

综合康复护理在脊髓损伤后神经源性膀胱患者的应用

周波,张威,李璇

【摘要】 目的:探讨脊髓损伤后神经源性膀胱患者的康复护理的最佳方法。方法:脊髓损伤后排尿功能障碍的患者102例,随机分为观察组和对照组各51例,2组均给予间歇导尿术;观察组同时进行膀胱功能恢复再训练及心理康复护理等综合护理干预。观察2组患者康复治疗后残余尿量及实验室指标检查结果进行统计分析。结果:治疗2个月以后,2组患者残余尿量、尿液白细胞计数、细菌计数均较治疗前明显下降($P<0.05$);且观察组疗效差异更有显著性($P<0.05$);2组治疗后无需导尿的人次明显增多,需要每日4~6次导尿的人次明显减少,且观察组疗效差异更有显著性($P<0.05$)。结论:应用综合康复护理方法,可不同程度改善神经源性膀胱的功能,并能有效地预防泌尿系并发症,提高患者的生存质量。

【关键词】 脊髓损伤;神经源性膀胱;康复护理

【中图分类号】 R49;R683.2 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2014.02.023

神经源性膀胱(Neurogenic bladder, NB)是一类由于神经系统病变导致膀胱和/或尿道功能障碍,进而产生一系列下尿路症状及并发症的疾病总称^[1]。脊髓损伤(Spinal Cord Injury, SCI)可由多种因素导致,如外伤、血管性疾病、先天性疾病和医源性损伤等^[2]。本文拟观察综合康复护理在SCI后神经源性膀胱患者的应用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2009年4月~2012年10月由我院骨科或神经外科转入我科的SCI患者102例,均经X线、CT或MRI检查确诊。其中高处坠落、车祸、刀刺伤等外伤所致者95例,脊膜瘤术后者7例。临床表现为四肢瘫或下肢瘫,且部分自主排尿或完全无自主排尿。102例随机分为2组各51例,①观察组,男36例,女15例;年龄18~76岁,平均 (42.62 ± 9.57) 岁;病程2~3周,平均 (2.01 ± 0.63) 周。②对照组,男35例,女16例;年龄18~76岁,平均 (42.62 ± 9.57) 岁;病程2~4周,平均 (2.85 ± 0.63) 周。观察组51例,10例完全性,对照组51例,11例完全性,2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2组均给予间歇导尿术;观察组同时进行膀胱功能恢复再训练及心理康复护理等综合护理干预。①间歇导尿术:选择14~16号一次性无气囊无菌导尿管,引流管始终低于患者耻骨联合水平,待尿液呈滴流状时缓慢拔出尿管,同时可轻压膀胱区使膀胱彻

底排空。间导次数根据患者残余尿量而定,如残余尿量 $>200\text{mL}$,每日导尿4次。如残余尿量 $>150 \sim 200\text{mL}$,每日导尿3次。如残余尿量 $>80 \sim 100\text{mL}$,每日导尿1次。残余尿量 $<80\text{mL}$,可暂停导尿。②膀胱功能训练:包括行为训练、盆底肌训练,生物反馈等。行为训练,针对患者不同情况制定患者排尿计划,提醒患者定时排尿,鼓励患者尽可能避免在计划时间外排尿;盆底肌训练,即患者在不收缩下肢、腹部及臀部肌肉的情况下自主收缩盆底肌肉,嘱患者吸气时收缩肛周肌肉,呼气时放松,每次收缩均维持5~10s,重复10~20组/次,每日3次;生物反馈,采用加拿大Thought公司产生物刺激反馈仪,将治疗棒置于直肠(男性或未婚女性)/阴道(已婚女性),利用10~50Hz、200US的波宽,0~100mA的电流强度来进行恰当的神经肌肉电刺激。治疗时间为每次30min,每天1次,20次为1个疗程,间歇7~10d后可进行下一个疗程。③心理康复:根据患者所处的心理时期,有针对性的进行心理减压护理,耐心倾听患者的诉说,理解和尊重患者,通过亲切语言安抚患者情绪,使其积极配合治疗,通过健康宣教手册或相关宣传片帮助患者了解此类疾病转归,树立其战胜疾病的信心。

1.3 评定标准 分别对2组患者治疗前后的残余尿量、尿白细胞计数、尿细菌计数检测、不同导尿次数人次百分比进行比较^[2-4]。

1.4 统计学方法 应用SPSS 11.5软件进行统计分析,数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t及 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗2个月后,2组患者残余尿量、尿液白细胞计

收稿日期:2013-12-16

作者单位:华润武钢总医院康复科,武汉 430080

作者简介:周波(1973-),女,主管护师,主要从事康复护理方面的研究。

数、细菌计数均较治疗前明显下降($P<0.05$),且观察组更低于对照组($P<0.05$);2组治疗后无需导尿的人次明显增多,且观察组更高于对照组($P<0.05$);需要每日4~6次导尿的人次明显减少($P<0.05$),且观察组更低于对照组($P<0.05$)。见表1,2。

表1 2组治疗前后残余尿量、尿液白细胞及细菌计数比较

$\bar{x} \pm s$				
组别	时间	残余尿量 (ml)	白细胞计数 (≥ 10 个/HP)	细菌计数 (≥ 10 万/ml)
观察组 ($n=51$)	治疗前	570.47 $\pm$ 9.32	101.45 $\pm$ 8.56	97.17 $\pm$ 9.32
	治疗后	134.11 $\pm$ 5.43 ^{ab}	7.33 $\pm$ 3.15 ^{ab}	5.97 $\pm$ 2.88 ^{ab}
对照组 ($n=51$)	治疗前	566.05 $\pm$ 10.22	100.67 $\pm$ 9.14	98.64 $\pm$ 8.86
	治疗后	208.32 $\pm$ 6.51 ^a	11.56 $\pm$ 4.22 ^a	8.22 $\pm$ 9.32 ^a

与治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$

表2 2组治疗前后不同导尿次数的比较 例(%)

组别	时间	导尿1~3次	导尿4~6次	无需导尿
观察组 ($n=51$)	治疗前	15(29.41)	36(70.59)	0
	治疗后	22(43.14)	5(9.80) ^{ab}	24(47.06) ^{ab}
对照组 ($n=51$)	治疗前	16(31.37)	35(68.63)	0
	治疗后	26(50.98)	10(19.60) ^a	15(29.42) ^a

与治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$

3 讨论

SCI后,膀胱功能不稳定,随着时间的推移会发生改变,并随着并发症的出现可能迫使改变膀胱管理方案。通常在急性期过后,立即开始间歇性导尿,在适宜的时间进行尿流动力学检查,逐步调整排尿方式。对于逼尿肌反射亢进,可尽早地建立自主性排尿节律,不实行或少实行导尿。逼尿肌无反射性膀胱,可能需要依靠压腹排尿、间歇导尿等措施。

间歇性导尿临床应用都显示了较低的泌尿系感染和较少并发症,而且间歇性导尿的泌尿系感染率明显低于留置导尿^[5]。应用间歇导尿可使膀胱规律性充盈与排空接近生理状态,防止膀胱过度充盈。规律排出残余尿量,减少泌尿系统和生殖系统的感染。使膀胱间歇性扩张,有利于保持膀胱容量和恢复膀胱的收缩功能等,还能避免长期留置导尿管导致的心理负担。这对提高患者生活质量,回归社会有重要意义^[6-7]。

膀胱再训练的作用是促进膀胱排空,避免感染,保护肾脏功能,提高患者生活质量。但膀胱再训练应注

意以下事项:①训练前必须做好评估,以判断是否可以进行训练。②训练前告知患者或其陪护训练的目的,提高患者配合的积极性。③训练要以患者不疲劳为宜。④训练时要密切观察患者的反应及变化,有问题要停止训练。⑤训练过程中要定时做好动态评估和相关记录。此外,SCI亦给患者带来巨大的创伤,患者心理变化经历否定沮丧期、冷静再认期、形象重塑期这三个阶段。康复初期患者抑郁、焦虑等发生率明显高于正常人。因此医护人员及家属应给与积极的心理支持。告知患者心理康复决定肢体功能的康复积极主动地配合治疗和护理,才能最大限度的恢复功能。医护人员及家属还应了解各期特点,采取不同对策,在愤怒期多予以宽容谅解,悲痛期耐心规劝并预防自杀,承受期应积极协助患者安排新的生活,多予以鼓励,积极配合各项康复治疗^[8]。

综上所述,通过膀胱管理方案的综合实施,以期达到减少并发症的发生,使患者尽可能的功能独立,尽可能提高患者的生活质量,让患者更好的融入家庭、社会是SCI患者神经源性膀胱治疗的最终目的。

【参考文献】

- [1] 王茂斌. 神经康复学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009, 663-663.
- [2] 卓宏. 中国康复医学[M]. 第2版. 北京:华夏出版社, 2003,939-939.
- [3] 李德芬,刘金耀. 二维超声膀胱容积测定[J]. 空军总医院学报,2008,2(2):131-133.
- [4] 秦万长. 压力性尿失禁患者膀胱充盈前后尿道最大闭合压和功能尿道长度的改变[J]. 临床泌尿外科杂志,2000, 6(1):25-27.
- [5] 时美芳,杨在英,吴雄妹,等. 尿潴留患者间歇性导尿与留置导尿管细菌学检测的临床观察[J]. 中华物理医学与康复杂志,2001,23(4):220-222.
- [6] 董伟,刘艳丽,魏秀丽. 脊髓损伤截瘫患者的康复护理[J]. 齐鲁护理杂志,2004,10(2):156-158.
- [7] 赵超男,林治凤. 脊髓损伤患者间歇导尿时的尿路感染及预防[J]. 中国康复理论与实践,2001,7(4):187-189.
- [8] 蔡鸿,王芳. 脊髓损伤患者反射性膀胱功能障碍的康复与护理[J]. 中国医药科学,2011,1(1):70-72.