与此同时，老年人病情变化快，因此必须随时注意患者的 P、R、BP 及意识状态，及时作好应对措施。术后做好后续的治疗指导，如果已做留置导尿，应做好留置导尿的护理工作。

1.4　结果　A 组 31 例采用传统手法导尿，一次成

手术，给予吸氧、强心、利尿，提高血浆胶体渗透压，纠正电解质及酸碱平衡紊乱。

4　术后护理

4.1　加强生命体征观察　术后密切观察生命体征，每小时测血压、脉搏 1 次，连续 6h，若有异常，及时通知医生。宫腔镜检查术后，一般子宫出血很少，3~7d 后自行干净，不须特殊处理，若阴道出血较多，应及时通知医生处理。宫腔镜检查术的腹痛一般不明显，且持续时间短，不需处理会自行消失。

4.2　预防感染　术后根据手术程度给予口服或静脉滴注抗生素，并针对原发病灶进行处理。手术过程中严格执行无菌操作规程；术后注意保持外阴清洁，每日温水清洗，术后 1 个月内禁止性生活及盆浴，保持会阴清洁，防止逆行感染，以免造成盆腔炎。

5　讨论

宫腔镜是近年来在国内广泛开展的妇科新技术，在育龄妇女，子宫肌瘤、子宫内膜增生和内膜息肉是宫腔镜检查最常见的病变；在绝经期的妇女中，子宫内膜增生、内膜息肉和肌瘤最为常见，其次为子宫内膜萎缩和内膜癌。临床遇到有月经过多、经期延长、出血淋漓不止、不孕症等症状，或绝经后异常子宫出血、阴道排液等，应考虑做宫腔镜检查，以确定有无子宫内膜病变。

电视宫腔镜检查技术在为子宫腔内疾病的诊断提供先进手段的同时，也对护理工作提出了更高的要求。护士要熟练掌握宫腔镜检查及治疗的步骤，器械的管理、保养，做好手术前准备，特别是术中医护要密切配合，护士一旦稍有松懈，膨宫液断流就有可能造成空气栓塞，给病人造成严重的伤害。实践中，笔者体会到扩张宫颈和膨宫是患者出现不适和疼痛的主要阶段，逐号扩张宫颈以及调整适当的宫腔压力是预防的手段，暴力和突然的刺激易使迷走神经兴奋，逐渐缓慢的刺激使病人容易耐受。在临床护理工作中，我们不能因为宫腔镜检查术方法简单而轻视围手术期的护理。护理工作者必须掌握宫腔镜的有关知识，这样才能实施有效的护理，提高护理质量，为新技术、新项目的开展创造条件。

（收稿日期：2009-09-23）

实用中西医结合临床 2010 年 9 月第 10 卷第 5 期

自理理论在肺癌化疗中的应用

丁建萍

（江西省肿瘤医院　南昌 330029）

摘要：目的：增强肺癌化疗患者的自理能力，提高其生活质量。方法：将 100 例化疗患者随机分为对照组和实验组，每组各 50 例，对照组采用化疗病人常规护理，实验组应用 Orem 护理系统中部分补偿系统和辅助教育系统进行护理干预。结果：实验组积极乐观，主动配合治疗，化疗药物渗出率较对照组低，未出现皮肤坏死和静脉炎。而对照组发生 3 例皮肤坏死，10 例静脉炎。结论：Orem 自理模式可提高化疗患者的自我护理能力，从而提高化疗患者的生活质量。

关键词：肺癌；化疗；自理模式；护理

中图分类号：R 473.73　　**文献标识码：**B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.071

自理理论是由美国著名的护理理论学家奥瑞姆（Orem）提出，这种护理理念以理论指导实践，成为临床护理的指导模式[1]。肺癌是危害人们生命健康的常见恶性肿瘤，其发病率及死亡率居我国大中城市肿瘤之首[2]，也是世界人类最主要的死亡原因[3]。NP 方案（盖诺 + 顺铂）是肺癌常见的化疗方法，化疗药毒性大、副作用强，在杀伤肿瘤细胞的同时对机体正常细胞也具有杀伤作用，从而间接地造成自理缺陷。如何使化疗患者在化疗期间自我保健能力得到最大限度的发挥，成为摆在医护人员面前的一个全新的研究任务。我们将 Orem 自理理论和健康教育结合在一起，对 50 例化疗患者实施护理干预，有效提高了其自我保健能力和自理能力。现报告如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　将 100 例化疗患者随机分为实验组和对照组，每组各 50 例，其中男 72 例，女 28 例，年龄 49~76 岁，大专以上文化程度 41 例，高中 39 例，初中及以下 20 例。既往和目前无精神疾病、意识障碍和残疾等直接影响其自理能力的重大疾病，病人卡氏评分≥ 60 分。两组患者性别、年龄、病情、文化程度比较，差异无显著性意义（均 P>0.05）。

1.2　方法　对照组采用化疗常规护理，实验组应用 Orem 护理系统中部分补偿系统和辅助教育系统进行护理干预。干预方法如下：

1.2.1　入院宣教期间　对照组行常规入院宣教，如医院环境、规章制度、经管医生和护士等。实验组在常规宣教的基础上，耐心讲解恶性肿瘤相关知识及治疗效果，列举长期生存病例，以取得患者积极配合。

1.2.2　化疗宣教期间　对照组行常规护理，如观察生命体征等。实验组介绍化疗药的毒副作用及保护血管方法，宣教并发症的临床表现。实验组化疗时穿刺侧肢体制动，需大小便时提前 10min 与护士取得联系，化疗结束局部外敷京万红软膏，化疗期间每天喝水 2 000mL。

1.2.3　出院宣教期间　对照组出院时行常规宣教，如出院后用药、复诊指导等。实验组将 Orem 支持教

功 25 例，另 6 例改用耻骨上膀胱穿刺抽尿减压，导尿成功率 80.6%；B 组 31 例采用新法导尿一次成功，成功率 100%。见表 2。

表 2　A、B 两组导尿成功率　例

组别	n	一次导尿成功	导尿失败改耻骨上膀胱穿刺抽尿	导尿成功率（%）
A 组	31	25	6	80.6
B 组	31	31	0	100

2　讨论

男性尿道有三个狭窄，即尿道内口、外口和膜部三处。前列腺肥大多见于中叶和左右叶，中叶肥大向上发展时，将尿道内口后方的膀胱黏膜顶起而导致排尿困难；左右叶肥大，从两侧压迫尿道，可致尿潴留。为此，可另请助手用左手食指插入直肠内轻压前列腺尖部，尿管即可进入膀胱。B 组 8 例即采用此法顺利将尿管送入膀胱，操作时注意动作必须轻柔，选取的导尿管粗细必须合适，过粗难以插入，过细易形成岔道。

当阴茎松软时，尿道有两个弯曲，一个是耻骨下弯，位于耻骨联合下方，凹向上，阴茎位置变动时，此弯曲不变；另一个是耻骨前弯，凹向下，上提阴茎或阴茎勃起时即消失，此时只有一个凹向上的大弯。我们采用新法导尿时按此原理将阴茎上提紧贴腹壁，不仅使前弯消失，而且使其以最佳角度并入耻骨下弯，使尿道耻骨前弯与下弯融合成一流畅向上凹的弧度。据抛物线原理，直线阻力最大，只保留一个弯曲度，使插管减少了阻力，降低了导尿管受阻盘曲的可能。

成人男性尿道长 16~22cm，尿管插入深度必须控制在 16~22cm，插入过短，导尿管未进入膀胱，无法引出尿液；插入过长，则导尿管盘曲在尿道或膀胱内，引流不畅。尿管推进到膀胱颈时必须稍停片刻，以防膀胱颈肌肉的强力收缩，妨碍尿管推进。

（收稿日期：2010-01-13）