

临床路径管理能够保证护理质量^[8]。路径管理执行中护士首先给患者发放和讲述临床路径说明表,使患者入院后就知整个治疗过程、住院天数、每天应做的治疗和护理。在临床路径实施的过程中,把各个具体的服务项目落实到人,增强了医护人员的责任感,变被动服务为主动服务。在诊疗过程中既分工明确,又相互依赖,团结合作,并在实施的过程中不断地改进各个流程中的缺点,加强了医护的合作意识,也进一步充分调动患者的主观能动性,使其主动参与到康复计划中,提高了工作效率,同时也规范了诊疗行为,提高了医护人员的诊疗技能^[9]。有助于塑造良好的医护形象,提高医院的社会效益。

变异因素通常可能影响临床路径结果,本研究中临床路径管理组针对发生的变异,分析了产生变异的原因,调整治疗方案后,未影响路径的完成,达到预期效果。本研究表明,输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石的临床路径实施能够缩短患者的平均住院天数,减少患者的总住院费用,保证护理质量。

参考文献:

[1] 刘雁斌,孙阳,李学旺. 实施临床路径 保证医疗质量 降低医疗费用[J]. 中国医院,2002,6(12):39-40.

[2] 汤力昌,蒋晓松,陆穗安. 临床路径在输尿管镜手术患者的应用效果[J]. 广东医学,2006,27(3):149-150.
 [3] 潘克勤,尤桂凤,杨森江. 临床路径的应用现状[J]. 国际护理学杂志,2006,25(1):6-8.
 [4] 文黎敏,王军,张捷. 应用临床路径测算病种成本的方法探讨[J]. 中国循证医学杂志,2002,2(3):51-53.
 [5] 吴袁剑云,英立平. 临床路径实施手册[M]. 北京医科大学出版社,2005.
 [6] 古炽明,王树声,陈志强,等. 输尿管镜取石临床路径实施的效果分析[J]. 中华现代中西医杂志,2005,6(3):93-95.
 [7] 赵珏,王斐. 临床路径在输尿管镜钬激光碎石术中的应用[J]. 护理研究,2011,25(5):1366-1368.
 [8] 冯洁. 临床护理路径在经皮肾穿刺取石术中的应用[J]. 当代护士,2010,7(4):30-32.
 [9] 李惠琼,严晓,栾华,等. 临床路径在泌尿系结石患者护理中的应用及意义[J]. 广东医学院学报,2009,27(4):227-228.

(收稿日期:2011-12-18 修回日期:2012-01-30)

• 临床护理 •

经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的危险因素及护理对策

胡庆华,宋红儒

(解放军 323 医院医务处,西安 710054)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.14.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)14-1451-02

随着腔镜手术的普及,越来越多的患者选择经尿道前列腺电切术(transurethral resection of prostate, TURP)治疗前列腺疾病,而膀胱痉挛则是 TURP 术后最常见的并发症之一,张素萍^[1]报道其发生率高达 40%~100%。膀胱痉挛发生的主要原因是膀胱平滑肌无抑制性收缩^[2],而诱因和危险因素则有很多。临床发现针对其单因素的预防措施效果并不理想,因此,本次研究的目的就是找出能较为准确地预测膀胱痉挛发生的几种因素,积极实施护理干预,以减少膀胱痉挛的发生。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 10 月至 2010 年 10 月本院行 TURP 术的患者为观察对象,排除有神经系统疾病、内分泌疾病、盆腔手术史和下尿路创伤史以及病例资料不完整的患者,共有 124 例纳入本研究。根据术后是否发生膀胱痉挛分为膀胱痉挛组(46 例)和未发生膀胱痉挛组(78 例)。

1.2 方法 收集记录患者年龄;是否为低顺应性膀胱和(或)不稳定膀胱;切除的前列腺体积;尿管气囊注水体积(分为 20、40 mL);冲洗液的温度是否保持为 25~30 ℃;术后是否便秘;是否发生膀胱痉挛等。

1.3 统计学处理 应用 SPSS13.0 软件进行统计学数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验,对资料进行单因素分析及多因素 Logistic 回归模型分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

膀胱痉挛组与未发生膀胱痉挛组间各指标比较见表 1。多因素 Logistic 回归模型分析见表 2。

表 1 膀胱痉挛组与未发生膀胱痉挛组间各指标的比较

项目	膀胱痉挛组(n=46)	未发生膀胱痉挛组(n=78)	χ^2	P
年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	69.09 ± 7.76	69.26 ± 6.23	0.133	0.895
IPSS 评分($\bar{x} \pm s$,分)	24.07 ± 3.41	23.29 ± 3.20	1.265	0.208
QOL 评分($\bar{x} \pm s$,分)	4.09 ± 1.01	3.95 ± 0.85	0.815	0.416
SAS 评分($\bar{x} \pm s$,分)	37.91 ± 5.97	30.72 ± 7.04	5.808	0.000
切除前列腺体积($\bar{x} \pm s$,mL)	25.57 ± 6.19	25.41 ± 5.98	0.138	0.891
低顺应性膀胱和(或)不稳定膀胱	22	21	5.581	0.018
冲洗液加温	16	46	6.774	0.009
尿管气囊注水体积(mL)				
20	19	48	4.770	0.029
40	27	30		
术后便秘	13	7	7.956	0.005

表 2 多因素 logistic 回归模型分析结果

项目	<i>b</i>	SE(<i>b</i>)	Wald χ^2	<i>P</i>	OR	95%CI
常数项	-10.978	2.399	20.931	0.000		
SAS 评分	0.315	0.064	23.997	0.000	1.370	(1.208,1.553)
低顺应性和(或)不稳定膀胱	2.683	0.825	10.575	0.001	14.626	(2.903,73.683)
冲洗液加温	-2.598	0.727	12.763	0.000	0.074	(0.018,0.309)
尿管气囊注水 20 mL	-2.333	0.734	10.108	0.001	0.097	(0.023,0.409)
术后便秘	3.377	0.961	12.349	0.000	29.272	(4.452,192.470)

3 讨 论

3.1 膀胱痉挛的机制和主要诱因 膀胱痉挛发生原因较为复杂,影响因素较多,目前认为的发病机制有以下几种学说^[3]:

(1)去神经超敏学说,认为逼尿肌去神经超敏状态造成了膀胱痉挛;(2)逼尿肌超微结构变化学说,认为逼尿肌肥大与细胞内钙离子浓度增加与膀胱痉挛的发生紧密相关;(3)传入神经紊乱学说,认为有其他物质参与了膀胱收缩的调节,造成传入神经功能紊乱而导致膀胱痉挛。而膀胱痉挛的诱因较多,主要包括以下几项。

3.1.1 焦虑 陈燕华^[4]研究发现,心理焦虑的患者膀胱痉挛的发生率明显升高。原因可能是当患者心理焦虑时,交感神经张力降低,对逼尿肌的抑制作用减弱,同时缓激肽、前列腺素等物质释放增多,也容易诱发膀胱痉挛。因此,积极的心理护理、稳定患者情绪对预防 TURP 术后膀胱痉挛的发生有一定的作用。

3.1.2 低顺应性和(或)不稳定膀胱 Cucchi 等^[5]认为,低顺应性和不稳定膀胱的超微结构改变使逼尿肌细胞之间容易电耦联去极化,使逼尿肌在排尿期能进行有力的同步收缩,也就更容易发生持续性或无抑制性收缩,产生膀胱痉挛。因此,对于尿动力学检查发现低顺应性和(或)不稳定膀胱的患者应给予相应护理及预防措施,必要时可遵医嘱预防性给予托特罗定等药物治疗,降低膀胱的敏感性。

3.1.3 尿管气囊注水体积 袁春丽等^[6]认为,气囊注水量多时,对膀胱颈及尿道内压力大,易刺激膀胱感觉神经,引起副交感神经兴奋,使膀胱收缩,若刺激反复、持续存在则易造成膀胱痉挛。因此,在征得医师同意同时条件允许的情况下,应适当减少尿管气囊注水体积,但应避免尿管的滑脱。

3.1.4 冲洗液温度 解丹等^[7]实验表明冲洗液温度过低可增加膀胱痉挛发生的概率。一方面,过低的温度刺激膀胱,引起副交感神经兴奋,易发生膀胱痉挛;另一方面,低温使凝血酶活性降低,造成出血量增加,增加尿管堵塞的概率,使膀胱痉挛发生的概率增加。所以,对冲洗液进行适当加温,特别是在室温较低时,对预防膀胱痉挛的发生有一定作用。

3.1.5 便秘 谢金兰^[8]认为便秘是术后膀胱痉挛发生的原因之一。其原因可能是直肠内粪便堆积对前列腺窝产生压迫,容易刺激感觉神经,使副交感神经兴奋,进而造成膀胱痉挛。因此,通便治疗及护理有利于预防膀胱痉挛。大多数患者都可通过术前灌肠和术后饮食调节实现大便的通畅,对于部分术后 2~3 d 仍未通便者可予以缓泻剂治疗。

3.2 综合干预措施的作用 膀胱痉挛的发生是一个多因素控制的过程,所以综合干预措施比针对单因素的干预措施往往有更好的效果。宋慧等^[9]认为,综合干预措施同时针对多个因素,能有效减少前列腺电切术后膀胱痉挛的发生,虽然目前尚无临床实验比较单因素干预措施和综合干预措施效果的差异,但综合干预的效果仍然值得期待。

3.3 回归方程在护理工作中的应用 在以往的护理工作中,

对于预防 TURP 术后膀胱痉挛的发生往往缺乏针对性,常常出现 2 种情况:(1)对患者不作特殊处理,待患者发生膀胱痉挛后再给予相应的处理,这样做的缺点很明显,不仅增加了患者的痛苦还增加了护理工作的难度;(2)对所有患者进行干预,并且进行预防性的治疗,例如服用托特罗定或者膀胱灌注射解痉药等,而这样做同样有其弊端,不仅增加了护理工作量,同时还浪费了资源,增加了患者的治疗费用。而通过回归方程的计算,则可以快速筛选出术后膀胱痉挛发生概率较高的危险人群,对这些患者实施护理干预以及必要的药物预防,不仅减少了护理工作量,降低患者的费用,还可以使大部分患者减少术后发生膀胱痉挛的可能性,从而指导护理工作的开展。

4 结 论

TURP 术后膀胱痉挛发生的危险因素和防治方法一直是医护人员关注的焦点之一,但较少有研究能够找到其所有的危险因素。本研究认为,TURP 术后膀胱痉挛发生的危险因素主要包括低顺应性膀胱和(或)不稳定膀胱、冲洗液温度低、尿管气囊注水体积大以及术后便秘。通过这些因素建立的回归方程能够较好地预测患者术后发生膀胱痉挛的概率,进而有效地指导临床护理工作。

参考文献:

- [1] 张素萍. 经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的护理体会[J]. 中国实用医药, 2011, 6(9): 196-197.
- [2] 邱淑丽, 王小俊, 梁艺孙. 良性前列腺增生术后膀胱痉挛性疼痛的护理干预[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(7): 641-642.
- [3] Henderson E, Drake M. Overactive bladder [J]. Maturitas, 2010, 66(3): 257-262.
- [4] 陈燕华. 心理干预对前列腺摘除术后焦虑及膀胱痉挛的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(22): 41-42.
- [5] Cucchi A, Achilli MP, Ravasi S, et al. Detrusor instability as an energy-saving device in prostatic obstruction[J]. J Urol, 1997, 157(3): 866-870.
- [6] 袁春丽, 张文俐, 郑范溶, 等. 前列腺电切术后膀胱痉挛的观察与护理对策[J]. 全科护理, 2010, 8(24): 2163-2164.
- [7] 解丹, 郑瑾, 苏兰若. 两种膀胱冲洗液温度对经尿道前列腺电切术后出血和膀胱痉挛的影响[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(4): 334-336.
- [8] 谢金兰. 便秘对前列腺切除术膀胱痉挛的影响[J]. 现代护理杂志, 2002, 8(2): 89-90.
- [9] 宋慧, 吕红, 卢明英. 综合护理干预对前列腺电切术后患者膀胱痉挛的影响[J]. 现代临床护理, 2009, 8(7): 23-25.