

表 1 两组护理后各项指标比较 例(%)

| 组别 | n | 健康知识知晓 | 护理满意度 | 并发症发生 | 护患纠纷发生 |
|-----|----|----------|----------|--------|---------|
| 观察组 | 45 | 40(88.9) | 42(93.3) | 0 | 1(2.2) |
| 对照组 | 45 | 23(51.1) | 30(66.7) | 4(8.9) | 6(13.3) |

3 讨论

从本研究结果可见，实行人文关怀肿瘤临床护理带教法后，肿瘤患者对健康知识的知晓率提高至 88.9%，护生护理满意度达 93.3%，无 1 例严重并发症发生，护患纠纷率仅为 2.2%。说明实行人文关怀临床护理带教法，能树立起护生人员的主动服务意识，为临床全面更好地开展优质护理工作，也为提高临床整体护理水平奠定了坚实的基础，具有重要的临床价值。

参考文献

- [1]郭冬梅.人文关怀在护理临床带教中的应用[J].中外健康文摘,2011,8(13):301
- [2]刘淑,李丹.人文关怀在护理临床带教中的应用[J].医学信息,2012,25(8):26-27
- [3]陈兴莲,杜惠玲.人文关怀在临床护理带教中的应用[J].新疆中医药,2012,30(1):64-65

(收稿日期:2014-07-22)

理解和接受为目标,并为此不断改进教学方法,以提高教学质量。提倡鼓励式教学,切实执行教与学双向反馈制度^[3]。这样,换位思考的教学理念才能自然地介入到临床护理实践中。

1.3 调查方法 分别对两组带教法的护生对应组护理后的肿瘤患者给予自制的调查问卷进行健康知识和护理满意度调查,按照肿瘤患者回答的得分进行评分,分为 10 题,每题 0~10 分,80 分以上认为知晓。护理满意度分为 4 个等级,非常满意、满意、一般满意、不满意,满意度=非常满意率+满意率。

1.4 统计学方法 本研究数据间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

观察组护理后的肿瘤患者对健康知识的知晓率、护理满意度明显高于对照组 ($\chi^2=31.58, P<0.01$; $\chi^2=19.53, P<0.01$); 肿瘤患者并发症发生率、护患纠纷发生率明显低于对照组 ($\chi^2=11.2, P<0.05$; $\chi^2=6.97, P<0.05$), 均具有统计学意义。见表 1。

宫颈癌术后尿潴留护理干预的临床分析

杨靖文

(甘肃省定西市人民医院功能科 定西 743000)

摘要:目的:探讨宫颈癌术后尿潴留的护理干预效果。方法:将本院 68 例宫颈癌手术患者分为实验组和对照组各 34 例。实验组进行系统性的护理干预,包括盆底肌肉及腹肌锻炼、定时开放结合个体化排尿训练、掌握拔尿管时机、心理辅导等;对照组采取常规的留置尿管定时开放。结果:实验组拔除尿管后第一次有 5 例患者残余尿量 >100 mL,对照组有 14 例;实验组有 3 例存在尿潴留的患者,对照组有 10 例。两组患者护理效果比较均具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:对患者采取宫颈癌术后的护理干预能有效地预防尿潴留的发生。

关键词:宫颈癌术后;尿潴留;护理干预;临床分析

中图分类号:R473.71

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.062

宫颈癌是常见的妇科疾病之一,严重影响着妇女的身心健康和家庭和谐,且疾病发生率逐年上升^[1]。宫颈癌手术往往对患者造成膀胱功能障碍,常出现尿潴留的病症。尿潴留会对患者术后的身体恢复和生活质量造成不同程度的影响,延长了治疗时间,增加了治疗费用,给患者经济和精神上带来压力^[2]。本文对我院 68 例宫颈癌术后尿潴留综合防御护理效果进行分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 3 月~2013 年 3 月在我院行宫颈癌术的 68 例患者,随机分为对照组和实验组各 34 例。对照组患者年龄 34~69 岁,平均 43.3 岁;实验组患者年龄 33~75 岁,平均 46.9 岁。两组患者的手术方式均为子宫切除+盆腔淋巴结清扫术(包括子宫、子宫周围韧带、子宫颈旁和阴道旁感染的组织部分、腹膜外盆腔淋巴结、腹主动脉旁淋巴结),术后两组患者均用 16 号双腔气囊式导尿管。

两组患者一般资料经统计学分析,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 实验组 采取一系列的综合护理进行干预:根据患者的文化水平、心理状况和身体现状制定护理措施;在手术前 2 d 和术后 5 d 指导患者进行尿道、阴道、肛门部位收缩与舒张锻炼,3 次/d,每次 5~10 min;术后 7 d 根据患者的身体情况,导尿管定时开放,鼓励患者尽可能每 4 小时排尿一次,使患者术后的排尿反射恢复正常。术后 15 d 将尿管拔除,拔尿管前嘱患者饮水 400 mL,在肛门内注入开塞露 20 mL,嘱患者在排尿时深呼吸,在排尿器内倒入适量的热水;患者拔除尿管 7~10 h 后再次排尿,彩超下测残余尿量;对患者自行排尿情况进行检查;护理人员对患者拔除尿管后出现的焦虑、悲观、失望等心理因素进行心理护理,减少患者的心理压力。

1.2.2 对照组 常规进行术前注意的相关问题以

及简单的心理疏导; 术后 7 d 定时开放放置在体内的导尿管, 3~5 h 开放一次; 术后 14 d 拔除导尿管, 嘱咐患者饮水排尿; 患者自主排尿 7~10 h 后再次排尿 1 次, 彩超下测残余尿量。

1.3 护理方法 手术后泌尿系统感染引发了尿潴留, 因此在护理中要采取预防尿道感染的措施。对实验组和对照组的患者均采取了以下护理措施: 导尿管放置前对患者的病情进行评估, 选择适当材质的尿管; 使用一次性导尿管, 熟练操作尿管的放置与连接, 在短时间准确无误地完成尿管放置, 减少污染; 在尿管放置期间要严格护理尿管, 对患者的会阴部要及时用碘伏进行擦洗, 2 次/d, 保持其外阴及尿道口清洁; 定期更换导尿管和尿袋, 并保持导尿系统的密闭性与清洁, 防止患者在活动时尿袋中的尿液流入导管进入尿道引起感染; 每天留取尿液的样本进行检测, 以便及时发现尿液的异样和尿路感染; 患者的饮水, 护理人员嘱咐患者每天的饮水量保持在 2 000~3 000 mL, 适当地增加饮水量可以提高排尿的次数, 有利于尿道的畅通, 减少尿道干燥引起的感染^[3]。

1.4 尿潴留的临床诊断标准 宫颈癌术后尿管留置一般为 12~15 d。尿潴留是指患者在拔除导尿管之后自主排尿或者排尿后在膀胱中留有残余, 残余量 ≥ 100 mL。检测方式: 拔管 5~6 h 后排尿 1 次留下的残余尿量, 如果残余尿量 < 100 mL, 则视为正常; 如果残余尿在 100~120 mL, 经处理不能正常排出, 则为尿潴留; 如果残余尿 > 120 mL, 再次插入尿管, 尿管放置 4~7 d 后拔管测残余尿量。

1.5 统计学分析 采用 SPSS17.0 统计软件对两组数据进行比较, 采用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者拔除尿管后第 1 次残余尿测定比较 见表 1。

表 1 两组患者第 1 次残余尿测定比较 例 (%)

| 组别 | n | ≥ 100 mL | < 100 mL |
|------------|----|---------------|------------|
| 对照组 | 34 | 14 (41.18) | 20 (58.82) |
| 实验组 | 34 | 5 (14.71) | 29 (85.29) |
| χ^2 值 | | | 4.9648 |
| P 值 | | | 0.0216 |

2.2 两组患者拔除尿管后尿潴留情况比较 见表 2。

表 2 两组患者拔除尿管后尿潴留情况比较 例 (%)

| 组别 | n | 正常排尿 | 尿潴留 |
|------------|----|------------|------------|
| 对照组 | 34 | 24 (70.59) | 10 (29.41) |
| 实验组 | 34 | 31 (91.18) | 3 (8.82) |
| χ^2 值 | | | 4.9471 |
| P 值 | | | 0.0213 |

3 讨论

3.1 宫颈癌术后容易引发尿潴留 宫颈癌手术时, 为了彻底根治病毒, 将膀胱和输尿管上段的神经部分切除, 或将膀胱及尿道上的副交感神经同宫旁

组织主韧带及盆腔淋巴结一并切除。神经切除必然引起膀胱麻痹和肌肉萎缩, 导致术后发生常见的尿潴留。宫颈癌手术创伤面比较大, 涉及神经的切除, 使血液循环减少, 加上麻药的作用, 使患者神经紧张。伤口愈合时间长和导管排尿的原因, 很容易形成尿潴留。

3.2 腹肌、盆底肌功能锻炼的作用 排尿的过程是在神经系统的控制下, 通过膀胱、阴道、尿道、盆底和会阴等多部位肌肉协同来完成的。宫颈癌手术对完成排尿功能部位的神经造成了损伤, 使排尿功能减弱, 因此对部位肌肉舒缩锻炼有利于恢复功能。

3.3 定时排尿结合个性化排尿有利于排尿功能的恢复 在手术后 7 d, 嘱咐患者在间隔 3~4 h 开放 1 次导尿管, 同时也根据患者膀胱充盈程度和排尿的意识安排排尿时间, 指导患者尽可能地按照正常方式排尿, 有利于膀胱中残余尿液的排空。在排泄器中放入热水可以使外阴部肌肉受热而松弛, 帮助尿液排泄, 提高排尿的几率, 减少尿潴留的发生^[4]。

3.4 插入和拔除导尿管与呼吸动作协调的意义 在导尿管的插入与拔除的过程中, 由于患者心理紧张, 加之在整个过程中对尿道黏膜产生的损伤, 会使患者有疼痛感。患者在插入和拔除导尿管的瞬间, 神经极为敏感, 大脑处在高度的兴奋状态, 失去对排尿意识的控制。严重者可以使尿道和膀胱附近的肌肉痉挛, 排尿失控, 以致发生尿潴留。在导尿管插入和拔除的过程中, 患者的深呼吸可以减轻紧张的心理, 使肌肉处于一种松弛的状态下, 对插入和拔除的物体不够敏感, 使插入和拔除尿管的阻力减少, 从而减轻患者的疼痛。

3.5 开塞露的作用 开塞露成分为山梨醇 (45%~50%)、硫酸镁 (10%) 或含甘油 (55%), 此药物能够刺激肠壁引起排便, 同时也能刺激膀胱收缩而引起排尿反射, 可以提高排尿的成功几率。

3.6 心理护理的作用 导尿管在患者的体内长期滞留, 给患者的生活带来不便, 使患者不能自由活动, 而且感到非常不舒服, 产生失落、悲观、紧张和焦虑的心理问题。这些心理问题抑制排尿意识的产生, 也会造成尿潴留出现。因此要对患者及时进行心理疏导, 安慰患者, 减少患者不良情绪的产生, 提醒患者注意排尿时间, 提高及时排尿的意识, 从而有效地预防尿潴留的发生。

本对比研究结果显示, 综合性护理干预对于降低宫颈癌根治术后尿潴留的发生具有良好的效果。对照组尿潴留发生率为 29.41%, 实验组为 8.82%, 两组患者尿潴留发生率差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。且实验组 3 例尿潴留患者再 (下转第 85 页)

$y=9.0279x+36.747$, $R=0.9993$, 线性范围 0.001 5~0.009 0 mg/mL。

2.2 精密度试验 在相同色谱条件下, 取同一延胡索乙素对照品溶液 (0.004 5 mg/mL) 20 μ L, 连续进样 6 次, 平均峰面积为 804.3, RSD 0.74%。

2.3 稳定性

取同一供试样品溶液, 每隔 1 h 进样 1 次, 共进样 6 次, 平均峰面积为 433.9, RSD 1.77%, 结果表明供试品溶液在 8 h 内稳定。

2.4 重复性试验 取同一批消痛灵 6 份, 依上法测定, 延胡索乙素平均含量 0.66%, RSD 1.35%, 结果表明方法重现性良好。

2.5 加样回收实验 分别精密称取已知含量的样品 (共 6 份), 每份约 1.0 g, 分别精密加入对照品溶液, 按上述方法测定并计算回收率, 结果延胡索乙素平均回收率为 95.4%, RSD 为 1.71%。

2.6 样品处理方法的考察

2.6.1 提取溶媒对延胡索乙素提取效果的影响 庄建红等采用超声、冷浸、热回流 3 种不同的提取方法, 对延胡索中延胡索乙素含量测定进行比较, 结果表明超声提取方法含量高, 操作简便^[5]。因此本实验精密称取等量的消痛灵分别用 20% 乙醇、0.1 mol/mL HCl、氨水 - 甲醇 (1:20) 超声溶解, 按供试品溶液的制备方法处理, 在以上色谱条件下测定。结果显示, 以氨水 - 甲醇 (1:20) 为溶媒时, 延胡索乙素的色谱峰面积均未达到自动积分的最小值; 以 0.1 mol/mL HCl 为溶媒时延胡索乙素的峰面积明显小于以 20% 乙醇为溶媒时的峰面积, 故最终确定用 20% 乙醇作为提取溶媒。见表 1。

表 1 溶媒对延胡索乙素提取效果影响测定结果

| 溶媒 | 保留时间 (min) | 峰面积 | 含量 (%) |
|----------------|------------|-------|---------|
| 20% 乙醇 | 22.800 | 152.4 | 0.016 5 |
| | 22.822 | 153.0 | |
| | 22.795 | 70.2 | |
| 0.1 mol/mL HCl | 22.729 | 70.7 | 0.008 1 |

2.6.2 萃取溶剂对延胡索乙素提取效果的影响

精密称取等量的消痛灵分别用 20% 乙醇超声溶解, 酸碱除杂后, 分别用乙醚、乙酸乙酯萃取。制得的供试品溶液在以上色谱条件下测定, 比较结果后发现用乙醚萃取制得的供试品溶液峰形较乙酸乙酯好, 故最终确定用乙醚作为萃取溶剂。见表 2。

表 2 不同萃取溶剂条件下延胡索乙素峰形比较

| 萃取剂 | 保留时间 (min) | 对称因子 | 分离度 | 理论塔板数 |
|------|------------|------|-----|-------|
| 乙醚 | 22.823 | 1.11 | 2.1 | 5 480 |
| 乙酸乙酯 | 88.751 | 1.22 | 1.9 | 4 530 |

2.6.3 色谱柱对延胡索乙素 HPLC 色谱峰的影响 通过对延胡索乙素的 HPLC 条件的考察, 发现延胡索乙素在 HPLC 含测中使用不同的色谱柱, 延胡索乙素的含量、保留时间及峰形均会受到一定的影响。见表 3。

表 3 不同色谱柱对消痛灵提取物延胡索乙素色谱峰的影响

| 色谱柱型号 | 保留时间 (min) | 峰面积 | 含量 (%) |
|--|------------|--------|--------|
| 大连依利特 C18 (250 mm \times 4.6 mm, 5 μ m) | 22.822 | 152.45 | 0.016 |
| | 22.800 | 150.3 | |
| TSK-GEL (ODS-100S) | 15.417 | 225.2 | 0.0229 |
| | 15.400 | 212.6 | |

3 讨论

确定一个最优的样品处理方法对研究含量测定, 将其用于中药质量控制至关重要。本实验考察了提取溶媒、萃取剂、色谱柱、柱温等因素对延胡索乙素的影响, 最终确定以 20% 乙醇 - 0.1 mol/L HCl - 氨试液 - 乙醚为最佳提取系统。但是在萃取过程中产生的乳化现象对延胡索乙素的含量测定有一定的影响, 通过实验发现柱温对延胡索乙素色谱峰的影响较小, 虽然较高的柱温能使延胡索乙素的出峰时间缩短, 但延胡索乙素与其他成分分离改善不大。选用不同的色谱柱对延胡索乙素含量、保留时间及峰形会受到一定的影响, 通过本实验结果看, 选择 250 nm 长度的色谱柱分离效果较好, 结果更准确。本实验对消痛灵中延胡索乙素的含量测定方法进行了系统地考察, 并建立了科学、合理、可操作性强、专一性好的含量测定方法, 该方法可较好地控制中药复方消痛灵的质量。

参考文献

- [1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典 [M]. 第 2 部. 北京: 化学工业出版社, 2005. 130-131
- [2] 李红艳, 廖锦红, 陈爱青, 等. 反相高效液相色谱法同时测定中药延胡索中延胡索乙素和原阿片碱的含量 [J]. 咸宁学院学报, 2008, 28 (3): 98-101
- [3] 陆益, 黎远冬, 梁宁生, 等. RP-HPLC 法测定香术止痛酊中延胡索乙素的含量 [J]. 广西医学院学报, 2008, 25 (3): 427-428
- [4] 陈再兴, 孟舒, 姜鸿, 等. 反相高效液相色谱法同时测定不同产地夏天无药材中原阿片碱和延胡索乙素的含量 [J]. 天津中医药, 2008, 25 (4): 334-336
- [5] 庄建红, 简惠, 王俊香, 等. 延胡索中延胡索乙素含量测定提取方法的研究 [J]. 时珍国医国药, 1998, 9 (5): 421

(收稿日期: 2014-09-21)

(上接第 83 页) 次放置导尿管帮助排尿后, 尿潴留消除。因此, 在宫颈癌术后使用综合性护理方式可以起到意想不到的护理效果, 减少尿道疾病等病症的发生, 使患者能在短时间内康复。

参考文献

- [1] 李惠年, 黄霞, 罗予玲. 肿瘤放疗患者的护理 [J]. 现代护士进修杂志,

2010, 20 (3): 55-56

- [2] 王晶, 朱娜, 陶岚. 宫颈癌患者术后膀胱功能恢复的临床实验研究 [J]. 现代护理, 2006, 12 (7): 60
- [3] 张宏, 朱光君. 舒适护理的理论与实践研究 [J]. 护士进修杂志, 2001, 16 (6): 409-410
- [4] 吴婉如, 黄柳华, 杨小巍. 预防宫颈癌术后尿潴留的护理对策 [J]. 全科护理, 2012, 9 (31): 2 869-2 870

(收稿日期: 2014-07-29)