

· 临床护理 ·

护理中加强对留置气囊尿管质量控制的研究

邓晓琴

(重庆市璧山县人民医院骨科 402760)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.06.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)06-0760-02

留置导尿是临床常见的侵入性护理操作之一,随着医疗技术水平的不断进步,越来越多的使用留置导尿的方法来达到治疗、检查、诊断的目的。双腔气囊尿管具有操作简单、管壁柔软、内固定稳定等优点,常应用于留置导尿中,但在临床使用过程中常有许多因素容易导致并发症的发生^[1]。本研究将本院使用双腔气囊尿管留置导尿的男性患者进行导尿前操作流程的规范及留置导尿术后的规范护理及健康教育的情况进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1~12 月使用留置气囊尿管的男性患者 100 例作为实验组,年龄 20~76 岁,平均 48.6 岁,无基础疾病;选择 2009 年以前使用留置气囊尿管的男性患者 100 例作为对照组,年龄 18~78 岁,平均 48.8 岁,无基础疾病。两组患者在年龄、文化程度、留置尿管时间及基础疾病等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 实验组按照导尿前规范流程及规范术后护理和健康教育,主要方法为:(1)导管伴随性尿路感染的预防,包括操作过程中严格无菌操作、3 d 更换 1 次集尿袋;(2)尿道损伤的预防,包括尿管插入合适的长度、打水时正确的手法及合适的注水量、预防意外拔管;(3)漏尿的预防,主要是要选择大小合适的尿管、气囊内注入合适的水量、气囊注水后将尿管往外牵拉等;(4)预防尿潴留:主要是在导尿后正确的膀胱功能锻炼,拔管前的膀胱充盈;(5)脱管的预防,主要是导尿前检查尿管的气囊是否完好,膀胱冲洗时头皮针插入尿管分叉后的位置,气囊内注入合适的液体等。而对照组对留置导尿的全过程未进行规范化、正规化的质量控制管理。

1.3 评价标准 将两组的试验结果进行比较,观察两组发生泌尿道感染、尿道裂伤、漏尿、脱管、尿潴留等并发症的发生例数。如实验组发生并发症例数少就说明在留置导尿中实施质量控制能有效预防并发症的发生。

2 结果

实验组发生并发症的概率明显小于对照组。实验组发生并发症的例数为 3 例(尿路感染 1 例,尿道损伤 0 例,漏尿 1 例,尿潴留 0 例,脱管 1 例);对照组发生并发症的比例为 14 例(尿路感染 3 例,尿道损伤 2 例,漏尿 3 例,拔管困难 0 例,尿潴留 5 例),见表 1。

表 1 两组患者发生并发症的情况(n)

组别	n	尿路感染	尿道损伤	漏尿	尿潴留	脱管	合计
对照组	100	3	2	3	3	3	14
实验组	100	1	0	1	0	1	3

3 讨论

3.1 导管伴随性尿路感染的预防 导管伴随性尿路感染是

一种常见的院内感染,据报道国内医院感染中,尿路感染占 20.8%~30.7%,其中 37.3%~56.0%为导管伴随性感染^[2]。导管伴随性尿路感染的危险因素有:长期留置导尿及操作损伤;尿道口细菌定植;导尿管与集尿管连接不良^[3]。保持会阴部的清洁干燥,每天早晚用清水清洗会阴部后用碘伏棉球擦洗尿道口;保持尿路系统的密闭,使用抗反流引流袋减少更换尿袋的次数,毕默佳^[4]指出,每天更换 1 次集尿袋发生泌尿道感染的风险是每 3 天更换 1 次集尿袋的 2.31 倍,每 3 天更换 1 次集尿袋发生泌尿道感染的风险是每周更换 1 次集尿袋的 0.54 倍,所以每 3 天更换 1 次集尿袋可减少泌尿道感染的风险。

3.2 尿道损伤的预防

3.2.1 尿管插入的深度不够 尿管插入的深度不够,尿管在尿道内就注水,易导致扩张的气囊撑破尿道黏膜,引起尿道损伤。所以,尿管插入的深度大约 24~26 cm,基本上是整个尿管的长度,而且必须是见尿后再插入 2 cm。

3.2.2 打水时手的固定及患者的配合 尿管插入后,患者由于不适应,会不停地使用腹压,使尿管往外脱出,所以,注水时左手一定要固定好尿管,保证尿管不要滑出尿道,并在注水的过程中嘱患者要深呼吸,避免使用腹压,防止在注水的过程中尿管滑出膀胱三角区,气囊滑到尿道内,扩张的气囊撑破尿道引起尿道裂伤。

3.2.3 意外拔管 烦躁不安以及不配合治疗的患者,自行拔出尿管,对于这种患者需专人看护并加约束带,避免拔出的气囊撑破尿道引起尿道损伤。

3.3 漏尿的预防

3.3.1 膀胱痉挛 因气囊尿管的前端为一圆头,气囊与膀胱壁直接接触,嵌顿在膀胱颈部,刺激膀胱肌肉引起强烈收缩,尿道括约肌功能不全,膀胱颈开放引起漏尿^[5]。遇到以上情况可将尿管消毒后在无菌操作下将气囊内的液体抽出后将尿管重新插入到尿管的分叉处再注水,注水后再将尿管往外牵拉,使气囊卡在尿道内口,避免漏尿。

3.3.2 尿管过细或尿道松弛 气囊的大小与尿管的大小成正比,若尿管细气囊必然小,导致气囊不能完全嵌顿在尿道内口,尿管也不能与尿道壁紧贴,遇老年人或者截瘫的患者,由于膀胱括约肌或盆底肌肉松弛,尿管也不能紧贴尿道,当膀胱内压力过大时尿液顺着尿管往外流而导致漏尿,遇到此种情况应更换大小合适的尿管重新插入。

3.3.3 气囊内所注液体过少 若尿管较粗而气囊内所注液体太少,膀胱颈处于开放状态,当膀胱内压力大于尿道夹闭能力,即出现漏尿^[6]。如遇上述情况可在无菌操作下用 0.5% 的碘伏消毒后将尿管向内再插 3~4 cm 再向气囊内注入 5~10 mL 生理盐水,然后再将尿管往外牵拉,让尿管回到原处。

3.3.4 注水后未往外牵拉尿管 注水后未将尿管往外牵拉,让充盈的气囊漂浮在膀胱内,当膀胱内的压力过大时就会出现漏尿。打好气囊后应将尿管往外牵拉,直到拉不动为止。

3.3.5 导尿管完全或部分堵塞 膀胱内有尿,但尿管内无尿或尿液沿着尿管流出。原因有假性尿管堵塞和真性尿管堵塞。假性尿管堵塞是膀胱黏膜堵塞尿管,导尿管内孔贴近尿道黏膜,引流管及尿道构成了一个密闭系统,低于膀胱水平的引流袋对尿液有一个持续的负压吸引力,导致尿液沿着尿管流出。真性尿管堵塞是因不规范的操作导致尿道和膀胱的损伤,或膀胱本身的疾病如出血,血凝块堵塞尿管,或尿路感染,细菌及代谢产物,尿液中某些蛋白质及尿盐共同构成了包裹尿管的膜性结构,从而导致尿管堵塞^[7]。如根据临床情况考虑假性尿管堵塞可以将尿管消毒后转动一下即可,如遇真性尿管堵塞可用空针抽取 30 mL 生理盐水在尿管分叉处引流管上方进行冲洗,可以使堵塞的尿管保持通畅。

3.4 尿潴留的预防

3.4.1 未进行膀胱功能训练 训练膀胱功能对拔管后正常排尿有着非常重要的作用。留置尿管后,应将引流袋置于关闭状态,意识清醒和膀胱功能未受损者,可以嘱患者有尿意后放开引流袋,自主感觉尿液排完后夹闭引流管,对于意识不清醒和膀胱功能受损的患者,可夹闭引流管 2 h 后将其放开,将尿液放完后再次夹闭引流管,可逐渐延长至 3~4 h 放尿液 1 次。使留置尿管的排尿模式与正常的排尿模式相似,膀胱的贮尿和排尿功能才能继续发挥作用,拔管后仍然能正常的排尿。

3.4.2 拔管后膀胱功能、排尿功能异常 拔管后少部分患者可能会出现尿频,排尿困难,甚至尿潴留。遇到此种情况除正确的训练膀胱功能外,还要注意选择好拔管的时机,拔管前需在膀胱充盈的情况下,即患者出现尿意时就拔管,拔管后才能顺利的排尿,有效地保护了膀胱功能,如遇尿潴留可直接将开塞露注入膀胱,可促使患者自主排尿,有效地防止尿潴留的发生^[8]。

3.4.3 拔管后尿潴留的处理 拔管后一旦出现尿潴留,可借助辅助措施诱导排尿。如腹部用温热水热敷,流水冲洗外阴,耻骨联合上膀胱底部按摩等可帮助患者排尿。

3.5 脱管的预防

3.5.1 气囊尿管质量差 漏气是气囊尿管常见的原因。导尿前检查尿管的质量,用 5 mL 空针抽吸 3~4 mL 空气打入尿管内,观察 3~5 min 后,如气囊有无缩小,提示气囊完好。

3.5.2 膀胱冲洗插入头皮针位置不当 进行膀胱冲洗时,头皮针过大或者头皮针刺入尿管分叉以上,刺破注气管,导致注气管漏气,尿管滑脱^[9]。如进行膀胱冲洗时应将头皮针插入尿管分叉以下。尽量选择 7 号以下的头皮针。

• 临床护理 •

护理干预对急诊重症监护室导管相关性感染的预防效果分析

李德英¹,周忠莉^{2△}

(1. 重庆市大足区人民医院急诊科 402360; 2 重庆市医科学校 401420)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.06.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)06-761-03

急诊重症监护室(EICU)是医院内感染的高发区域,该病

3.5.3 气囊内注入液体过少 教科书中是根据导尿管上注明的气囊容积的量^[10],成人导尿管一般注入的量为 30 mL,有文献报道认为尿管注水量为男性 15 mL,女性 20 mL,对于尿道松弛的老年女性或昏迷患者,可注水 30 mL,气囊内最好选择注入生理盐水,不宜注入空气,有研究表明气囊内注入空气较生理盐水容易漏气,导致脱管。

气囊尿管用于留置导尿已广泛应用于临床,给临床的护理工作带来了很大的方便,为充分发挥好留置气囊尿管的作用,把留置导尿过程中可能出现的问题消灭在萌芽状态,可有效防止并发症的发生,减轻患者的痛苦。通过对留置导尿的全过程进行规范化、正规化的质量控制管理,通过选择合适的尿管型号、操作过程中严格无菌操作、尿管插入的深度,完全插入(大约 24~26 cm)、合适的注水量及方法以及术后正确的膀胱功能锻炼、拔管前的膀胱充盈,实验组留置尿管并发症的发生率比对照组并发症的发生率要低,所以规范留置气囊尿管的质量控制能有效防止留置气囊尿管并发症的发生。

参考文献:

- [1] 缪晓梅. 留置导尿管治疗管理及并发症的预防[J]. 中华现代护理学杂志, 2005, 2(16): 1513-1515.
- [2] 霍红旭, 蔡文清. 导管相关性尿路感染及防治[J]. 泌尿外科杂志, 1998, 13(9): 384-385.
- [3] 张静. 留置导尿并发症的预防和护理[J]. 中国医药指南, 2010, 1(2): 129-130.
- [4] 毕默佳. 留置导尿患者集尿袋更换时间的 Meta 分析[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(8B): 15-18.
- [5] 刘燕. 双腔气囊导尿管留置导尿并发症的发生原因及预防[J]. 护理研究, 2007, 6(21): 1509-1511.
- [6] 李梅. 留置导尿患者漏尿的原因分析及护理对策[J]. 中国医学创新, 2011, 8(5): 131-132.
- [7] 饶世鸣, 郑文娟, 吴蓓蓓, 等. 留置导尿并发症的预防与护理进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(24): 3598-3600.
- [8] 杨封慧, 沈玥, 蒋丽霞. 留置导尿并发症及预防[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 7(20): 4856-4857.
- [9] 寸华. 留置导尿临床常见问题及护理[J]. 护理研究, 2012, 19(8): 117-118.
- [10] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 224.

(收稿日期: 2013-09-28 修回日期: 2013-11-29)

区患者病情一般较为危重, 免疫功能低下, 且患者经常接触穿