

# 神经源性膀胱功能障碍患者个性化护理的干预效果

周卉<sup>1</sup>, 朱丽影<sup>2</sup>

1. 哈尔滨医科大学附属第二医院泌尿外科, 黑龙江 哈尔滨 150081;

2. 哈尔滨医科大学附属第四医院, 黑龙江 哈尔滨 150081

**摘要:**目的 观察个性化护理对神经源性膀胱功能障碍患者的干预效果。方法 选取 2014 年 5 月至 2016 年 5 月就诊的神经源性膀胱患者 84 例为研究对象, 随机分为个性化护理组和常规护理组, 各 42 例。个性化护理组根据每位患者的具体情况设立个性化护理干预方案, 在常规护理的基础上进行具有针对性的心理护理、膀胱功能训练、间歇导尿, 对患者治疗护理前、治疗护理 1 个月后膀胱功能、尿流动力学、心理状况、并发症及生活质量进行评价。结果 个性护理组患者治疗护理后膀胱功能指标(膀胱容量、残余尿量、排尿次数)、尿流动力学指标(最大排尿量、LTUS 评分)、心理状况评价(SAS 和 SDS 评分)以及生活质量评分(心理领域、生理领域、社会关系领域评分)与治疗护理前及常规护理组比较, 差异均有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ )。个性化护理组患者尿路感染、泌尿结石、肾盂积水等并发症总发生率低于常规护理组(9.52% vs 26.19%,  $\chi^2 = 3.977, P < 0.05$ )。结论 个性化护理干预可以促进患者膀胱功能恢复, 改善患者焦虑、抑郁状况, 提高患者生活质量, 减少护理期间并发症的发生, 具有良好的临床效果。

**关键词:** 神经源性膀胱; 个性化护理; 膀胱功能; 尿流动力学; 心理; 并发症; 生活质量

**中图分类号:** R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2018)04-0571-03

神经源性膀胱(neurogenic bladder)是指当机体内控制排尿功能的神经受到损伤后产生的膀胱和尿道功能障碍, 对于排尿反射及行为的控制力有所减弱或完全丧失, 主要临床表现为长期排尿障碍或尿失禁、尿潴留、尿路感染、尿路结石, 增加患者出现尿毒症、菌血症、肾功能衰竭的风险<sup>[1]</sup>, 对患者造成身心压力, 严重影响其生活质量<sup>[2]</sup>。早期干预和神经源性膀胱功能重建可有效改善患者的临床症状, 减少并发症的发生, 提高其生活质量, 个性化护理在这个过程中可发挥重要的作用<sup>[3]</sup>。本研究总结我院神经源性膀胱患者 84 例的临床护理资料, 对个性化护理效果进行分析, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 5 月至 2016 年 5 月在我院就诊的神经源性膀胱患者 84 例为研究对象, 男 48 例, 女 36 例; 年龄(42.58 ± 7.41)岁; 其中颈髓损伤 34 例, 胸髓损伤 41 例, 腰骶髓损伤 9 例。排除先天性神经源性膀胱和并发其他严重疾病的患者。将所有患者随机分为个性化护理组和常规护理组, 每组 42 例。两组患者年龄、损伤类型、性别等基本情况均平衡( $P$  均  $> 0.05$ ), 见表 1。所有患者均同意参加本研

究并签署知情同意书。

表 1 两组一般资料比较

项目	常规护理组 (n = 42)	个性化护理组 (n = 42)	$\chi^2/t$ 值	P 值
性别(例)				
男性	25	23	0.19	0.663
女性	17	19		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	43.04 ± 7.72	42.39 ± 7.22	0.399	0.691
损伤类型(例)				
颈髓损伤	18	16		
胸髓损伤	20	21	0.25	0.88
腰骶髓损伤	4	5		

**1.2 治疗与护理方法** 两组患者均给予干扰电治疗、膀胱功能训练、针灸及间歇导尿等综合治疗, 两组患者同损伤类型患者采用的治疗方法一致。常规护理组实施常规护理干预。个性化护理组根据每例患者的具体情况制定如下综合护理干预措施。

**1.2.1 护理方案** 根据每例患者的具体情况设立个性化护理干预方案, 包括个性化的心理护理、饮食护理等, 并与患者共同进行具有针对性的康复训练。根据患者的病情变化及时对应急预案及护理方案进行调整, 以期减少并发症的出现。

**1.2.2 心理护理** 根据每例患者的具体心理状况采取不同的心理疏导措施, 每次查房主动与患者及家属

进行沟通,了解患者具体感受、病情及需求,向患者及其家属讲解该病的发病原因、原理及治疗方法、并发症护理等相关问题,采取相应的放松训练,鼓励患者建立战胜疾病的信心。

1.2.3 膀胱功能训练 根据患者的具体情况,叩击患者腹部、大腿内侧或耻骨上刺激排尿反射,哪种方式反射最强烈,该患者以后训练即采用该叩击反射训练,训练者尽可能时间长的控制排尿,待无法控制时再用力排尿,并将尿液排尽,也可以双手挤压下腹部帮助排尽尿液。

1.2.4 间歇导尿 患者的饮水量应控制在 2 000 ml 以内,每小时不超过 130 ml,应缓慢饮水,每 4~6 小时使用导尿管对患者导尿 1 次,并在每次导尿前根据每例患者不同情况进行膀胱功能和排尿训练。根据排出尿液量对导尿次数和时间进行调整,当患者自主排尿后残余尿液量 < 100 ml 后即可停止导尿<sup>[4]</sup>。

1.3 评价指标 对患者治疗护理前、治疗护理 1 个月后膀胱容量、膀胱压力、残余尿量、排尿次数、最大排尿量、最大尿流率进行监测,采用 LUTS 评分标准<sup>[5]</sup>进行评分;采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)<sup>[6]</sup>对患者的焦虑和抑郁症状进行评价;采用 WHO 生存质量测定量表(WHOQOL-BREF)对患者护理干预前后生活质量进行评价<sup>[7]</sup>,其包括心理领域、生理领域、环境领域和社会关系领域,每个领域评分分值为 0~100 分,100 分为生活质量最佳,0 分为生活质量最差。监测患者并发症(肾盂积水、泌尿结石、泌尿感染)发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件处理数据。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用成组  $t$  检验,组

内比较采用配对  $t$  检验;计数资料以例(%)表示,采用四格表  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组膀胱功能比较 两组治疗护理前后膀胱容量、残余尿量、排尿次数比较差异均有统计学意义;个性化护理组治疗护理前后膀胱压力比较差异有统计学意义( $P$  均 < 0.05),且上述 4 个指标个性化护理组治疗护理后优于常规护理组( $P$  均 < 0.05)。见表 2。

2.2 两组尿流动力学检测情况比较 尿流动力学监测结果显示,两组患者在治疗护理后最大排尿量、最大尿流率与治疗护理前相比较均有所上升,而 LTUS 评分有所下降,两组最大排尿量、LTUS 评分治疗护理前后比较差异均有统计学意义( $P$  均 < 0.05);个性化护理组治疗护理后最大排尿量、LTUS 评分均优于常规护理组( $P$  均 < 0.05)。两组最大尿流率组间和治疗护理前后比较均无统计学差异( $P$  均 > 0.05)。见表 3。

2.3 两组心理状况比较 心理状况调查问卷结果显示,个性化护理组治疗护理后 SAS 和 SDS 评分与常规护理组及治疗护理前比较差异均有统计学意义( $P$  均 < 0.05)。见表 4。

2.4 两组生活质量比较 WHO 生存质量测定量表评分结果显示,常规护理组治疗护理后生理领域评分较治疗护理前提高( $P < 0.05$ );个性化护理组治疗护理后心理领域、生理领域、社会关系领域评分均较常规护理组和治疗护理前提高( $P$  均 < 0.05)。见表 5。

2.5 两组并发症情况比较 个性化护理组患者并发症总发生率低于常规护理组( $P < 0.05$ )。见表 6。

表 2 两组患者膀胱功能比较 ( $n = 42, \bar{x} \pm s$ )

组别	膀胱容量(ml)	膀胱压力(cm H <sub>2</sub> O)	残余尿量(ml)	排尿次数(次/d)	
个性化护理组	治疗护理前	281.65 ± 33.47	32.26 ± 11.68	147.29 ± 59.33	16.24 ± 4.37
	治疗护理后	357.21 ± 15.38 <sup>△*</sup>	41.74 ± 14.36 <sup>△*</sup>	103.51 ± 11.08 <sup>△*</sup>	6.24 ± 1.22 <sup>△*</sup>
常规护理组	治疗护理前	278.59 ± 34.26	33.14 ± 12.46	146.54 ± 56.57	16.52 ± 5.19
	治疗护理后	312.42 ± 17.31 <sup>△</sup>	35.61 ± 15.37	129.35 ± 14.87 <sup>△</sup>	10.75 ± 1.68 <sup>△</sup>

注:与治疗护理前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与常规护理组比较,\* $P < 0.05$ 。

表 3 患者尿流动力学检测情况 ( $n = 42, \bar{x} \pm s$ )

组别	最大排尿量(ml)	最大尿流率(ml/s)	LTUS(分)	
个性化护理组	治疗护理前	165.26 ± 48.52	10.16 ± 4.35	34.16 ± 4.29
	治疗护理后	290.75 ± 106.85 <sup>△*</sup>	13.58 ± 3.68	14.11 ± 3.16 <sup>△*</sup>
常规护理组	治疗护理前	164.37 ± 52.23	10.47 ± 4.81	33.85 ± 3.91
	治疗护理后	221.63 ± 84.57 <sup>△</sup>	12.04 ± 3.36	19.75 ± 4.21 <sup>△</sup>

注:与治疗护理前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与常规护理组比较,\* $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者心理状况比较 ( $n = 42, \text{分}, \bar{x} \pm s$ )

组别	SAS	SDS	
个性化护理组	治疗护理前	57.06 ± 6.98	57.68 ± 5.81
	治疗护理后	40.35 ± 3.54 <sup>△*</sup>	42.86 ± 5.17 <sup>△*</sup>
常规护理组	治疗护理前	56.52 ± 6.43	57.16 ± 6.13
	治疗护理后	51.24 ± 3.86	53.42 ± 4.26

注:与治疗护理前比,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与常规护理组比,\* $P < 0.05$ 。

表 5 两组患者治疗护理前后生活质量评分比较

(n = 42, 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	心理领域	生理领域	环境领域	社会关系领域
个性化护理组				
治疗护理前	62.28 ± 5.69	57.52 ± 4.68	65.81 ± 5.62	62.21 ± 5.61
治疗护理后	78.46 ± 9.23 <sup>△</sup>	73.43 ± 8.16 <sup>△</sup>	69.36 ± 6.02	74.36 ± 8.48 <sup>△</sup> *
常规护理组				
治疗护理前	61.82 ± 7.84	56.91 ± 4.85	64.89 ± 5.24	63.12 ± 5.87
治疗护理后	66.72 ± 8.51	65.85 ± 7.82 <sup>△</sup>	66.46 ± 6.16	65.47 ± 7.55

注:与护理前比较, <sup>△</sup>P < 0.05; 与常规护理组比较, \*P < 0.05。

表 6 两组并发症情况比较 例(%)

组别	例数	尿路感染	泌尿结石	肾盂积水	总并发症
个性化护理组	42	2(4.76)	0	2(4.76)	4(9.62)*
常规护理组	42	6(14.29)	1(2.38)	4(9.62)	11(26.19)

注:与常规护理组比较,  $\chi^2 = 3.977$ , \*P < 0.05。

### 3 讨论

当机体内控制排尿功能的神经受到损伤后即可能会产生神经源性膀胱,从而使患者处于一个相对长期的病变期,期间会出现排尿障碍、尿失禁、尿潴留、尿路感染等情况,对患者造成很大的精神压力,很多患者因羞愧而不愿积极主动配合治疗,所以在就诊期间会存在焦虑、抑郁等不良情绪。而随着医疗技术及医学模式的进步、发展,医学的目的不仅是对患者进行治疗、延长生命,还包括对患者心理障碍及身体疼痛的改善,帮助患者恢复社会角色,提高患者在治疗期间及治疗后的生活质量,建立战胜疾病的信心<sup>[8]</sup>。所以对神经源性膀胱患者进行个性化护理可给予患者鼓励和支持,保护其隐私,帮助其树立战胜疾病的信心和决心,增强其配合治疗的积极性,并建立良好的医患关系<sup>[9]</sup>。个性化护理中的康复训练对于神经源性膀胱患者的康复有着重要作用,可帮助患者解决治疗期间出现的问题,避免其因治疗护理不当而产生各种并发症,有效缓解患者因疾病而造成的痛苦,提高其生活质量。个性化的康复训练可帮助患者尽早恢复膀胱功能,从而减少治疗期间导尿管的使用次数,减少损伤和并发症。对患者采用针对性的个性化护理可提高疗效<sup>[10]</sup>。

本研究采用个性化护理的方法对神经源性膀胱患者进行干预,结果显示个性化护理可以促进患者膀胱功能的恢复,改善焦虑、抑郁状况,减少治疗护理期间并发症的发生,具有良好的临床效果,而康复训练可对神经源性膀胱患者的康复发挥非常重要的作用。

葛秋华等<sup>[11]</sup>研究显示,早期膀胱功能康复干预可以减少并发症的发生,促进患者尽快恢复排尿反射

和膀胱功能,重新掌握自主排尿动作。周莉等<sup>[12]</sup>对神经源性膀胱患者采用膀胱功能训练与间歇导尿相结合进行康复训练,结果显示可帮助患者重新建立或适应排尿反应和行为。杜可爱等<sup>[13]</sup>研究显示,对神经源性膀胱尽早开展个性化康复护理,可减少术后并发症、改善预后。廖明珍等<sup>[14]</sup>研究显示采用间歇性导尿配合膀胱护理,可使神经源性膀胱患者的膀胱容量逐渐恢复正常,并减少残余尿量。

总之,根据对不同患者的评估、测量结果采取针对性的个性化护理干预,是更有效的护理策略,患者更易接受,有利于治疗和护理工作的开展,并对医患关系具有良好的促进作用。

### 参考文献

- [1] 吴红琴,张兰香,王速敏.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.
- [2] 李卫卫,金娟.神经源性膀胱间歇性清洁导尿的进展[J].中华现代护理杂志,2013,19(5):616-618.
- [3] Pascali MP, Mosiello G, Boldrini R, et al. Effects of botulinum toxin type a in the bladder wall of children with neurogenic bladder dysfunction: a comparison of histological features before and after injections[J]. J Urol, 2011, 185(6 Suppl):2552-2557.
- [4] 李凝,吴艳,朱毅,等. SCI 后神经源性膀胱针灸康复治疗现状及进展[J].中华全科医学,2010,8(4):490-491,504.
- [5] 何梅,倪少波,李丽华. PDCA 循环管理联合个体化训练对脊髓损伤后神经源性膀胱患者康复效果的影响[J].中华现代护理杂志,2013,19(28):3472-3475.
- [6] 郑珍香,颜小茜.早期康复护理对脊髓损伤神经源性膀胱患者膀胱功能及尿路感染的影响[J].中国基层医药,2013,20(8):1265-1266.
- [7] 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.
- [8] 李淑英,徐英华,任艳玲,等.个性化护理模式在骨科糖尿病患者围术期的应用效果研究[J].重庆医学,2013,42(31):3806.
- [9] Wide P, Glad Mattsson G, Mattsson S. Renal preservation in children with neurogenic bladder-sphincter dysfunction followed in a national program[J]. J Pediatr Urol, 2012, 8(2):187-193.
- [10] 马英峰,丁岚.脊髓损伤致神经源性膀胱的康复护理[J].护理实践与研究,2012,9(11):52-53.
- [11] 葛秋华,田亮,胡筱燕,等.授权教育对脊髓损伤间歇导尿患者膀胱功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2013,35(7):573-575.
- [12] 周莉,许光旭,朱奕,等.脊髓损伤患者膀胱功能的康复护理[J].江苏医药,2013,39(18):2223-2224.
- [13] 杜可爱,陈建意.康复训练对脊柱脊髓损伤伴神经源性膀胱功能障碍的影响[J].中国实用护理杂志,2010,26(15):21.
- [14] 廖明珍,蓝俊晖,罗丹.康复训练对脊髓损伤后痉挛性膀胱功能的影响[J].护士进修杂志,2009,24(16):1504-1505.

收稿日期:2017-10-11 修回日期:2017-11-26 编辑:王国品