

外,晚期的股骨头缺血性坏死患者是否通过这种治疗方法获得较好临床疗效,逐渐减轻疼痛及回复功能,避免行关节置换术,值得进一步研究。

参考文献

- [1] 刘铁钢,陈卫衡.非创伤性股骨头坏死的流行病学研究[J].当代医学(学术版),2008,20(18):525—527.
- [2] 叶伟龙,招卫乾,陈忠. Ficat分期对介入治疗股骨头坏死的疗效影响[J]. 医学信息,2013,5:142—143.
- [3] 何晓锋.臭氧治疗医学的创新、发展与前景[J].西部医学,2010,12:3—5.
- [4] 尹兰山,慈鸿飞.银质针疗法治疗不同分期的股骨头缺血性坏死疗效观察[J].中国冶金工业医学杂志,2007,24(4):450—451.
- [5] 齐海,丁悦,许杰,等. Harris评分和X线在评价全髋关节置换术后疗效中的作用[J]. 中国关节外科杂志,2009,4(11):1023—1024.

- [6] 王福根,傅国信,高谦,等. 银质针导热治疗软组织痛[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2008. 40—41.
- [7] 黄鹂.髋关节腔内注射臭氧及玻璃酸钠治疗股骨头坏死的临床疗效观察[J].生物骨科材料与临床研究,2012,3(8):626—627.
- [8] 黄振国,张雪哲,任安,等. 股骨头缺血坏死大体标本病理与CT对照研究[J].临床放射学杂志,2012,31(7):1041—1044.
- [9] 齐云秋,刘冬伟. 比较MRI与CT在股骨头坏死早期诊断中的应用价值[J].中国实用医刊,2011,6(5):533—534.
- [10] 王飞,高谦,王刚,等. 不同规格温热银质针在离体猪骨骼肌中温度变化的特点分析[J].中华保健医学杂志,2009,11(5):349—351.
- [11] 樊荣,傅志俭,谢珺田,等. 医用臭氧对骨关节炎病理过程中软骨细胞的影响[J]. 山东大学学报(医学版),2013,51(1):15.
- [12] 庞玮. 臭氧在关节炎中的临床应用[J]. 亚太传统医药,2013,9(2):594—595.
- [13] 刘宝君,郑眉成,谢卫东. 臭氧治疗膝关节骨性关节炎的观察[J]. 中国疼痛医学杂志,2007,13(11) :731—732.

·短篇论著·

清洁自我间歇性导尿教导模式临床运用的效果分析

孟 玲¹ 钱 进¹ 李巧玲^{1,2} 徐 江¹

清洁自我间歇性导尿,是在清洁条件下,定时将尿管经尿道插入膀胱,规律排空尿液的方法,已在神经源性膀胱的治疗中被广泛接受,是安全、有效、简单的重要治疗手段^[1-2]。临床使用过程中会在患者出院1个月前教由患者或家属行清洁自我间歇导尿,而不同的患者或家属,教育背景及学习能力的差异,就决定了掌握间歇导尿技术的个体差异性比较大,因此,在患者的学习过程中如何规范地进行教导,以提高患者对间歇性导尿的理解能力、接受依从能力和操作能力并降低并发症尚需进一步明确。我们对规范化、个体化的教导模式的临床运用效果进行了研究分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择2001年1月—2014年6月在我院康复医学科住院治疗的脊髓损伤的患者598例,脊髓损伤均经CT或MRI证实并有明显的临床症状和体征。入选患者均留置尿管,残余尿在150ml以上,中段尿细菌培养均为阳性,同时还需满足以下条件:①意识清楚,生命体征稳定,无心、肺、肾等严重并发症;②无严重认知、视听功能障碍及精神疾病,简易智力测试量表(MMSE)评分>24分;③能配合治疗。根据患者入院时间分为对照组和实验组,对照组2001年1月—2006年6月290例。实验组2006年7月—2014年6月308例。入选患者中男性513例,女性85例;年龄22—64岁;病程46—87d;所有入选患者均完成全部实验过程。2组患者性别、年龄、病情严重程度、病变部位进行统计分析,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。一般资料见表1。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2016.05.017

1 华中科技大学同济医学院附属同济医院康复医学科,武汉,430030; 2 通讯作者

作者简介:孟玲,女,副主任护师; 收稿日期:2015-05-04

表1 两组患者的一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$,d)	脊髓损伤平面(例)		
		男	女			颈髓	胸髓	腰骶髓
对照组	290	249	41	32.8±8.9	56.7±18.4	27	119	144
实验组	308	264	44	34.1±9.7	59.2±15.3	20	127	161

1.2 方法

1.2.1 对照组:在进行间歇性导尿(简称“间导”)前,由护士向患者及家属执行常规健康教育,解释目的、方法、注意事项,制定饮水计划表交给患者及家属保存,示范操作5—7天,教导总时间为4周。每次不少于30min,之后患者或家属独立进行间歇性导尿术。

1.2.2 实验组:①教导模式:健康宣教:护士操作技术演示-护士协助指导患者导尿和行为疗法操作-患者独立执行导尿操作-健康宣教。②教导内容:健康宣教和操作技术。

健康宣教:首次健康宣教即管床医生向患者解释目的,填写知情同意书,开出医嘱。由经过培训的护士针对患者的个体化需求宣教“间导”操作方法,导尿频率,注意事项,并与患者共同制定饮水计划表。将导尿时间,导尿次数,饮水计划表,标准导尿流程和膀胱功能训练流程制成卡片,交给患者保存。

操作技术:针对患者的个体化需求教育“间导”和行为疗法操作技术,在进行操作过程中,注重培训患者或家属在规范操作过程中的主动性,发现问题及时纠正和教导。③操作技术演示:“间导”操作技术,行为疗法(触发性排尿、屏气Valsalva法、盆底肌肉训练、尿意习惯训练)。④再次健康宣教:重复注意事项和“间导”期间可能出现并发症的处理。⑤教导时间:教导总时间为4周。每次不少于30min。⑥整个教导过程中,308例观察对象均完成整个实验过程。

1.3 生活质量和心理状况及并发症评估方法

①日常生活活动(ADL)能力评定采用Barthel指数(Barthel index, BI);②生活质量(QOL)评定采用泌尿症状7级困扰评分(bother of score, BS):“如果在您今后的生活中始终伴有现在的排尿症状,您认为如何?”0分:非常满意;1分:满意;2分:大致满意;3分:满意与不满意各半;4分:不太满意;5分:苦恼;6分:很痛苦,患者对问卷进行自评打分;③心理状态采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)和汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety rating scale, HAMA)。

两组患者“间导”开始阶段,每星期检查尿常规,细菌培养及细菌计数一次,每天一次测量体温。如尿内发现脓细胞或白细胞计数>10个/每高倍视野,或细菌计数连续2日超过 10^4 /ml时,并出现一系列症状:体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$,尿液混浊,沉淀物较多等,为泌尿系感染^[3]。

两组患者在行间歇性导尿中经检查尿常规,如红细胞>

3个/每高倍视野为镜下血尿,肉眼见到呈不同程度红色混浊与洗肉水样或有血凝块为肉眼血尿^[4],并经膀胱镜检查评估患者膀胱及尿道有无结石或黏膜出血,但出血量多者禁用此检查。

1.4 统计学分析

采用SPSS10.0软件包进行统计学分析,计量资料以均数±标准差表示,采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 教导后两组患者生活质量及心理状况的比较

两组患者均分别于教导前及执行规范化教导后对日常生活活动能力(ADL)、生活质量(QOL)、心理状态进行评定。在教导前,2组患者的各项指标评分进行组间比较,差异均无显著性意义($P>0.05$);执行教导后,实验组的BI评分高于对照组,BS评分明显低于对照组,实验组HAMD和HAMA评分改善情况显著优于对照组,差异均有显著性意义($P<0.05$),见表2。

2.2 教导后2组患者依从性比较

对于患者执行自我间歇性导尿术和行为疗法的依从性,对照组与教导后实验组的评比结果显示,实验组明显优于对照组,差异均有显著性意义($P<0.05$),见表3。

2.3 教导后2组患者并发症的发生率比较

对于自我“间导”最易出现的并发症(其中有些并发症可同时存在),教导后实验组与对照组的并发症发生率结果显示,实验组并发症明显减少($P<0.05$),见表4。

3 讨论

3.1 规范化、个体化的教导模式可改善患者对膀胱功能的管理

因能减少泌尿系感染和结石发生的几率^[6-7],神经源性膀胱管理首选间歇性导尿操作技术及辅助疗法(行为治疗)。而患者或家属在自我清洁间歇导尿期间容易出现如下相关问题:①依从性差从而使泌尿系感染、膀胱结石的发生率增高。②操作不规范和动作粗暴,容易引起尿道粘膜损伤和出血^[8-9]。③操之过急时常常以手挤压膀胱,从而导致不

表2 教导后2组患者生活质量及心理状态比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	BI	BS	HAMD	HAMA
对照组					
教导前	290	22.2±14.5	5.3±0.9	22.7±8.8	35.6±8.5
教导后	290	41.3±21.4 ^①	4.4±1.2	18.9±7.6	29.4±8.9 ^①
实验组					
教导前	308	21.8±15.7	5.8±0.8	23.5±8.6	36.1±9.4
教导后	308	59.8±23.2 ^{①②}	2.1±0.9 ^{①②}	13.3±5.4 ^{①②}	19.2±7.3 ^{①②}

①与组内教导前比较 $P<0.05$;②与对照组教导后比较 $P<0.05$

表3 2组依从性的比较 (例,%)

组别	例数	按时导尿	按量饮水	间歇导尿操作正确	行为疗法操作正确	膀胱挤压法禁用的依从性
对照组	290	218(75.2)	251(86.6)	223(76.9)	257(88.6)	256(88.3)
实验组	308	300(97.1) ^①	292(94.8) ^①	303(98.4) ^①	308(100) ^①	297(96.4) ^①

①实验组与对照组比较 $P<0.05$

表4 教导后2组并发症的发生率比较 (例,%)

组别	例数	上尿路感染	膀胱结石	尿道粘膜出血
对照组	290	18(6.2)	15(5.2)	153(52.8)
实验组	308	8(2.6) ^①	4(1.3) ^①	14(4.5) ^①

①实验组与对照组比较 $P<0.05$

稳定膀胱的内压增高,诱发逼尿肌亢进并括约肌不协同膀胱类型的患者自主神经反射亢进频繁发作,并增加输尿管返流的危险^[10]。或者消极应对,擅自减少导尿次数,从而影响排尿规律形成。④导尿前半小时,患者嫌麻烦而不愿进行膀胱功能训练,从而不能有效的帮助膀胱功能的恢复^[11-12]。对此,规范化、个体化的教导模式的临床运用可规范教导患者清洁自我间歇性导尿及行为疗法的操作技术,并确保患者和家属准确熟练掌握此技术。此外,教导模式中注重培训患者及家属在规范操作过程中的主动性,从而提高患者依从性,减少并发症发生率,使患者对膀胱功能的管理得到改善。

3.2 规范化、个体化的教导模式可帮助患者建立积极正面的心态

神经源性膀胱对脊髓损伤的患者造成了极大的困扰,几乎所有的脊髓损伤患者在伤后均存在严重的心理障碍,往往陷入焦虑、抑郁甚至绝望中^[13]。通过规范化、个体化的教导不仅使其膀胱功能状态、膀胱功能的管理得到显著改善,对脊髓损伤患者的心理状态也可产生积极的作用^[14],帮助患者重塑信心,积极面对清洁自我间歇导尿的现实问题,以一种正面的心态回归社会。

3.3 教导模式的临床运用有着多重作用,而这更需要经验丰富的临床护士参与

通过教导模式的干预可使患者了解“间导”和行为疗法的目的、意义和注意事项及基本的尿道生理解剖知识,从而积极主动配合;了解操作不当、挤压膀胱、不遵从膀胱功能训练对膀胱乃至肾脏的危害性;熟练掌握“间导”操作技术并按时、按次数进行“间导”;掌握每日饮水总量,每次饮水量以及每日的次数并按时、按量、按次数饮水;掌握如何根据自行排出尿量和残余尿量逐渐减少导尿次数^[15]。这些知识都来源于在此次教导模式中的直接实施者-护士,因此对护士的要求非常严格。参与护士需经过重点培训,且临床经验丰富,经过培训的护士在研究中需反复耐心教导患者或家属,直至他们熟练掌握以上内容。此外护士还应在患者出院前行出院评估和指导以及心理护理。

综上所述,清洁自我间歇性导尿规范化、个体化教导模式的临床运用可提高患者主动性和依从性,降低并发症的发生和提高患者的生活质量。同时对脊髓损伤患者的心理状态也产生了积极的作用,使患者能更好地适应家庭、社会,所以值得在临床护理中推广。

参考文献

[1] King RB, Carlson CE, Mervine J, et al. Clean and sterile intermittent catheterization methods in hospitalized patient with spinal cord injury[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1992, 73:798—802.

[2] Philippe G, Benoit N, Sandfine R, et al. Influence of urinary management on urologic complications in a spinal cord injury patients[J]. Arch Phy Med Rehabil, 1998, 79: 1206—1209.

[3] 吴慧群, 张淑燕. 脊髓损伤患者泌尿系感染的危险因素分析[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(7):617—618.

[4] 熊立凡. 临床检验基础[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2003.164.

[5] 孟玲, 时丽萍. 健康教育对自我间歇性导尿患者依从性的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 6(113):233—234.

[6] 刘旭东, 勾丽洁. 早期间歇导尿对脊髓损伤患者排尿功能及泌尿系统并发症的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 10(25):995—997.

[7] 马泽萍, 巫惠珍. 间歇性清洁导尿术在脊髓损伤病人中的临床应用[J]. 护理研究, 2014, 28(4):454—455.

[8] 吴红琴, 张兰香. 自我清洁间歇导尿在脊髓损伤神经源性膀胱患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2014, 29(16):77—79.

[9] 廖明珍, 兰柳华. 降低神经源性膀胱患者/家属清洁间歇性导尿不规范率的品管圈实践[J]. 护理学报, 2014, 20:22—24.

[10] 吴文娜, 欧志梅. 膀胱管理方案在脊髓损伤后神经源性膀胱康复护理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(4):150—151.

[11] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000.1323—1328.

[12] 张丽芬, 王凤玲. 清洁间歇性自我导尿术在脊髓损伤神经源性膀胱患者中的应用[J]. 护理管理杂志, 2012, 12(5):360—361.

[13] 周波, 张威, 李璇. 综合康复护理在脊髓损伤后神经源性膀胱患者的应用[J]. 中国康复, 2014, 29(2):133—134.

[14] 杨隽. 早期综合康复治疗对脊髓损伤致神经源性膀胱患者的影响[J]. 医药论坛杂志, 2014, 35(8):136—137.

[15] 邓水娟, 周君桂, 高钰琳. 神经源性膀胱患者清洁间歇导尿健康教育需求调查分析[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(12): 1114—1117.