

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.05.039

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210125.1559.007.html\(2021-01-25\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210125.1559.007.html(2021-01-25))

基于量化评估策略的手术室护理在老年股骨粗隆间骨折内固定术中的应用*

李婷婷, 奉水华[△]

(湖南中医药大学第一附属医院手术室, 长沙 410116)

[摘要] **目的** 探讨基于量化评估策略的手术室护理在老年股骨粗隆间骨折内固定术中的临床应用。**方法** 选取 2017 年 3 月至 2019 年 10 月该院收治的老年股骨粗隆间骨折内固定术患者 85 例, 随机分为观察组和对照组, 观察组 43 例, 对照组 42 例。对照组采用手术室常规护理, 观察组采用基于量化评估策略的手术室护理。记录两组手术指标、术中器械传递失误次数、术后并发症和手术结果。术后 1 d 和术后 3 d 采用视觉模拟评分(VAS)评估患者疼痛情况; 术后 1 d 和术后 8 周采用 Harris 评分评估患者关节运动功能。术后 24 h、出院时和出院后 1 个月, 两组均进行健康调查简表(SF-36)评分。出院后 6 个月, 调查两组患者护理满意度。**结果** 观察组术中出血量、手术耗时、住院时间、下地负重时间和骨折愈合时间均少于对照组($P < 0.05$); 观察组术中器械传递失误发生率 2.33%, 低于对照组 14.29% ($P < 0.05$)。观察组术后并发症发生率为 25.58%, 低于对照组 47.62% ($P < 0.05$)。两组手术失败发生率差异无统计学意义($P > 0.05$); 术后 3 d, 观察组 VAS 评分低于对照组; 术后 8 周, 观察组 Harris 评分高于对照组($P < 0.05$); 出院时, 两组 SF-36 中的生理机能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、一般健康状况(GH)、精力(VT)、社会功能(SF)、情感职能(RE)和精神健康(MH)评分均高于术后 1 d, 且观察组均高于对照组($P < 0.05$)。出院后 1 个月, 两组 SF-36 中的 PF、RP、BP、GH、VT、SF、RE 和 MH 评分均高于术后 1 d 和出院时, 且观察组均高于对照组($P < 0.05$); 出院后 6 个月, 观察组患者护理满意率为 95.35%, 高于对照组 80.95% ($P < 0.05$)。**结论** 老年股骨粗隆间骨折患者行内固定术时采用基于量化评估策略的手术室护理, 可在一定程度上改善手术指标, 减少术中失误, 降低术后并发症的发生, 减轻疼痛, 提高关节功能和术后生活质量, 患者满意度高。

[关键词] 股骨粗隆间骨折; 内固定术; 手术室护理; 量化评估策略

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2021)05-0887-06

股骨粗隆间骨折常发于老年人, 随着我国社会人口老龄化, 其发病率不断上升。老年人往往合并有慢性疾病, 器官机能下降, 发生股骨粗隆间骨折后若不及时进行治疗, 长期卧床, 极易引发感染、血栓、压疮等并发症, 显著增加死亡风险^[1-2]。因此在符合手术指征的情况下, 股骨粗隆间骨折患者应及时进行手术^[3]。PFNA-II、Inter TAN 等内固定术属于侵入性操作, 可能引发机体应激, 影响术后恢复^[4]。有效的手术室护理有助于手术顺利完成、降低应激反应, 量化评估策略可为制订和实施护理方案提供可靠依据^[5]。本研究选取了 2017 年 3 月至 2019 年 10 月本院收治的老年股骨粗隆间骨折患者 85 例, 在行内固定术时分别实施基于量化评估策略的手术室护理和

常规手术室护理, 并观察两者临床应用情况, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 3 月至 2019 年 10 月本院收治的老年股骨粗隆间骨折患者 85 例, 纳入标准: 年龄大于或等于 60 岁; 经影像学检查确诊; 临床资料完整; 符合内固定术指征。排除标准: 病理性骨折; 心、肝、肾等器官严重器质性病变; 恶性肿瘤; 精神障碍。采用随机数表法将患者分为对照组和观察组, 对照组 42 例, 观察组 43 例, 两组一般资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。本研究经本院伦理委员会批准, 患者或家属均知情同意并签署知情同

* 基金项目: 湖南省卫生计生委科研课题(20191131)。 作者简介: 李婷婷(1990—), 护师, 本科, 主要从事外科护理研究。 [△] 通信作者, E-mail: 2223693155@qq.com。

意书。所有患者均行内固定术,观察组 PFNA-II 内固定 21 例、Inter TAN 内固定 22 例;对照组 PFNA-II 内固定 24 例、Inter TAN 内固定 18 例。

1.2 方法

(1)对照组:采用传统手术室护理,包括术前常规检查,准备手术器械,监测和记录患者生命体征,维持室温和患者体温,协助医师完成手术操作等。(2)观察组:采用基于量化评估策略的手术室护理。术前量

化评估:收集患者的年龄、BMI、焦虑自评量表(SAS)评分、是否贫血、是否有合并症、骨质量、手术麻醉方式等临床资料,分别评为 1、2、3 分,见表 2。分层护理策略:根据量化评估结果,总分小于 9 分的患者,手术风险评价为低危;9~12 分的患者,手术风险评价为中危;>12 分的患者,手术风险评价为高危,根据表 3 分配护理人员。

表 1 两组一般资料比较

项目	总例数($n=85$)	对照组($n=42$)	观察组($n=43$)	χ^2/t	P
性别(n)				0.565	0.452
男	48	22	26		
女	37	20	17		
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	71.04±12.26	72.28±12.07	69.82±11.64	0.957	0.342
BMI($\bar{x}\pm s$,kg/m ²)	19.67±5.12	20.08±4.54	19.26±4.39	0.847	0.400
致伤原因(n)				2.073	0.557
跌倒	52	23	29		
高处坠落	17	9	8		
车祸	12	7	5		
其他	4	3	1		
患肢(n)				0.299	0.585
左腿	44	23	21		
右腿	41	19	22		
Evans-Jensen 分型(n)				1.752	0.781
I 型	24	11	13		
II 型	21	9	12		
III 型	16	10	6		
IV 型	13	6	7		
V 型	11	6	5		
合并症类型(n)				1.506	0.912
贫血	53	25	28		
骨质疏松	36	20	16		
高血压	23	12	11		
冠心病	13	8	5		
糖尿病	9	4	5		
其他	14	8	6		
合并症数目(n)				1.527	0.466
无合并症	1	0	1		
合并 1 种疾病	61	32	29		
合并 2 种及以上疾病	23	10	13		

手术室护理:(1)心理辅导:患者进入手术室后,护理人员为患者简单介绍手术室环境和医护人员,尽

量消除患者对环境的陌生感,纠正患者对手术的错误认知,缓解患者紧张情绪;(2)术中体位保持:协助患者保持截石位,密切监测患者生命体征,包括呼吸、心率和血压等,耐心安抚患者以顺利实施麻醉;(3)术中室温控制 23~26 ℃,湿度控制 50%~60%,输液维持患者体温;术中协助医师调整患者体位、调节手术光源,辅助完成手术操作;(4)术后护理:清点整理手术器械,语言唤醒患者,通过交谈、按摩等方式转移患者对疼痛的注意力,如有必要,及时采取镇痛措施。

表 2 术前量化评估标准

项目	1分	2分	3分
年龄	60~69岁	70~79岁	≥80岁
BMI	正常	体重过低/超重	肥胖
SAS评分	50~<60分	60~<69分	≥69分
贫血	无贫血	轻度贫血	中度及以上贫血
合并症	无合并症	合并1种疾病	合并2种及以上疾病
骨质量	骨量正常	骨量减少	骨量疏松
麻醉方式	神经阻滞	椎管内麻醉	全身麻醉

表 3 护理人员分配标准(n)

患者手术风险	进修护士/工作经验 小于3年的护士	护士/工作经验 3~5年的护士	主管护士/工作经验 大于5年的护士
低危	1	1	0
中危	0	1	1
高危	1	1	1

1.3 观察指标

(1)记录两组手术指标,包括术中出血量、手术耗时、住院时间、下地负重时间和骨折愈合时间。(2)记录两组术中器械传递失误次数;患者出院后随访6个月,记录术后并发症情况和手术结果,术后并发症包括切口感染、肺部感染、便秘、压疮和肿胀疼痛等,手术失败包括头颈钉突出股骨头、髌内翻、患肢缩短/延长和复位不良等。(3)分别在术后1d及术后3d采用视觉模拟评分(VAS)对两组患者进行机体疼痛评分(总分10分,得分越高患者机体疼痛越明显)。另在术后1d内及术后第8周采用Harris评分对两组患者进行关节运动功能评分(总分100分,得分越高代表患者关节运动功能越强)。(4)术后1d、出院时和出院后1个月,两组均接受健康调查简表(SF-36)评分,SF-36包括8个方面,分别为生理机能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、一般健康状况(GH)、精力(VT)、社会功能(SF)、情感职能(RE)和精神健康

(MH),各项目总分为100分,评分越高,代表健康状况越好。(5)出院后6个月,调查患者的护理满意度,满意记为1,不满意记为0,计算两组满意率。

1.4 统计学处理

采用SPSS22.0软件进行数据处理,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两两比较采用 t 检验。计数资料采用例数(n)和百分率(%)表示,比较采用 χ^2 检验。检验水准为 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标比较

观察组术中出血量、手术耗时、住院时间、下地负重时间和骨折愈合时间均少于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表 4 两组手术指标比较($\bar{x} \pm s$)

项目	对照组 (n=42)	观察组 (n=43)	t	P
术中出血量(mL)	224.47±28.21	167.54±31.33	8.797	0.000
手术耗时(min)	76.22±8.83	64.58±7.61	6.515	0.000
住院时间(d)	18.56±3.42	13.29±2.97	7.591	0.000
下地负重时间(d)	63.65±6.71	57.44±5.52	4.664	0.000
骨折愈合时间(周)	13.24±1.15	10.89±0.92	10.416	0.000

2.2 两组术中器械传递失误、术后并发症和手术失败的发生情况比较

观察组术中器械传递失误的发生率为2.33%,低于对照组14.29%;观察组术后并发症发生率为25.58%,低于对照组的47.62%,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组手术失败发生率差异无统计学意义($P>0.05$),见表5。

表 5 两组术中器械传递失误、术后并发症和手术失败的发生情况比较[n(%)]

项目	对照组 (n=42)	观察组 (n=43)	χ^2	P
术中器械传递失误[n(%)]	6(14.29)	1(2.33)	4.022	0.045
并发症	20(47.62)	11(25.58)	4.454	0.035
切口感染	1(23.80)	0		
肺部感染	2(4.76)	0		
便秘	5(11.90)	4(9.30)		
压疮	4(9.52)	3(6.98)		
肿胀疼痛	6(14.29)	3(6.98)		
其他	2(4.76)	1(2.33)		
手术失败	5(11.90)	2(4.65)	1.479	0.224
头颈钉突出股骨头	1(2.38)	0		
髌内翻	2(4.76)	1(2.33)		

续表 5 两组术中器械传递失误、术后并发症和手术失败的发生情况比较[n(%)]

项目	对照组 (n=42)	观察组 (n=43)	χ^2	P
患肢缩短/延长	1(2.38)	1(2.33)		
骨折复位不良	1(2.38)	0		

2.3 两组 VAS 评分和 Harris 评分比较

术后 1 d 内,两组患者 VAS 评分和 Harris 评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。术后 3 d,两组患者 VAS 评分均下降,且观察组低于对照组($P<0.05$)。术后 8 周,两组患者 Harris 评分均上升,且观察组高于对照组($P<0.05$)。见表 6。

2.4 两组 SF-36 评分比较

出院时,两组 SF-36 中的 PF、RP、BP、GH、VT、SF、RE 和 MH 评分均高于术后 1 d,且观察组均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。出院后 1 个月,两组 SF-36 中的 PF、RP、BP、GH、VT、SF、RE 和 MH 评分均高于术后 1 d 和出院时,且观察组均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 7。

表 6 两组患者机体疼痛和关节运动功能评估($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	VAS 评分		Harris 评分	
		术后 1 d	术后 3 d	术后 1 d	术后 8 周
对照组	42	8.71±0.37	6.22±0.41 ^a	42.15±2.68	77.26±3.42 ^a
观察组	43	8.53±0.49	4.26±0.38 ^{ab}	43.09±2.94	92.74±4.51 ^{ab}

^a: $P<0.05$,与同组术后 1 d 比较;^b: $P<0.05$,与同期对照组比较。

表 7 两组 SF-36 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	对照组(n=42)			观察组(n=43)		
	术后 1 d	出院时	出院后 1 个月	术后 1 d	出院时	出院后 1 个月
PF	49.29±11.40	56.51±10.85 ^a	71.17±10.02 ^{ab}	48.52±11.64	62.24±11.35 ^{ac}	76.33±10.95 ^{abc}
RP	40.23±12.47	52.83±13.19 ^a	69.42±12.65 ^{ab}	41.68±12.33	59.71±12.54 ^{ac}	75.38±11.62 ^{abc}
BP	34.66±10.05	57.72±12.26 ^a	76.34±10.53 ^{ab}	32.67±11.42	65.16±10.37 ^{ac}	83.29±10.02 ^{abc}
GH	45.34±12.72	67.61±11.95 ^a	76.52±12.25 ^{ab}	46.18±10.47	73.44±11.81 ^{ac}	84.79±12.32 ^{abc}
VT	34.38±13.61	57.26±12.54 ^a	74.08±12.10 ^{ab}	36.21±12.37	64.53±13.05 ^{ac}	86.70±12.64 ^{abc}
SF	32.43±12.29	42.65±10.12 ^a	67.14±11.57 ^{ab}	30.21±11.44	49.57±11.38 ^{ac}	72.92±10.63 ^{abc}
RE	39.50±11.46	57.68±10.22 ^a	70.82±12.37 ^{ab}	40.39±11.61	64.51±12.15 ^{ac}	76.47±12.78 ^{abc}
MH	48.72±10.28	61.59±11.24 ^a	71.30±10.57 ^{ab}	48.92±11.38	67.85±11.61 ^{ac}	78.16±10.49 ^{abc}

^a: $P<0.05$,与同组术后 1 d 比较;^b: $P<0.05$,与同组出院时比较;^c: $P<0.05$,与同期对照组比较。

2.5 两组护理满意率比较

出院后 6 个月,观察组护理满意率 95.35%(41/43),高于对照组的 80.95%(34/42),差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

股骨粗隆间骨折后,患者肢体活动受限,患肢存在疼痛肿胀等症状,严重影响生活质量^[6]。粗隆部位血运丰富,及时治疗有助于骨折愈合,其中内固定术是利用器械支持断骨以维持骨折解剖复位的方式,能够帮助患者尽早开展功能锻炼,减少长期卧床所引发的并发症^[7-8]。PFNA-II、InterTAN 是临床常用内固定术,伴随医疗技术的进步,使适应证更加广泛,不过医源性因素仍是影响患者预后的重要因素,而手术室护理是医源性因素的主要组成部分^[9-10]。本院病患资源丰富,各类手术项目频繁,积累了丰富的手术室护理经验,具有高水平医护质量,是本研究成功开展的基础。

常规手术室护理工作对象主要为医生,目的是辅助医生完成手术操作,具有一定被动性,已经难以满足当前伴随社会发展而逐渐提高的医疗护理要求^[11]。量化评估策略能够充分考虑到患者的个体情况,针对患者的生理状况和心理状况系统化地实施护理干预,更加科学化^[12]。本研究将 85 例患者分为两组,在行内固定术时分别实施了基于量化评估策略的手术室护理和常规手术室护理,结果显示,观察组不仅在术中出血量、手术耗时方面少于对照组,表现出量化评估策略指导下的手术室护理对手术操作的直观影响,而且在住院时间、下地负重时间和骨折愈合时间等指标上,观察组均短于对照组,提示基于量化评估策略的手术室护理可有效影响到患者的术后恢复,护理质量得到提高。术前量化评估项目包括患者的年龄、BMI 和心理状态等基础资料,贫血、合并症、骨质量等基础生理状况及计划麻醉方式,这些资料有助于深入了解患者的基础生理病理情况,使得手术风

险分级有据可依,医护人员能够借此制备全面详细的手术预案,从而降低手术过程中的意外创伤^[13-14]。在询问患者临床资料的过程中,护理人员与患者密切接触,有利于增加医患之间的信任感,缓解患者的术前焦虑,表现出了基于量化评估策略的手术室护理中的个体差异性^[15]。本研究结果显示,观察组术中器械传递失误率和术后并发症的发生率分别为 2.33% 和 25.58%,均显著低于对照组,说明基于量化评估策略的手术室护理能够提高手术安全性,降低患者的应激反应。

量化评估策略对患者进行风险分级,使不同患者的护理需求更为直观,因此能够高效分配护理人员,做到充分预防并及时处理手术过程中发生的意外,从而保障手术顺利进行,充分体现针对性与时效性^[16]。本研究选取的研究对象为老年人,体质较弱,且合并有一种或多种基础疾病,尤其需要防备手术风险,尽量避免医疗事故。SF-36 是评价患者整体健康状况的科学量表,可以较为客观地反映医疗结局^[17-18]。在本研究的随访结果中,出院时和出院后 1 个月,观察组 SF-36 中的 PF、RP、BP、GH、VT、SF、RE 和 MH 评分均高于对照组,提示基于量化评估策略的手术室护理可通过降低患者术中应激来促进术后恢复。此外,对患者机体疼痛和关节运动功能进行评分,发现基于量化评估策略的手术室护理可降低患者疼痛症状,并在一定程度上改善关节功能。而且出院后 6 个月,观察组的护理满意率为 95.35%,明显高于对照组,再次说明基于量化评估策略指导实施手术室护理的临床价值。

综上所述,老年股骨粗隆间骨折患者行内固定术时采用基于量化评估策略的手术室护理,可在一定程度上改善手术指标,减少术中失误,降低术后并发症的发生,减轻疼痛,提高关节功能和术后生活质量,患者满意度高,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 于长明,李京. 微创动力髌关节螺钉内固定与股骨近端防旋髓内钉内固定治疗老年股骨粗隆间骨折临床疗效[J]. 临床军医杂志,2018,46(11): 1318-1319.
- [2] SOYLEMEZ M S, UYGUR E, POYANLI O. Effectiveness of distally slotted proximal femoral nails on prevention of femur fractures during and after intertrochanteric femur fracture surgery[J]. Injury,2019,50(11):2022-2029.
- [3] 高建军,张鲁,白涛,等. 内固定治疗与关节置换术对老年股骨粗隆间骨折患者临床疗效差异性分析[J]. 山西医药杂志,2019,48(19):2379-2382.
- [4] YU C,JIANG L H,CAI D W,et al. PFNA and InterTAN intramedullary nailing in elderly patients with femoral intertrochanteric fractures: a Meta analysis[J]. Zhongguo Gu Shang,2019,32(2):120-129.
- [5] 林春燕,鲍传庆,许炳华,等. 量化活动干预在胃癌手术患者快速康复外科临床护理中的应用效果[J]. 中国医药导报,2020,17(7):193-196.
- [6] ZHOU S,LIU J,ZHEN P,et al. Proximal femoral nail anti-rotation versus cementless bipolar hemiarthroplasty for unstable femoral intertrochanteric fracture in the elderly:a retrospective study[J]. BMC Musculoskelet Disord,2019,20(1):500.
- [7] BIAN Z,XU Y J,GUO Y,et al. Analyzing risk factors for recurrence of developmental coxa vara after surgery[J]. J Child Orthop,2019,13(4):361-370.
- [8] GÜRSOY A,CANDAS B,GÜNER S,et al. Pre-operative stress:an operating room nurse intervention assessment [J]. J Perianesth Nurs,2016,31(6):495-503.
- [9] 张辉,刘海波,屠殿其,等. 3 种内固定方法治疗老年股骨粗隆间骨折的临床疗效对比研究[J]. 解放军预防医学杂志,2019,37(8):59-60.
- [10] MA J X,KUANG M J,FAN Z R,et al. Comparison of clinical outcomes with InterTan vs Gamma nail or PFNA in the treatment of intertrochanteric fractures: a meta-analysis [J]. Sci Rep,2017,7(1):15962.
- [11] 王晔,张洪涛. 手术室护理干预措施对于骨科手术伤口感染的预防效果分析[J]. 山西医药杂志,2020,49(7):898-900.
- [12] 王丽敏,傅颖. 基于量化评估策略下的手术室护理干预在老年腹腔镜手术中的应用研究[J]. 护理与康复,2018,17(5):80-83.
- [13] 罗潇潇. 基于量化评估策略的手术室护理干预

在老年腹腔镜手术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(6): 78-80.

[14] 李福仙, 汤新, 王丽红, 等. 不同麻醉方法对重度股骨粗隆间骨折术后血液流变学及深静脉血栓影响[J]. 临床军医杂志, 2018, 46(12): 1460-1461.

[15] 冉香竹. 量化评估策略的护理干预在中低位直肠癌患者腹腔镜全直肠系膜切除术手术室护理中的应用[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(5): 849-850.

[16] QUON H, HUI X, CHENG Z, et al. Quantitative evaluation of head and neck cancer treatment-related dysphagia in the development of a personalized treatment deintensification para-

digm[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2017, 99(5): 1271-1278.

[17] FAN D, HAN L, QU W, et al. Comprehensive nursing based on feedforward control and post-operative FMA and SF-36 levels in femoral intertrochanteric fracture [J]. J Musculoskelet Neuronal Interact, 2019, 19(4): 516-520.

[18] 崔娅滢, 王丹, 王晓. 手术室精细化护理对老年股骨粗隆间骨折患者生活质量和相关指标水平的影响[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(15): 2688-2690.

(收稿日期: 2020-10-26 修回日期: 2020-12-02)

• 临床护理 • doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2021.05.040

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210122.1427.030.html> (2021-01-25)

清洁间歇性导尿术应用于宫颈癌根治术后膀胱功能康复的效果观察*

王雪娇, 袁 华

(江苏省无锡市妇幼保健院妇科肿瘤科 214000)

【摘要】 目的 探讨清洁间歇性导尿术应用于宫颈癌根治术后膀胱功能的康复效果。**方法** 选择 2018 年 9 月至 2019 年 9 月该院收治的宫颈癌根治术后膀胱功能障碍患者 104 例, 按随机数字表法分为两组, 每组 52 例。对照组行常规留置导尿管, 观察组行清洁间歇性导尿术。对比两组尿流动力学恢复正常比例、尿路感染发生率、自主排尿时间及干预前后生活质量变化情况。**结果** 观察组尿流动力学恢复正常比例高于对照组 ($P < 0.05$), 尿路感染发生率低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组恢复自主排尿时间短于对照组 ($P < 0.05$); 观察组干预后认知功能、角色功能、躯体功能、社会功能、情绪功能、总体生活质量评分均高于对照组, 恶心呕吐、疲劳、疼痛、失眠、气短、食欲减退、便秘、腹泻、经济困难评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 对宫颈癌根治术后患者实施清洁间歇性导尿术可有效促进膀胱功能恢复, 降低尿路感染发生率, 改善患者术后生活质量, 值得推广。

【关键词】 清洁间歇性导尿术; 宫颈肿瘤; 膀胱; 康复; 泌尿道感染; 生活质量

【中图法分类号】 R737.33

【文献标识码】 B

【文章编号】 1671-8348(2021)05-0892-04

宫颈癌是妇科高发恶性肿瘤, 有相关调查结果表明, 全球每年新增宫颈癌患者高达 53 万左右, 而我国作为宫颈癌高发国家, 每年新发患者为 14 万左右^[1]。目前早期宫颈癌患者临床主要可采用广泛性子官切除术及盆腔淋巴结切除术治疗, 但手术部位与机体控制膀胱排尿的交感神经及副交感神经相邻, 且手术时间长、范围大, 患者术后需卧床休养并留置导尿管, 因此术后易出现膀胱功能障碍, 患者发生尿潴留的概率

较高^[2-3]。部分患者需多次重置导尿管, 进而易引发泌尿系统感染, 对其术后生活质量造成较大影响^[4]。清洁间歇性导尿术是国际尿控协会推荐的治疗神经性膀胱炎的金标准^[5], 本研究对本院收治的宫颈癌根治术后膀胱功能障碍患者给予清洁间歇性导尿术, 对比常规留置导尿管患者。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

* 基金项目: 无锡市医管中心科研项目(YGZXL1301)。作者简介: 王雪娇(1991—), 护师, 本科, 主要从事妇科肿瘤护理研究。