

• 临床探讨 •

# 苯扎氯铵溶液在尿道端端吻合术后患者导管护理中的应用效果评价\*

蔡卫红, 陈 斌<sup>△</sup>, 章左艳

(上海交通大学附属第六人民医院泌尿外科 200233)

**摘要:**目的 观察应用苯扎氯铵溶液在尿道端端吻合术后患者导管护理预防感染中的临床疗效。方法 选取 2013 年 2 月至 2014 年 1 月行尿道端端吻合术的 80 例患者作为研究对象,按照随机数字表法分为两组,每组各 40 例。试验组采用苯扎氯铵溶液棉球实施导管护理,对照组采用生理盐水棉球实施导管护理,两组于术后第 3、5、7 天及拔管前行尿常规及中段尿培养检查,并在住院期间进行舒适度及满意度调查。结果 试验组患者应用苯扎氯铵溶液行导管护理后无明显不适,各时间点行中段尿培养及尿常规检查结果均明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );试验组舒适度评分低于对照组,总体满意度高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 尿道端端吻合术后应用苯扎氯铵溶液行导管护理无明显不良反应,并且可明显降低泌尿系感染的发生率,值得临床推广应用。

**关键词:**苯扎氯铵溶液; 尿道端端吻合; 导管护理; 泌尿系感染; 尿道狭窄

**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.040 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)24-3671-03

尿道狭窄是泌尿外科的治疗难题,其中尿道端端吻合术是治疗尿道狭窄的主要方法<sup>[1-3]</sup>。尿道端端吻合术后患者都要留置导尿管,主要是起支架和引流的作用,而留置导尿管引起尿路感染,从而导致手术失败。因此,术后引流通畅、预防感染是手术成功的关键<sup>[4]</sup>。随着科室留置导管患者日益增多,如何做好导管护理,预防感染,从而提高手术成功率成为护理人员的一项重要工作。本文就应用苯扎氯铵溶液在尿道端端吻合术患者导管护理预防感染的疗效进行探讨,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2013 年 2 月至 2014 年 1 月因后尿道狭窄入院择期行尿道端端吻合术的男性患者 80 例作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和试验组,每组各 40 例,两组患者基本资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。所有患者术前检查尿常规示白细胞均正常,中段尿培养阴性。本研究经本院伦理委员会批准,所有受试者入组前均签署知情同意书。两组研究对象基本资料比较见表 1。

表 1 两组研究对象基本资料比较

组别	n	年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	体质量 ( $\bar{x} \pm s$ , kg)	狭窄部位分类[n(%)]			文化程度[n(%)]	
				球部尿道	球膜尿道	腹部尿道	初中及以下	高中及以上
对照组	40	45.01 ± 5.57	62.46 ± 7.12	10(25.00)	15(37.50)	15(37.50)	25(62.50)	15(37.50)
试验组	40	46.17 ± 4.96	64.81 ± 6.43	11(27.50)	15(37.50)	14(35.00)	27(67.50)	13(32.50)
$\chi^2/t$		0.726	0.785		0.653		0.719	
P		>0.05	>0.05		>0.05		>0.05	

## 1.2 纳入和排除标准

**1.2.1 纳入标准** 年龄大于 10 岁小于 60 岁;男性,择期行尿道端端吻合术者;能独立完成本研究调查问卷,依从性好者;入组前无特大疾病和精神障碍者;术后均留置导尿管的患者。

**1.2.2 排除标准** 严重肝肾功能障碍及血液系统疾病患者;妊娠期妇女;不愿意听从医务人员的指导和安排者;患有传染病者;有药物接触过敏者。

**1.3 治疗方法** 两组患者均给予常规尿道端端吻合术护理,包括术前完善各项检查,做好尿道准备、肠道准备,同时给予心理护理、饮食指导等。术后均给予导管护理,其中试验组采用苯扎氯铵溶液棉球实施导管护理,对照组采用生理盐水棉球实施导管护理。护理方法均为经尿道口至龟头螺旋向上至冠状沟重复 2 次,沿尿道口外尿管螺旋向下 5 cm 重复 2 次,每次 1 个棉球,以擦净尿道口及导尿管的分泌物为宜。观察尿道口分泌物的颜色、气味,术后两组患者均常规静脉用抗菌药物。同

时试验组在术后给予饮食护理,具体方案:术后早期给予高营养、高热量、高蛋白食物,为切口愈合提供充分的营养成分,同时告知患者排便时减少因用力排便导致切口裂开的风险。对于疼痛明显者,要为患者创造安全、舒适的环境,听舒缓的音乐等,必要时服用止痛药物。

## 1.4 效果评价

**1.4.1 尿液白细胞计数(WBC)检查** 分别于术后第 3、5、7 天及拔管前收集清晨第 1 次中段尿,采用尿沉渣显微镜检测。

**1.4.2 尿液菌落计数检查** 分别于术后第 3、5、7 天及拔管前收集清晨第 1 次中段尿,将其稀释成 1:1 000 取 0.1 mL 接种在 CLED 平板上,培养后计算其菌落数。

**1.4.3 舒适度** 自制《尿道端端吻合术患者舒适度评估量表》,标尺左端为 0 分,右端为 10 分,得分越高越不舒适,0 分代表无症状,舒适;>0~4 分代表一般,有轻度不适,可以忍受;>4~7 分代表中度不舒适,但可以忍受,日常生活受影

\* 基金项目:上海市第六人民医院院级课题研究基金资助项目(院内-1553)。 △ 通信作者,E-mail:chenbin331@126.com。

响; >7~10 分代表严重不舒适, 难以忍受。

**1.4.4 满意度** 调查在患者出院前进行, 内容包括患者的一般资料, 对术前准备、术后导管护理、术后健康指导的满意度等。满意度调查分 3 档, >90 分为好(满意), 60~90 分为中等(较满意), <60 分为差(不满意)。当场收回调查表并记录, 回收率为 100%。

**1.5 统计学处理** 数据采用 SPSS19.0 统计学软件进行处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 两独立样本均数比较采用 *t* 检验, 计数资料以百分率表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验, 检验水准  $\alpha = 0.05$ , 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者不同时间点尿液 WBC 比较** 见表 2。两组患者治疗后均无明显皮肤瘙痒、刺痛、皮疹及皮肤红肿等不适感觉。治疗后试验组患者术后各时间点尿液 WBC 均明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**表 2 两组患者不同时间点尿液 WBC 比较( $\bar{x} \pm s$ , 个/毫升)**

组别	n	术后第 3 天	术后第 5 天	术后第 7 天	拔管前
试验组	40	123.00±11.12	85.00±6.12	56.00±5.32	23.00±3.67
对照组	40	351.00±13.32	267.00±12.12	145.00±13.47	87.00±5.65
<i>t</i>		5.627	6.305	4.783	5.351
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 两组患者不同时间点尿液菌落计数比较** 见表 3。治疗后试验组患者术后各时间点行菌落计数明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**表 3 两组患者不同时间点尿液菌落计数比较( $\bar{x} \pm s$ , 个/毫升)**

组别	n	术后第 3 天	术后第 5 天	术后第 7 天	拔管前
试验组	40	7.89±1.32	5.32±1.12	4.18±1.02	2.23±0.62
对照组	40	11.12±1.02	9.76±1.14	7.76±1.4	4.36±0.84
<i>t</i>		4.713	5.098	3.891	5.183
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.3 两组患者术后舒适度评分及满意度比较** 见表 4。试验组舒适度评分低于对照组, 差异有统计学意义( $t = 4.356, P < 0.05$ ); 总体满意率高于对照组, 差异有统计学意义( $\chi^2 = 5.437, P < 0.05$ )。

**表 4 两组患者术后舒适度评分及满意度比较**

组别	n	舒适度 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	满意度[n(%)]			满意合计
			满意	较满意	不满意	
试验组	40	4.02±0.63*	34(85.00)	5(12.50)	1(2.50)	39(97.50)*
对照组	40	6.82±1.04	27(67.50)	7(17.50)	6(15.00)	34(85.00)

注: 与对照组比较, \*  $P < 0.05$

**3 讨 论**

尿道狭窄是泌尿外科的治疗难题, 尿道端端吻合术是治疗该类疾病的主要方法, 术后泌尿系感染是引起手术失败的重要原因<sup>[5]</sup>。因此, 预防感染是尿道端端吻合术患者手术成功的重要因素。对于留置导尿管后, 导尿管护理消毒是预防感染的重要措施。既往常规使用碘伏棉球进行导管护理, 其结果是留置导

尿管后第 7 天中段尿培养结果显示有 40% 的阳性率<sup>[6]</sup>。目前临床上尚无绝对有效的预防和控制尿路感染的方法<sup>[7]</sup>。在本科室, 尿道狭窄术后使用生理盐水棉球做导管护理的患者, 其中段尿培养阳性率也达到 21.25%<sup>[8]</sup>, 而本科室的尿道端端吻合术后患者留置尿管时间为 2~3 周。据钟秀玲等<sup>[9]</sup>的研究显示, 带尿管的患者细菌感染由 72 h 的 44% 上升到 17 d 后的 90%。所以, 如何在如此长的留置导尿时间内做好导管护理, 减少泌尿系逆行感染, 进而提高手术成功率, 是尿道狭窄术后重要的护理内容。

本研究所采用的苯扎氯铵溶液是新一代季铵盐类消毒剂, 抗菌谱广, 对革兰阳性菌、革兰阴性菌、真菌及酵母菌均有良好的杀菌作用, 且对皮肤黏膜无刺激性。本研究中经苯扎氯铵溶液消毒的试验组患者术后中段尿培养菌落计数及 WBC 均明显少于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且无明显皮肤瘙痒、刺痛、皮疹及皮肤红肿等不适感觉, 试验组舒适度评分低于对照组, 总体满意度高于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。这主要是因为: (1) 苯扎氯铵溶液具有清洁、去污、保湿的作用, 且稳定性强, 有利于常温下保存, 符合医院预防感染控制的要求<sup>[10]</sup>。(2) 苯扎氯铵溶液对人体无致敏现象, 对黏膜刺激小, 抗菌效果好, 应用于尿道端端吻合术后导管护理中, 可明显降低术后感染率, 提高手术成功率, 得到医护人员的高度认可<sup>[11]</sup>。应用苯扎氯铵溶液对导管进行护理的同时, 不仅提高了患者的舒适度, 而且也提升了患者的满意度。

综上所述, 尿道端端吻合术后应用苯扎氯铵溶液行导管护理无明显不良反应, 可明显降低泌尿系感染的发生率, 值得临床推广应用。

**参考文献**

[1] 徐月敏. 尿道狭窄的病因与治疗现状[J]. 中华泌尿外科杂志, 2011, 32(11): 725-727.

[2] Koraitim MM. On the art of anastomotic posterior urethroplasty: a 27-year experience[J]. J Uro, 2005, 173(1): 135-139.

[3] Eswara JR, Han J, Raup VT, et al. Refinement and validation of the urethral stricture score in categorizing anterior urethral stricture complexity[J]. Urology, 2015, 85(2): 474-477.

[4] 何述萍, 李惠玲. 膀胱黏膜替代尿道治疗复杂性尿道狭窄的护理[J]. 实用医院临床杂志, 2007, 4(3): 107.

[5] 孙华宾, 尹永华, 刘燕, 等. 不同手术方法治疗男性外伤性尿道狭窄的多中心临床研究[J/CD]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版), 2011, 5(2): 151-154.

[6] 王勤芬, 张文英, 詹佩娟, 等. 应用济安舒能液体抗菌膜行会阴护理预防尿路感染的效果观察[J]. 护理学报, 2008, 15(11): 77-78.

[7] 徐光琴, 彭泽萍, 杜迎春, 等. 导尿管相关尿路感染的监测及分析[J]. 中国感染控制杂志, 2016, 15(7): 495-497.

[8] 陈斌, 蔡卫红, 陈洁, 等. 改良更换集尿袋操作技术在尿道狭窄留置导尿管患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(15): 1837-1839.

[9] 钟秀玲, 李小瑛, 罗艳霞. 医院泌尿系感染危险因素分析与对策[J]. 南方护理学报, 2002, 9(1): 7-9.

[10] 林淑辉,刘翠月,罗晓明,等.苯扎氯铵溶液对术野皮肤黏膜消毒效果的观察[J].中国当代医药,2010,17(8):39-42.

发症的影响[J].实用临床医药杂志,2014,18(2):53-55.

(收稿日期:2017-07-13 修回日期:2017-09-26)

[11] 张璐,李正兰.循证护理对泌尿外科患者术后舒适度及并  
• 临床探讨 •

## B 超检查诊断慢性乙型肝炎患者的临床准确性及应用价值

张晓明,程 静<sup>△</sup>,张灿晶

(重庆市东南医院超声科 401336)

**摘要:**目的 评价 B 超检查诊断慢性乙型肝炎的临床准确性及应用价值。方法 选取该院 2015 年 3 月至 2016 年 5 月消化内科收治的 126 例慢性乙型肝炎患者作为研究对象,对所有患者进行 B 超检查和病理检查,比较两种方法对轻、中度肝脏病变的检查结果及 B 超检查对于大三阳和小三阳结果的对比分析。结果 病理检查轻度慢性肝炎(48.41%)、中度慢性肝炎(28.57%)及肝硬化(23.02%)比例与 B 超检查结果比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );大三阳患者光点增强(52.28%)、弥漫性肝病(32.95%)、肝硬化(14.77%)、肝内占位(0.00%)与小三阳患者比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 慢性乙型肝炎的肝脏病理结构改变具有特异性,且疾病发展至一定程度,肝脏、脾、胆囊会出现声像图异常,B 超检查对于轻、中度慢性肝炎及早期肝硬化的诊断有较好的诊断效果,与病理学检查的准确率水平相当。

**关键词:**B 超检查; 慢性乙型肝炎; 准确性; 应用价值

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.041 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)24-3673-02**

慢性乙型肝炎是临床上常见的传染性疾病,且目前其患病率有上升趋势,若长期不进行干预治疗,则会严重威胁患者的身体健康,慢性乙型肝炎是由乙肝病毒(HBV)感染引起的<sup>[1-2]</sup>。HBV 侵入人体后可导致肝细胞变性、坏死,以及坏死区域和其周围纤维组织增生,病理上的长期病变可导致肝硬化,最后可发展为肝癌<sup>[3-4]</sup>。随着 B 超检查技术水平不断提高,其在临床中的应用更加广泛,为了研究 B 超检查在诊断慢性乙型肝炎中的临床准确性和应用价值,本研究选取 126 例慢性乙型肝炎患者进行相关研究,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2015 年 3 月至 2016 年 5 月消化内科收治的 126 例慢性乙型肝炎患者作为研究对象,所有患者均符合国际上关于病毒性肝炎的诊断标准,且所有患者检查结果均为大三阳和小三阳,并排除甲肝病毒、丙肝病毒、丁肝病毒、戊肝病毒及巨细胞病毒等重复感染的患者,同时排除妊娠期妇女、年龄超过 65 岁、其他脏器严重衰竭及严重精神异常的患者。急性肝炎 15 例,慢性迁延性肝炎 62 例,慢性活动性肝炎 21 例,重型肝炎 10 例,淤胆型肝炎 18 例。所有患者均进行 B 超和病理检查,所有符合要求的患者分为大三阳组和小三阳组,大三阳组 63 例,男 40 例,女 23 例;年龄 21~55 岁,平均(35.7±6.3)岁;病程 1~21 年,平均(6.5±3.1)年;住院次数 1~5 次,平均(2.0±0.5)次。小三阳组 63 例,男 42 例,女 21 例;年龄 20~53 岁,平均(33.9±5.7)岁;病程 1~19 年,平均(7.4±3.2)年;住院次数 1~6 次,平均(2.3±0.2)次。两组患者基本信息(年龄、性别、病程及平均住院次数)差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 在试验开始之前,向所有患者详细介绍本次研究的目的、过程及相关注意事项,并让患者或其家属签署知情同意书,以得到更好的配合,使结果更加具有客观性和可靠性。所有患者入院后均接受常规详细检查,以排除不符合要求的研

究对象。所有患者均签署病理检查同意书,均接受病理检查和 B 超检查。B 超检查过程如下:仪器选择德国西门子 PrimaSLC 型黑白超声诊断仪,探头频率为 3.5 MHz,所有患者在接受 B 超检查前禁食早餐,且保持空腹 8~12 h 以上,患者采取仰卧位或左侧卧位,检查顺序分别按纵向、横向及斜向肋间、肋下进行扫查,依次检查肝脏、胆囊、胰腺、脾脏,并检查肝脏内、外部的管道系统,观察肝脏实质和肝内管道壁的回声大小,并对门静脉主干部分进行测量。患者采取右侧卧位时进行脾脏检查(脾门区的脾静脉内径大小及脾脏厚度),详细测量患者各项指标的数据。病理检查:本次试验选择 16GTSK 肝脏穿刺活检枪。穿刺前先行 B 超检查,检测肝脏的包膜、大小,肝实质回声大小、门静脉、肝静脉内径大小及血流速度,同时观察胆囊大小及胆囊壁的光滑程度和厚度,观察脾脏大小。穿刺时患者取左侧卧位,确定穿刺位点,一般选择肝脏右后叶,在第 7~9 肋间区域,穿刺时应注意避免损伤大血管和胆囊,穿刺深度以 5 cm 左右最合适。先对穿刺区域皮肤进行消毒,铺上洞巾后选择 2%利多卡因进行局部麻醉,待麻醉起作用后,在 B 超指导下进行肝脏穿刺活检,穿刺完成后,在 B 超下观察穿刺活检部位有无出血,并进行消毒包扎。

**1.3 评价指标**<sup>[5-6]</sup> B 超检查:轻度表现为肝脏、胆囊、脾脏等各项指标尚在正常范围;中度表现为肝区回声分布不均,肝静脉不清晰,胆囊壁增厚且毛糙,脾脏增大;重度表现为肝脏体积异常,肝区回声明显不均,门静脉血流速度较慢且内径增宽,管壁回声增强,肝静脉扭曲,胆囊壁更厚,脾脏明显增大。肝硬化:(1)肝脏体积变小、包膜增厚且表面凹凸不平;(2)肝实质内回声增强且不均;(3)门静脉直径超过 14 mm;(4)脾脏肿大;(5)脾静脉直径超过 8 mm;(6)肠系膜上动脉直径超过 12 mm,以上条件至少满足 3 条即可诊断为肝硬化。病理检查:轻度表现为超过 0~2 期慢性肝炎;中度表现为超过 2~3 期慢性肝炎;重度表现为超过 3~4 期慢性肝炎;肝硬化表现为镜下肝脏

<sup>△</sup> 通信作者,E-mail:365899226@qq.com.