

# 专科护士主导的留置尿管拔除评估方案对非癌性子宫切除术后患者加速康复的影响

史璐 祁佳燕

临床上子宫良性疾病患者多因指征需要而选择子宫切除术,腹腔镜全子宫切除术因具有创伤小、恢复快、并发症少等优点,已成为妇科临床最常实施的手术操作之一。快速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)专家共识提出,除根治性子宫切除术外,应避免使用导尿管,或在术后24 h内拔除尿管<sup>[1,2]</sup>。据报道指出,尿管留置时间与导管相关菌血症的发生率密切相关,平均每天增加3%~10%<sup>[3]</sup>。缩短尿管的留置时间是预防导管相关性尿路感染的有效措施之一<sup>[4]</sup>,对于非癌性子宫切除术后的患者来说,选择合适的早期拔管时机显得尤为重要。已有相关研究表明,构建以专科护士为主导的护理模式能促进患者康复<sup>[5]</sup>,但在妇科全子宫切除术后的应用尚缺乏相关报道。本次研究基于ERAS模式的基础上探讨非癌性全子宫切除术后,开展以专科护士主导的留置尿管拔除评估方案,旨在探讨其对术后患者康复进程的影响。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2023年4月至2024年4月嘉兴市妇幼保健院妇科收治的拟行非癌性全子宫切除术的患者,共110例,纳入标准包括:①根据《妇产科疾病诊疗指南(第3版)》中疾病判定标准明确为良性病变,拟实施腹腔镜下非癌性子宫全切除术;②知情同意,自愿参加本次研究。排除标准包括:①术后诊断为恶性肿瘤;②改变手术方式或手术范围扩大;③术中脏器严重损害;④术中出血>

500 mL;⑤手术时长超过120 min;⑥术后发生下肢深静脉血栓、泌尿系统疾病等疾病;⑦既往有腹部手术史、妇科疾病手术史;⑧合并有心、脑、肝、肺疾病以及泌尿系统疾病、糖尿病。本次研究获得医院医学伦理委员会批准通过。按照随机数字表法分为试验组和对照组。两组的一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义( $P$ 均>0.05)。

表1 两组患者一般资料比较

指标	试验组(n=56)	对照组(n=54)
年龄/岁	51.16±6.93	49.93±7.06
体重指数/kg/m <sup>2</sup>	23.87±3.45	24.04±3.22
麻醉分级/例(%)		
Ⅰ级	34(60.71)	35(64.81)
Ⅱ级	22(39.29)	19(35.19)
病理分型/例(%)		
宫颈上皮内瘤变	18(32.14)	19(35.19)
子宫肌瘤	30(53.57)	25(46.29)
子宫腺肌病	5(8.93)	5(9.26)
其他	3(5.36)	5(9.26)

1.2 方法 对照组常规尿管拔除流程,由医生根据临床经验、患者病情及临床治疗需求选择拔除尿管时机,开具医嘱后由责任护士拔除导尿管。

试验组实施专科护士主导的留置尿管拔除评估方案:①组建以专科护士主导的留置尿管拔除评估小组。本团队由妇科肿瘤专科护士担任组长,组员包括10年以上护理工作经验的妇科专科护士3名,5年以上护理工作经验的护士4名,妇科医师2名。由组长和3名妇科专科护士对科室护士进行为期1个月的培训,内容包括详细的方案介绍,讲解方案实施的目的、评估方法及判断标准等,确保科室全体护士掌握并通过考核。②构建以专科护士主导的留置尿管拔除评估方案。团队小组成员借

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2025.005.026

基金项目:嘉兴市科技计划项目(民生科技创新研究)(2024AD30083)

作者单位:314000 浙江嘉兴,嘉兴市妇幼保健院妇科

助检索国内外相关文献,咨询本院泌尿外科专家及妇科肿瘤专家,共同制定护士主导的留置尿管拔除评估方案,制定6项排除指征,包括生命体征不稳定、危重患者、术中误伤膀胱、会阴部开放性皮肤创伤或皮肤移植、24 h尿样收集、疼痛评分 $\geq 4$ 分和/或体能虚弱评分 $< 60$ 分。③具体方案实施:责任护士每天早晨8:00床旁交接时,评估患者继续留置导尿的必要性,对留置导尿的合理置管原因及不合理置管原因进行分析,如6项排除指征结果均为“否”,则夹闭尿管,观察1~2 h或待患者有尿意感时,使用床边膀胱容量测定仪检测确认膀胱容量,若膀胱容量为150~300 mL<sup>[6]</sup>可以通知医生停留置导尿管医嘱并拔除尿管;若膀胱容量 $< 150$  mL且无明显尿意感,继续夹闭尿管,后再次检测确认膀胱容量;若膀胱容量 $> 300$  mL且无明显尿意感,予开放并继续留置尿管,次日重新评估。如有1项及以上结果为“是”,继续留置尿管,次日重新评估。患者拔除尿管后若1 h未自主排尿,则由责任护士采取热敷下

腹部、听流水声等方式进行诱导排尿;若采取诱导排尿措施后,患者仍未排尿,则由专科护士和医生共同评估后,遵医嘱采取新斯的明肌注、一次性导尿或重置尿管等措施。

1.3 观察指标 记录并比较两组患者留置尿管时长、拔管后尿潴留发生率、重置尿管率、导尿管相关感染发生率(catheter-associated urinary tract infection, CAUTI)发生率,以及术后首次下床活动时间、首次肛门排气时间、疼痛评分及术后住院时间。

1.4 统计学方法 采用SPSS 26.0软件进行数据分析。正态分布计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用独立样本的 $t$ 检验。非正态分布计量资料以中位数和四分位数[M( $P_{25}$ ,  $P_{75}$ )]表示,组间比较采用 $U$ 检验。计数资料以例(%)表示,组间比较采用Fisher确切概率法。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组术后留置尿管时长、尿潴留发生率、重置尿管率及CAUTI发生率比较见表2

表2 两组术后留置尿管时长、尿潴留发生率、重置尿管率及CAUTI发生率比较

组别	<i>n</i>	尿管留置时长/h	尿潴留/例(%)	重置尿管率/例(%)	CAUTI发生率/例(%)
试验组	56	16(14.00, 19.00)*	1(1.79)	0	1(1.79)
对照组	54	45(38.75, 50.50)	3(5.56)	1(1.85)	3(7.41)

注:\*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,试验组患者留置尿管时长短于对照组,差异有统计学意义( $U=-9.06$ ,  $P<0.05$ ),两组尿潴留发生率、重置尿管率及CAUTI发生率比较,差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。

2.2 两组术后首次下床活动时间、首次肛门排气时间、疼痛评分及术后住院时间比较见表3

表3 两组术后首次下床活动时间、首次肛门排气时间、疼痛评分及术后住院时间比较

组别	首次下床活动时间/h	首次排气时间/h	疼痛评分/分	术后住院时间/d
试验组	13.18 $\pm$ 1.26*	17.56 $\pm$ 2.38*	1.55 $\pm$ 0.26*	5.79 $\pm$ 1.21
对照组	21.12 $\pm$ 2.41	20.78 $\pm$ 1.63	3.89 $\pm$ 0.61	5.90 $\pm$ 1.10

注:\*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,试验组患者首次下床活动时间、首次肛门排气时间均短于对照组,疼痛评分低于对照组,差异均有统计学意义( $t$ 分别=19.02、13.05、17.62,  $P$ 均 $<0.05$ ),两组术后住院时间比较,差异无统计学意义( $t=0.15$ ,  $P>0.05$ )。

## 3 讨论

目前我国留置尿管的临床实践中,医生普遍对导尿管拔除时机的关注不够,评估不及时,护士虽处于观察患者病情的最前沿,但由于缺乏自主权,依赖于医嘱而处于机械被动执行状态,导致尿管拔除不及时,增加患者尿路感染及重置尿管的风险<sup>[7]</sup>。传统观念认为,腹腔镜全子宫切除术后为防止尿潴留,需留置尿管24~72 h<sup>[8]</sup>。目前,已有相关研究表明,腹腔镜全子宫切除术作为妇科病房常见的术式,术中为了充分暴露手术视野,会下推膀胱,使膀胱发生移位,影响其支配神经,但不涉及宫旁组织的大范围切除及支配膀胱的神经断离<sup>[9,10]</sup>,且通常采取的是全身麻醉,膀胱功能在术后6~24 h即可恢复正常,与术后立即拔除尿管相比,术后6~24 h拔尿管可明显降低尿潴留发生率及重置尿管发生率,同时不会增加护理安全不良事件的风险。随着ERAS的深入开展,国内有文献报道证明,在心内科、神经内外科、内分泌等科室开展由专科护士主导临床护理模式,在促进患者康复方面取得了一定

成效<sup>[11,12]</sup>。

专科护士作为具有较高的专业知识和娴熟的护理技术,能够开展高水平护理实践的人员,能对科室患者进行专业化护理。本次研究将专科护士主导的留置尿管拔除评估方案应用于腹腔镜非癌性全子宫切除术后患者中,成立以专科护士为主导的导尿管拔除评估小组,由经过专业培训的护理人员进行精准评估后执行导尿管拔除操作,在导管拔除前使用床边膀胱容量测定仪确保夹闭尿管后产生的尿流量不超过膀胱安全储存容量(膀胱安全容量 $<300\text{ mL}$ )才可拔除尿管,以防因膀胱内尿量过多而使膀胱黏膜充血、水肿,膀胱逼尿肌收缩无力,导致自主排尿成功率降低,继而影响膀胱功能<sup>[8]</sup>。本次研究结果显示,试验组患者留置尿管时长短于对照组,首次下床活动时间、首次肛门排气时间均短于对照组,疼痛评分低于对照组( $P$ 均 $<0.05$ ),且两组尿潴留发生率、重置尿管率、CAUTI发生率和术后住院时间比较,差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。结果表明专科护士主导的留置尿管拔除评估方案可有效缩短患者尿管留置时间,方便患者早期下床活动,促进肠道功能的恢复,同时不会增加患者的尿潴留发生率、重置尿管、导尿管相关感染的风险及延长患者术后住院天数。试验组中有1例患者发生尿潴留,经过一次性导尿后可顺利拔除尿管,分析原因可能与患者体能虚弱,尿管拔除后未能按照要求及时排尿,导致超过膀胱安全容量有关。因此也要求护士在拔管后加强患者及家属的相关健康教育,及时关注患者排尿时间及排尿量,进行早期干预,避免尿潴留的发生。

综上所述,专科护士主导的留置尿管拔除评估方案是赋予专业护士更大的自主权的一种尝试,通过个体化评估,缩短腹腔镜下非癌性全子宫切除留置尿管的时间,可加速患者康复,具有一定的临床应用价值。本次研究的不足之处为单中心研究且样本量较少,评价指标单一研究结果具有局限性,有待多中心大样本进一步研究证实。

#### 参考文献

- 1 薄海欣,葛莉娜,刘霞,等.加速康复妇科围手术期护理中国专家共识[J].中华现代护理杂志,2019,25(6):661-668.
- 2 Nelson G, Fotopoulou C, Taylor J, et al.Enhanced recovery after surgery (ERAS<sup>®</sup>) society guidelines for gynecologic oncology: Addressing implementation challenges - 2023 update[J].Gynecol Oncol,2023,173(1):58-67.
- 3 张志军,田正,邓博丹,等.导尿管表面抗菌涂层的构建策略及研究进展[J].中华医学杂志,2023,103(4):300-304.
- 4 邢季伟,田丽,张珊珊,等.不同拔管时机对全麻术后留置尿管患者下尿路症状和尿控恢复情况的影响[J].中华现代护理杂志,2022,28(3):374-378.
- 5 李小群,任燕梅,杨勇,等.以专科护士为主导的集束化护理预防骨科术后医用粘胶相关性皮肤损伤的效果[J].医学新知,2024,34(9):970-977.
- 6 叶蕾,姚惠萍.膀胱压力监测下定压放尿在重症病人长期留置导尿中的应用[J].护理研究,2022,36(10):1846-1849.
- 7 邓亚晴,春晓,钟咏梅,等.护士主导的儿童导尿管拔除评估模式的临床应用研究[J].中国实用护理杂志,2022,38(25):1945-1949.
- 8 李柳,唐佳松,冯丽华.阴式非脱垂子宫切除术后病人早拔尿管的临床探讨[J].中国妇幼保健,2009,24(31):4490-4491.
- 9 章敏,万丽,孙付坤.妇科腹腔镜下附件手术患者围手术期不留置导尿管对尿潴留的影响[J].浙江医学教育,2022,21(1):62-64.
- 10 邱亚敏,李雪,唐棠.全子宫切除术后留置导尿管拔除时机的Meta分析[J].护士进修杂志,2020,35(4):309-314,341.
- 11 蒋鹏慧,梁秋燕,李春波,等.专科护士主导的慢性病团队管理模式在慢性心力衰竭护理的应用研究[J].心血管病防治知识,2024,14(9):120-123.
- 12 孙莉,陆敏智,浦菊芬,等.专科护士参与的住院患者卒中风险筛查及随访管理[J].护理学杂志,2024,39(3):1-5.
- 13 田君叶,苏莉,张嘉晖,等.我国专科护士培训20年的发展及思考[J].中华护理学,2024,21(7):773-779.

(收稿日期 2024-10-23)

(本文编辑 高金莲)