

延续性中医护理方案在宫颈癌术后尿潴留预防中的应用效果观察

林晓君

(中国医学科学院北京协和医院妇产科, 北京 100730)

摘要: 目的: 观察延续性中医护理方案在宫颈癌术后尿潴留预防中的应用效果, 为宫颈癌术后康复护理提供科学、有效的临床参考依据。方法: 选取2023年1月至2024年12月在中国医学科学院北京协和医院妇产科接受宫颈癌手术治疗的患者200例作为研究对象, 采用随机数字表法将其分为干预组和对照组, 每组各100例。对照组患者给予宫颈癌术后常规护理措施, 干预组患者在常规护理的基础上实施延续性中医护理方案, 护理周期为术后3个月。比较两组患者术后尿潴留发生率、排尿功能恢复时间、残余尿量、膀胱功能评分及生活质量评分, 同时分析延续性中医护理方案的安全性及患者依从性。结果: 干预组患者术后尿潴留发生率为8.00%, 显著低于对照组的27.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预组患者排尿功能恢复时间为 (3.25 ± 1.02) d, 显著短于对照组的 (5.86 ± 1.53) d, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预组患者术后7d、1个月、3个月的残余尿量均显著低于对照组, 膀胱功能评分均显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预组患者术后3个月的生活质量各维度评分 (生理功能、心理状态、社会交往、躯体疼痛) 均显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。安全性分析显示, 干预组患者在护理过程中仅出现2例轻微皮肤发红 (为穴位按摩力度不当所致), 无其他严重不良反应发生, 不良反应发生率为2.00%; 对照组患者无明显不良反应发生, 不良反应发生率为0.00%, 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。依从性分析显示, 干预组患者依从率为95.00%, 显著高于对照组的78.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 影响患者依从性的主要因素包括护理操作复杂性、患者认知水平、家庭支持程度及术后疼痛程度。**结论** 延续性中医护理方案能有效降低宫颈癌术后尿潴留的发生率, 缩短排尿功能恢复时间, 改善患者膀胱功能及生活质量, 且安全性较高、患者依从性良好, 值得在临床推广应用。

关键词: 延续性中医护理; 宫颈癌; 术后尿潴留; 预防; 膀胱功能; 生活质量

中图分类号: R473.2

文献标识码: B

文章编号: 3106-2040 (2025) 04-0024-13

DOI: 10.62022/CPH.issn3106-2040.2025.04.003

Observation on the Application Effect of Continuous Traditional Chinese Medicine Nursing Program in the Prevention of Postoperative Urinary Retention in Cervical Cancer

Lin Xiaojun

(Department of Obstetrics and Gynecology, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730)

Abstract: Objective: To observe the application effect of continuous traditional Chinese medicine (TCM) nursing program in the prevention of postoperative urinary retention in cervical cancer, and to provide a scientific and effective clinical reference for postoperative rehabilitation nursing of cervical cancer. Methods: A total of 200 patients who received surgical treatment for cervical cancer in the Department of Obstetrics and Gynecology, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences from January 2023 to December 2024 were selected as the research objects. They were divided into the intervention group and the control group by random number table method, with 100 cases in each group. Patients in the control group were given routine nursing measures after cervical cancer surgery, while patients in the intervention group were given continuous TCM nursing program on the basis of routine nursing, with a nursing cycle of 3 months after surgery. The incidence of postoperative urinary retention, recovery time of urinary function, residual urine volume, bladder function score and quality of life score were compared between the two groups. Meanwhile, the safety and patient compliance of the continuous TCM nursing program were analyzed. Results: The incidence of postoperative urinary retention in the intervention group was 8.00%, which was significantly lower than 27.00% in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The recovery time of urinary function in the intervention group was (3.25 ± 1.02) days, which was significantly shorter than (5.86 ± 1.53) days in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The residual urine volume of the intervention group at 7 days, 1 month and 3 months after surgery was significantly lower than that of the control group,

作者简介: 林晓君, 本科, 主管护师, 研究方向为妇科肿瘤护理与中医适宜技术应用。

and the bladder function score was significantly higher than that of the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). At 3 months after surgery, the scores of all dimensions of quality of life (physical function, psychological state, social interaction, physical pain) in the intervention group were significantly higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). Safety analysis showed that only 2 cases of mild skin redness occurred in the intervention group during the nursing process (caused by improper acupoint massage intensity), and no other serious adverse reactions occurred, with an adverse reaction rate of 2.00%. No obvious adverse reactions occurred in the control group, with an adverse reaction rate of 0.00%. There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). Compliance analysis showed that the compliance rate of patients in the intervention group was 95.00%, which was significantly higher than 78.00% in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The main factors affecting patient compliance included the complexity of nursing operations, patient cognitive level, family support and postoperative pain degree. Conclusion: The continuous TCM nursing program can effectively reduce the incidence of postoperative urinary retention in cervical cancer, shorten the recovery time of urinary function, improve the bladder function and quality of life of patients, with high safety and good patient compliance, which is worthy of clinical promotion and application.

Keywords: traditional Chinese medicine nursing; cervical cancer; urinary retention; prevention; bladder function; quality of life

1 引言

1.1 研究背景与意义

1.1.1 宫颈癌的流行病学现状与治疗概况

宫颈癌是发生于子宫颈上皮的恶性肿瘤，是全球女性最常见的生殖系统恶性肿瘤之一，其发病率和死亡率均位居女性恶性肿瘤前列，严重威胁着女性的生命健康和生活质量。近年来，随着全球人口老龄化加剧、人乳头瘤病毒（HPV）感染率上升以及生活方式的改变，宫颈癌的发病呈现出年轻化趋势，给个人、家庭和社会带来了沉重的负担^[1]。

从全球流行病学数据来看，世界卫生组织（WHO）发布的《2020年全球癌症统计报告》显示，全球宫颈癌新发病例约60.4万例，死亡病例约34.2万例，其中超过80%的新发病例和死亡病例集中在中低收入国家和地区。在发达国家，由于宫颈癌筛查工作的普及和HPV疫苗的广泛接种，宫颈癌的发病率和死亡率已呈现逐年下降趋势，但在发展中国家，由于医疗资源匮乏、筛查覆盖率低、HPV疫苗接种率不足等原因，宫颈癌的防控形势依然严峻。据最新统计数据显示，全球宫颈癌的发病率仍以每年2.4%的速度增长，死亡人数每年增加1.8%，成为影响全球女性健康的重大公共卫生问题^[2]。

在我国，宫颈癌的流行病学特征呈现出明显的地区差异和人群差异。根据国家癌症中心发布的《2022年中国癌症统计报告》，我国宫颈癌新发病例约15.1万例，死亡病例约5.6万例，分别占全球新发病例和死亡病例的25.0%和16.4%，位居我国女性恶性肿瘤发病率的第二位、死亡率的第四位。从地区分布来看，我国宫颈癌的发病率呈现出“农村高于城市、中西部高于东部”的特点，其中甘肃、四川、江西、陕西等中西部地区的宫颈癌死亡率高达36/10万，超过全国平均水平的10倍，远高于世界平均水平（8/10万）；从年龄分布来看，我国宫颈癌发病以40~50岁为最多，60~70

岁是发病的又一高峰年龄段，近年来小于35岁的宫颈癌发病率以每年2%~3%的速度上升，已由20世纪70年代的8/10万增加至20世纪80年代的16/10万，年轻化趋势日益明显；从人群分布来看，性伴侣数多的女性和城市流动性大的女性患宫颈癌的危险性较高，不同民族之间也存在差异，其中维吾尔族的死亡率最高，其次是蒙族、回族，而藏族、苗族和彝族则较低。此外，HPV感染是我国宫颈癌发生的主要危险因素，其中高危型HPV（如HPV16、HPV18型）感染率高达70%以上，是宫颈癌发生的核心诱因。

目前，宫颈癌的治疗以综合治疗为主，根据患者的临床分期、年龄、身体状况、生育需求等因素，制定个体化的治疗方案，主要治疗方法包括手术治疗、放射治疗、化学治疗、靶向治疗和免疫治疗等。其中，手术治疗是早期宫颈癌（Ⅰ期、Ⅱa期）的首选治疗方法，其核心目的是切除病灶组织，清除可能转移的淋巴结，从而达到根治的效果。随着医疗技术的不断发展，宫颈癌手术治疗的方式也在不断优化，从传统的开腹手术逐渐发展为腹腔镜手术、宫腔镜手术、机器人辅助腹腔镜手术等微创手术，具有创伤小、出血少、术后恢复快、并发症少等优势，已在临床上广泛应用^[3]。

据统计，我国早期宫颈癌患者的手术治疗率已达到90%以上，其中微创手术占比超过70%。手术治疗的普及和技术的优化，显著提高了早期宫颈癌患者的治愈率和生存率，5年生存率已达到85%以上。但需要注意的是，宫颈癌手术尤其是根治性手术，会对患者的盆腔组织、神经、血管造成一定的损伤，容易引发多种术后并发症，其中尿潴留是宫颈癌术后最常见的并发症之一，严重影响患者的术后康复和生活质量^[4]。因此，在积极开展宫颈癌手术治疗的同时，加强术后并发症的预防和护理，成为提高宫颈癌患者术后生活质量、促进患者早日康复的重要环节。

1.1.2 宫颈癌术后尿潴留的发生率与影响

宫颈癌术后尿潴留是指宫颈癌患者手术后,膀胱内尿液无法正常排出或排出不畅,残余尿量超过50ml,持续时间超过72小时的一种并发症,其发生主要与手术过程中盆腔自主神经损伤、膀胱逼尿肌功能障碍、术后疼痛、卧床制动等因素有关。作为宫颈癌术后最常见的并发症,尿潴留的发生率较高,不同研究报道的发生率存在一定差异,主要与手术方式、手术范围、护理措施等因素有关^[5]。

国内外相关研究显示,宫颈癌术后尿潴留的发生率为15%~45%,其中开腹手术患者的发生率为30%~45%,微创手术患者的发生率为15%~25%。一项针对352例宫颈癌根治术后患者的临床观察显示,术后尿潴留的发生率为6.53%,其中行广泛子宫切除术组尿潴留发生率为6.92%,行次广泛子宫切除术组尿潴留发生率为2.94%,表明手术范围越大,尿潴留的发生率越高。另一项纳入140例宫颈癌根治术患者的研究显示,常规护理组患者术后尿潴留发生率为38.57%,而采用中医综合护理的观察组发生率为18.57%,进一步证实了护理措施对尿潴留发生率的影响。此外,患者的年龄、术中出血量、是否合并尿路感染等也会影响尿潴留的发生,其中年龄越大、术中出血量越多、合并尿路感染的患者,尿潴留发生率越高。

宫颈癌术后尿潴留不仅会给患者带来身体上的痛苦,还会严重影响患者的康复进程和生活质量,甚至可能引发一系列严重的继发问题,其影响主要体现在以下几个方面:

第一,对患者身体舒适度的影响。尿潴留会导致患者出现下腹部胀痛、尿频、尿急、排尿困难等症状,严重时会出现下腹部膨隆、压痛明显,甚至出现恶心、呕吐、烦躁、汗出等全身症状,严重影响患者的身体舒适度和休息,导致患者出现焦虑、烦躁等不良情绪。此外,长期尿潴留还可能导致膀胱过度充盈,压迫周围组织和血管,引发会阴部水肿、疼痛加剧等问题,进一步加重患者的痛苦^[6]。

第二,对患者康复进程的影响。尿潴留会延长患者的住院时间,增加患者的医疗费用和护理负担。由于尿潴留患者需要长期留置导尿管,而导尿管留置时间过长,容易引发尿路感染、尿道损伤等并发症,其中尿路感染组尿潴留发生率为70.00%,非尿路感染组尿潴留发生率为0.62%,形成恶性循环,进一步延缓患者的康复进程。同时,尿潴留会影响患者的正常活动,导致患者卧床时间延长,增加下肢静脉血栓、肺部感染等其他并发症的发生风险,不利于患者的术后康复。

第三,对患者生活质量的影响。尿潴留会导致患者排

尿功能障碍,即使出院后,部分患者仍可能存在排尿不畅、残余尿量增多等问题,需要长期进行膀胱功能训练,甚至需要再次留置导尿管,严重影响患者的日常生活、工作和社交。此外,长期的排尿功能障碍还可能导致患者出现自卑、抑郁等不良心理状态,降低患者的生活满意度和幸福感,对患者的身心健康造成双重影响。

第四,对患者预后的影响。严重的尿潴留如果得不到及时有效的处理,可能会导致膀胱破裂、肾功能损伤等严重并发症,甚至危及患者的生命安全。同时,尿潴留引发的尿路感染如果扩散,可能会导致败血症、感染性休克等严重后果,影响患者的预后。此外,长期的排尿功能障碍会增加患者的心理负担,影响患者的治疗依从性,进而影响患者的整体预后。

由此可见,宫颈癌术后尿潴留的发生率较高,对患者的身体舒适度、康复进程、生活质量和预后均会产生严重的负面影响^[7]。因此,采取科学、有效的预防措施,降低宫颈癌术后尿潴留的发生率,改善患者的排尿功能,对于提高宫颈癌术后患者的生活质量、促进患者早日康复、改善患者预后具有重要的临床意义和社会价值。

1.1.3 延续性中医护理方案的概念与优势

延续性护理是指患者从医院出院后,由专业的护理人员为其提供的持续、系统、个性化的护理服务,其核心目的是衔接医院护理与家庭护理,确保患者在出院后能够获得持续的健康指导和护理干预,预防并发症的发生,促进患者早日康复。延续性护理的服务内容主要包括病情监测、康复指导、用药指导、心理护理、生活护理等,服务方式主要包括家庭访视、电话随访、线上指导、社区护理等。近年来,随着“健康中国2030”规划纲要的推进,延续性护理已成为我国护理事业发展的重要方向,广泛应用于慢性病管理、术后康复等领域,取得了良好的临床效果。

延续性中医护理方案是在延续性护理的基础上,融合中医理论和中医护理技术,形成的一种具有中医特色的延续性护理模式。其核心是遵循中医“整体观念”“辨证施护”“标本兼顾”的原则,根据患者的体质、病情、术后恢复情况等,制定个性化的中医护理方案,通过中医护理技术和健康指导,对患者进行持续的护理干预,达到预防并发症、促进康复、改善生活质量的目的^[8]。延续性中医护理方案的概念包含三个核心要素:一是“延续性”,即护理服务从医院延伸至家庭,确保护理的连续性和系统性;二是“中医特色”,即融合中医理论和中医护理技术,体现中医护理的独特优势;三是“个性化”,即根据患者的

个体差异,制定针对性的护理方案,避免同质化护理。

延续性中医护理方案在慢性病管理、术后康复中具有显著的应用优势,其应用价值主要体现在以下几个方面:

第一,整体调理,标本兼顾。中医护理强调“整体观念”,认为人体是一个有机的整体,人与自然、社会环境相互关联,疾病的发生、发展与人体的气血、脏腑、经络功能失调密切相关。延续性中医护理方案从整体出发,不仅关注患者的局部症状,更注重调理患者的全身气血、脏腑功能,通过辨证施护,实现“标本兼顾”,既能缓解患者的局部症状,又能从根本上改善患者的体质,提高患者的免疫力和自我康复能力。例如,在慢性病管理中,延续性中医护理方案通过中药调理、穴位按摩、饮食指导等方式,调理患者的脏腑功能,控制病情发展;在术后康复中,通过中医护理技术,促进患者气血运行,修复受损组织,预防并发症的发生。

第二,辨证施护,个性化强。中医护理强调“辨证施护”,即根据患者的体质、证型、病情等个体差异,制定不同的护理方案。延续性中医护理方案在应用过程中,护理人员会根据患者的具体情况,进行中医辨证,明确患者的证型(如气血两虚型、气滞血瘀型、湿热下注型等),然后针对性地采用中医护理技术和健康指导,避免了“一刀切”的同质化护理,提高了护理的针对性和有效性。例如,对于宫颈癌术后气血两虚型患者,重点采用补气养血的中医护理措施,如艾灸足三里、气海等穴位,指导患者食用红枣、桂圆等补血食材;对于气滞血瘀型患者,重点采用活血化瘀的护理措施,如穴位按摩血海、三阴交等穴位,指导患者进行适当的运动,促进气血运行。

第三,方法多样,安全无创。延续性中医护理方案的护理方法丰富多样,主要包括穴位按摩、艾灸、中药熏洗、中药调理、饮食指导、情志护理、运动指导等,这些护理方法大多具有安全、无创、副作用小、操作简便等特点,适合患者在家庭中自行操作或在护理人员的指导下进行,容易被患者接受和配合。与西医的药物治疗和物理治疗相比,中医护理技术更加温和,不会对患者的身体造成额外的损伤,尤其适合术后身体虚弱、耐受性差的患者^[9]。例如,穴位按摩和艾灸无需使用药物,通过刺激穴位,调节人体的气血和脏腑功能,达到预防和治疗疾病的目的;中药熏洗采用天然中药,通过皮肤吸收,具有温和、安全、有效的特点,可有效缓解患者的局部症状。

第四,成本较低,易于推广。延续性中医护理方案所采用的护理技术和护理用品大多成本较低,如穴位按摩无

需特殊设备,艾灸所使用的艾条、中药熏洗所使用的中药等成本相对较低,且护理操作简便,护理人员经过简单培训即可掌握,患者及其家属也可在护理人员的指导下,掌握基本的护理操作方法,便于在家庭中开展护理服务。此外,延续性中医护理方案不需要复杂的医疗设备和专业的医疗环境,适合在社区、农村等医疗资源相对匮乏的地区推广应用,能够有效解决患者出院后护理资源不足的问题,提高护理服务的可及性。

中医护理在预防尿潴留方面具有独特的理论和实践基础。在中医理论中,尿潴留属于“癃闭”范畴,其发生主要与膀胱气化失常、气血运行不畅、脏腑功能失调等因素有关。中医认为,膀胱为“州都之官,津液藏焉,气化则能出矣”,膀胱的气化功能正常,才能保证尿液的正常排出;若膀胱气化失常,津液无法正常排泄,就会导致尿液潴留,形成癃闭。宫颈癌手术会损伤患者的盆腔气血和经络,导致气血瘀滞、经络阻滞,进而影响膀胱的气化功能,导致尿潴留的发生。此外,术后患者身体虚弱,气血不足,肾气亏虚,也会导致膀胱气化无权,加重尿潴留的症状。

中医护理预防尿潴留的理论基础主要包括以下几个方面:一是调理膀胱气化功能,通过穴位按摩、艾灸、中药熏洗等方式,刺激膀胱经和相关穴位,促进膀胱气化,恢复膀胱的排尿功能^[10];二是活血化瘀,通过护理措施促进盆腔气血运行,缓解气血瘀滞,疏通经络,改善膀胱的血液供应,促进膀胱功能的恢复;三是益气养血、补肾固元,通过饮食指导、中药调理等方式,补充患者的气血,滋养肾气,增强患者的体质,提高膀胱的收缩功能,预防尿潴留的发生。

在实践方面,中医护理在尿潴留预防中已积累了丰富的经验,多种中医护理技术已被广泛应用于临床,并取得了良好的效果。例如,穴位按摩选取关元、中极、三阴交、足三里等穴位,通过按摩刺激,调节膀胱气化功能,促进排尿;艾灸选取肾俞、命门、关元等穴位,通过温热效应,温补肾阳,促进膀胱气化;中药熏洗采用黄柏、车前子、金银花等中药,熏洗会阴部,起到清热利湿、疏通经络的作用,缓解尿道括约肌痉挛,促进排尿。这些中医护理技术操作简便、安全有效,能够有效预防宫颈癌术后尿潴留的发生,改善患者的排尿功能。

综上所述,延续性中医护理方案融合了延续性护理的连续性和中医护理的独特优势,在宫颈癌术后尿潴留预防中具有显著的应用价值。通过延续性中医护理干预,能够有效调理患者的脏腑功能,促进气血运行,恢复膀胱气化功能,降低尿潴留的发生率,改善患者的生活质量,为宫

颈癌术后康复护理提供了一种新的思路和方法。

1.2 研究目的与假设

1.2.1 研究目的

本研究旨在观察延续性中医护理方案在宫颈癌术后尿潴留预防中的应用效果,明确延续性中医护理方案对宫颈癌术后尿潴留发生率、排尿功能恢复时间、残余尿量、膀胱功能及生活质量的影响,同时分析延续性中医护理方案的安全性及患者依从性,为宫颈癌术后尿潴留的预防提供科学、有效的临床护理参考依据,优化宫颈癌术后康复护理模式,提高宫颈癌术后患者的生活质量,促进患者早日康复。

具体研究目的包括:

- (1) 比较干预组与对照组患者术后尿潴留的发生率,明确延续性中医护理方案对宫颈癌术后尿潴留的预防效果;
- (2) 比较干预组与对照组患者排尿功能恢复时间、残余尿量及膀胱功能评分,明确延续性中医护理方案对患者排尿功能和膀胱功能的改善作用;
- (3) 比较干预组与对照组患者术后生活质量评分,明确延续性中医护理方案对患者生活质量的影响;
- (4) 分析延续性中医护理方案的安全性,观察患者在护理过程中的不良反应发生情况;
- (5) 评估干预组患者对延续性中医护理方案的依从性,分析影响患者依从性的主要因素。

1.2.2 研究假设

基于上述研究背景和研究目的,结合中医护理的理论基础和临床实践经验,本研究提出以下研究假设:

- (1) 核心假设:延续性中医护理方案能有效降低宫颈癌术后尿潴留的发生率,与常规护理相比,干预组患者术后尿潴留发生率显著低于对照组。
- (2) 次要假设1:延续性中医护理方案能有效改善宫颈癌术后患者的排尿功能,与常规护理相比,干预组患者排尿功能恢复时间显著缩短,残余尿量显著减少,膀胱功能评分显著提高。
- (3) 次要假设2:延续性中医护理方案能有效提高宫颈癌术后患者的生活质量,与常规护理相比,干预组患者术后生活质量各维度评分显著高于对照组。
- (4) 次要假设3:延续性中医护理方案具有较高的安全性,干预组患者在护理过程中的不良反应发生率较低,且无严重不良反应发生,与对照组相比无显著差异。
- (5) 次要假设4:延续性中医护理方案的患者依从性较高,干预组患者的依从率显著高于对照组,影响患者依从性的主要因素包括护理操作复杂性、患者认知水平、家

庭支持程度及术后疼痛程度。

2 文献综述

2.1 宫颈癌术后尿潴留的预防现状

宫颈癌术后尿潴留是临床常见的术后并发症,其预防一直是宫颈癌术后康复护理的重点和难点。近年来,国内外学者对宫颈癌术后尿潴留的预防措施进行了大量的研究和探索,形成了一系列的预防方法,主要包括药物治疗、物理治疗、心理干预、康复训练等,这些方法在临床应用中取得了一定的效果,但也存在一定的局限性和不足。

2.1.1 药物治疗预防

药物治疗是宫颈癌术后尿潴留预防的常用方法之一,其核心目的是通过药物调节膀胱逼尿肌功能、缓解尿道括约肌痉挛,促进尿液排出,降低尿潴留的发生率。目前,用于预防宫颈癌术后尿潴留的药物主要包括胆碱能受体激动剂、 α 受体阻滞剂、中药制剂等。

胆碱能受体激动剂是一类能够刺激膀胱逼尿肌收缩、促进排尿的药物,常用药物包括新斯的明、吡啶斯的明等。新斯的明是一种可逆性胆碱酯酶抑制剂,能够抑制乙酰胆碱酯酶的活性,增加乙酰胆碱在体内的浓度,从而刺激膀胱逼尿肌收缩,改善膀胱排尿功能,预防尿潴留的发生^[1]。相关研究显示,术后给予新斯的明肌肉注射,能够显著缩短患者的排尿功能恢复时间,降低尿潴留的发生率。但新斯的明也存在一定的副作用,如腹痛、腹泻、恶心、呕吐、流涎等胃肠道反应,以及心动过缓、血压下降等心血管反应,对于有胃肠道疾病、心血管疾病的患者,使用时需要严格控制剂量,避免不良反应的发生。

α 受体阻滞剂是一类能够阻断尿道括约肌上的 α 受体,缓解尿道括约肌痉挛,降低尿道阻力,促进尿液排出的药物,常用药物包括坦索罗辛、特拉唑嗪等。坦索罗辛是一种高选择性 α_1 受体阻滞剂,能够特异性地作用于尿道括约肌和膀胱颈部的 α_1 受体,缓解括约肌痉挛,改善排尿困难症状,预防尿潴留的发生。研究表明,宫颈癌术后口服坦索罗辛,能够显著降低尿潴留的发生率,缩短残余尿量恢复正常的时间,且副作用相对较小,主要表现为头晕、乏力、体位性低血压等,发生率较低。但 α 受体阻滞剂不适用于低血压、肝肾功能不全的患者,且长期使用可能会导致耐药性,影响预防效果。

中药制剂在宫颈癌术后尿潴留预防中也得到了广泛的应用,其主要基于中医辨证论治的原则,根据患者的证型,选用具有益气养血、活血化瘀、温阳化气、清热利湿等功效的中药,调理患者的脏腑功能,促进膀胱气化,预防尿

潴留的发生。常用的中药制剂包括补中益气汤、五苓散、济生肾气丸等。例如，补中益气汤具有益气升阳、调补脾胃的功效，能够改善患者术后气血不足的状态，增强膀胱逼尿肌的收缩功能；五苓散具有利水渗湿、温阳化气的功效，能够促进尿液排出，缓解尿潴留症状；济生肾气丸具有温补肾阳、化气行水的功效，适用于术后肾气亏虚型患者，能够改善膀胱气化无权的状态，预防尿潴留的发生。中药制剂的副作用较小，安全性较高，但存在起效较慢、口感较差、服用不便等问题，且需要根据患者的证型辨证用药，对护理人员和患者的中医知识要求较高。

2.1.2 物理治疗预防

物理治疗是宫颈癌术后尿潴留预防的重要手段之一，其具有安全、无创、副作用小等优势，主要通过物理刺激，促进膀胱逼尿肌收缩，缓解尿道括约肌痉挛，改善膀胱功能，预防尿潴留的发生^[12]。常用的物理治疗方法包括盆底肌电刺激、膀胱区热敷、膀胱区按摩、生物反馈治疗等。

盆底肌电刺激是一种通过电刺激盆底肌肉，调节盆底肌功能，促进膀胱逼尿肌收缩的物理治疗方法。其原理是通过电极片刺激盆底肌肉，使其产生收缩，增强盆底肌的力量和协调性，同时刺激膀胱逼尿肌收缩，改善膀胱排尿功能。相关研究显示，宫颈癌术后给予盆底肌电刺激治疗，能够显著降低尿潴留的发生率，缩短排尿功能恢复时间，改善患者的膀胱功能。但盆底肌电刺激治疗需要专业的设备和专业的护理人员操作，治疗成本较高，且治疗时间较长，患者的依从性可能受到影响。

膀胱区热敷是一种简单、便捷的物理治疗方法，其原理是通过温热刺激，促进膀胱区的血液循环，缓解尿道括约肌痉挛，刺激膀胱逼尿肌收缩，促进尿液排出。术后给予膀胱区热敷，每次15~20分钟，每日2~3次，能够有效缓解患者的下腹部胀痛症状，促进排尿功能的恢复，降低尿潴留的发生率。但膀胱区热敷的效果相对有限，对于严重的膀胱功能障碍患者，效果不佳，且热敷时需要控制温度，避免烫伤患者皮肤。

膀胱区按摩是通过手法按摩膀胱区，刺激膀胱逼尿肌收缩，促进尿液排出的一种物理治疗方法。按摩时，护理人员用手掌顺时针按摩患者的膀胱区，力度由轻到重，每次10~15分钟，每日2~3次，能够有效刺激膀胱逼尿肌收缩，缓解尿潴留症状。膀胱区按摩操作简便、无需特殊设备，适合在医院和家庭中开展，但按摩效果受护理人员手法和力度的影响较大，且对于术后疼痛明显、身体虚弱的患者，按摩时可能会加重患者的痛苦。

生物反馈治疗是一种通过电子仪器，将患者的膀胱功能状态反馈给患者，指导患者自主调节膀胱功能的物理治疗方法。其原理是通过仪器监测患者的膀胱压力、逼尿肌收缩情况等，将相关信息以视觉或听觉的形式反馈给患者，指导患者通过自主训练，调节膀胱逼尿肌的收缩和舒张，改善膀胱功能。研究表明，生物反馈治疗能够有效提高患者的膀胱功能控制能力，降低宫颈癌术后尿潴留的发生率，但生物反馈治疗需要专业的设备和专业的护理人员指导，治疗成本较高，且治疗周期较长，不利于推广应用。

2.1.3 心理干预预防

心理因素是影响宫颈癌术后尿潴留发生的重要因素之一。宫颈癌患者术后由于担心手术效果、身体恢复情况，以及排尿困难等问题，容易出现焦虑、烦躁、紧张、抑郁等不良情绪，这些不良情绪会通过神经-内分泌系统影响膀胱的气化功能，导致膀胱逼尿肌收缩无力、尿道括约肌痉挛，进而引发尿潴留。因此，心理干预在宫颈癌术后尿潴留预防中具有重要的作用。

目前，用于宫颈癌术后尿潴留预防的心理干预方法主要包括心理疏导、认知行为干预、放松训练、家庭支持等。心理疏导是护理人员通过与患者沟通交流，了解患者的心理状态，倾听患者的诉求，给予患者心理安慰和支持，帮助患者缓解不良情绪，树立康复信心。认知行为干预是通过改变患者的不良认知，引导患者正确认识宫颈癌术后尿潴留的发生原因、预防方法和康复过程，消除患者的恐惧心理，提高患者的治疗依从性。放松训练包括深呼吸训练、冥想训练、渐进式肌肉放松训练等，通过放松训练，能够缓解患者的紧张情绪，减轻尿道括约肌痉挛，促进膀胱逼尿肌收缩，预防尿潴留的发生。家庭支持是通过鼓励患者家属给予患者更多的关心和照顾，陪伴患者进行康复训练，帮助患者缓解心理压力，提高患者的康复信心和依从性。

相关研究显示，心理干预能够有效缓解宫颈癌术后患者的不良情绪，降低尿潴留的发生率，促进患者的康复。但心理干预需要护理人员具备专业的心理护理知识和沟通技巧，且需要根据患者的心理状态制定个性化的干预方案，耗时较长，对于护理人员数量不足的医院，难以全面开展。此外，部分患者由于性格内向、不愿与人沟通，可能会影响心理干预的效果。

2.1.4 康复训练预防

康复训练是预防宫颈癌术后尿潴留的核心措施之一，其主要通过针对性的训练，增强膀胱逼尿肌的力量和协调性，改善尿道括约肌的功能，促进排尿功能的恢复，降低

尿潴留的发生率。常用的康复训练方法包括盆底肌训练、膀胱功能训练、排尿训练等。

盆底肌训练是通过训练盆底肌肉的收缩和舒张,增强盆底肌的力量和协调性,改善膀胱和尿道的功能,预防尿潴留的发生。常用的盆底肌训练方法包括凯格尔运动,其具体操作方法是:患者取仰卧位,双腿屈膝,收缩盆底肌肉,保持收缩状态5~10秒,然后放松3~5秒,重复训练10~15次为一组,每日3~4组。相关研究显示,宫颈癌术后早期开展盆底肌训练,能够显著增强盆底肌的力量,改善膀胱逼尿肌的收缩功能,降低尿潴留的发生率,缩短排尿功能恢复时间。但盆底肌训练需要患者长期坚持,且训练效果受患者训练依从性和训练方法的影响较大,部分患者由于训练方法不当、无法长期坚持,影响训练效果。

膀胱功能训练是通过规律的排尿训练,帮助患者建立正常的排尿反射,改善膀胱的储尿和排尿功能,预防尿潴留的发生。常用的膀胱功能训练方法包括定时排尿训练、饮水训练等。定时排尿训练是指导患者在术后早期,每隔2~3小时排尿一次,无论有无尿意,都要尝试排尿,逐渐延长排尿间隔时间,直至恢复正常的排尿规律;饮水训练是指导患者合理饮水,避免一次性大量饮水,同时避免饮用咖啡、浓茶、酒精等刺激性饮品,减少对膀胱的刺激。膀胱功能训练操作简便、无需特殊设备,适合在家庭中开展,但需要患者和家属的配合,且训练周期较长,部分患者可能会因为缺乏耐心而放弃训练。

排尿训练是指导患者掌握正确的排尿方法,促进尿液排出的一种康复训练方法。指导患者排尿时取舒适的体位(如蹲位、坐位),放松身体,通过腹式呼吸增加腹压,促进膀胱逼尿肌收缩,同时放松尿道括约肌,促进尿液排出。此外,还可以指导患者在排尿时用手轻轻按摩膀胱区,刺激膀胱逼尿肌收缩,提高排尿效率。排尿训练能够帮助患者掌握正确的排尿技巧,改善排尿困难症状,预防尿潴留的发生,但需要护理人员的耐心指导,且对于术后疼痛明显、身体虚弱的患者,可能难以配合完成训练。

2.1.5 现有预防措施局限性及不足

尽管目前宫颈癌术后尿潴留的预防措施较多,且在临床应用中取得了一定的效果,但仍然存在一些局限性和不足,主要体现在以下几个方面:

第一,单一预防措施效果有限。目前,临床上大多采用单一的预防措施(如单一药物治疗、单一物理治疗或单一康复训练)预防宫颈癌术后尿潴留,但单一预防措施往往只能针对尿潴留发生的某一个因素进行干预,无法全面

覆盖尿潴留发生的多方面因素(如神经损伤、气血瘀滞、心理因素、康复训练不足等),因此预防效果有限,难以有效降低尿潴留的发生率。例如,单一的药物治疗只能缓解膀胱逼尿肌功能障碍或尿道括约肌痉挛,无法解决患者术后气血瘀滞、心理紧张等问题,因此尿潴留的发生率仍然较高。

第二,缺乏系统性和延续性。宫颈癌术后尿潴留的预防需要贯穿于术前、术中、术后整个过程,尤其是术后出院后的延续性护理,对于预防尿潴留的发生至关重要。但目前,临床上的预防措施大多集中在患者住院期间,出院后缺乏持续的护理干预和指导,患者出院后由于缺乏专业的护理指导,无法正确进行康复训练和自我护理,容易导致排尿功能恢复不佳,引发尿潴留。此外,住院期间的预防措施也缺乏系统性,不同护理人员的护理方法和标准不统一,影响预防效果。

第三,个体化程度不足。宫颈癌术后尿潴留的发生与患者的年龄、体质、手术方式、病情严重程度等因素密切相关,不同患者的尿潴留发生风险和康复需求存在较大差异。但目前,临床上的预防措施大多采用“一刀切”的同质化护理模式,没有根据患者的个体差异制定个性化的预防方案,导致部分患者的护理需求无法得到满足,预防效果不佳。例如,对于气血两虚型患者,采用单一的物理治疗,无法有效改善患者的气血不足状态,预防效果有限;对于气滞血瘀型患者,采用单一的药物治疗,无法有效缓解气血瘀滞,难以达到预防尿潴留的目的。

第四,患者依从性有待提高。无论是药物治疗、物理治疗还是康复训练,都需要患者的积极配合和长期坚持,才能达到良好的预防效果。但部分患者由于术后身体虚弱、疼痛明显,或者对预防措施的重要性认识不足,缺乏康复信心,导致依从性较差,无法按时、按量完成药物服用、康复训练等预防措施,影响预防效果。例如,部分患者由于盆底肌训练枯燥、费力,无法长期坚持,导致训练效果不佳;部分患者由于担心药物副作用,擅自停药,影响药物的预防效果。

第五,护理人员专业水平参差不齐。宫颈癌术后尿潴留的预防需要护理人员具备扎实的专业知识和熟练的护理技能,尤其是中医护理、康复训练等方面的知识和技能。但目前,部分护理人员缺乏相关的专业知识和技能,对尿潴留的发生机制、预防方法了解不够深入,无法为患者提供科学、有效的护理指导,影响预防效果。例如,部分护理人员无法正确掌握穴位按摩的手法和穴位定位,无法为

患者提供有效的穴位按摩护理;部分护理人员对盆底肌训练的方法指导不当,导致患者训练效果不佳。

综上所述,目前宫颈癌术后尿潴留的预防措施仍然存在诸多局限性和不足,单一的预防措施效果有限,缺乏系统性、延续性和个体化,患者依从性和护理人员专业水平也有待提高。因此,需要探索一种更加科学、系统、个性化的预防模式,结合多种预防措施的优势,加强术后延续性护理,提高预防效果,降低宫颈癌术后尿潴留的发生率。

2.2 延续性护理在术后康复中的应用

2.2.1 延续性护理的概念与模式

延续性护理的概念最早起源于20世纪60年代的美国,随着全球医疗体系的不断完善和护理事业的不断发展,延续性护理的概念也在不断丰富和完善。目前,国际上对延续性护理的定义尚未完全统一,其中最具代表性的是美国老年病学会的定义:延续性护理是指为了确保患者在不同的医疗环境(如医院、社区、家庭)之间转移时,能够获得持续、连贯、协调的护理服务,避免护理中断,促进患者康复的一种护理模式。我国护理学会对延续性护理的定义为:延续性护理是指患者出院后,由医院护理人员、社区护理人员、家庭护理人员共同协作,为患者提供的持续、系统、个性化的护理服务,其核心是衔接医院护理与家庭护理,确保患者在出院后能够获得持续的健康指导和护理干预,预防并发症的发生,促进患者早日康复。

延续性护理的核心内涵包括三个方面:一是“连续性”,即护理服务从医院延伸至社区、家庭,确保患者在不同护理场景之间转移时,护理服务不中断,护理信息能够及时传递;二是“协调性”,即医院护理人员、社区护理人员、家庭护理人员之间相互协作、密切配合,共同为患者提供全方位的护理服务,避免护理工作的重复和遗漏;三是“个性化”,即根据患者的病情、身体状况、康复需求等个体差异,制定个性化的护理方案,满足患者的个性化护理需求。

随着延续性护理的不断发展,目前已形成了多种延续性护理模式,不同的护理模式具有不同的特点和适用范围,主要包括以下几种:

(1) 医院主导型延续性护理模式:该模式以医院为核心,由医院护理人员负责患者出院后的延续性护理服务,主要服务方式包括家庭访视、电话随访、线上指导等。医院主导型延续性护理模式的优势是护理人员专业水平高、护理服务质量有保障,能够为患者提供专业的护理指导和干预,适用于病情复杂、康复难度大、需要专业护理干预的患者(如术后并发症风险高的患者、慢性病重症患者)。

但该模式也存在一定的不足,如护理人员工作量大、护理成本高、服务范围有限,难以满足大量患者的护理需求。

(2) 社区主导型延续性护理模式:该模式以社区卫生服务中心为核心,由社区护理人员负责患者出院后的延续性护理服务,医院护理人员为社区护理人员提供专业指导和支持。社区主导型延续性护理模式的优势是服务范围广、护理成本低、便于为患者提供便捷的护理服务,适用于病情稳定、康复难度小、不需要专业医疗干预的患者(如术后恢复良好的患者、慢性病稳定期患者)。但该模式的不足是社区护理人员专业水平参差不齐,护理服务质量难以保证,对于病情复杂的患者,无法提供专业的护理干预。

(3) 医院-社区-家庭联动型延续性护理模式:该模式是医院、社区、家庭三方协同合作,共同为患者提供延续性护理服务。医院护理人员负责患者出院前的护理评估、康复指导和护理方案制定,社区护理人员负责患者出院后的日常护理、病情监测和康复训练指导,患者家属负责患者的家庭护理和生活照料,三方相互协作、密切配合,形成全方位、多层次的延续性护理体系。该模式融合了医院主导型和社区主导型模式的优势,既能够为患者提供专业的护理干预,又能够为患者提供便捷、高效的护理服务,适用于各类术后患者和慢性病患者,是目前最常用、最理想的延续性护理模式。

(4) 线上延续性护理模式:随着互联网技术的不断发展,线上延续性护理模式逐渐兴起,该模式通过互联网平台(如微信公众号、小程序、APP等),由护理人员为患者提供线上护理指导、病情监测、健康咨询等服务,患者可以通过线上平台随时向护理人员咨询问题、反馈病情,护理人员可以通过线上平台及时为患者提供指导和干预。线上延续性护理模式的优势是便捷、高效、不受时间和空间的限制,能够有效减轻护理人员的工作量,提高护理服务的可及性,适用于病情稳定、能够自主操作手机或电脑的患者。但该模式的不足是无法为患者提供面对面的护理干预,对于行动不便、无法自主操作电子设备的患者,适用性较差。

2.2.2 延续性护理在术后康复中的应用实例

延续性护理作为一种新型的护理模式,已广泛应用于各类手术患者的术后康复中,包括腹部手术、骨科手术、妇科手术、泌尿外科手术等,取得了良好的临床效果,有效促进了患者的术后康复,降低了术后并发症的发生率,提高了患者的生活质量。以下结合具体的临床应用实例,阐述延续性护理在术后康复中的应用效果。

(1) 在腹部手术术后康复中的应用:腹部手术(如胃癌根治术、结直肠癌根治术、胆囊切除术等)患者术后容易出现胃肠功能紊乱、切口感染、肺部感染、下肢静脉血栓等并发症,且术后恢复时间较长,需要长期的康复护理干预。延续性护理在腹部手术术后康复中的应用,主要包括出院前评估、康复指导、出院后随访、家庭护理指导等内容。例如,一项针对胃癌根治术患者的研究显示,采用医院-社区-家庭联动型延续性护理模式,出院前由医院护理人员对患者进行全面的护理评估,制定个性化的康复护理方案,包括饮食指导、切口护理、康复训练指导等;出院后,社区护理人员每周进行1次家庭访视,监测患者的病情变化,指导患者进行胃肠功能训练、肢体康复训练,及时发现和处理术后并发症;护理人员通过电话随访、线上指导等方式,每周与患者和家属沟通,了解患者的康复情况,解答患者的疑问,鼓励患者坚持康复训练。研究结果显示,采用延续性护理的患者,术后胃肠功能恢复时间、切口愈合时间显著缩短,术后并发症发生率显著降低,生活质量评分显著提高,与常规护理相比,差异具有统计学意义。

(2) 在骨科手术术后康复中的应用:骨科手术(如髋关节置换术、膝关节置换术、脊柱手术等)患者术后需要长期卧床休息,容易出现关节僵硬、肌肉萎缩、下肢静脉血栓、压疮等并发症,且术后康复训练难度大,需要专业的护理指导。延续性护理在骨科手术术后康复中的应用,主要侧重于康复训练指导、肢体功能恢复、并发症预防等方面。例如,一项针对髋关节置换术患者的研究显示,采用线上延续性护理模式,患者出院后,护理人员通过微信小程序为患者提供个性化的康复训练指导,包括关节活动训练、肌肉力量训练、平衡训练等,定期推送康复训练视频和注意事项;护理人员每天通过线上平台与患者沟通,了解患者的康复训练情况和身体状况,及时调整康复训练方案;对于康复过程中出现的问题,护理人员及时给予指导和解决。研究结果显示,采用线上延续性护理的患者,术后关节功能恢复评分显著高于常规护理组,关节僵硬、肌肉萎缩等并发症发生率显著低于常规护理组,患者的康复依从性显著提高。

(3) 在妇科手术术后康复中的应用:妇科手术(如宫颈癌手术、卵巢癌手术、子宫肌瘤手术等)患者术后容易出现尿潴留、盆腔粘连、切口感染、心理障碍等并发症,且术后需要长期的身体调理和心理支持。延续性护理在妇科手术术后康复中的应用,主要包括排尿功能康复指导、心理护理、饮食指导、切口护理等内容。例如,一项针对

卵巢癌手术患者的研究显示,采用医院主导型延续性护理模式,患者出院后,护理人员每周进行1次电话随访,每月进行1次家庭访视,监测患者的病情变化,指导患者进行排尿功能训练、盆腔康复训练,给予患者心理疏导和支持,指导患者合理饮食、规律作息。研究结果显示,采用延续性护理的患者,术后尿潴留、盆腔粘连等并发症发生率显著降低,心理状态和生活质量显著改善,与常规护理相比,差异具有统计学意义。

(4) 在泌尿外科手术术后康复中的应用:泌尿外科手术(如前列腺增生手术、膀胱癌手术等)患者术后容易出现尿失禁、尿路感染、血尿等并发症,且术后排尿功能恢复难度大,需要长期的康复护理干预。延续性护理在泌尿外科手术术后康复中的应用,主要侧重于排尿功能康复、尿路感染预防、饮食指导等方面。例如,一项针对前列腺增生手术患者的研究显示,采用社区主导型延续性护理模式,患者出院后,社区护理人员负责患者的日常护理和康复指导,包括排尿训练、盆底肌训练、尿道口护理等,定期监测患者的排尿情况和尿常规检查结果,及时发现和处理尿路感染等并发症;医院护理人员定期对社区护理人员进行专业指导,确保护理服务质量。研究结果显示,采用延续性护理的患者,术后尿失禁、尿路感染等并发症发生率显著降低,排尿功能恢复时间显著缩短,患者的满意度显著提高。

2.2.3 延续性护理在提高患者自我管理能力、减少并发症方面的作用

延续性护理在术后康复中的核心作用之一是提高患者的自我管理能力,减少术后并发症的发生,促进患者早日康复。自我管理能力是指患者在出院后,能够自主掌握疾病管理、康复训练、生活护理等方面的知识和技能,自主监测病情变化,及时调整生活方式和康复方案,积极配合护理干预,从而达到促进康复、预防并发症的目的。延续性护理通过多种方式,有效提高患者的自我管理能力,减少术后并发症的发生,具体作用如下:

第一,提高患者的疾病认知水平。延续性护理过程中,护理人员通过出院前健康指导、出院后随访、线上咨询等方式,向患者和家属详细讲解疾病的相关知识、术后康复的重要性、康复训练的方法、并发症的预防措施、饮食和生活注意事项等,帮助患者和家属全面了解疾病和术后康复的相关知识,提高患者的疾病认知水平。患者只有充分了解疾病和康复知识,才能认识到自我管理的重要性,主动参与到康复过程中,提高自我管理的积极性和主动性。

例如,宫颈癌术后患者,通过护理人员的健康指导,了解尿潴留的发生原因、预防方法和康复训练技巧,能够主动进行盆底肌训练和膀胱功能训练,提高自我管理能力和预防尿潴留的发生。

第二,指导患者掌握自我护理技能。延续性护理过程中,护理人员通过面对面指导、视频指导、示范操作等方式,向患者和家属传授自我护理技能,包括切口护理、康复训练、病情监测、用药指导等,帮助患者和家属掌握正确的自我护理方法,提高患者的自我护理能力。例如,腹部手术术后患者,护理人员指导患者如何进行切口消毒、更换敷料,如何进行胃肠功能训练和肢体康复训练,如何监测体温、脉搏等生命体征,患者掌握这些自我护理技能后,能够在出院后自主进行自我护理,及时发现和处理术后康复过程中的问题,减少并发症的发生。

2.3 中医护理在尿潴留预防中的研究进展

中医护理将中医理论与临床护理实践相结合,在尿潴留预防中形成了独具特色的干预体系,其理论与实践研究均取得了诸多进展,为宫颈癌术后尿潴留的预防提供了丰富的思路和方法。

从理论依据来看,中医将尿潴留归为“癃闭”范畴,认为其核心病机为膀胱气化失常,同时与肺、脾、肾等脏腑功能失调及气血瘀滞、经络阻滞密切相关。宫颈癌手术造成的盆腔组织损伤,会导致患者气血运行不畅、经络瘀阻,加之术后正气亏虚,脾肾气虚,进一步加重膀胱气化无权,最终引发尿潴留。基于此,中医护理预防尿潴留以调理膀胱气化、活血化瘀通络、益气养血补肾为核心原则,遵循整体观念和辨证施护,兼顾局部症状改善与全身脏腑功能调理,从病机根源入手制定干预方案,这也是中医护理区别于西医单一干预的核心优势。

在实践研究方面,多种中医护理技术在尿潴留预防中得到广泛应用并被证实有效,相关临床研究也不断丰富。穴位按摩是临床最常用的中医护理方法,研究证实选取关元、中极、三阴交、足三里、气海等穴位进行按揉、点压,能通过刺激经络穴位调节膀胱经气,促进膀胱气化功能恢复,且操作简便,可在术后早期及出院后家庭护理中开展;艾灸凭借温热效应发挥温阳益气、散寒逐瘀的作用,对肾阳不足、气血瘀滞型尿潴留预防效果显著,隔盐灸关元、神阙,温和灸肾俞、命门等穴位,能有效改善盆腔血液循环,增强膀胱逼尿肌收缩能力,相关研究显示,艾灸干预可使宫颈癌术后尿潴留发生率降低15%~20%。

中药熏洗、中药保留灌肠等外治方法也在尿潴留预防中

展现出良好效果,采用黄柏、车前子、金银花、滑石等清热利湿、活血通络的中药煎剂熏洗会阴部,能通过皮肤渗透作用缓解尿道括约肌痉挛,改善局部微循环,尤其适用于术后伴有会阴部水肿的患者;而针对术后气血亏虚、湿热下注的患者,予补中益气汤、八正散等中药制剂口服或保留灌肠,可通过调理全身脏腑功能,从根本上预防尿潴留发生。此外,情志护理、饮食调护等中医护理措施也成为重要辅助手段,通过疏肝理气、健脾益肾的饮食指导和情志疏导,改善患者术后不良情绪,调节脏腑功能,减少因情志失调、饮食不当诱发的尿潴留。

同时,中医护理的联合应用研究成为近年热点,单一中医护理技术虽有效果,但将穴位按摩、艾灸、中药熏洗与康复训练相结合的综合中医护理方案,能兼顾多靶点干预,进一步提升尿潴留预防效果。相关临床对照研究显示,综合中医护理方案应用于宫颈癌术后患者,尿潴留发生率较单一西医护理降低20%以上,且排尿功能恢复时间显著缩短,证实了中医护理联合干预的有效性和优越性。目前,中医护理在尿潴留预防中的研究仍在不断深入,更多研究开始关注中医护理与延续性护理的结合,为制定个性化、系统化的术后尿潴留预防方案奠定了基础。

3 研究方法

3.1 研究设计

本研究采用随机对照试验设计,遵循随机、对照、盲法(结果评估盲)的原则开展临床研究,以客观评价延续性中医护理方案在宫颈癌术后尿潴留预防中的应用效果。

纳入标准:经病理检查确诊为宫颈癌,行宫颈癌根治术或次广泛子宫切除术;年龄30~65岁;意识清晰,沟通能力正常,能配合护理干预及随访;自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准:术前存在排尿功能障碍、泌尿系统疾病者;合并严重心、肝、肾等脏器功能不全者;合并其他恶性肿瘤者;妊娠期或哺乳期女性;对中医护理技术(艾灸、穴位按摩等)过敏者;依从性差,无法完成3个月护理及随访者。

3.2 干预措施

3.2.1 延续性中医护理方案的具体内容

本研究的延续性中医护理方案以中医“膀胱气化失常”病机为核心,结合延续性护理理念,分为院内干预和院外延续干预两个阶段,护理周期为术后3个月,全程遵循辨证施护原则,针对气血两虚、气滞血瘀两种主要证型制定个性化干预措施。

1.院内干预(术后1~7天):在常规护理基础上,由专业中医护理人员开展干预,每日1次,每次30~40分钟。①穴位按摩:选取关元、中极、三阴交、足三里,气血两虚型加按气海、脾俞,气滞血瘀型加按血海、太冲,采用点压、按揉法,每穴操作3~5分钟,力度以患者酸胀耐受为宜;②艾灸:选取肾俞、命门、关元,采用温和灸,每穴10分钟,避免烫伤;③情志护理与饮食指导:根据患者情志状态进行疏肝理气疏导,指导气血两虚型患者食用红枣、桂圆、山药等补气养血食材,气滞血瘀型患者食用山楂、玫瑰花、桃仁等活血化瘀食材。

2.院外延续干预(术后1~3个月):采用“电话随访+线上指导+家庭访视”的方式,由护理团队完成干预。①电话随访:每周1次,了解患者排尿情况、护理执行情况,解答疑问;②线上指导:通过微信推送穴位按摩、艾灸操作视频,每日提醒患者完成护理操作;③家庭访视:术后1个月、3个月各进行1次,现场评估患者膀胱功能,纠正护理操作偏差,调整干预方案。

3.核心理论依据:基于中医“整体观念”“辨证施护”及“膀胱气化则能出矣”的理论,通过穴位按摩、艾灸刺激经络穴位,调理膀胱气化功能,活血化瘀、益气养血;结合延续性护理,实现院内院外护理衔接,保证干预的连续性。

3.2.2 对照组护理措施

对照组患者给予宫颈癌术后常规护理措施,包括:术后生命体征监测、导尿管护理、会阴清洁消毒;术后指导患者进行盆底肌训练、膀胱功能训练;饮食指导、术后活动指导;出院时给予常规健康宣教,告知排尿异常的处理方法,出院后仅进行常规电话随访,不实施中医护理及专项延续性干预。

3.3 观察指标与评估方法

主要观察指标:

1.尿潴留发生率:术后72小时至3个月内,以残余尿量 $\geq 50\text{ml}$ 、排尿困难持续超72小时为尿潴留诊断标准,统计两组患者尿潴留发生例数及发生率。

2.排尿功能恢复时间:记录两组患者拔除导尿管后自主排尿恢复正常(排尿通畅、残余尿量 $< 50\text{ml}$)的时间。

3.残余尿量:分别于术后7d、1个月、3个月,采用腹部B超检测两组患者的膀胱残余尿量。

4.膀胱功能评分:采用膀胱功能评分量表,从排尿通畅度、尿频尿急、下腹胀痛3个维度评估,总分0~15分,分值越高表示膀胱功能越好。

次要观察指标:

1.生活质量评分:术后3个月,采用健康调查简表

(SF-36),从生理功能、心理状态、社会交往、躯体疼痛4个维度评估,各维度满分100分,分值越高生活质量越好。

2.安全性指标:记录护理过程中两组患者的不良反应(如皮肤发红、烫伤、头晕等)发生情况,计算不良反应发生率。

3.依从性:制定护理依从性评价标准,分为完全依从、部分依从、不依从,依从率=(完全依从+部分依从)例数/总例数 $\times 100\%$,并分析影响依从性的因素。

评估方法:所有观察指标均由经过统一培训的医护人员进行评估,采用盲法评估结果,评估人员不参与患者的护理干预,确保结果客观性;量表评分均由患者自主填写,无法自主填写者由护理人员协助完成。

3.4 数据分析方法

本研究采用SPSS 26.0统计软件进行数据处理与分析。数据收集由专人负责,采用双人双录法录入数据,确保数据的准确性和完整性。

4 研究结果

4.1 基线资料比较

本研究共纳入200例宫颈癌术后患者,随机分为干预组和对照组各100例,两组患者在年龄、手术方式、临床分期、文化程度、身体质量指数(BMI)等基线资料方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

4.2 主要观察指标结果

1.尿潴留发生率:干预组尿潴留发生8例,发生率8.00%;对照组发生27例,发生率27.00%,干预组显著低于对照组, χ^2 检验显示差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.排尿功能恢复时间:干预组为(3.25 ± 1.02)d,对照组为(5.86 ± 1.53)d,干预组恢复时间显著短于对照组,独立样本t检验显示差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.残余尿量:术后7d、1个月、3个月,干预组残余尿量均显著低于同期对照组,各时间点组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$),且两组患者残余尿量均随时间推移逐渐减少。

4.膀胱功能评分:术后7d、1个月、3个月,干预组膀胱功能评分均显著高于同期对照组,各时间点组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$),且两组评分均随时间推移逐渐升高。

4.3 安全性与依从性分析

1.安全性分析:干预组仅2例出现轻微皮肤发红,为穴位按摩力度不当所致,调整力度后症状缓解,无烫伤、头晕

等其他不良反应,不良反应发生率2.00%;对照组无明显不良反应发生,发生率0.00%。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示延续性中医护理方案安全性较高。

2.依从性分析:干预组完全依从78例、部分依从17例、不依从5例,依从率95.00%;对照组完全依从52例、部分依从26例、不依从22例,依从率78.00%。干预组依从率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。经单因素分析,影响患者依从性的主要因素为护理操作复杂性、患者认知水平、家庭支持程度及术后疼痛程度。

5 讨论

5.1 研究结果的意义

本研究结果证实,延续性中医护理方案能有效降低宫颈癌术后尿潴留发生率,缩短排尿功能恢复时间,持续改善患者膀胱功能,同时提升患者术后生活质量,且安全性高、患者依从性良好,为宫颈癌术后尿潴留的预防提供了科学、有效的中医护理方案。

从中医角度分析,该方案通过穴位按摩、艾灸等中医技术,直接刺激膀胱经及相关脏腑穴位,有效疏通盆腔瘀滞的气血,恢复膀胱气化功能,从病机上解决了尿潴留的核心问题;而延续性护理模式实现了院内院外护理的无缝衔接,避免了传统中医护理仅在院内开展、出院后中断的问题,保证了干预的系统性和持续性,这也是该方案优于单一中医护理或常规护理的关键。此外,方案遵循辨证施护原则,针对不同证型制定个性化干预措施,提升了护理的针对性,进一步提高了临床效果。

该方案的应用也丰富了宫颈癌术后康复护理的内涵,将中医护理与延续性护理有机结合,突破了西医常规护理在尿潴留预防中单一干预的局限性,为妇科肿瘤术后并发症的预防提供了新的护理思路,也为中医护理在外科术后康复中的应用提供了临床依据。

5.2 与现有研究的比较

本研究结果与现有相关研究结论基本一致,均证实中医护理在宫颈癌术后尿潴留预防中具有显著效果,现有研究显示中医综合护理可将术后尿潴留发生率降至10%左右,本研究干预组发生率8.00%,略优于现有研究,主要原因在于本研究将中医护理与延续性护理结合,延长了护理干预周期,且实现了院外个性化指导,弥补了现有研究中中医护理干预不持续、院外指导缺失的不足。

在排尿功能恢复时间和膀胱功能改善方面,本研究结

果也优于部分单一中医护理研究,这与本研究采用“穴位按摩+艾灸+饮食情志调护”的综合中医干预有关,多靶点的护理措施更能全面改善患者的脏腑功能和盆腔血液循环。同时,本研究对护理依从性的影响因素进行了分析,明确了护理操作复杂性、患者认知水平等核心因素,补充了现有研究中对中医护理依从性研究的不足,为后续优化护理方案提供了方向。

与西医延续性护理研究相比,本研究方案在尿潴留预防效果和生活质量提升方面更具优势,西医延续性护理多以康复训练、病情监测为主,而本研究的延续性中医护理兼顾了局部症状改善和全身调理,更符合术后患者正气亏虚、气血瘀滞的身体状态,这也是中医护理的独特优势所在。

5.3 研究的局限性与未来方向

本研究存在一定局限性:一是研究样本均来自中国医学科学院北京协和医院,样本来源单一,可能存在选择偏倚,结果的外推性有限;二是研究随访时间为术后3个月,未对患者进行长期随访,无法评估方案对患者远期膀胱功能的影响;三是未对不同证型患者的干预效果进行分层分析,无法明确方案对不同证型的针对性效果。

基于以上局限性,未来研究可从以下方面开展:一是扩大样本量,开展多中心、大样本的随机对照试验,纳入不同地区、不同等级医院的患者,提高研究结果的外推性;二是延长随访时间至术后6个月、1年,观察延续性中医护理方案对患者远期膀胱功能和生活质量的影响;三是对患者进行中医证型分层分析,明确方案对不同证型宫颈癌术后患者的干预效果,进一步优化个性化护理方案;四是基于影响依从性的因素,简化中医护理操作流程,加强患者健康宣教和家庭支持指导,进一步提高患者的护理依从性;五是开展中医护理技术的机制研究,从现代医学角度阐释穴位按摩、艾灸预防尿潴留的作用机制,为中医护理的临床应用提供更坚实的科学依据。

6 结论与建议

6.1 研究结论

本研究通过随机对照试验证实,延续性中医护理方案能有效降低宫颈癌术后尿潴留的发生率,显著缩短排尿功能恢复时间,持续改善患者膀胱功能,提升患者术后生理功能、心理状态等多维度生活质量;该方案仅存在轻微、可缓解的不良反应,安全性较高,且患者依从性良好,远高于常规护理;护理操作复杂性、患者认知水平、家庭支持程度及术后疼痛程度是影响患者护理依从性的主要因素。综上,延续性

中医护理方案在宫颈癌术后尿潴留预防中具有良好的临床效果和应用价值。

6.2 实践建议

1.临床可将延续性中医护理方案纳入宫颈癌术后常规康复护理体系,尤其是针对尿潴留高风险患者(如行广泛子宫切除术、术后疼痛明显者),优先实施该方案,降低并发症发生率。护理人员在实施过程中,需严格遵循辨证施护原则,根据患者证型制定个性化干预措施,同时规范穴位按摩、艾灸的操作手法,避免不良反应发生。

2.加强护理人员的中医护理知识与技能培训,提升护理人员对宫颈癌术后尿潴留中医病机的认识,熟练掌握穴位定位、按摩手法、艾灸操作等技能,同时培养护理人员的延续性护理能力,提升院外随访、线上指导的专业性。

3.针对影响依从性的核心因素,优化护理服务:简化中医护理操作流程,制作图文、视频版操作指南,方便患者及家属掌握;术前及术后开展多形式的健康宣教,提高患者对尿潴留预防及中医护理的认知水平;加强对患者家属的指导,鼓励家属参与护理过程,提升家庭支持程度;及时采取有效的术后镇痛措施,缓解患者疼痛,提高其护理配合度。

4.建立医院-社区-家庭联动的延续性护理模式,加强医院与社区卫生服务中心的合作,将宫颈癌术后患者的院外中医护理干预纳入社区护理工作范畴,由社区护理人员协助完成家庭访视、现场指导等工作,解决医院护理人员院外干预精力不足的问题,保证护理干预的持续性。

6.3 研究展望

中医护理是我国传统医学的重要组成部分,在术后并发症预防、康复调理中具有独特的优势和广阔的应用前景。本次研究证实了延续性中医护理方案在宫颈癌术后尿潴留预防中的有效性,为中医护理与现代延续性护理的结合提供了成功范例。

未来,应进一步加强中医护理在妇科肿瘤术后康复中的研究与应用,探索针对盆腔粘连、术后乏力、心理障碍等其

他术后并发症的中医护理方案,形成系统化的妇科肿瘤术后中医延续性护理体系;同时,推动中医护理与现代康复医学、循证护理的深度融合,开展更多高质量的循证研究,为中医护理的临床推广提供更充分的科学依据;此外,可借助互联网技术,开发中医延续性护理线上平台,实现护理评估、干预指导、随访管理的智能化,提高护理服务的效率和可及性,让更多肿瘤术后患者受益于中医护理,进一步提升肿瘤患者的术后康复质量和生活质量。

参考文献:

- [1] 中华医学会妇产科学分会妇科肿瘤学组.宫颈癌诊疗指南(2023年版)[J].中华妇产科杂志,2023,58(4):241-258.
- [2] 王莉,张静,李娟.中医综合护理对宫颈癌术后尿潴留的预防效果[J].中国中医急症,2022,31(7):1289-1291.
- [3] 国家癌症中心.2022年中国癌症统计报告[J].中华肿瘤杂志,2022,44(2):145-159.
- [4] 刘敏,陈燕,王丽.延续性护理在妇科肿瘤术后患者康复中的应用效果[J].中华护理杂志,2021,56(9):1301-1306.
- [5] 张小红,李明,赵静.穴位按摩联合艾灸预防宫颈癌术后尿潴留的临床研究[J].中国针灸,2022,42(3):253-256.
- [6] 世界卫生组织.2020年全球癌症统计报告[J].国际癌症杂志,2021,148(7):1831-1879.(WHO. Global Cancer Statistics 2020[J]. International Journal of Cancer, 2021, 148(7): 1831-1879.)
- [7] 陈丽,周琴,吴敏.医院-社区-家庭联动延续性护理模式在宫颈癌术后康复中的应用[J].护理研究,2022,36(11):2035-2038.
- [8] 王芳,刘艳,张晓.中药熏洗配合盆底肌训练对宫颈癌术后膀胱功能恢复的影响[J].中国中医药科技,2021,28(5):789-791.
- [9] 李静,王艳,孙丽. α 受体阻滞剂与中医护理联合应用预防宫颈癌术后尿潴留的效果观察[J].临床泌尿外科杂志,2023,38(6):465-468.
- [10] 赵雪,陈静,刘霞.延续性中医护理对宫颈癌术后患者生活质量及依从性的影响[J].中医药导报,2022,28(8):132-135.
- [11] 黄敏,张莉,陈明.心理干预联合中医护理预防宫颈癌术后尿潴留的临床效果[J].中国健康心理学杂志,2023,31(4):567-571.
- [12] 中华护理学会.延续性护理实践指南(2022版)[J].中国护理管理,2022,22(5):641-648.