

导尿失败的护理相关原因分析及循证护理措施

陈昌珍, 王琳, 王宇

三六三医院泌尿外科, 四川 成都 610041

摘要: **目的** 探讨导尿失败的护理相关原因以及循证护理措施。**方法** 2014年1月至2020年1月三六三医院由护理人员操作导尿术3 112例,其中导尿失败患者289例,回顾性分析该289例患者的临床资料。**结果** 289例患者中男253例,女36例;年龄27~89(53.1±6.7)岁。导尿失败原因:患者因素为前列腺增生症、尿道狭窄、包茎、过度肥胖、体位不配合,占65.7%(190/289);护理人员因素为护理人员局部解剖不熟悉、操作不当、物品准备不充分等,占34.3%(99/289)。导尿失败并发症主要为疼痛263例、肉眼血尿32例(其中需留置三腔尿管进行膀胱冲洗者18例)及包皮水肿17例。289例患者中,255例经泌尿外科医生现场再次导尿成功,其中需使用自制金属尿管探引导或硅胶弯头尿管者112例,再次导尿成功率88.2%;16例因重度前列腺增生症行膀胱穿刺造瘘术;12例因尿道狭窄于膀胱镜导丝引导下留置尿管;6例因包茎无法显露尿道外口行包皮背侧切开后留置尿管。**结论** 导尿失败护理相关因素包括泌尿生殖解剖不熟悉、物品准备不充分及操作技能不熟练。在循证护理模式下,护士应以科研证据为指导,提高临床技能为基础,尽量减少导尿失败护理相关因素,提高导尿成功率。

关键词: 导尿术; 失败; 原因; 循证护理

中图分类号: R472.9⁺2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2021)04-0565-03

导尿术是临床护理工作中常用的基础技术操作,其目的在于解除尿潴留、准确记录危重患者尿量、测定残余尿、术前留置尿管避免术中损伤、收集膀胱尿液进行检查、膀胱内药物灌注以及尿动力学检查等,大多数由护理人员操作并完成^[1]。但是实际操作过程中,由于护理人员或患者原因,导尿失败时常发生^[2]。再次导尿会对患者造成一定程度的身心痛苦,同时也降低了患者对于护理人员的信任度。如何提高导尿成功率,加强护理专业技术水平,目前仍是临床护理面临的问题^[3]。本研究回顾性分析由护理人员操作导尿失败的289例患者临床资料,对护理相关原因及防治措施进行分析总结,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2014年1月至2020年1月三六三医院由护理人员操作导尿术3 112例,其中导尿失败患者289例。导尿失败患者中,男253例,女36例;年龄27~89(53.1±6.7)岁;住院患者227例,门诊患者62例;泌尿外科25例,非泌尿外科264例;局麻

下导尿273例,全麻下导尿16例;初次导尿196例,非初次导尿93例。190例患者为解除尿潴留,45例患者为术前导尿,39例患者为危重病人需记录尿量,8例患者为需行尿动力学检查,7例患者为膀胱灌注化疗药物。

1.2 方法 人工查阅289例患者住院及门诊病历,泌尿外科患者查看病程记录及护理记录,非泌尿外科患者查看会诊记录、病程记录及护理记录。记录导尿失败原因、有无导尿失败并发症发生、再次导尿是否成功以及是否改用其它方式替代导尿术。

2 结果

2.1 导尿失败率及原因分析 导尿失败率=导尿失败例数÷导尿总例数,经计算导尿失败率为9.29%(289/3 112)。导尿失败原因:患者因素为前列腺增生症、尿道狭窄、包茎、过度肥胖、体位不配合,占65.7%(190/289);护理人员因素为护理人员局部解剖不熟悉、操作不当、物品准备不充分等,占34.3%(99/289)。见表1。

表1 289例导尿失败原因分析

| 原因 | 例数 | 原因 | 例数 |
|------------|-----------|--------------|----------|
| 患者因素[例(%)] | 190(65.7) | 患者因素 | |
| 前列腺增生症 | 86 | 过度肥胖 | 31 |
| 尿道狭窄(男性) | 24 | 体位不配合 | 15 |
| 尿道外口狭窄(女性) | 11 | 护理人员因素[例(%)] | 99(34.3) |
| 包茎 | 13 | 局部解剖不熟悉 | 19 |
| 包皮水肿 | 8 | 操作不当 | 57 |
| 尿道阴道瘘 | 2 | 物品准备不充分 | 23 |

2.2 导尿失败并发症分析 导尿失败并发症主要为疼痛、肉眼血尿以及包皮水肿。289例患者中,疼痛患者263例,肉眼血尿患者32例,包皮水肿患者17例。发生肉眼血尿的32例患者中,需留置三腔尿管进行膀胱冲洗者18例。

2.3 再次导尿成功率分析 289例患者中,255例患者经泌尿外科医生现场再次导尿成功,其中需使用自制金属尿探引导或硅胶弯头尿管(见图1)者112例,再次导尿成功率88.2%;16例患者因重度前列腺增生症行膀胱穿刺造瘘术;12例患者因尿道狭窄于膀胱镜下导丝引导下留置尿管;6例患者因包茎无法显露尿道外口行包皮背侧切开后留置尿管。

3 讨论

循证护理(evidence-based nursing, EBN)起源于循证医学,是近年来发展起来的一种新型护理模式,是以有价值的、可靠的科学研究结果为证据,在护理过程中审慎、准确、明智地应用这些证据,结合专业技能和临床护理经验,针对每一位患者实施最佳的护理,最大程度地满足患者身心需求^[4]。EBN实践模式强调“科研证据与临床技能经验相结合”,而非传统“以临床经验为主”,是护理学学科发展的必然趋势^[5]。导尿术作为临床护理操作的基础技能之一,操作不算复杂,但是实际工作中仍存在较高的失败率。本研究统计三六三医院近6年的导尿失败率为9.29%,且失败原因中护理人员因素占34.3%,作为三级甲等公立医院,导尿失败率及护理相关失败比例均较高,反映了医院护理实践仍以传统经验模式为主,还未向EBN模式转变。

任何一项临床护理操作,都应应将EBN理念应用于其中,从理论高度指导护士更加系统化和有条理性的实施临床护理工作^[6]。有研究表明,EBN实践模式的实施与护士对EBN的主观态度、护士自身EBN基本素质以及医院所提供开展护理科研的资源条件密切相关^[7]。基于以上观点,笔者认为要提高导尿成功率,减轻患者身心痛苦,医院应提供导尿术的规

范化培训以及开展护理科研的条件,减轻护士临床工作压力,让护士有时间参加院内外EBN培训课程;同时护士也应调整自身理念,逐渐转变为“技能经验为基础,科研证据为指导”的新型护士角色。泌尿生殖解剖的熟悉、物品的充分准备以及沉着熟练的操作技能,才是导尿成功的有力保障。以下将结合本研究结果予以具体阐述。

3.1 泌尿生殖解剖的熟悉 女性患者尿道外口位于引道口上方,尿道短(4~6 cm)而直,有利于尿管的插入。但是以下两种情况,易使尿管误插入阴道而导尿失败:(1)年轻女性,处女膜破膜的覆盖、尿道外口痉挛以及患者羞于摆放正确体位;(2)老年女性,存在阴道前壁膨出以及尿道外口狭窄。本研究36例女性患者中,护士因局部解剖不熟悉误插入阴道者5例。此类情况下应协助患者摆放正确的截石位,仔细辨别尿道外口与阴道口关系,还纳膨出的阴道前壁,丁卡因胶浆充分麻醉润滑^[8],胶浆头端试探性扩张尿道外口,以保证尿管顺利进入尿道。此外,对于过度肥胖的女性患者,除了正确体位以外,需助手协助分开肥厚的大小阴唇以显露尿道外口。

男性患者尿道长(20~22 cm)且存在3个生理狭窄(尿道外口、膜部、尿道内口)及2个弯曲(耻骨前弯、耻骨下弯),了解男性尿道解剖特点以及哪些部位会出现导尿阻力,是导尿时尿管顺利通过的重要保障。本研究253例男性患者中,泌尿外科医生现场再次导尿(初次未使用自制金属尿探引导或硅胶弯头尿管)成功141例,因泌尿外科医生比护士更熟悉男性尿道解剖特点。笔者咨询科室泌尿外科医生经验,建议:(1)对于男性患者,截石位及后尿道的充分麻醉润滑尤为重要,因为该体位下有利于局麻药物进入后尿道使之松弛^[9];(2)导尿时垂直提起阴茎人为消除尿道耻骨前弯,有利于尿管的进入;(3)正常情况下,尿道外口舟状窝处及后尿道膜部会存在一定阻力,尿管到这些部位时可适当用力,嘱患者深呼吸,使尿管借力滑入剩余尿道;(4)若遇不能插入尿管者,切忌暴力插管,避免尿道黏膜损伤或尿道假道形成。

3.2 物品的充分准备 目前国内临床上无菌导尿包使用较多,导尿包里物品准备较齐全,一般不用自行准备其他物品。但是,对于前列腺增生症、包茎、尿道外口狭窄及尿道狭窄等特殊患者,导尿包里普通橡胶尿管的材质与硬度不足以通过增生腺体或狭窄段,很容易导致导尿失败。此时硅胶弯头尿管是此类患者的最佳选择^[10](如图1)。本研究253例男性患者中,使用硅胶弯头尿管再次导尿成功者101例,使用

自制金属尿探引导再次导尿成功者 11 例。泌尿外科医生更偏向于使用硅胶弯头尿管,原因在于尿管的弯头设计符合尿道解剖特点、尿管的材质及硬度能通过大多数增生腺体或狭窄段、以及较低的尿路感染风险。因此,在遵医嘱导尿之前,护士应发挥自身主动性,询问患者有无排尿不畅病史以及仔细查体,对于上述导尿失败高危患者,应另备及使用硅胶弯头尿管,提高初次导尿成功率,避免再次导尿加重患者身心痛苦。另外,导尿包内仅有润滑油,无局麻药物,笔者建议另备丁卡因胶浆,有利于局部麻醉及润滑,一定程度上提高导尿舒适度^[11]。本研究未涉及儿童导尿,万嫣敏等^[12]研究表明,儿童导尿应准备与其年龄相符型号的尿管,儿童患者若初次导尿失败,其再依从性会大大降低。

3.3 沉着熟练的操作技能 导尿技能的熟练程度以及判断导尿失败并发症是 EBN 实践模式的具体表现,其离不开理论学习、规范化培训以及临床实践,是一个不断总结经验优化操作的过程^[3,13]。本研究 289 例患者中,因护理人员操作不当导致导尿失败 57 例,其中稍遇阻力便放弃者 24 例,因患者疼痛拒绝操作者 9 例,体位原因失败者 6 例,操作后明显肉眼血尿需留置三腔尿管进行膀胱冲洗者 18 例。前三种情况均未对患者造成较大伤害,相关改进措施已在前文中提及,后一种情况导致患者后尿道大量出血、留置尿管时间延长、医疗费用增加,其中有 1 例患者发生相应医疗纠纷,最终给予一定经济赔偿。笔者总结经验,对于男性患者导尿,应注意以下几点:(1)尽量使患者处于截石位;(2)经尿道外口注入丁卡因胶浆后用手指夹闭尿道外口,另一手沿尿道方向由外向里推挤按摩,尽量将局麻药物挤入后尿道;(3)当插入尿管见尿液流出后,继续插入尿管至尿管分叉处,20 ml 空针经尿管注入生理盐水,未见液体经尿管旁流出以及回抽能注满 20 ml 空针,则证实尿管头端位于膀胱,可注水入尿管水囊(图 2A);否则尿管头端会盘曲于后尿道前列腺部(图 2B),此时注水入尿管水囊,患者会感觉明显疼痛感要求拔除尿管,水囊对前列腺局部黏膜血管的撑裂以及水囊减压后的黏膜出血会经尿道外口流出,严重者形成膀胱血块堵塞,需急诊行膀胱血块清除术。

综上所述,导尿失败的原因是多因素的,包括:患者自身因素、护理相关因素以及环境因素。在 EBN 模式下,护士应以科研证据为指导,临床技能为基础,尽量减少导尿失败护理相关因素,提高导尿成功率,避免对患者造成二次身心伤害。

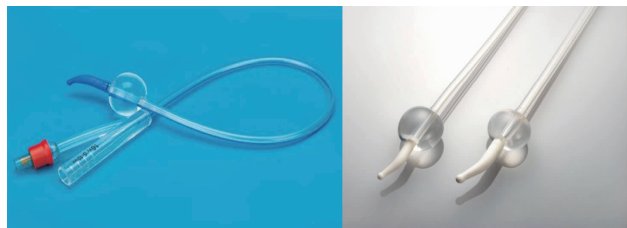
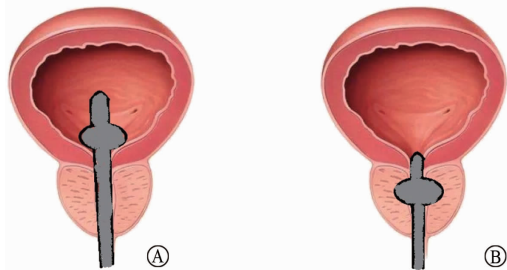


图 1 硅胶弯头尿管



注:A 为尿管位置正常;B 为尿管位于后尿道前列腺部。

图 2 尿管位置正常和不正常示意图

参考文献

- [1] 何保玉,唐文豪,侯小飞,等. 导尿术的改良与临床应用[J]. 实用医学杂志,2010,26(2):295-296.
- [2] 陈雪莲,李腾成,袁佳,等. Foley 导尿管留置及拔除失败的原因分析及对策[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2013,7(5):38-40.
- [3] 聂爱婷,殷秀敏,徐奇,等. 导尿术虚拟仿真教学项目的开发及应用[J]. 护理学杂志,2019,34(1):66-69.
- [4] 胡雁. 循证护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:10.
- [5] 杜世正,Anna Gawlinski,Dana Rutledge. 循证护理实践模式及应用启示[J]. 护理学杂志,2016,31(2):87-91.
- [6] Levin RF,Feldman HR. Teaching Evidence-Based Practice in Nursing[M]. 2nd ed. New York:Springer Publishing Company,2013:223-366.
- [7] 蓝宇涛,叶玉清,林田,等. 临床护士循证护理实践障碍因素的调查分析[J]. 现代临床护理,2015,14(1):1-6.
- [8] 郭英. 盐酸丁卡因胶浆在导尿术中的应用体会[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版),2017,17(83):74.
- [9] 杨美华,李林,杨小红,等. 改良男性导尿方法的临床应用研究[J]. 重庆医学,2014,43(10):1277-1278.
- [10] 韩爱玲. 气囊硅胶导尿管留置导尿的护理干预措施尿道损伤率及患者满意度分析[J]. 中国药物与临床,2018,18(3):483-484.
- [11] 陈海为,廖林英,梁业宾,等. 盐酸丁卡因胶浆辅助临床导尿对患者舒适度的影响研究[J]. 河北医学,2013,19(2):163-166.
- [12] 万嫣敏,范咏,顾莺,等. 儿童保留尿管维护的最佳证据应用[J]. 护士进修杂志,2018,33(23):2180-2184.
- [13] 苏碧齐. 规范化培训对新进护理人员留置气囊导尿管术临床效果的影响[J]. 中国药物经济学,2016,11(8):155-157.

收稿日期:2020-06-30 修回日期:2020-08-02 编辑:石嘉莹