

围术期优势叠加排尿训练模式在腹腔镜直肠癌根治术患者中的应用

宗晓梅 蓝家荣

直肠癌是现阶段最具常见性与较高恶性化程度的消化系统肿瘤病种,发病率与病死率均跃居全球第三位^[1],且发病率受我国民众饮食习惯结构改变的影响而呈现逐年走高之势^[2]。腹腔镜微创术式虽是目前获得广泛认可的直肠癌优选根治策略,但会对受术者整体机能造成较大不良影响,尤其是对与直肠部位存在密切关联的消化系统、邻近泌尿系统等的影响更具显著性^[3]。以最常见的术后排尿功能障碍为例,本次研究尝试采用围术期优势叠加排尿训练模式对腹腔镜直肠癌根治术护理对象施加干预,收效较好。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年1月至12月于义乌市中心医院胃肠外科接受腹腔镜根治性干预的直肠癌病例82例,其中男性44例、女性38例;年龄43~61岁,平均年龄(51.77±8.93)岁;合并肠梗阻者3例、出血者2例、肠穿孔者2例。所有纳入研究者均获直肠癌确诊并接受腹腔镜根治治疗,并于术中行尿管留置,排除有既往盆腔手术史、盆腔炎症史、内科严重合并症、泌尿系统病变及感染者,并存在意识障碍、泌尿系统疾病、脊髓损伤、危重症等需于术后入ICU者。本研究方案已通过医院伦理委员会审核。所有患者采用随机数字表法分为试验组与对照组,其中对照组男性23例、女性18例;平均年龄(51.96±8.71)岁;试验组中男性21例、女性20例;平均年龄(51.69±8.99)岁。两组年龄、性别比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.02.033

课题项目:湖州市科学技术局课题项目(2016GYB28)

作者单位:322000 浙江义乌,义乌市中心医院胃肠外科(宗晓梅);湖州市中医院肾内科(蓝家荣)

通讯作者:蓝家荣,Email:569143870@qq.com。

1.2 方法

1.2.1 对照组直肠癌腹腔镜护理对象接受常规护理,含围术期心理关爱、全面的身体状态评估、术后镇痛管理、尿路感染防控等。

1.2.2 试验组在此基础上加用围术期优势叠加排尿训练干预:①术前排尿训练。于术前3 d起开始以口头指导+示范+回馈+督导的方式开展有效的术前排尿训练活动,包括盆底肌功能锻炼和腹压排尿训练。②术后排尿训练。于术后8 h开始膀胱充盈训练及盆底肌功能训练。③温水泡足联合足底穴位按摩:于术后次日开始行温水泡足联合足底穴位按摩,协助护理对象取斜坡屈膝卧位,用防水中单垫于床尾处,足浴盆内置温水3 000~3 500 ml,过足背为宜,温度控制于40℃~45℃,泡足20 min,前10 min自行活动脚趾、用力行双脚互搓以实现对足底穴位的刺激,后10 min护理人员以左手绷紧护理对象足底皮肤,右手中指循自上而下顺序、以自轻至重力度对其足底多个穴位(肾俞、膀胱俞及输尿管俞等)施以按摩刺激,每日3次,直至护理对象尿管拔除可自行排尿时终止。

1.3 观察指标 ①排尿功能恢复效果,包括尿意恢复时间、拔出尿管时间、自主排尿时间;②统计比较两组住院期间的尿潴留发生率、重置尿管率及泌尿系统并发症发生率。

1.4 统计学方法 采用SPSS23.0统计学软件进行分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组腹腔镜受术者术后排尿功能恢复比较见表1

表1 两组腹腔镜受术者术后排尿功能恢复比较

组别	n	恢复尿意 时间/h	术后尿管 拔除时间/h	首次自主 排尿耗时/min
试验组	41	25.78 ± 1.54*	44.00 ± 3.14*	4.95 ± 0.67*
对照组	41	37.98 ± 2.01	69.56 ± 2.78	8.54 ± 0.78

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,试验组恢复尿意时间、术后尿管拔除时间、首次自主排尿耗时均明显短于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=-30.87、-39.07、-22.38, P 均 < 0.05)。

2.2 两组腹腔镜受术者术后尿潴留、泌尿系统并发症、尿管重置率比较见表2

表2 两组腹腔镜受术者术后尿潴留、泌尿系统并发症、尿管重置率比较 /例(%)

组别	n	尿潴留发生率	泌尿系统 并发症发生率	尿管重置率
试验组	41	1(2.44)*	3(7.32)*	1(2.44)*
对照组	41	7(17.07)	10(24.39)	8(19.51)

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,试验组腹腔镜受术者术后尿潴留发生率、泌尿系统并发症发生率、尿管重置率明显低于对照组,差异均有统计学意义(χ^2 分别=4.99、4.48、6.12, P 均 < 0.05)。

3 讨论

直肠癌腹腔镜根治术尤其是Miles术后,受益结构的术后改变影响,受术者会处于膀胱后方空虚状态,膀胱缺乏支持而位置出现后移,向耻骨前凹处倾倒,增大了受术者前列腺部与尿道球部二者间的成角度,从而引发排尿困难问题,这在男性受术者中更为显著和多见^[4]。

本研究将围术期优势叠加排尿训练模式应用于腹腔镜直肠癌根治术患者的尿潴留预防护理实践之中,结果显示,试验组腹腔镜受术者术后排尿功能恢复效果指标明显优于对照组(P 均 < 0.05),尿潴留发生率、泌尿系统并发症发生率、尿管重置管率明显低于对照组(P 均 < 0.05)。围术期盆底肌功能训练可促进膀胱支配神经于一定程度上的恢复进程,使膀胱肌肉的萎缩得到预控,对尿道括

约肌功能恢复形成推动效应,还可增强盆底肌肉群的膀胱支撑作用,并可明显增强尿道括约肌、逼尿肌之收缩力,同时对上述两类肌肉的协调性与紧张度亦具备增强促进作用,从而较好地实现促受术者自主排尿功能恢复作用。对足底各相关穴位的有效按摩,有利于经络之疏通,具备良好的骶神经反射性刺激效应,可推动膀胱逼尿肌之收缩、括约肌之扩张过程从而促进排尿反应;温水足浴法可通过温水之热量与搓洗动作发挥对机体足部各穴位的刺激与经络的疏通作用,可活跃受术者双足底部的膀胱肾脏反射区之血运过程,从而实现补气壮肾、行滞利尿之功效;体位前倾与腹压排尿训练的联合应用,使受术者于腹肌收缩时,其机体贮尿囊内压高于尿道闭合压,可提升排尿功能之主动性,且身体前倾位可带动膀胱的前移,对于后倾形成纠正效应,有利于排尿顺畅度的促进,故可降低术后尿潴留之发生可能性。本次研究将上述各种排尿功能障碍对抗优势护理策略叠加应用,从而产生了积极的护理优势协同效应,取得了较好的促排尿功能恢复效应,从而间接赢得了降低泌尿系相关并发症的护理结局。

综上所述,围术期优势叠加排尿训练模式在腹腔镜直肠癌根治术患者中的应用,可有效推动腹腔镜受术者术后排尿功能恢复进程,成功降低该类病例的术后尿潴留率、泌尿系统并发症率及尿管重置率。

参考文献

- 1 Siegel R, Desantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014[J]. CA Cancer J Clin, 2014, 64(2): 104-117.
- 2 王金凯, 许佳义, 周鲁, 等. 保留盆腔自主神经直肠癌根治术对患者术后排尿功能的影响[J]. 宁夏医科大学学报, 2017, 39(6): 655-657.
- 3 周雪玲, 方佳峰, 蔡蕾, 等. 神经电刺激在腹腔镜直肠癌根治术患者排尿及性功能保护中的应用[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版), 2017, 11(5): 344-348.
- 4 马雪玲. 超低位直肠癌前切除术对病人排便及排尿功能影响的观察及护理[J]. 护士进修杂志, 2013, 4(2): 335-336.

(收稿日期 2018-05-17)

(本文编辑 蔡华波)