

# 肝胆胰外科导尿管早期拔除的循证护理效果观察分析

朱唯琳 徐 茜\*

江苏省苏州市市立医院(东区)肝胆胰外科 江苏 苏州 215001

**摘要:** 目标: 探讨肝脏与胰腺手术患者实施导尿管早期拔除循证护理方案临床效果。方法: 选取需留置导尿管的肝脏与胰腺手术患者90例, 随机分为观察组与对照组各45例。对照组给予常规护理, 观察组实施导尿管早期拔除循证护理方案。结果: 观察组导尿管留置时间、首次排尿时间均短于对照组; 尿潴留率、尿路感染率低于对照组; 住院时间短于对照组; 满意度高于对照组( $P < 0.05$ )。结论: 导尿管早期拔除循证护理方案能促进排尿功能恢复, 减少并发症, 提高满意度具有临床应用价值。

**关键词:** 肝脏手术; 胰腺手术; 导尿管早期拔除; 循证护理; 排尿功能

肝脏与胰腺手术是治疗相关器官疾病的重要手段, 由于手术时间长、创伤大, 术中常规放置导尿管监测尿量、维持膀胱减压<sup>[1]</sup>(注: 与胆囊等微创手术不同, 肝脏与胰腺手术需常规留置导尿管)。传统观念认为导尿管应留置较长时间, 确保患者术后恢复期间排尿通畅, 避免尿潴留发生。然而, 临床研究表明<sup>[2]</sup>, 导尿管长时间留置会增加尿路感染风险, 影响患者活动及舒适度, 延长康复时间。近年来, 加速康复外科理念指出, 早期拔除导尿管有助于促进患者早日恢复自主排尿功能, 减少感染并发症。循证护理则强调根据科学证据制定个体化护理计划, 提高护理干预效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2022年5月至2023年5月本院收治需留置导尿管的肝脏与胰腺手术患者90例作为研究对象。纳入标准: (1)符合肝脏或胰腺手术适应证并需留置导尿管; (2)年龄20~75岁; (3)无泌尿系统疾病史; (4)术前无尿潴留情况; (5)患者及家属知情并签署同意书。排除标准: (1)术中出现严重并发症; (2)既往有泌尿系统手术史; (3)合并严重心肺肝肾功能不全; (4)存在尿道狭窄; (5)认知功能障碍无法配合评估。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

实施常规护理干预: (1)术前向患者解释导尿管留置目; (2)术中严格无菌操作放置导尿管; (3)术后定期更换尿袋, 观察尿液性状, 保持尿管通畅; (4)根据医嘱待患者肠道功能恢复、下床活动良好后拔管, 通常术后

48~72小时; (5)拔管后观察患者排尿情况, 若6小时未排尿, 考虑再次导尿。

#### 1.2.2 观察组

在对照组基础上实施导尿管早期拔除循证护理方案:

(1)成立专科护理小组: 由3名肝胆胰外科高级护师、1名泌尿外科护师组成, 查阅国内外相关文献, 制定符合循证理念导尿管早期拔除护理流程。

(2)术前评估: 全面评估患者排尿功能、既往尿路感染史、泌尿系统疾病史, 评估患者早期拔管风险因素, 制定个体化拔管方案。对低风险患者(年龄 $< 60$ 岁、无泌尿系统疾病史、手术时间 $< 3$ 小时)计划术后24小时内拔管。

(3)健康宣教: 向患者及家属详细讲解导尿管早期拔除益处, 减轻患者顾虑, 增强配合度。介绍排尿锻炼方法, 如膀胱训练、盆底肌肉收缩训练等, 提前掌握自主排尿技巧。

(4)导尿管管理优化: 术中选用合适型号导尿管, 减少尿道刺激; 术后严格执行无菌技术维护导尿管; 密切监测尿量、尿色、尿管通畅性; 保持会阴部清洁干燥; 避免导尿管牵拉。

(5)早期拔管实施: 符合条件患者(血流动力学稳定、无大出血风险、尿液清亮)于术后24小时拔除导尿管。拔管前评估患者意识状态、活动能力, 确保能够自行如厕或使用便器。

#### (6)拔管后护理:

•膀胱再训练: 拔管前4小时夹闭导尿管2小时, 观察患者有无尿意, 然后开放引流;

•记录首次排尿时间、尿量, 监测排尿是否顺畅;

•指导患者每2~4小时尝试排尿, 避免膀胱过度充盈;

\*通讯作者: 徐茜, 女, 1981.09, 汉族, 苏州, 本科, 研究方向无, 769487380@qq.com

•鼓励适量饮水(每日1500~2000ml),但避免突然大量饮水;

- 协助患者尽早下床活动,促进膀胱功能恢复;
- 指导会阴部清洁方法,预防感染。

#### (7)异常情况处理:

若拔管后6小时内未排尿且膀胱充盈,立即行间歇导尿,避免长时间尿潴留;

对排尿困难患者,采用温水冲洗会阴部、听流水声音等方法促进排尿;

必要时予以药物干预,如盐酸坦索罗辛缓释胶囊等,促进排尿。

(8)动态评估调整:每日评估患者排尿情况、尿路感染症状,依据评估结果及时调整护理措施。采用PDCA循环不断完善护理流程,确保护理方案科学有效。

### 1.3 观察指标

(1)导尿管留置时间:从术中放置导尿管至拔除时间。

(2)首次排尿时间:从拔除导尿管至首次自主排尿时间。

(3)尿潴留发生率:拔管后8小时内无法自主排尿或残余尿量>100ml者视为尿潴留。

(4)尿路感染率:根据《医院感染诊断标准》判断,观察患者是否出现尿频、尿急、尿痛、发热等症状,并结合尿常规、尿培养结果确诊。

(5)住院时间:从手术结束至患者出院总天数。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 25.0软件进行数据分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 $\chi^2$ 检验; $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者导尿管留置时间与首次排尿时间比较

观察组导尿管留置时间与首次排尿时间均短于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组患者导尿管留置时间与首次排尿时间比较( $\bar{x} \pm s, h$ )

组别	例数	导尿管留置时间	首次排尿时间
观察组	45	25.46±4.78	3.24±1.15
对照组	45	58.72±10.35	5.63±1.87
$t$ 值		19.842	7.345
$P$ 值		< 0.001	< 0.001

### 2.2 两组患者尿潴留发生率与尿路感染率比较

观察组尿潴留发生率与尿路感染率均低于对照组,

差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组患者尿潴留发生率与尿路感染率比较 $n(\%)$

组别	例数	尿潴留	尿路感染
观察组	45	2(4.44)	1(2.22)
对照组	45	8(17.78)	7(15.56)
$\chi^2$ 值		4.121	5.369
$P$ 值		0.042	0.021

### 2.3 两组患者住院时间与满意度比较

观察组住院时间为(8.32±1.64)d,短于对照组(10.75±2.18)d,差异具有统计学意义( $t = 6.127, P < 0.001$ );观察组满意度为95.56%(43/45),高于对照组80.00%(36/45),差异具有统计学意义( $\chi^2 = 5.000, P = 0.025$ )。

## 3 讨论

本研究结果显示,针对肝脏与胰腺手术患者实施导尿管早期拔除循证护理方案能够明显缩短导尿管留置时间、加快患者首次排尿时间,减少尿潴留与尿路感染发生率,缩短住院时间,提高患者满意度<sup>[3]</sup>。

导尿管早期拔除循证护理成效主要体现在以下几方面:循证理念指导下制定科学拔管时机<sup>[4]</sup>。传统观念认为导尿管应留置至患者肠蠕动恢复、可下床活动后才能拔除,通常为术后48~72小时。然而多项研究表明<sup>[5]</sup>,导尿管留置时间每增加1天,尿路感染风险增加3%~7%。本研究基于循证证据<sup>[6]</sup>,对低风险患者实施术后24小时内拔管策略,结果显示观察组导尿管留置时间显著缩短,仅为(25.46±4.78)h,而对照组为(58.72±10.35)h。

全面评估与个体化拔管方案提高了早期拔管安全性。研究中观察组术前全面评估排尿功能、既往泌尿系统疾病史等风险因素,制定个体化拔管计划<sup>[7]</sup>。对于高

龄、前列腺增生、手术时间长等高风险患者,术后采取膀胱训练等措施,增强患者排尿信心,故尿潴留发生率仅为4.44%,明显低于对照组17.78%。

系统化拔管后管理促进排尿功能恢复。观察组拔管前实施膀胱再训练,拔管后指导患者适量饮水、定时排尿、早期活动等措施,有效促进膀胱功能恢复,首次排尿时间仅为(3.24±1.15)h,显著短于对照组(5.63±1.87)h。健康教育还能增强患者们的自主管理能力,提高患者们的治疗依从性。

标准化护理流程降低尿路感染发生率。研究中观察组尿路感染率仅为2.22%,远低于对照组15.56%。这主要归因于导尿管留置时间缩短、严格无菌技术操作、会阴部清洁护理、充分饮水等综合措施。有研究指出,导尿管相关尿路感染是住院患者最常见感染源之一,占院内感染约40%,增加住院费用及住院时间。早期拔管从根本上消除感染源,减少尿路感染机会。

整体护理质量提升缩短患者住院时间,提高满意度。观察组住院时间为(8.32±1.64)d,较对照组(10.75±2.18)d缩短约2.4天。这不仅减轻患者经济负担,还提高床位周转率,优化医疗资源配置。同时,患者摆脱导尿管束缚,活动更加自如,生活质量改善,满意度达95.56%。

在加速康复外科(ERAS)框架下,早期拔管策略与多模式镇痛、早期进食等活动共同构成康复链。本研究中观察组通过缩短导尿管留置时间,有效打破了“留置导尿管→活动受限→肠麻痹→恢复延迟”的恶性循环。特别值得注意的是,肝胆胰手术患者常因术中牵拉、麻醉等因素导致膀胱逼尿肌暂时性功能障碍,而早期拔管结合膀胱再训练可形成良性刺激,通过神经反射促进逼尿肌收缩功能恢复。从神经生理学角度,定时夹闭尿管产生的膀胱周期性充盈-排空过程,能模拟正常排尿反射弧的激活,避免长期引流导致的膀胱顺应性下降。

对于特殊人群的延伸应用价值值得探讨。在老年患者中,可结合膀胱扫描仪动态监测残余尿量,制定个性

化拔管标准;针对胰十二指肠切除术等复杂手术,建议建立“白蛋白>30g/L、引流液淀粉酶正常”等附加拔管指征。未来可开发智能化预警系统,整合尿流率、膀胱压等参数,实现拔管决策的精准化。同时建议将早期拔管纳入ERAS质量评价指标体系,通过护理敏感质量指标监测实施效果,形成持续质量改进闭环管理。

结论:针对肝脏与胰腺手术患者实施导尿管早期拔除循证护理方案,能有效缩短导尿管留置时间,促进排尿功能恢复,减少尿潴留及尿路感染发生率,缩短住院时间,提高患者满意度,值得临床推广应用。未来护理工作中应继续优化护理流程,加强循证实践,提高护理质量促进患者早日康复。

#### 参考文献

- [1]张成东,王莺,卢芳燕.32例胰腺癌根治手术联合自体小肠移植的护理配合[J].中华护理杂志,2024,59(16):2009-2013.
- [2]吴丹,王丽华,王莉.基于多维风险分析的结构化护理方案在预防胰腺肿瘤手术患者静脉血栓栓塞症中的应用[J].国际护理学杂志,2024,43(11):2008-2012.
- [3]容洁,余雄丽.多学科协作营养干预联合赋能激励护理对胰腺癌手术患者希望水平、免疫功能及生命质量的影响[J].当代护士,2023,30(14):70-74.
- [4]丁燕,吕美娜,李晖,等.加速康复外科理念指导下的舒适护理在行胰腺癌手术患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(4):174-176.
- [5]杨爽.导尿管追踪管理结合加速康复外科护理在膀胱镜泌尿外科手术患者中的应用效果[J].医疗装备,2024,37(19):150-153.
- [6]庞青青.不同早期导尿管去除方式用于肝胆胰外科老年男性患者的效果比较[J].中国基层医药,2021,28(6):940-943.
- [7]刘园,华爱丽.泌尿外科留置导尿管患者预防尿路感染的护理干预[J].中国感染与化疗杂志,2023,23(2):275.