

泌尿外科术后管道护理风险因素分析及防范对策研究

汪红林

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430030

【摘要】：目的：为分析泌尿外科术后管道护理风险因素、提出相应的预防措施，减少管道相关并发症的发生率，提高护理质量。方法：为选择2024年11月到2025年12月本院泌尿外科收治的176例术后留置导尿患者，随机分成对照组44例、观察组44例。对照组做常规管道护理，观察组做针对性防范护理，比较两组的相关指标。结果：观察组管道相关并发症发生率（6.82%）显著低于对照组（27.27%），护理满意度（96.59%）显著高于对照组（79.55%）；观察组管道护理质量评分（56.96±3.12）分、SF-36生活质量评分（78.25±4.72）分，均显著高于对照组的（40.76±4.25）分、（61.01±5.86）分；观察组焦虑、抑郁评分分别为（42.15±4.86）分、（43.26±4.98）分，显著低于对照组的（54.32±5.18）分、（56.75±5.32）分，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：为针对性的预防措施可以有效地降低泌尿外科手术病人管道护理的风险、提高病人的治疗效果。

【关键词】：泌尿外科；术后管道；护理风险；防范对策；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.001

前言

泌尿外科手术是治疗泌尿系统疾病的常用方法，术后需要留置导尿管、膀胱造瘘管、输尿管支架管等各种管道来引流尿液、观察肾功能、防止尿潴留，保证患者的术后康复。管道护理属于泌尿外科手术后护理的主要部分，它同患者治疗成果及康复进度存在密切联系。但是临床实践当中，由于患者的自身情况、护理操作的规范程度、管道材质以及环境等诸多方面的影响，导致术后管道护理存在管道堵塞、脱落、尿路感染等一系列的风险事件，不但会给患者带来极大的痛苦，并且会延长患者的住院时间，还会给医院带来医疗纠纷，从而影响到护理的质量。因此，对泌尿外科术后管道护理风险因素进行系统的分析，提出科学合理的防范措施，减少护理工作中出现的管道相关并发症，是目前临床护理工作中的主要任务。本研究选择2025年1月至2025年12月本院收治的泌尿外科术后带管患者共176例，进行相关研究，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择2024年11月至2025年12月本院泌尿外科收治的176例术后留置管道患者为研究对象，纳入标准为符合泌尿外科手术指征、术后需要留置至少一种管道、意识清楚、有基本交流能力、愿意参加本次研究并签署知情同意书、病历资料齐全。排除标准为合并严重的心、肝、肾等重要器官功能不全者，合并有免疫性疾病、凝血功能异常的患者，存在明显认知障碍和精神疾病的患者，术后出现严重并发症需要转入重症监护病房治疗者，中途转院或者退出研究者。

用随机数字表法把176例病人分成对照组和观察组，两组各为44例。对照组男性52例，女性36例，年龄28~75岁，平均年龄(54.36±8.25)岁；手术方式有前列腺电切术32例、输尿管结石取石术25例、膀胱肿瘤切除术18例、肾囊肿去顶术

8例和其它5例；留置管道种类有导尿管58例、膀胱造瘘管16例、输尿管支架管14例。观察组男性50例、女性38例，年龄29~76岁，平均年龄(55.12±8.31)岁；手术类型为前列腺电切术30例、输尿管结石取石术26例、膀胱肿瘤切除术19例、肾囊肿去顶术7例、其他6例；留置管道类型为导尿管56例、膀胱造瘘管17例、输尿管支架管15例。两组患者性别、年龄、手术种类、留置管道种类等一般资料比较，差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

常规护理措施为术后常规检查管道是否通畅、固定情况，做好管道的标识工作；每天用0.5%聚维酮碘擦拭尿道口和管道近端，保持局部清洁干燥；定时更换引流袋，严格无菌操作；指导患者适量饮水，告诉患者有关管道护理的相关事宜；注意观察引流液颜色、量、性状，有异常立即报告医生处理；做好护理记录。

1.2.2 观察组

常规护理的基础上根据风险因素的分析采取相应的预防性护理，具体的措施如下表所示。

(1) 术前管道风险分层评估与前置干预：为了克服传统术前护理普遍缺少个性化特点的问题，泌尿外科应该创建一个专门的管道护理团队，在患者进行手术前24小时里使用自创的泌尿系统术后管路管理风险评估问卷，来全面地评价和判断患者的病情。该问卷包含患者年龄、身体机能状况、认知能力、行为习惯、使用引流管种类及时长等几方面内容，按照患者风险程度分低、中、高三类。对高风险病人术前要经过充分沟通，取得家人的理解与配合，制定出具体干预措施和效果预期；医护人员在麻醉诱导之后30到60分钟内依照医嘱执行针对性预先处置，对有可能导致泌尿道感染或者下肢水肿的病人可以

给些小剂量地塞米松来减缓炎症反应，这样就能削减导管相关问题出现的机率并且改善不适感觉。还需做好所需要的支撑工器具以及仪器检测。

(2) 个体化管道固定优化与防脱管防控：本文提出以患者个体为出发点的多维综合固定策略，目的在于科学地制定出固着效果和舒适度都得到提高的固定方案。对泌尿系统相关的引流管，采取气囊内固定加3M弹力贴膜螺旋式缠绕的方式进行固定，严格掌握好固定点的选择标准，避开下肢高频率运动部位，给患者留出足够的自由活动余地，防止出现意外滑脱或局部组织损伤的情况发生；对于输尿管支架管，着重突出术后规范化的体位引导训练，在加快功能康复进程的时候避免移位风险的出现。

(3) 循证化无菌感控优化，降低逆行感染风险：尿道口护理要引入0.5%聚维酮碘溶液冲洗、生理盐水擦拭、无菌纱布覆盖干燥的三位一体模式，形成闭环管理体系，防止由于局部刺激引发的相关问题。使用密闭式防反流集束式引流袋，病人安全、舒适，做好日常护理和消毒工作。创建无菌物品管理制度，开放后的包装有效时间是4小时，一次性使用的一次性穿刺针、手套等应立即取下，每天下班后从患者身上取回的引流管及尿液等标本要送入科室细菌室做培养和药敏试验，由专人负责每天检查结果是否正常，有变化时立即汇报医师调整治疗方案。

(4) 智能化动态监测与病情闭环管理：相比于传统周期性的人工巡视检查方式，本文采用的是以精准化的、主动式的监测为基础，并且利用智能预警技术的协同管理模式来实现临床风险控制的效果。在术前6小时的时候实行每1小时一次的持续监护，在手术之后的第6到第24小时里，按照患者情况来决定检查次数，特别留意患者生理机能改变，腹部不适反应和伤口愈合进程，还要评判导管位置稳定程度，固定牢固情况以及引流物好坏信息。依靠先进的智能引流设备可以准确地追踪液体流动的速度与排出的速率，及时发出故障报警以便护理人员立即采取干预措施。

1.3 观察指标

(1) 管道相关并发症：比较两组患者术后住院期间管道堵塞、管道脱落、尿路感染、引流液异常（引流液颜色、量、性状不符合正常术后表现）等并发症的发病率。

(2) 护理满意度：使用自拟的护理满意度量表进行评价，该量表有20个条目，每个条目用1到5分评分法来评定，1分为非常不满意，5分为非常满意，总分是20到100分。80分以上为非常满意，60分到79分为满意，低于60分为不满意。护理满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。该量表Cronbach's α 系数为0.86，内容效度为0.88，具有良好的信效度。

(3) 管道护理质量评分：使用医院自制的管道护理质量

量表进行评价，该量表共有15个条目，包括管道固定、无菌操作、引流液观察、健康宣教和护理记录五个方面，每个条目用1到4分的评分方式来打分，1分代表差，4分代表好，总分范围为15到60分，分数越高表示管道护理质量越好。该量表Cronbach's α 系数为0.84，内容效度为0.87，信效度良好。

(4) 焦虑、抑郁情绪评分：用焦虑自评量表、抑郁自评量表评价患者术后7天情绪。焦虑自评量表有20个条目，用1到4分的评分来评定，总分为20到80分，分数越高说明焦虑程度越严重，临界值为50分，大于50分就属于存在焦虑情绪。抑郁自评量表共有20个条目，用1到4分的评分方式来评定，总分为20到80分，得分越高表示抑郁情绪越严重，临界值为53分，大于53分则表明有抑郁情绪。两个量表Cronbach's α 系数分别为0.82和0.83，信效度良好。

(5) 生活质量评分：使用SF-36生活质量量表对患者术后14天生活品质进行评价，该量表有36个条目，包含生理功能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能、精神健康八个方面，每一个方面的评分都用0到100分来表示，总分为0到100分，分数越高代表患者的生存质量越好。该量表Cronbach's α 系数为0.89，内容效度为0.90，信效度良好。

1.4 统计学方法

使用SPSS 24.0统计学软件对数据进行处理，计量资料用均数±标准差表示，组间比较用t检验；计数资料用例数和百分比表示，组间比较用 χ^2 检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者管道相关并发症发生率比较

观察组管道相关并发症发生率显著低于对照组，差异有统计学意义。详见表1。

表1 两组患者管道相关并发症发生率比较

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P值
例数	88	88	-	-
管道堵塞	7	2	3.175	0.075
管道脱落	5	1	3.007	0.083
尿路感染	8	2	4.457	0.035
引流液异常	4	1	2.674	0.102
总发生率(%)	24(27.27)	6(6.82)	12.893	<0.001

2.2 两组患者护理满意度比较

观察组护理满意度显著高于对照组，差异有统计学意义。

详见表 2。

表 2 两组患者护理满意度比较

组别	对照组	观察组	X ² 值	P 值
例数	88	88	-	-
非常满意	32	56	-	-
满意	38	29	-	-
不满意	18	3	-	-
满意度(%)	70(79.55)	85(96.59)	12.941	<0.001

2.3 两组患者管道护理质量评分比较

观察组管道护理质量评分显著高于对照组，差异有统计学意义。详见表 3。

表 3 两组患者管道护理质量评分比较

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	88	88	-	-
管道固定	8.25±1.03	11.32±0.85	19.872	<0.001
无菌操作	8.12±1.15	11.56±0.78	22.345	<0.001
引流液观察	8.36±1.08	11.45±0.82	20.561	<0.001
健康宣教	7.98±1.21	11.28±0.91	18.793	<0.001
护理记录	8.05±1.12	11.35±0.86	19.234	<0.001
总分	40.76±4.25	56.96±3.12	27.892	<0.001

2.4 两组患者焦虑、抑郁情绪评分比较

观察组焦虑自评量表、抑郁自评量表评分显著低于对照组，差异有统计学意义。详见表 4。

表 4 两组患者焦虑、抑郁情绪评分比较

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	88	88	-	-
焦虑自评量表评分	54.32±5.18	42.15±4.86	14.872	<0.001
抑郁自评量表评分	56.75±5.32	43.26±4.98	16.345	<0.001

2.5 两组患者生活质量评分比较

观察组 SF-36 生活质量量表各维度评分及总分均显著高于对照组，差异有统计学意义。详见表 5。

表 5 两组患者生活质量评分比较

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
----	-----	-----	-----	-----

例数	88	88	-	-
焦虑自评量表评分	54.32±5.18	42.15±4.86	14.872	<0.001
抑郁自评量表评分	56.75±5.32	43.26±4.98	16.345	<0.001
组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	88	88	-	-
焦虑自评量表评分	54.32±5.18	42.15±4.86	14.872	<0.001
抑郁自评量表评分	56.75±5.32	43.26±4.98	16.345	<0.001
组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	88	88	-	-
焦虑自评量表评分	54.32±5.18	42.15±4.86	14.872	<0.001

3 讨论

根据本研究结果和临床经验可知，泌尿外科术后管道护理风险因素有四个方面的内容。患者自身因素属于重要因素，老年人的身体机能衰退，免疫力降低，皮肤弹性变差，管道固定困难，而且对于管道护理的知识了解程度不高，容易造成管道被牵拉或者误拔的情况发生；部分患者因为术后疼痛、焦虑等负性情绪的影响而影响到自身的遵医行为，从而加大了风险的发生几率。护理操作因素属于重要环节，护理人员无菌操作不规范，更换引流袋时消毒不到位、操作过程中污染管道接口等都会引起尿路感染，管道固定方法不当，固定过松容易造成管道脱落，固定过紧会影响局部血液循环，还会造成管道扭曲，护理人员对引流液的观察不够细致，不能及时发现管道堵塞、引流液异常等问题，耽误了干预的时间。

本研究中，观察组在常规护理的基础上加上有针对性的防范护理，用风险评价和干预的方法准确地找出患者的个体风险，制定出个性化的护理计划，从而达到早期发现、及时干预的目的，改善了患者的生存质量，减少了由于管道脱落、堵塞、尿路感染等原因造成的并发症。经由健康教育以及心理护理，改善了患者及其家属的自我护理水平和风险防范意识，减轻了患者的负性情绪，加强了患者的治疗遵从性，给管道护理的有效执行赋予了支撑。

加强病情及管道的监测可以及时发现管道有无异常以及病情的变化，防止延误治疗；定期对护理人员进行培训，提高护理人员的专业水平和应急处理能力，规范护理操作程序，提高管道护理的质量。从以上结果可以看出，观察组管道相关并发症的发生率明显低于对照组，护理满意度、管道护理质量评分均高于对照组，焦虑、抑郁情绪评分均低于对照组，生活质量评分均高于对照组，证实了有针对性的防范措施可以有效地减少护理风险，提高护理效果，改善患者的预后。

4 结论

泌尿外科术后管道护理存在患者自身、护理操作、管道本身、环境等诸多方面的风险因素，这些因素互相影响，一起加大了管道相关并发症发生的风险，影响患者的康复以及护理质量。根据以上风险因素，采取风险评估和干预、改进管道固定、

加强无菌操作、做好健康教育和心理护理、规范病情观察和护理人员培训等措施可以减少管道堵塞、脱出、尿路感染等并发症的发生率，减轻患者的负性情绪，提高护理满意程度以及管道护理质量，改善患者的生活质量，有重大的临床意义，在泌尿外科临床护理中可以得到推广使用。

参考文献：

- [1] 蒲永洁,林玉枝.网格化管理在泌尿外科管道管理中的应用[J].当代护士(中旬刊),2021,28(01):36-38.
- [2] 张林梅.管道护理在泌尿外科术后 52 例中的应用[J].中国民族民间医药,2015,24(20):94+96.
- [3] 董亚娟.(2025).基于案例教学的泌尿外科术后管道护理临床教学实践研究.中文科技期刊数据库(文摘版)教育,(8),099-102.
- [4] 马生梅.28 例泌尿外科疾病术后管道的护理体会[J].青海医药杂志,2014,44(07):57-58.