

修复,使糜烂面柱状上皮细胞坏死脱落,不流脓水,迅速治愈,因此在环切等物理疗法后加用保妇康栓,可明显缩短疗程。

本研究通过 LEEP 配合药物保妇康栓进行治疗 CIN,有效缩短了患者切口愈合时间,提高了治愈率,值得临床上推广应用。

[参考文献]

- [1] 陈作珍. LEEP 刀治疗宫颈上皮内瘤样病变 42 例临床分析[J]. 广西医科大学学报, 2010, 27(5): 798-799.
- [2] 陈建玲, 鲁选文, 刘琼, 等. LEEP 治疗宫颈上皮内瘤变疗效的临床研究[J]. 现代生物医学进展, 2013, 4(3): 477-480.
- [3] 赵玉慧. 宫颈 LEEP 刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变 128 例临床分析[J]. 黑龙江医药科学, 2010, 33(6): 107.
- [4] 冀志芹, 崔骞. 妇乐油纱在宫颈上皮内瘤变宫颈电环切术后临床应用疗效观察[J]. 新中医, 2013, 45(4): 107-109.
- [5] 黄惠娟, 魏雅娜, 王凤玫, 等. 宫颈环行电切术在宫颈上皮内瘤变诊治中的应用[J]. 临床军医杂志, 2008, 36(4): 566-568.
- [6] 张房伯, 雷春燕. 宫颈电圈环切术治疗宫颈上皮内瘤变的临床疗效观察[J]. 临床合理用药, 2011, 4(3C): 31-32.
- [7] 刘敏, 何秋, 徐慧心, 等. LEEP 在宫颈上皮内瘤样病变治疗中的效果研究[J]. 中国当代医药, 2010, 17(19): 51-52.
- [8] 陈冬梅, 李潇, 朱文芳. 清带汤治疗宫颈环形电切术后阴道排液过多 35 例疗效观察[J]. 新中医, 2011, 43(6): 93-94.
- [9] 马锦. 保妇康栓治疗宫颈上皮内瘤变 1、2 级临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2012, 12(2): 11-12.
- [10] 赵薇, 关郁, 李晓宏, 等. 保妇康栓联合氟尿嘧啶治疗宫颈上皮内瘤变[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 33(14): 1884-1885.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

中医综合调护法应用于宫颈癌术后尿潴留的临床研究

袁玲, 王秀娣, 张晶

杭州市第一人民医院妇科, 浙江 杭州 310006

[摘要] 目的: 观察中医综合调护法应用于宫颈癌术后尿潴留的临床疗效。方法: 将 96 例宫颈癌根治术后患者随机分为观察组和对照组各 48 例, 对照组采用心理辅导、常规护理、盆底肌锻炼, 观察组在对照组治疗、护理的基础上加用中医综合调护法(包括针刺治疗、艾灸治疗、清热除湿方外洗会阴部)。2 组疗程均为 1 周。记录 2 组残尿量情况、留置导尿管的时间和统计尿路感染发生率。结果: 干预后, 残尿量 ≥ 100 mL 者观察组有 5 例 (10.42%), 对照组有 17 例 (35.42%), 2 组发生率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。观察组无尿路感染发生, 对照组有 7 例, 发生率 14.58%, 对照组发生率高于观察组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。平均留置导尿管时间观察组 (13.27 ± 2.31) 天, 对照组 (17.52 ± 3.97) 天, 2 组比较, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。结论: 联合中医综合调护法能改善宫颈癌根治术后尿潴留患者排尿, 减少残尿量, 并能预防尿路感染的发生。

[关键词] 宫颈癌; 尿潴留; 中医护理; 针刺; 艾灸; 中药外洗

[中图分类号] R737.33 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0164-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.064

[收稿日期] 2013-12-31

[作者简介] 袁玲 (1971-), 女, 主管护师, 主要从事妇产科临床工作。

尿潴留是宫颈癌根治术后最常见的并发症之一，是由于宫颈癌根治术中需分离膀胱，术后又常规留置导尿管，导致膀胱麻痹性尿潴留^[1]。不仅影响患者的术后恢复，还严重影响患者的生活质量，给患者增加了痛苦。笔者采用中医综合调护法护理宫颈癌术后尿潴留患者，具有一定疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 术后1周拔除导尿管后，不能自行排尿或排尿不完全，B超检查示残余尿量超过100 mL^[2]。

1.2 纳入标准 年龄18~65岁；明确诊断为子宫颈癌，并行宫颈癌根治术；术后留置导尿管。

1.3 排除标准 合并有其他可导致尿潴留的疾病者；伴严重其他系统疾病，导致研究不能顺利进行者；最近2周接受过其他尿潴留治疗方案者。

1.4 一般资料 观察病例均来自2011年1月~2012年12月在本院妇科住院治疗的宫颈癌Ib~a期患者，均行宫颈癌根治术，共96例。采用随机数字表法将患者随机分为2组各48例，观察组年龄24~65岁，平均(32±9)岁。对照组年龄18~61岁，平均(29±8)岁。2组一般资料比较，差异无显著性意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗与护理方法

2.1 对照组 采用常规护理、心理辅导、盆底肌锻炼。

2.1.1 常规护理 术后3天导尿管长期开放，以后改定期开放，每隔2h或患者有尿意时开放1次导尿管，以锻炼膀胱功能，术后1周拔除留置导尿管，鼓励患者自主排尿。

2.1.2 心理辅导 宫颈癌术后患者常有悲观、自责、食欲差、悲伤、空虚、苦恼、绝望等不良情绪^[3]，护士应向患者说明手术的必要性以及导致尿潴留的原因，使患者正确看待尿潴留的发生，鼓励患者战胜病魔，消除紧张、悲观等不良情绪。护士在护理过程中，动作轻柔，语气和缓，主动与患者沟通，某些患者对术后排尿姿势改变不适应，护士及时向患者说明，让患者意识到留置导尿管的必要性。还应做好患者家属的思想工作，取得家属的信任，使家属协助做好患者术后的护理工作，以使患者尽早可以自主排尿。

2.1.3 盆底肌锻炼 盆底肌锻炼主要包括缩肛及排尿中断锻炼，以锻炼患者下肢、臀部及会阴部肌肉的

自主收缩功能，并促进神经反射弧的恢复。术后第4天开始进行，嘱患者有规律地缩肛、收腹，并针对仰卧位、左侧卧位、右侧卧位不同体位进行锻炼。每天3次，开始时每次15min，根据身体恢复状况，每天增加锻炼时间，可酌情加抬腿练习。

2.2 观察组 在对照组常规护理基础上加用中医综合调护法。 艾灸疗法：取穴：神阙、关元、气海、中极、曲骨，将点燃的艾条置于穴位上方3cm左右，以患者感觉到热感，但不觉灼热为度。对于感觉差、年老体虚者，操作者应以手背皮肤测试，每穴位20min，每次可同时灸两穴，共40min，每天1次，共治疗7次。或至患者有尿意，能自行排尿为止。操作过程中应谨防艾条灰掉落灼伤患者。 针刺疗法：术后1周开始，取穴：肾俞、足三里、阴陵泉、天枢、三阴交等，采用28号1.5寸毫针，直刺1~1.5寸，采用补法，每10min行针1次，留针30min，每天1次。 本科自制清热除湿方(黄柏、苦参各20g，蛇床子、百部、连翘、蒲公英各15g，于本院中药房自煎，水煎煮成1000mL)，外洗会阴部，每天2次，预防会阴感染。

2组均干预1周后拔除导尿管，观察患者排尿情况，若残余尿量<100mL，说明膀胱功能恢复；对于干预1周后，仍不能自行排尿或排尿不畅，B超示拔除尿管第一次排尿后，残余尿量≥100mL者，重新留置导尿管。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录2组治疗前后残余尿量、留置导尿管的时间、尿路感染发生例数。2组患者拔除导尿管第一次排尿后测残余尿量，残余尿量<100mL为膀胱功能恢复好，残余尿量≥100mL者为膀胱功能恢复欠佳，需继续导尿，经3天拔管后再测残余尿量。

3.2 统计学方法 数据分析采用SPSS17.0软件包。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。

4 结果

4.1 2组残余尿量和尿路感染情况比较 见表1。干预后，残余尿量≥100mL者观察组有5例(10.42%)，对照组有17例(35.42%)，2组发生率比较，差异有显著性意义($P<0.05$)。观察组无尿路感染发生，对照组有7例，发生率14.58%，对照组发生率高于观察组，差异有显著性意义($P<0.05$)。

表1 2组残尿量和尿路感染情况比较 例(%)

组别	n	残尿量		尿路感染
		≥ 100 mL	< 100 mL	
观察组	48	5(10.42)	43(89.58)	0
对照组	48	17(35.42)	31(64.58)	7(14.58)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.2 2组留置导尿管时间比较 平均留置导尿管时间观察组(13.27 ± 2.31)天, 对照组(17.52 ± 3.97)天, 2组比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

5 讨论

有学者认为, 宫颈癌根治术导致子宫及临近组织被大范围切除, 膀胱失去支撑而滑向骶骨窝, 造成尿液不能排出, 积聚于膀胱^[4]。而被尿液胀大的膀胱又加剧向骶骨窝处滑落, 加重尿潴留; 再者, 术中剥离及切除组织时造成韧带、神经的损伤也可造成尿潴留^[5]。此外术后导尿管留置时间延长, 或反复拔插导尿管导致尿道黏膜损伤, 易导致尿路感染的发生, 受损后的黏膜水肿又可增加排尿阻力, 致使尿潴留加重^[6]。

心理辅导可消除患者顾虑, 树立患者的信心, 可使其积极配合治疗与护理, 对患者及家属均进行科学宣教, 可促使患者积极进行自我护理^[7]。有文献报道, 鼓励患者早期下床活动, 亦可预防尿潴留的发生^[8]。早期进行盆底肌群的锻炼, 包括尿道、阴道、肛门括约肌以及腹部肌肉, 增加各肌肉群的力度, 可增大各肌肉、韧带对膀胱的牵拉固定作用, 减少尿液的积聚, 有助于减少尿残余量。本科创造性地采用中医综合调护法护理宫颈癌根治术后尿潴留患者, 针刺肾俞、足三里、阴陵泉、天枢、三阴交可补肾纳气, 通调水道, 而艾灸法直接作用于病所, 具有温阳益气的治疗作用, 协同针刺共同促进膀胱气化功能的恢复, 使膀胱气化有权, 开阖有度, 尿液可排出体外, 减少尿潴留的发生。本研究结果也表明, 观察组膀胱功能恢复的患者比例高于对照组($P < 0.05$), 平均留置导尿管时间短于对照组($P < 0.01$), 可以得出观察组膀胱功能恢复优于对照组。而本科会阴部护理采用自拟清热除湿方外洗, 方中蛇床子、百部、苦参燥湿杀虫, 黄柏专清下焦湿热, 蒲公英、连翘清热解毒, 诸药合用, 可清热除湿、杀虫止痒。本研究结果亦显

示, 观察组未发生尿路感染, 而对照组尿路感染发生率为 14.58%, 高于观察组($P < 0.05$)。此外, 在对宫颈癌根治术后尿潴留患者护理的过程中, 还应重视导尿管的拔除时间, 应选择患者有尿胀感时拔除, 拔管后应嘱患者立即排尿^[9]。

综上所述, 中医综合调护法可改善宫颈癌术后尿潴留症状, 且对患者进行综合护理, 较之于单纯常规护理, 更能明显减轻患者痛苦, 有利于患者树立对抗病魔的信心, 缓解患者不良情绪, 利于疾病的恢复。中医综合调护法包含中医学的针灸及中药外洗技术, 针灸较之于药物治疗更安全且无副作用, 大大减少术后患者药物的使用量。中药外洗直接作用于局部, 较之药物内服更安全有效。以上数据表明, 中医综合调护法对宫颈癌术后尿潴留患者安全有效, 临床上值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 黄洁明, 李坤寅, 李道成. 吴茱萸热奄包外敷预防广泛性子宫切除术后尿潴留 63 例临床观察[J]. 新中医, 2010, 42(6): 20-21.
- [2] 田孝坤, 刘元娇. 实用妇产科手术损伤防治学[M]. 2版. 北京: 科学出版社, 2004: 234.
- [3] 李端琴. 护理干预对宫颈癌术后病人尿潴留的影响[J]. 全科护理, 2013, 11(1): 57-59.
- [4] Chuang TY, Yu KJ, Penn IW, et al. Neurourological changes before and after radical hysterectomy in patients with cervical cancer[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2003, 82(10): 954-959.
- [5] 王俊飞, 沈树娜, 孙然. 预防宫颈癌根治术后尿潴留措施的新探讨[J]. 疾病监测与控制杂志, 2009, 3(11): 663-664, 649.
- [6] 牟淑兰. 电针利尿穴加康复训练治疗宫颈癌术后尿潴留[J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(8): 26-27.
- [7] 刘海英, 陈秀霞, 丘革新, 等. 宫颈癌患者术后尿潴留的护理干预[J]. 中国社区医师: 医学版, 2011, 13(20): 277-278.
- [8] 郑小琴. 宫颈癌术后并发尿潴留的原因分析及护理[J]. 护理研究, 2006, 20(10): 2729-2730.
- [9] 王奕敏, 欧玉兰, 蔡瑞卿, 等. 宫颈癌术后尿潴留的预防及护理[J]. 全科护理, 2010, 8(2): 285-286.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)