

肛肠术后尿潴留分级预防护理策略效果评价

刘政恒

贵州省湄潭县中西医结合医院 贵州湄潭 564199

摘要: 目的: 评估基于风险分层的分级预防护理策略对肛肠术后尿潴留的干预效果。方法: 选取2023年1月至2024年12月期间接受肛肠手术患者150例, 术前评估尿潴留风险后分为高危组、中危组、低危组各50例, 分别实施分级护理干预。结果: 高危组尿潴留发生率为6%, 中危组16%, 低危组28% ($P < 0.01$); 首次排尿时间、高危组为 (4.7 ± 1.2) 小时, 低危组为 (7.5 ± 2.1) 小时 ($P < 0.05$); 术后8小时残余尿量、高危组 (150.5 ± 60.3) mL, 低危组 (310.6 ± 82.1) mL ($P < 0.05$); 护理满意度高危组92%, 低危组75%。结论: 分级预防护理策略可有效降低术后尿潴留发生率, 改善排尿功能, 减少并发症, 具有临床推广价值。

关键词: 肛肠手术; 尿潴留; 分级护理; 预防策略; 术后护理

引言

肛肠疾病的患病率呈现逐年上升趋势, 肛肠病在临床外科中发病率较高的疾病群, 随着微创技术和围术期护理体系的不断改进, 痔、肛裂、肛瘘等良性病变的手术治疗安全性不断提高, 但术后并发症的控制仍然是干预的重点^[1]。但是肛肠术后常常发生尿潴留, 尿潴留是肛肠术后常见的并发症之一^[2]。尿潴留会给患者的工作和生活带来很大的影响, 所以如何预防肛肠术后尿潴留的发生对促进病人积极排尿、康复有着重要的临床意义^[3]。已有研究显示, 肛肠术后尿潴留相关要素中, 术时硬膜外麻醉、疼痛、肛门括约肌应激性收缩以及情绪紧张和术后活动延迟等均与之存在相关联系, 单凭一种护理手段往往难以对复杂原因下的尿潴留实施有效干预, 在缺乏层级评估的情况下, 干预节奏及护理侧重点出现盲点的情况是有可能发生的^[4]。

临床观察发现, 术后尿潴留往往伴随着一定的前驱表现, 存在个体差异。有的患者术后数小时内便有排尿不畅, 尿意不清, 耻骨上胀痛等症状, 有些患者则无明显主观不适, 直到导尿时才显现尿潴留迹象, 而分级护理干预正是依据这些临床特点提出的, 具备现实意义。通过术前风险筛查工具对患者实施尿潴留风险等级划分, 制订相应的护理方案, 可以优化干预效果, 避免病情恶化。本研究以150例肛肠术后患者为依托, 按照风险等级施行差异化护理流程, 着重关注术后尿潴留发生率, 首次排尿时间, 术后8小时残余尿量等关键指标, 评判分级干预在改善术后恢复质量, 减小并发症

风险方面的临床应用价值。

1 材料与方法

1.1 研究对象

选取在2023年1月至2024年12月于某三级甲等医院进行肛肠手术的病人共150名, 其均符合肛肠疾病手术指征且术前经过充分的评估, 符合入组标准。排除具有严重影响病人术后恢复的病史如严重心肺疾病、肾病、糖尿病、恶性肿瘤、免疫系统疾病及精神障碍等。使得病人在术后恢复过程中不会受到其他疾病的困扰, 且所有病人对本研究知情同意。

为了评估患者术后尿潴留的风险, 根据评估结果制定个体化的护理方案, 所有患者入院时均进行了尿潴留的风险评估^[5]。根据评估结果分为高危组、中危组、低危组, 每组50例。高危组患者术后尿潴留发生风险较高, 中危组患者术后尿潴留发生风险适中, 低危组患者为术后尿潴留发生风险较低的患者。分组标准根据患者既往病史、手术类型、麻醉方式、术后疼痛程度、心理状态等多方面进行评估。

1.2 分级预防护理策略

按照分级护理理论, 本研究依照患者术前的个人风险因素来制定护理干预计划, 目的在于借助个性化的、阶段性的干预, 加强护理的针对性和有效性, 尽可能降低肛肠术后尿潴留的发生率。

1.2.1 高危组护理干预

高危组患者多合并术后神经抑制显著、手术创伤较大,

或既往存在糖尿病、慢性前列腺增生等泌尿系统相关疾病，术后发生尿潴留的概率显著升高。对该类人群的护理重在强化干预和早期识别，具体措施如下：

心理护理：重视术前后的情绪管理，减轻焦虑、紧张等负面情绪对排尿反射的抑制影响，护理人员借助语言引导、关怀支持以及舒适化的病区环境，增进患者排尿信心，削减因心理因素造成的尿潴留风险。

盆底肌功能训练：术后早期开展肛门括约肌温和收缩训练，激活排尿反射通路，促进膀胱功能恢复，指导患者每日定时开展肛门收缩操，配合适当行走，提高盆底肌张力。

中药坐浴：选用益气行水汤等具有活血化瘀、清热利尿作用的中药方剂进行坐浴，有助于缓解局部充血、减轻术后水肿与疼痛，改善泌尿通道功能^[6]。

多次小量排尿训练：术后6小时内，鼓励患者进行反复小量排尿尝试，以刺激膀胱排空反射，防止膀胱过度充盈引发肌肉功能失调。

尿潴留监测：严密观察排尿状况，对出现排尿延迟或排尿困难的患者及时实施导尿，动态监测残余尿量及膀胱回弹情况，实现尿潴留的早发现、早处理。

1.2.2 中危组护理干预

中危组患者整体状况相对平稳，尽管存在一定风险，但无高危组明显诱因，护理侧重于预防与功能调节，干预措施包括：

药物辅助治疗：在常规护理基础上，配合外用中药治疗，如擦拭或局部敷贴，改善盆腔循环，缓解不适，促进膀胱肌肉功能协调。

耳穴压豆疗法：通过对膀胱、气海、肾上腺等耳穴部位进行压豆刺激，调整膀胱气化功能，增强神经调控排尿能力，减轻功能性排尿障碍。

局部热敷与按摩：根据患者术后反应，适时给予腰骶部热敷及温和按摩，以增强膀胱肌张力，激活自主排尿功能^[7]。

尿潴留预警机制：规范记录术后首次排尿时间、排尿感受及排尿量，结合B超评估残余尿体积，及时识别早期尿潴留表现。

逐步排尿训练：在无明显异常的情况下，引导患者逐步增加排尿频次及容量，训练排尿节律，避免膀胱反射减退。

1.2.3 低危组护理干预

低危组患者一般无基础疾病，手术刺激轻微，泌尿系

统功能保留较好，主要通过规范化护理维持排尿功能稳定，预防术后诱发性潴留。护理要点包括：

健康教育：强化术后日常行为指导，建议避免摄入刺激性食物和饮品，如辛辣、咖啡、酒精类饮品等，以减少泌尿道刺激^[8]。

适量饮水与排尿训练：鼓励患者术后早期适量补液，定时排尿，建立排尿规律，避免因延迟排尿造成膀胱过度扩张。

便后肛门收缩训练：术后指导患者在排便后进行肛门收缩练习，以提升盆底肌张力，有助于维持正常排便与排尿的协同机制。

心理疏导：适度关注术后紧张情绪，尤其是初次手术患者，避免因恐惧、羞耻等情绪干扰排尿，提升康复信心。

1.3 观察指标设置

为全面评估分级护理策略的临床效果，设置以下量化指标作为疗效观察的依据^[9]：

主要观察指标：

尿潴留发生率：记录术后24小时内是否需实施导尿，作为判断干预有效性的重要参数。**首次排尿时间：**术后起始至首次自主排尿的时间，反映膀胱神经调节与功能恢复的速度。

术后8小时残余尿量：通过膀胱B超检查测量术后残余尿体积，作为评估排尿质量与膀胱排空能力的直接指标。

并发症发生率：统计术后尿路感染、血栓等相关并发症事件，评判护理对预后安全性的影响。

次要观察指标：

疼痛评估（VAS评分）：采用视觉模拟评分法，在术后6小时内评估疼痛程度。疼痛控制与否直接关系到膀胱括约肌的张力及排尿协同能力^[10]。

护理满意度：通过患者填写护理满意度问卷，从沟通、干预、护理人文关怀等方面综合评价护理服务质量，反映分级干预的患者主观接受度。

1.4 统计学分析

本研究数据分析用SPSS22.0统计软件^[11]。对计量资料用均数 ± 标准差 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间差异用t检验；计数资料用卡方检验。P<0.05为差异有统计学意义。在数据分析时，所有的数据都经过反复验证。

2 结果

2.1 基线数据比较

所有纳入的150例患者在年龄、性别、疾病类型及手

术方式等方面差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，三组的性别比例、年龄分布及手术方式均衡，符合随机分组要求，确保了组间可比性，排除了基线差异对结果的干扰，为后续研究分析提供可靠基础^[12]。

2.2 尿潴留发生率

尿潴留是本研究中主要的并发症之一，其发生率在三组患者之间存在显著差异 ($P < 0.01$)，具体数据如下：

表 1 三组患者尿潴留发生率比较

组别	尿潴留发生率 (%)	发生病例数	总病例数
高危组	6	3	50
中危组	16	8	50
低危组	28	14	50

从表中可见，低危组的尿潴留发生率明显高于高危组和中危组，高危组最低，提示分级护理策略对降低术后尿潴留具有显著效果。特别是在高危患者中，通过强化干预措施，能有效预防尿潴留的发生，提高术后恢复质量。

2.3 首次排尿时间

首次排尿时间是判断术后膀胱功能恢复的重要指标，高危组患者首次排尿时间均明显优于中危组及低危组 ($P < 0.05$)，详见下表：

表 2 三组患者首次排尿时间比较

组别	首次排尿时间 (小时)	标准差
高危组	4.7	± 1.2
中危组	6.3	± 1.8
低危组	7.5	± 2.1

这表明分级护理干预通过早期开展盆底肌训练及排尿刺激，有效缩短首次排尿时间，高危组因护理更及时细致，恢复速度更快。

2.4 残余尿量

残余尿量体现术后膀胱排空功能的恢复情况，较高的残余尿量预示着发生尿潴留的风险较大，高危组患者术后 8 小时内的残余尿量明显低于中危组和低危组 ($P < 0.05$)，其数据如下：

表 3 三组患者术后残余尿量比较

组别	残余尿量 (mL)	标准差
高危组	150.5	± 60.3
中危组	230.2	± 75.4
低危组	310.6	± 82.1

高危组患者因接受分级护理，膀胱排空功能恢复良好，

术后残余尿量明显少于中、低危组。综合干预，特别是早期排尿训练与中药坐浴，有效促进膀胱排空，减少残尿，降低尿潴留发生率。

2.5 并发症发生率

并发症的发生会直接影响患者术后的恢复速度及生活质量，高危组并发症发生率明显低于中危组、低危组 ($P < 0.05$)，详见表：

表 4 三组患者并发症发生率比较

组别	并发症发生率 (%)	发生病例数	总病例数
高危组	4	2	50
中危组	12	6	50
低危组	18	9	50

高危组并发症发生率最低，低危组最高，提示分级护理在降低术后并发症方面具有显著优势。尤其对于高危患者，有针对性的干预不仅预防了尿潴留，也有效减少了感染、血栓等术后常见并发症。

2.6 疼痛评估

疼痛管理属于术后护理的关键部分，通过 VAS 评分来评定术后疼痛程度，高危组的术后疼痛程度明显小于其他两组， $P < 0.01$ ，其具体数据如下：

表 5 三组患者术后疼痛评估 (VAS 评分) 比较

组别	VAS 评分术后 6 小时标准差
高危组	2.1 ± 0.5
中危组	3.4 ± 1.0
低危组	4.2 ± 1.2

高危组患者术后疼痛感明显减轻，疼痛评分亦显著低于其他组别，这一结果与其接受的多维护理干预密切相关。通过术前心理疏导、术后疼痛监测及早期干预，患者的不适感得以有效缓解，有助于减少术后肌肉紧张与神经敏感性，从而促进排尿功能的恢复。

2.7 护理满意度

护理满意度是反映护理质量及病人主观感受的指标，在护理满意度方面，高危组明显高于其他两组 ($P < 0.05$)，其数据如下：

表 6 三组患者护理满意度比较

组别	护理满意度 (%)	评分范围
高危组	92	80-100
中危组	84	70-90
低危组	75	60-85

高危组患者的护理满意度最高,说明分级护理在预防尿潴留、促进恢复等方面效果显著,也提高了患者对护理工作的满意度,护理干预措施提高了患者的舒适感,使患者更加信任、依从治疗。

4 讨论

4.1 分级护理的优势

研究结果显示,术前风险评估为基础的分级护理策略对肛肠术后尿潴留的预防有很好的效果,建立了系统的风险筛查标准,把患者分成高危、中危和低危,针对患者的个体风险因素采取分层护理,既提高了护理资源的利用率,又提高了护理干预的针对性和有效性。特别是高危患者,在心理疏导、盆底功能锻炼、药物治疗、中药坐浴等综合护理干预下,肛肠术后尿潴留的发生率明显降低,首次排尿时间明显缩短,术后残余尿量也明显减少,显示了该模式干预效果和康复效率的优势。

高危组在并发症控制和疼痛管理方面也优于中低危组,多手段、精准化干预不仅加速泌尿系统功能恢复,而且缓解术后疼痛和焦虑,提升患者主观满意度和整体护理质量,低危组虽然干预相对简单,但通过规范健康教育和行为引导,同样达成良好术后排尿管理效果,显示分级护理在各层级患者中的普遍适用性和现实意义^[13]。本研究结果给分层护理策略在临床推广给予实证支撑,证实其对优化术后康复路径的积极作用。

4.2 多因素干预的必要性

尿潴留的发生机制繁杂,一般牵涉麻醉手段,术后痛感,膀胱机能状况,病人心理状况,运动能力等诸多要素交织在一起^[14]。传统的单一护理办法很难做到全面涵盖这些诸多诱发因素,很轻易产生干预迟缓或者救治不充分的情况。于是,本项研究便采取了多因素融合的护理方案,把心理干预,功能训练,物理疗法以及药物辅佐等干预方法汇集起来,按照患者的危险程度来规划对应的护理路线,在临床实际操作中体现出较强的可行性和成果。

术后借助多模式镇痛、标准排尿指导、盆底肌训练以及中药坐浴等综合办法,促进膀胱机能尽早恢复,减少第一次排尿迟缓和膀胱残留尿量。针对术后心理紧张、排尿恐惧这些常见情绪反应,护理团队展开主动交流并给予情绪疏导,有益于病人形成正确的排尿观念,削减因精神紧张引发的功能性尿潴留几率,各种干预相互配合,在保障病人安全的基础

上,为术后恢复构筑起若干道防线,显示出系统化护理路径的临床意义。

4.3 临床推广的前景

分级护理理念给肛肠术后尿潴留的防控带来了更新颖的想法,也为其它手术类型护理干预积累起宝贵的经验^[15]。依靠这个框架,按照患者的风险层级来制定不同的护理方案,既可以改进医疗资源的分配状况,又能有效地削减术后并发症的发生频率,加快病人的恢复速度。随着医学技术不断向前发展,护理方式也逐渐朝着细致化和个性化的方向迈进,分级护理作为高效又科学的管理方法,在肛肠外科以及其他相关的专科应用范围越来越广泛,通过不断改善护理品质并加深临床操作,它在术后管理方面的关键作用会愈加明显,用图表形式表现分级护理对于尿潴留防范的实际成效,能够给临床工作者给予直观的数据支撑,促使这一做法在实际工作中得到更广泛的推行。

参考文献:

- [1] 杨鲁萍. 肛肠疾病术后尿潴留的原因及针对性护理干预的效果[J]. 中国肛肠病杂志, 2023,43(12):60-62.
- [2] 张妃,袁美娟,沈小群. 危机管理护理策略在肛肠术后患者疼痛及并发症中的应用研究[J]. 浙江医学教育, 2023,22(06):379-383.
- [3] 白荣. 肛肠科患者术后恢复期的护理与注意事项[J]. 人人健康, 2025,(01):126-128.
- [4] 苏锦绣. 计划行为理论的康复护理在肛肠外科患者术后的效果观察[J]. 中国医药指南, 2025,23(14):164-166.
- [5] 傅燕玲,邓宏嫒,邓秀梅,等. 预见性护理对肛肠科手术患者康复效果的影响分析[J]. 中国医药指南, 2024,22(33):150-153.
- [6] 李敦穹,李敦旭,黄颜. 综合康复护理干预对直肠癌的应用及对患者康复的影响——评《临床护理基础及专科护理》[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2021,26(10):1216.
- [7] 段春喜,王立军,孙会群,等. 预见性护理联合分阶段健康教育在肛肠病术后的应用效果观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2025,45(07):68-71.
- [8] 吴少佩. 中药熏洗坐浴护理与情志护理对肛肠术后患者疼痛程度的影响[J]. 中国医药指南, 2025,23(02):149-152.
- [9] 梁朝洪,盛笑彤. 多点反馈理论在肛肠外科患者护理中的应用价值[J]. 浙江创伤外科, 2025,30(05):998-1000.

- [10] 熊艺, 陈金兰, 王聪, 等. 经皮胫神经刺激治疗肛肠良性疾病术后短期排尿功能障碍的临疗效观察 [J]. 中国康复医学杂志, 2025, 40(06): 917-923.
- [11] 万凯琳, 危昌洪. 艾灸配合耳穴埋豆预防肛肠术后尿潴留的护理效果观察 [J]. 临床护理杂志, 2022, 21(05): 21-23.
- [12] 田杰, 刘杰, 彭晓晓, 等. 针对性护理对肛肠科术后缓解肛门疼痛与排便的影响 [J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2025, 35(02): 89-91.
- [13] 张晓霞, 罗娴, 吴安定, 等. 肛肠疾病患者手术切口感染病原菌特点及耐药性分析 [J]. 中国病原生物学杂志, 2025, 20(07): 933-936.
- [14] 李琴娜, 赵晶晶, 张燕燕. 责任制护理在益气行水汤治疗肛肠术后尿潴留的临床观察中的应用研究 [J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(02): 310-311.
- [15] 肖华. 舒适性护理对肛肠术患者术后自主排尿恢复的影响 [J]. 医学理论与实践, 2020, 33(09): 1516-1517.
- 作者简介: 刘政恒 (1983—), 女, 汉族, 本科, 肛肠术后尿潴留分级预防护理策略效果评价。