



仿生物电刺激对预防广泛全子宫切除术后患者尿潴留的影响

姜兰兰 王 奕 吕群玉 黄苏敏 (中山大学孙逸仙纪念医院 广东广州 510120)

摘要:目的 探讨仿生物电刺激对预防广泛全子宫切除术后尿潴留的影响。方法 选取2015年1月—2017年12月在我院实施广泛全子宫切除术的80例患者随机分组,40例接受仿生物电刺激的术后患者为实验组,40例按照传统的护理干预方法者为对照组,记录患者首次拔除尿管后尿潴留发生率、膀胱残余尿量及排尿困难者的比率。**结果** 通过仿生物电刺激干预,实验组发生尿潴留的发生率明显低于对照组,膀胱残余尿量明显少于对照组,差异显著($P<0.05$);拔除尿管后,实验组没有出现排尿困难者,而对照组发生率5%。**结论** 仿生物电刺激的及时介入,对行广泛全子宫切除术的患者能有效预防尿潴留的发生,是简单安全有效的方法。

关键词: 仿生物电刺激 预防 尿潴留 影响

中图分类号: R473.71 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)12-135-02

宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤,高发年龄为50~55岁,广泛性全子宫切除+盆腔淋巴清扫是宫颈癌手术治疗的基本术式。它必须打开膀胱侧窝,分离、切断前后及两侧各连接子宫的韧带及结缔组织,切除主韧带周围的脂肪组织,切除全部的阴道旁结缔组织并切除阴道。由于切除范围甚广,术中在对输尿管行分离动作或者对主韧带行切除之时,可能会在不经意之间损伤膀胱神经,造成术后尿潴留,导致患者膀胱功能的失常^[1],而因宫颈癌广泛全子宫切除术后尿潴留的发生率为9.1%^[2]。尿潴留是指术后15d以上仍不能排尿或虽能自行排尿,但残余尿 $\geq 100\text{ml}$ ^[3],因此,及时而有效的护理干预对预防广泛性全子宫切除术后患者发生尿潴留,提高患者生活质量有着重要意义。仿生物电刺激作为一种新型的治疗手段已应用于妇产科临床,对预防术后尿潴留取得了良好的效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我病区2015年1月—2017年12月确诊宫颈癌并行广泛性全子宫切除的患者80例,按照手术先后顺序,由随机数字表生成的随机数字分为实验组与对照组。实验组40例,患者年龄跨度为36~69岁,平均年龄56.24岁,对照组40例,患者年龄跨度为36~71岁,平均年龄56.66岁,两组患者的手术方式、麻醉方式、年龄及手术时间无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 实验组:在患者术后返回病房生命体征稳定并清醒后,即采用法国PHFNIXUSB4仿生物电刺激治疗仪,将两组电极片分别贴置于患者膀胱区和骶尾部上,设置电刺激参数:35Hz/200US以及1-4Hz/230-270us。电刺激时间为30min/次,刚开始可根据患者的反馈适当调节电流强度,最大电流值不能高于60mA,手术当天执行频率为qd,术后第一天为tid,直至术后第14d拔尿管,在术后第5d还要指导患者自行盆底肌收缩功能训练即Kegel运动,从每天2次,每次10min开始逐步增至每天3次,每次10min,直至拔除尿管。

1.2.2 对照组:采用传统的护理干预:在术后第5d指导患者自行练习盆底肌收缩功能训练即Kegel运动,从每天2次,每次10min开始逐步增至每天3次,每次10min,至第14d拔尿管。

1.3 观察指标

(1)记录患者首次拔除尿管后发生尿潴留的比率。(2)观察膀胱残余尿量。(3)观察发生排尿困难患者的发生率。根据膀胱恢复情况观察疗效^[4]:①无效:患者拔尿管后不能自行排尿,膀胱高度膨胀,需靠导尿或其他方法排尿,②有效:病人能自主排尿,但排尿功能不稳定,排尿次数多,膀胱内残余尿 $>100\text{ml}$,③显效:病人能自主排尿,但排尿功能不稳定,

排尿次数正常,膀胱内残余尿 $<100\text{ml}$ 。(4)排尿困难标准^[4]:指膀胱内尿液排出障碍、发生排尿费力,排尿延迟,可表现尿流变细、尿线不畅、排尿无力、甚至间歇中断或尿终滴沥等不同症状,重者需要增加腹压方能排尿。

1.4 统计学分析

采用SPSS13.0软件进行统计学分析。计量资料采用均数、标准差描述,不同时间的得分比较采用配对t检验;计数资料采用百分比描述,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示有显著差异。

2 结果

2组临床指标比较,实验组尿潴留发生率明显少于对照组,组间比较 $P<0.05$;实验组首次拔除尿管后膀胱残余尿量明显少于对照组,组间比较 $P<0.05$;实验组没有发生排尿困难者。见表1。

表1: 两组临床指标比较

	例数	尿潴留发生率	膀胱残余尿量(ml)	排尿困难发生率
实验组	40	0	24.45 $\pm$ 15.21	0
对照组	40	6	118.43 $\pm$ 28.12	2

注:实验组与对照组对比 $P<0.05$

3 讨论

广泛性全子宫切除术是一种大型而复杂的手术,术中,在游离输尿管以及切除子宫主韧带、子宫底韧带和阴道上端部分组织时,容易伤及膀胱神经丛,导致膀胱麻痹,使骶髓排尿反射收到抑制,膀胱逼尿肌功能下降^[5],较大范围切除子宫及阴道组织后,膀胱因失去支撑而后屈,也是导致排尿困难的原因之一^[6];术后长时间保留导尿,可以引起尿路感染,影响膀胱排尿功能的恢复^[7]。基于以上原因,及早采用仿生物电刺激治疗,结合膀胱逼尿肌电生理学和病理学理论,基于膀胱平滑肌对刺激的敏感性、紧张性、慢收缩性的特点,采用微电脑模拟的生物电波,用电极片从皮肤导入,全方位地刺激膀胱壁的逼尿肌,使其规律收缩,恢复逼尿肌的生理收缩能力,从而促进患者排尿^[8],而且低频电流能够刺激膀胱局部区域,促使膀胱肌肉出现节律性的运动,从而使膀胱肌麻痹得到缓解,增加血液循环,使膀胱收缩功能得以恢复,帮助患者恢复排尿功能,在临床上取得良好效果,值得推广。

参考文献

- [1] 王敏,张敬慧,崔芹.护理干预对广泛性子宫切除术后尿潴留膀胱功能恢复的影响[J].临床合理用药杂志,2010,03(21):18-19.
- [2] 宋一一,魏旭芬,郑惠英,等.121例宫颈癌根治术近期并发症分析[J].肿瘤学杂志,2004,10(2):90.
- [3] 张志毅.妇科癌症临床手术学[M].上海:上海科学技术出版社,1994:136.

(下转第140页)



人,肾阴耗伤不能上奉与心,水不济火而虚阳上扰;心阳独亢,不能下交于肾,心肾失交,热扰神明,神志不宁,因而不寐。这就是所谓的阳不交阴,心肾不交型失眠。交泰丸中以黄连清火为主,反佐以肉桂之温以入心肾,取引火归元之意,临床上疗效颇佳。②针灸治疗的主要机制为调和阴阳,纠正阴阳偏胜偏衰的失衡状态,实则泻之、虚则补之。针刺百会穴可补脑养心、定志安神,此外,百会为头部督脉穴,可调节脑功能,改善焦虑、抑郁情绪导致的失眠^[4];太溪配肾俞、神门配心俞为原俞配穴,可起到心肾相交、水火相济的功效;内关配神门为原络配穴,可安神宁心;阴陵泉、三阴交则为脾经穴位,足三里为胃经下合穴,三穴共用可起到和脾胃、疏肝气、益肝肾的效果,促进心肾交通缓解失眠症;诸穴合

用能共奏宁心安神之效,改善患者睡眠质量。

综上,针灸联合中成药交泰丸治疗心肾不交型失眠症可有效改善患者睡眠质量,疗效显著,有临床应用价值。

参考文献

- [1] 吴惠玲. 泻南补北法治疗心肾不交型失眠症的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2013.
- [2] 郑语谦. 原络配穴为主针药结合治疗心肾不交型失眠症的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2012.
- [3] 马戴, 田浩君. 自拟失眠方联合针灸治疗心肾不交型失眠症76例临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(5):21-21.
- [4] 熊灿东. 针灸联合药物治疗心肾不交型失眠症临床研究[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(8):72-73.

(上接第135页)

[4] 罗琼秀, 李香秀. 新斯的明肌肉注射配合超短波治疗产后尿潴留的疗效观察[J]. 江西医药, 2014, 49(9):947-948.

[5] 舒军萍, 雷永红, 库洪安. 护理干预在宫颈根治术后预防尿潴留的临床效果观察[J]. 现代护理, 2005, 11(8):587-588.

[6] 石存英. 综合干预对宫颈根治术后并发尿潴留的影响[J].

中国医师进修杂志, 2007, 7(7):48-49.

[7] 杨风华. 宫颈癌根治术后尿潴留的护理干预. 实用临床医药杂志, 2010, 14(10):16-23.

[8] 樊连城, 黄翼然, 周立新, 等. 膀胱内电刺激疗法在下尿路功能障碍治疗中的应用进展[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2016, 36(7):1102-1104.

(上接第136页)

伍甘温健脾开胃^[7], 消食和中;与白术、茯苓合用健脾运化, 清小儿疳积治疗消化不良, 纠正小儿偏食;钩藤归肝经, 平肝、息风定惊;夜交藤归心、肝经, 养血安神通络祛风, 当归与白芍能养血柔肝、缓急止痛;蝉蜕、防风、丝瓜络祛风散邪、息风通络止痉, 合用能达到清肝养血祛风的目的, 甘草调和诸药。

参考文献

- [1] 黄新造, 柯文炳, 纪丹, 等. 自拟疏肝补脾方治疗肝郁脾虚慢性乙型肝炎临床疗效观察[J]. 四川中医, 2016(6):54-56.
- [2] 佟丹, 张文华. 洪霞从中医扶土抑木理论论治脾虚肝亢型小

儿抽动症的疗效观察及机制研究[J]. 四川中医, 2017(10):130-132.

[3] 《中医病证诊断疗效标准》中医内科病证诊断疗效标准(一)[J]. 湖北中医杂志, 2002(2):封三.

[4] 金靖宇. 健脾柔肝治疗小儿目眨96例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014(8):39-39.

[5] 张隽, 左立健. 健脾止痉汤治疗儿童目眨临床观察[J]. 中国药物经济学, 2014, 9(1):70-71.

[6] 王秀兰. 小儿目眨从脾虚论治[J]. 中国中医眼科杂志, 2011(3):129-129.

[7] 王开琦, 马春霞. 天麻钩藤饮加减治疗小儿目眨的临床观察[J]. 中国中医眼科杂志, 2012(2):149-150.

(上接第137页)

款冬花能够使得患者的肺部更加滋润, 可以为其化痰止咳。在对患者进行治疗的过程中, 可以利用其中较多的中药成分对其病症进行缓解, 使得患者的治疗效用更好, 有助于其恢复健康, 减少不良反应。

4 结语

综上所述, 在开展慢性支气管炎急性发作临床治疗的过程中, 虽然能够利用西药对其病症进行缓解, 但是最好还是需要中西医结合, 对其进行治疗。中药中的较多药物成分能够起到清肺的作用, 减轻患者的痛苦。中药治疗具有更好的安全效用, 能够在临床治疗中进行应用。

参考文献

- [1] 杨琼芬, 吴红波, 解仕良, 等. 中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作56例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2015, 24(04):96.
- [2] 蔡美昌, 张美荣. 中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作67例临床观察[J]. 中国实用医药, 2013, 8(14):175-176.
- [3] 丁爱辉, 赵迎华. 中西医结合治疗急性发作期喘息型慢性支气管炎患者50例疗效观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(34):215.
- [4] 丰健宇, 李翠云, 王丽哲, 等. 慢性支气管炎急性发作期中中西医结合治疗效果观察[J]. 心理医生, 2015, 21(18):55-56.

(上接第138页)

评分为(1.92±0.71)分, 低于对照组, $P < 0.05$, 表明腕踝针治疗癌症疼痛患者的效果显著, 癌症疼痛患者在接受腕踝针治疗后, 其疼痛均得到一定的缓解。叶富英, 汪永坚等学者^[8]在《腕踝针在癌症疼痛爆发痛管理中的应用》一文中, 表明腕踝针在癌症疼痛爆发痛管理中的应用效果显著, 可明显缓解癌症疼痛情况, 与本文研究结论基本一致。

综上所述, 对癌症疼痛爆发痛采取腕踝针镇痛的效果显著, 可明显缓解疼痛, 值得推广实施。

参考文献

- [1] 田静娟, 焦瑞娜, 翟珂珂. 腕踝针在老年髋关节置换术后疼痛护理中的应用[J]. 中医正骨, 2017, 29(9):79-80.
- [2] 谢凌钦, 蔡文杰, 石萍. 基于中医腕踝针的穿戴式全息镇痛

治疗系统[J]. 北京生物医学工程, 2017, 36(4):408-414.

[3] 李阳阳, 李文龙, 张海龙等. 腕踝针在全膝关节置换术围手术期镇痛效果的临床观察[J]. 中医药导报, 2016, 22(19):55-57.

[4] 赵素珍, 郑海霞. 腕踝针联合静脉自控镇痛泵治疗异位妊娠腹腔镜术后疼痛的疗效观察[J]. 中国针灸, 2017, 37(11):1173-1176.

[5] 陈玉芳, 左霞, 张琼. 耳穴联合腕踝针配合常规疼痛护理干预在髋关节置换术后的应用效果[J]. 四川中医, 2015, 33(1):178-180.

[6] 万菁, 杨雅, 彭春敏. 腕踝针联合耳穴埋豆对肛瘘术后患者换药疼痛的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(2):124-124.

[7] 刘春亮, 熊源长, 卢军等. 腕踝针治疗腹腔镜胆囊术后疼痛疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(3):297-300.

[8] 叶富英, 汪永坚. 腕踝针在癌症疼痛爆发痛管理中的应用[J]. 中国中医药科技, 2012, 19(3):270-271.