

## · 糖尿病护理专题 ·

# 分类护理法在糖尿病性尿潴留患者中的应用

尚玉真

糖尿病性尿潴留是糖尿病患者常见的合并症,严重影响患者的生活质量和生存寿命<sup>[1]</sup>。我科 2004 年 5 月—2007 年 10 月收治糖尿病性尿潴留患者 90 例,根据尿流动力学检测结果,参考膀胱逼尿肌与括约肌间的协调关系和尿道压力,将糖尿病性尿潴留患者进行分类,并施以不同的护理,取得了满意的效果,现报道如下。

## 资料与方法

1. 一般资料。本组患者 90 例,男 48 例,女 42 例,年龄 50~75 岁,平均年龄 61.2 岁。糖尿病病程 7~18 年。糖尿病诊断均符合 1985 年修订的诊断标准。其中 1 型糖尿病 6 例,2 型糖尿病 84 例,均有反复泌尿系感染史。住院时间 14~58 d,平均 26.0 d。

2. 方法。(1)分组方法。采用尿流动力学测压仪检测全部患者的膀胱容积、膀胱压力、尿道压力、残余尿量等指标,根据患者的逼尿肌反射与尿道括约肌的协调关系以及临床表现将患者分为 5 类,见表 1,分类依据参考文献[2]的分类方法。将入选患者随机分为传统护理组和分类护理组各 45 例,分别施以传统护理和分类护理,各类患者在 2 组的分布情况,见表 2。2 组基线资料比较差异无统计学意义,具有可比性。(2)干预方法。①传统护理组。a. 心理护理:糖尿病病史长,并发症多,患者易产生悲观、焦虑、恐惧等心理,护理中善于发现患者的心理变化,予以疏导和调整,使患者树立信心,积极配合治疗护理。同时做好患者家属的心理护理,取得他们的同情和支持。b. 控制血糖:高血糖状态是导致糖尿病性尿潴留的主要原因。本组患者治疗前血糖水平均明显增高,部分患者在治疗过程中血糖水平居高不下,延长了疗程。因此,控制饮食、运动治疗、口服降糖药或使用胰岛素等精心计划,力求短时间内将血糖控制在理想水平。②分类护理组。在传统护理方法基础上,实施以下护理。a. 协调性痉挛性膀胱。患者表现排尿频繁,尿液排出顺利,但会阴部无感觉,泌尿系统感染发生率高。护理侧重于会阴部皮肤护理和外流尿液的引流。男患者使用自制接尿器,女患者使用尿不湿,按常规行会阴冲洗。b. 失协调性痉挛性膀胱。患者膀胱压力高,尿液反流、肾功能受损以及泌尿系感染的发生率最高。此类患者予以留置导尿,降低膀胱压力,同

时给予抗生素膀胱冲洗,并配合治疗糖尿病,改善肾功能,控制泌尿系感染。慎用对肾功能有损害的药物;当出现全身感染症状时,加用口服或静脉滴注抗生素。c. 协调性弛缓性膀胱。患者膀胱平滑肌收缩无力,呈迟缓状态,压力低下,难以形成有效的兴奋电位,导致尿液大量潴留,易在膀胱中繁殖细菌。但此类患者在挤压腹部时可以形成排尿,所以护理重点为训练患者形成规律的排尿习惯,2 h 1 次,尽量避免导尿。d. 失协调性弛缓性膀胱。该类患者的尿潴留最为严重,由于膀胱压力与尿道括约肌失协调,即使挤压腹部也难以排尽尿液,而尿潴留和膀胱感染又易导致泌尿系结石。护理以间歇性导尿为主,辅以间歇性膀胱冲洗。即当膀胱压力增高时,由于植物神经反射,患者会产生颜面、颈部、腹部发热、发胀等副交感神经兴奋症状,此时即按常规予以导尿,当尿液排尽后拔出尿管。每周用庆大霉素或生理盐水加庆大霉素冲洗 1~2 次。e. 近似生理性膀胱患者的护理:患者的膀胱尿流动力学检测结果近似正常,故护理重点是使患者养成良好的排尿习惯,如定时排尿,勿憋尿,每次尽量排尽尿液,多饮水;偶尔发生排尿障碍予以腹部热敷、按摩或针灸,但不宜留置导尿。

3. 观察指标及判定标准。对 2 组患者在入院、出院时均行残余尿细菌培养、膀胱肾孟造影和肾功能检查。残余尿培养以菌落数  $>10^5$  cfu/ml 为阳性;膀胱肾孟造影以发现尿液反流为阳性;肾功能检查以血尿素氮  $>7$  mmol/L、血肌酐  $>105$   $\mu$ mol/L、血钾  $>6.5$  mmol/L 为阳性。

4. 数据处理。应用 SPSS 10.0 统计软件进行  $\chi^2$  检验。

## 结果

1. 2 组患者入院、出院时残余尿细菌培养结果比较情况,见表 3。

2. 2 组患者入院、出院时膀胱肾孟造影结果比较情况,见表 4。

3. 2 组患者入院、出院时肾功能比较情况,见表 5。

## 讨论

糖尿病神经源性膀胱功能失调,造成排尿机制结构或神经障碍<sup>[2]</sup>。结果显示,出院时阳性例数较入院时均显著减少,差异均有统计学意义,提示分类护理法对糖尿病性尿潴留患者有良好的改善作用。它使护理更加系统、具体、有针对性,有效地控制了急慢性并发症的发生,延缓糖尿病进程,促使糖尿病

作者单位:250021 济南,山东大学附属省立医院干部保健科

表 1 90 例糖尿病性尿潴留患者尿流动力学检测结果及分类( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	膀胱容积(ml)	膀胱压力(mm Hg)	尿道压力(mm Hg)	残余尿量(ml)
协调性痉挛性膀胱	18	110.0 ± 50.0	60.0 ± 15.0	52.5 ± 7.5	50.0 ± 20.0
失协调性痉挛性膀胱	20	160.0 ± 90.0	67.5 ± 22.5	60.0 ± 15.0	100.0 ± 40.0
协调性弛缓性膀胱	14	510.0 ± 180.0	37.5 ± 7.5	37.5 ± 15.0	250.0 ± 100.0
失协调性弛缓性膀胱	10	560.0 ± 160.0	45.0 ± 15.0	45.0 ± 7.5	350.0 ± 150.0
近似生理性膀胱	28	300.0 ± 90.0	60.0 ± 15.0	52.5 ± 7.5	40.0 ± 20.0

注: 1 mm Hg=0.133 kPa

表 2 2 组患者分组情况

组别	协调性					近似生理性膀胱	合计
	协调性痉挛性膀胱	失协调性痉挛性膀胱	协调性弛缓性膀胱	失协调性弛缓性膀胱	协调性弛缓性膀胱		
传统护理组	8	12	6	3	16	45	
分类护理组	9	9	8	7	12	45	
合计	17	21	14	10	28	90	

表 3 2 组残余尿细菌培养结果比较

组别	n	入院时阳性		出院时阳性	
		例数	阳性率(%)	例数	阳性率(%)
传统护理组	45	32	71.11	23	51.11
分类护理组	45	38	84.44	16	35.56
合计	90	70	77.78	39	43.33
$\chi^2$				4.396	
P		> 0.05		< 0.05	

表 4 2 组膀胱肾盂造影结果比较

组别	n	入院时阳性		出院时阳性	
		例数	阳性率(%)	例数	阳性率(%)
传统护理组	45	20	44.44	17	37.78
分类护理组	45	23	51.11	12	26.67
合计	90	43	47.78	29	32.22
$\chi^2$				7.993	
P		> 0.05		< 0.01	

表 5 2 组肾功能结果比较

组别	n	入院时阳性		出院时阳性	
		例数	阳性率(%)	例数	阳性率(%)
传统护理组	45	18	40.00	16	35.56
分类护理组	45	14	31.11	8	17.78
合计	90	32	35.56	24	26.67
$\chi^2$				6.349	
P		> 0.05		< 0.05	

性尿潴留的尽早恢复。

协调性痉挛性膀胱表现为容量减少, 避尿肌收缩时尿道括约肌反射性松弛, 尿道阻力几乎为零, 膀胱内的尿液可顺利排出, 虽然避尿肌活动亢进, 但膀胱压力不高。此类膀胱又称为自动膀胱。此类患者排尿反射仍存在, 只是膀胱容量小, 排尿较为频繁, 故加强会阴部皮肤护理和尿液的引流既可解决尿失禁带来的痛苦, 又可避免频繁导尿所致的尿路感染。失协

调性痉挛性膀胱表现为避尿肌突发性收缩时, 括约肌不能协调扩张, 膀胱内的尿液不能顺利排出, 膀胱压力显著升高。临床上大多表现为膀胱痉挛, 频繁排尿, 部分患者可因尿道口阻力增加而致尿潴留, 也可因膀胱高压而引起植物神经反射障碍, 病程长者可致膀胱挛缩。此类患者泌尿系感染率和肾功能损害率均较高。而引起肾功能损害的主要原因是糖尿病引起的逼尿肌、括约肌协调功能失调而致的膀胱高压, 其结果是导致尿液反流, 进而造成肾脏高压。而长期反复的肾脏高压则会导致肾功能损害, 同时大量残余尿不能及时排出也可使尿液反流。此类膀胱的并发症多且严重, 所以留置导尿和定时做膀胱冲洗是护理此类患者较为适宜的措施。

协调性弛缓性膀胱和失协调性弛缓性膀胱多为糖尿病引起的暂时性表现, 随着时间的推移, 此类膀胱功能失调有可能转化为痉挛性膀胱<sup>[3]</sup>。护理时应注意及时调整护理方案。由于残余尿的存在, 使得膀胱失去了尿液冲刷的生理性自净作用<sup>[4]</sup>, 易发生细菌繁殖且不易控制, 因而尿液的导出成为需首先解决的问题, 否则, 尿潴留和细菌繁殖可以导致膀胱结石和肾功能损害, 有时可能导致全身感染<sup>[5]</sup>。

近似生理性膀胱由于尿流动力学未遭受破坏, 肾功能损害发生率, 泌尿系感染发生率较少, 其预后比较好。但由于糖尿病植物神经功能远不如正常人稳定, 有可能发展为尿失禁或尿潴留等尿流动力学的病态症状<sup>[6,7]</sup>, 所以在护理中应注意膀胱功能锻炼, 以利膀胱功能恢复。

参 考 文 献

- [1] Rigby DC. New solutions. Nurs Times, 1999,95(31):57
- [2] 韩红波, 赵颖. 糖尿病性神经病变的诊断. 国外医学·护理学分册, 2001,20(1):26
- [3] 王林. 糖尿病性尿潴留与尿路感染临床分析. 山西临床医药, 2001,10(7):518
- [4] Wiao CG, Great WC, Godes CJ, et al. Skin CNS bladder reflex pathway for micturition after spinal cord injury and its underlying mechanisms. J Urol, 1999, 162(3):936
- [5] 葛秀兰, 孟秀玲, 王锦. 糖尿病性尿潴留. 医师进修杂志, 1996,19(12):26
- [6] White M. Principles of management of the neuropathic bladder. Community Nurse, 1998,4(11):19
- [7] Engberg SJ, Organist L, Lafayette LA. Treatment of urinary incontinence among caregiver-dependent adults. Urol Nurs, 1998, 18(2):131

(收稿日期:2008-03-30)

(本文编辑:李若白)