

双侧大脑镰旁脑膜瘤术后排尿障碍患者的康复护理

危娟¹, 冯燕英², 杨惠贤¹

Rehabilitation care of patient with voiding dysfunction following surgical treatment for bilateral meningioma beside cerebral falx Wei Juan, Feng Yanying, Yang HuiXian

摘要:对 1 例双侧大脑镰旁脑膜瘤术后留置尿管拔管失败患者,进行拔管困难因素评估,实施针对性健康教育、膀胱功能训练、改进尿管拔除方法及辅助排尿等措施。结果拔除尿管经过 3 d 辅助排尿后患者实现完全自主排尿。提出全面评估及根据排尿困难原因给予针对性干预可解决疑难护理问题。

关键词:脑膜瘤; 排尿障碍; 留置尿管; 拔管困难; 康复护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.04.083

双侧大脑镰旁脑膜瘤是以大脑镰为基底,生长于大脑镰两侧,常隐藏于脑皮质的下方,血供丰富,约占大脑镰旁脑膜瘤的 20%^[1-2]。手术切除为目前首选的治疗方法^[3]。因瘤体位置较深,周围血供丰富,毗邻结构复杂,瘤体切除术后常出现肢体瘫痪或运动功能障碍加重,其发生率高达 6.7%~42.3%^[4-5],排尿障碍也为术后常见并发症之一。间歇导尿有助于膀胱容量和收缩功能维持,被推荐为治疗神经源性膀胱患者的金标准^[6-7]。目前国内由于对间歇导尿的观念、费用、接受度等因素,留置尿管仍为解决排尿障碍问题的主要途径。我科 2017 年 12 月收治 1 例双侧大脑镰旁脑膜瘤术后患者,留置尿管 1 月余,期间 2 次拔除尿管失败,经系统评估与针对性干预后尿管顺利拔除,患者恢复自主排尿,具体方法报告如下。

1 临床资料

患者,女,57 岁;大学文化程度,因四肢活动障碍 1 月余诊断“脑膜瘤术后”,为进一步康复于 2017 年 12 月 2 日收入院。主诉 2017 年 8 月 10 日因右前臂麻木不适 3 年,逐渐加重就诊,查头颅 CT,考虑“脑膜瘤”;于 10 月 9 日在外院行全麻下额顶部双侧大脑镰旁脑膜瘤切除术;术后肢体运动功能障碍;留置尿管,期间分别于 11 月 3 日、20 日尝试拔除尿管,均因患者不能自主排尿而重置尿管,曾因尿路感染予抗感染治疗。认知、言语、吞咽功能无明显改变;经营养神经、高压氧、针灸、神经肌肉电刺激、作业及物理等康复治疗,患者肢体功能有所改善。入院时患者双上肢可高举过头,双手活动欠灵活,右下肢可轻微屈曲,不能抬离床面,双足下垂,不能独立完成床上翻身、坐起动作;留置尿管,患者可感受到尿意。经过系统评估与针对性护理干预 8 d 后,拔除尿管,同时辅以诱导排尿、叩击排尿等措施患者可自主排尿,12 月 11 日、12 日通过导尿法测残余尿量分别为 15 mL、10 mL;12 月 15 日开始患者无需干预实现自主排尿,15 日、

16 日导尿法测残余尿量分别为 23 mL、17 mL,达正常值^[12]。

2 护理

2.1 入院护理评估 患者 T 36.7℃,P 82 次/min,R 18 次/min,BP 103/76 mmHg;神志清楚,对答切题,发音清晰,可执行 1 步、2 步及 3 步指令;双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音;心前区无隆起,心尖搏动未见异常,心率 82 次/min,心律齐;腹部平坦,柔软,无压痛、反跳痛,肠鸣音减弱(3 次/min);肾区未见叩击痛。血常规:WBC 11.89×10⁹/L;尿常规:潜血++,白细胞++,红细胞+,细菌+;B 超:双肾、输尿管、膀胱未见异常;头颅 MR:肿瘤全切,引流静脉完整。患者排尿障碍相关知识、心理及膀胱功能评估:①相关知识。患者对疾病术后出现排尿功能障碍的原因、排尿障碍的治疗方法等内容不了解。②心理状态。因病程中曾经 2 次尝试拔除尿管,均因不能自主排尿而重置尿管感到焦虑;留置尿管一定程度阻碍功能训练和带来不舒适感,急于拔除尿管。③膀胱功能。患者能够感受尿意;12 月 4 日进行简易膀胱压力与容量测定;膀胱压力 26 cmH₂O、膀胱容量 350 mL 时出现强烈尿意感;压力 34 cmH₂O、容量 380 mL 时出现漏尿。

2.2 护理措施

2.2.1 针对性健康教育 应用图片、教学模型方式向患者及家属讲解排尿过程参与神经、器官的解剖结构^[8];通过视频播放演示排尿机制及排尿过程;讲解留置导尿和间歇性导尿在疾病康复不同时期所起的作用及优缺点,告知患者拔除尿管后可能有机会实现自主排尿,如果再次出现排尿困难,可以选择间歇性导尿进行膀胱功能训练和排尿;发放间歇导尿宣传教育册子和自我间歇导尿 3D 动画视频给患者学习;解答患者对间歇性导尿存在的顾虑:尿道疼痛与损伤的问题可以通过选择小号导尿管、动作轻柔等减轻不适;导尿时间可以通过饮水计划实施予以调整,尽量在外出治疗和检查前排尿;间歇性导尿可有效降低尿路感染和肾功能损害,在医院期间护士会帮助患者实施;评估患者病情恢复情况,有需要时,预先做好计划

作者单位:广州市番禺中心医院 1. 康复医学科 2. 护理部 (广东 广州, 511400)

危娟:女,硕士,主管护师, chenxi1105@163.com

收稿:2018-09-20;修回:2018-10-28

教会患者或家属。

2.2.2 膀胱功能训练 ①间歇夹闭导尿管。评估患者是否已掌握夹闭导尿管的方法及注意事项,获知患者基本掌握但晚上也会夹闭尿管,指导患者晚上尽量不夹闭尿管,以免影响睡眠。②意念排尿法。指导患者每次放开尿管前5~10 min,想象自己在卫生间,屏气用力排尿5~10次。③盆底肌功能锻炼。患者平躺于床上,做肛门收缩和放松动作,每次收缩持续3 s以上,逐渐持续至10 s,之后放松,连续15次为一组,每日3组。④叩击敏感点排尿。叩击膀胱区、挤压阴蒂、牵拉阴毛、摩擦大腿内上1/3侧、用手指刺激肛门各持续1~2 min。明确牵拉阴毛,排尿反射最为强烈,刺激患者该区域,膀胱压升高,未超过40 cmH₂O;指导患者有尿意前1~2 min牵拉阴毛有明显尿意后放尿。

2.2.3 改进尿管拔除方法 正常人膀胱内尿量达200~250 mL时可产生尿意。传统拔尿管的方法为夹闭尿管,当患者有强烈尿意时予拔除。改良方法:拔除导尿管前排空膀胱,放出尿液,用37℃左右温生理盐水500 mL进行膀胱冲洗,60~80 gtt/min,并测量膀胱内压力。根据12月4日膀胱压力与容量测定结果,当膀胱内压力至26 cmH₂O,生理盐水输入350 mL时,患者感觉有强烈尿意时,用注射器抽出导尿管球囊内液体并拔出尿管,患者即自主排尿约355 mL。尿管拔出后3 d内在辅助下可自主排尿,3 d后能完全自主排尿。

2.2.4 尿管拔出后辅助排尿指导 评估患者肌力、平衡协调能力,指导患者床上坐起或协助患者坐便椅排尿,指导患者屏气用力、牵拉阴毛等方法辅助排尿。同时指导家属配合进行诱导排尿:①听流水声法,即将水从一个杯中缓缓倒入另一个杯中,两个杯相距一定高度,能够发出类似排尿的声音,引起患者的排尿反射。听流水声诱导排尿是正反馈调节,可兴奋排尿异化中枢,抑制排尿抑制中枢,使膀胱逼尿肌收缩,尿道括约肌松弛,尿液顺利排出^[9]。②热敷下腹部法^[10]。在患者下腹置一60~70℃暖水袋,热敷膀胱区域,使肌肉放松从而诱导排尿。根据现有条件,指导家属将湿热毛巾拧干敷在膀胱区;注意控制好热敷温度,避免烫伤。③冲洗会阴法。用温水反复冲洗会阴部,顺序同会阴擦洗,使会阴部受到温热的刺激诱导排尿。指导患者家属用手慢慢挤压温热毛巾,使之成滴水或线状冲洗会阴部。

3 讨论

改良尿管拔出法的作用机制分析:①脑膜瘤术对排尿的影响。脑膜瘤因生长位置较深,周围血供丰富,毗邻结构复杂,手术过程中牵拉可能刺激或损伤大脑皮层相关功能区域使其对排尿反射的控制减弱,导致排尿发生困难。②拔尿管后不能自主排尿的原因。脑膜瘤手术对初级排尿中枢并无损伤,但长期留

置尿管使膀胱的张力减弱,使排尿初级中枢反射得到“休息”而处于低敏感状态,拔除尿管后其恢复至正常反射需要一定时间。尿管拔除过程会对尿道黏膜造成不同程度的机械性刺激,使黏膜水肿、损伤,尿道变窄等引起尿道刺激征,致使大脑皮层过度兴奋,从而抑制排尿反射,使排尿过程不完全受意识控制^[11];此外,还可引起膀胱括约肌痉挛,引起排尿困难。③改良尿管拔出法的作用。在短时间向膀胱注入生理盐水,使之充盈,膀胱壁压力急剧升高并产生强烈刺激,反射性地引起强烈的排尿感;同时膀胱注入生理盐水过程使尿道得以冲洗,可减轻尿道刺激症状;而温热感觉刺激可增加患者舒适感,放松精神,促进排尿。

拔出尿管初期(3 d内)需辅助才能排尿原因分析:患者对尿管拔出后能否自主排尿过度关注,精神紧张,造成大脑皮层高度兴奋,抑制排尿反射,导致排尿困难;加之上述客观因素的存在,致使拔出尿管初期仍不能正常排尿。经给予诱导、叩击等措施来兴奋排尿反射中枢,刺激诱发骶反射,促使患者自主排尿,多次重复,帮助患者建立信心,实现自主排尿。

通过本例患者的护理经验,提出对患者进行全面评估,根据排尿困难原因进行针对性干预,可获得良好效果。

参考文献:

- [1] 王兴铎,杜嘉庚.显微手术治疗矢状窦旁及大脑镰旁脑膜瘤的疗效研究[J].中国全科医学,2017,20(17):2143-2146.
- [2] Zuo E X, Wan J H, Li X J, et al. A proposed scheme for the classification and surgical planning of falxine meningioma treatment [J]. J Clin Neurosci, 2012, 19(12):1679-1683.
- [3] 蒋亦林.双侧大脑镰旁脑膜瘤的临床分型与手术方案[J].山东大学学报,2014,52(1):53-56.
- [4] Oyama H, Kito A, Maki H, et al. Surgical results of parasagittal and falx meningioma [J]. Nagoya J Med Sci, 2012, 74(1):211-216.
- [5] 宋毓鸿,高进喜,郑兆聪,等.骑跨型镰旁脑膜瘤的手术治疗[J].中国微侵袭神经外科杂志,2012,17(6):267.
- [6] Stohrer M, Castm-Diaz D, Chartier-Kastler E, et al. Guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction [J]. Prog Urol, 2007, 17(3):687-699.
- [7] 中国康复医学会康复护理专业委员会.神经源性膀胱护理实践指南(2017年版)[J].护理学杂志,2017,32(24):1-7.
- [8] 吕英瑛,张仲华,肖玲玲.脊髓损伤术后间歇导尿患者家属的健康教育[J].护理学杂志,2010,25(16):86-87.
- [9] 聂玉红.两种不同诱导排尿方式在术后尿潴留患者中的效果观察[J].泰山学院学报,2009,30(9):719-720.
- [10] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2017:181.
- [11] 朱大年,王庭槐.生理学[M].北京:人民卫生出版社,2013:319-324.