

2009,13(18):569.

[2] 刘丽珠,付文. 肺结核患者咯血的护理[J]. 中外健康文摘,2011,8(17):330-331.
 [3] 王娟. 72 例肺结核咯血患者的护理体会[J]. 求医问药:下半月刊,2011,9(7):172.
 [4] 徐丽芳. 老年肺结核护理分析[J]. 中国医学创新,2012,9(30):61-62.
 [5] 张丽丽,张宇轩,左乔. 老年慢性支气管炎合并肺结核护理体会[J]. 社区医学杂志,2011,9(24):48.

[6] 何珂,董虹. 肺结核护理的现状[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(35):8588-8589.
 [7] 张银竹. 肺结核护理中应注意的几个问题[J]. 实践医学杂志,2000,13(1):53-54.
 [8] 谢世群. 人本位护理在老年肺结核患者中的应用分析[J]. 中华全科医学,2011,9(3):491-492.

(收稿日期:2013-01-13 修回日期:2013-03-29)

无菌性间歇导尿治疗神经源性膀胱患者 64 例的护理体会

何 莉¹, 吴 跃^{2△} (1. 重庆市南岸区妇幼保健院 400060; 2. 重庆市第五人民医院泌尿外科 400062)

【摘要】 目的 探讨应用无菌性间歇导尿在神经源性膀胱患者中的护理体会。**方法** 对 64 例神经源性膀胱患者实施无菌性间歇导尿,观察患者排尿反射,尿路感染,残余尿,评估无菌性间歇导尿的效果。**结果** 64 例患者中,43 例(67.19%)治愈出院,16 例(25.00%)好转出院,5 例(7.81%)仍需间歇导尿解,1 例(1.56%)需抗感染治疗。**结论** 采用无菌性间歇导尿简便、有效、感染率低,是解决神经源性膀胱排空障碍的有效方法。

【关键词】 神经源性膀胱; 间歇导尿; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)13-1751-02

神经源性膀胱是控制排尿功能的中枢神经或周围神经受到损害后引起的膀胱尿道功能障碍^[1-2]。由于长期尿潴留,易造成泌尿系感染和肾功能损害。间歇导尿(IC)是解决尿潴留的常规治疗方法,在医学界得到广泛应用^[3-4],分为无菌性间歇导尿(SIC)和清洁间歇导尿(CIC)。本院 2008 年 3 月至 2011 年 12 月采用 SIC 治疗神经源性膀胱患者 64 例,效果满意,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 3 月至 2011 年 12 月采用 SIC 治疗神经源性膀胱患者 64 例,男 49 例,女 15 例,年龄 24~66 岁,平均年龄 43 岁。所有患者均因尿潴留入院,其中脊髓损伤性 47 例,糖尿病性 17 例。所有患者均行尿动力学检查,膀胱安全容量在 400~760 mL 左右,安全容量小于 400 mL 不纳入该组。逼尿肌反射不能者膀胱安全容量大于 400 mL 是间歇导尿的最佳适应。

1.2 方法 基本疾病得以控制后,用 SIC 治疗尿潴留,并结合心理护理、饮水指导、膀胱训练提高患者治愈率及生活质量。

1.2.1 SIC 操作程序 (1)按照常规无菌导尿术进行导尿。导尿完毕,协助患者穿好裤子,整理用物,做好记录,包括导尿时间,导尿前自行排出尿量,导出尿量等。(2)导尿间隔时间的安排,每次导尿前让患者先自行排尿,以建立排尿意识,并记录排出尿量,根据自行排出尿量的多少决定导尿的频次,使膀胱有规律地充盈与排空,刺激膀胱功能的恢复。当残余尿量大于 300 mL,每 4 小时导尿 1 次;当排尿量大于 100 mL 且残余尿量小于 300 mL 时,每 6 小时导尿 1 次;当排尿量大于 200 mL 且残余尿量 < 200 mL 时,每 8 小时导尿一次。当残余尿量 < 100 mL 时可以停止导尿^[7]。(3)导尿注意事项:①插管动作轻柔,插入不畅可适当增加液状石蜡润滑。②女患者尿管误入阴道后,应拔出更换导尿管。③导尿力求排尽,尽可能减少残余尿,当尿液流出停止时,可用手轻压膀胱,并改变尿管的位置,促进尿液流出。④注意观察尿量和颜色的变化,定期做尿常规和尿细菌培养,及早发现泌尿系感染的发生^[5-6]。

1.2.2 心理护理 患者对间歇导尿缺乏了解,对间歇导尿存在恐惧心理。护士给予患者心理疏导,讲解间歇导尿目的及意义,缓解紧张、恐惧心理,增强治疗疾病信心,取得患者的配合。

1.2.3 饮水指导 指导患者合理饮水,使饮水量既达到生理要求,又符合规律排尿要求。患者每日饮水总量控制在 1 500~2 000 mL,早、中、晚三餐后各饮水 400 mL;在 10、16、20 时点饮水 200 mL。20 时到次晨 6 时段不饮水,以避免膀胱夜间过度膨胀^[8-9]。如三餐时饮水量明显增加,其他时段则应相应减少饮水量;输液患者也应适当减少饮水量,少食用或不食用诸如西瓜、白萝卜、粥等有利尿作用的食物。

1.2.4 膀胱训练 (1)嘱患者做排尿动作,主动增加腹压或用手按压下腹部协助排尿,但不能直接挤压膀胱,以免膀胱内压急剧升高,使尿液经输尿管反流至肾脏致肾积水。(2)指导患者做收缩肛门括约肌动作,加强腰骶肌肉力量,有利于排尿功能重建及加强。

1.2.5 疗效判断 残余尿小于 100 mL 为治愈,停止间歇导尿;残余尿 100~200 mL 为好转,减少间歇导尿次数;大于 200 mL 为无效,继续间歇导尿。

2 结果

64 例患者中,有 43 例(67.19%)治愈出院,16 例(25.00%)好转出院,5 例(7.81%)仍需间歇导尿解决尿潴留;菌尿 38 例(59.38%),仅 1 例(1.56%)出现发热,停止 SIC,静脉用抗感染治疗后好转。

3 讨论

脊髓损伤及糖尿病导致的神经源性膀胱,由于排尿功能障碍,引起尿潴留,一般采用保留导尿或耻骨上造瘘。而长期留置尿管使膀胱长期处于空虚状态,对充盈刺激的反应性降低,膀胱腔逐渐缩小,最终导致膀胱挛缩,影响膀胱排尿功能的恢复。长期留置尿管,易形成膀胱结石及泌尿系感染,尿管留置 3 d 发生尿路感染率为 31%,5 d 以上感染率为 74%,长期留置尿管感染率为 100%^[10]。患者因自我形象受损而增加心理负担,减少与社会接触的机会。SIC 既可以解除尿潴留问题,又

△ 通讯作者, E-mail: wuyao414@yahoo. com. cn.

可使膀胱保持周期性充盈扩张,促使膀胱功能恢复;减少残余尿量,降低尿路感染发生率,保护肾脏功能;解除因留置尿管带来的护理问题;解除患者心理障碍,提高生活质量,恢复自信,提高参与社会的能力,实现自我价值的体现。因此,SIC是目前治疗神经源性膀胱的有效方法,具有操作简单,感染率低等优点,值得临床应用推广。

参考文献

[1] 刘菁. 外伤性截瘫患者自我间歇导尿的康复指导[J]. 实用临床医学, 2007, 8(3): 130.
 [2] 韩云. 糖尿病神经源性膀胱患者的护理常州实用医学[J]. 2012, 28(6): 409-410.
 [3] 江笑春, 汪国平. 20 例痉挛型神经源性膀胱的康复护理体会[J]. 中国伤残医学, 2012, 20(11): 34-35.
 [4] Yucel S, Kocak H, Sanli A, et al. How accurate is measuring postvoid residual volume by portable abdominal ultrasound equipment in peritoneal dialysis patient [J]. Neurourol Urodyn, 2005, 24(4): 358-361.

[5] 周斌芳, 钟雪梅, 杨克虎, 等. 间歇导尿与留置导尿治疗尿潴留的系统评价[J]. 护理研究 2012, 26(8B): 2200-2203.
 [6] 刘润莲, 郭佩芬, 蒋湘云, 等. 清洁间歇导尿技术在脊髓损伤排尿障碍患者中的应用[J]. 基层医学论坛, 2012, 16(15): 1905-1906
 [7] 南登崑. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 342.
 [8] 刘琪雄, 吴显荣, 颜洁. 间歇导尿对脊髓损伤患者尿潴留的应用效果[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2011, 32(5): 802-803.
 [9] 王桂荣, 吕义荣, 胡睿婧. 神经源性膀胱患者间歇导尿自我护理的路径化健康教育[J]中国康复, 2012, 27(3): 218-220.
 [10] 许宏, 韦莉萍. 留置尿管相关感染的研究发展[J]. 护士进修杂志, 2005, 20(1): 7-8.

(收稿日期: 2013-01-12 修回日期: 2013-02-12)

不同的护理干预对 90 例糖尿病患者治疗效果的影响

李国芬(四川电力医院护理部, 成都 610051)

【摘要】 目的 探讨完善的护理干预对糖尿病患者血糖控制效果的影响。**方法** 将本院 2010 年 9 月到 2012 年 3 月收治入院的 90 例糖尿病患者随机分为干预组和对照组, 每组各 45 例。对照组给予糖尿病常规护理, 干预组在对照组的基础上给予饮食行为护理、运动干预护理、健康宣教、心理护理、用药指导护理、随访护理等。比较两组患者护理干预前后的血糖变化情况、患者服药依从性以及对疾病的认知。**结果** 护理干预后, 干预组的血糖降低幅度、服药依从性和对疾病的认知程度均高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 对糖尿病患者实施饮食、运动、行为、心理、用药指导、随访等多方面的护理干预能够显著提高患者治疗效果、患者服药依从性以及糖尿病的认知, 值得临床推广应用。

【关键词】 糖尿病; 护理干预

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.070 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)13-1752-02

糖尿病已经成为威胁人类健康的主要非传染性疾病之一, 而且患病率逐年上升^[1]。全面有效地控制糖尿病, 单靠药物难以达到, 患者的饮食、运动护理干预、健康宣教、心理护理、行为护理、用药指导护理以及出院后随访就显得尤为重要, 通过护理干预能够显著提高患者治疗效果, 提高糖尿病患者的服药依从性以及糖尿病的知识掌握。本科通过对 90 例患者进行护理干预, 效果较好, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院在 2010 年 9 月至 2012 年 3 月收治入院的糖尿病患者共 90 例(排除语言、智力、人格障碍), 均符合 WHO 糖尿病的诊断标准, 采用随机数字表分为对照组与干预组。对照组 45 例, 年龄 54~69 岁, 平均(59.8±3.3)岁; 干预组 45 例, 年龄 53~69 岁, 平均(58±4.2)岁。两组患者性别、年龄及治疗前血糖差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予糖尿病的常规药物治疗和常规护理。

1.2.2 干预组 在对照组基础上给予护理干预措施, 护理干预方法包括以下几各方面。(1)饮食行为护理: 嘱咐糖尿病患者控制热量的摄入, 限制糖、脂肪以及动物内脏的食用, 并适当补充钙、蛋白质等, 多食入高纤维及新鲜水果, 预防便秘。劝导患者戒烟限酒。(2)运动干预护理: 适当运动是控制血糖的积

极措施, 根据患者身体情况以及爱好, 制订运动方案, 如散步、慢跑、打太极等。每周运动 3~5 次, 根据患者身体状况随时进行调整, 并督促其持之以恒。(3)健康宣教: 向患者讲解糖尿病的发病机制、病因、治疗方法, 告知血糖是可以的饮食和运动的方式改善血糖水平, 定期检测血糖, 通过健康教育努力提高患者的认知水平^[2]。(4)心理护理: 糖尿病患者一般病程长, 需要长期甚至终生服药, 常常会失去信心, 护理人员要安慰、鼓励患者, 使其精神上得到支持, 心理上得到平衡, 同时加强与患者的交流和沟通, 建立互相信任的护患关系。(5)用药指导护理: 告知患者药物的名称、用法以及不良反应, 帮助患者建立长期治疗的思想准备, 督促其坚持服药, 不可突然停药或者随意换药, 并指导患者自我监测血糖。(6)随访护理: 糖尿病须终生服药, 许多患者难以坚持, 出院后定期对患者进行门诊或电话随访, 反复强调糖尿病的危害性以及其可控制性。

1.3 评价指标 记录两组患者治疗前后血糖变化情况和对糖尿病的认识情况, 通过随访记录患者服药依从性情况。

1.4 评价方法 使用 SPSS13.0 统计软件进行分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组数据资料用 t 检验和 χ^2 检验进行统计分析, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者空腹及三餐后 2 h 血糖控制情况比较见表 1。