

女性盆底功能障碍性疾病术后不同膀胱残余尿量患者的护理

田小娟,刘义玲,刘霞

(北京协和医院,北京,100730)

[摘要] 目的 探讨女性盆底功能障碍(female pelvic floor dysfunction,FPFD)术后患者不同膀胱残余尿量的护理方法。方法 依据FPFD术后患者不同膀胱残余尿量情况给予针对性护理,观察患者膀胱残余尿量情况。结果 ①138例患者拔除尿管后均能自主排尿,其中74例(占53.6%)患者膀胱残余尿量<100mL,53例(占38.4%)患者膀胱残余尿量100~300mL,11例(占8.0%)患者膀胱残余尿量>300mL;②11例膀胱残余尿量>300mL患者,留置尿管4~5d,定时夹闭尿管,锻炼膀胱功能,再次拔除尿管后所有患者膀胱残余尿量均<100mL;③53例膀胱残余尿量100~300mL患者,未留置尿管,给予实施排尿护理、心理护理及膀胱功能锻炼,拔除尿管后第2天41例患者(占77.4%)残余尿量<100mL,拔除尿管后第3天11例患者(占20.7%)膀胱残余尿量<100mL,拔除尿管第5天1例患者(占1.9%)膀胱残余尿量<100mL。结论 依据FPFD术后患者不同膀胱残余尿量情况给予针对性护理,可有效改善患者膀胱尿潴留情况,从而减少患者的痛苦和负担。

[关键词] 女性盆底功能障碍;膀胱残余尿量;护理

[中图分类号] R473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2017)02-0034-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.02.009

Nursing for the different postoperative residual urine of patient with pelvic floor dysfunction

Tian Xiaojuan, Liu Yiling, Liu Xia//Modern Clinical Nursing, 2017, 16(2):34.

[Abstract] **Objective** To discuss the nursing for the different postoperative residual urine of patient with pelvic floor dysfunction. **Method** To evaluate the nursing for the postoperative residual urine of patient with pelvic floor dysfunction and the time of urinary catheters inserted, We completed a retrospective review of 138 adult patients. **Results** ①Totally 138 participants were categorized into 3 groups: 74(53.6%) patients carried a residual volume <100ml, 53(38.4%) patient did 100~300ml, 11(8.0%) did >300ml. ②About 11 patients who were able to void but carried a residual volume >300ml required indwelling catheterization. In these cases, 100% carried a residual volume <100ml after indwelling urinary catheter extraction (IUCE) after 4~5 days. ③About 53 patients who were able to void but carried a residual volume between 100ml to 300ml received urine nursing, psychological nursing and bladder function exercise. Two days after IUCE 41(77.4%) patients' residual volume was <100ml; three days after IUCE 11(20.7%) patients' residual volume was <100ml; five days 1 patients' residual volume was <100ml. **Conclusion** When a postvoid residual >300ml, the patient should be performed catheterization, When a postvoid residual between 100ml to 300ml, the nurse should give the patient mental easing and teach them to perform pelvic floor muscle exercise. This can reduce the suffering of patients.

[Key words] pelvic floor dysfunction; residual urine; nursing

女性盆底功能障碍(female pelvic floor dysfunction,FPFD)是指盆底支持结构缺陷、损伤造成的功能障碍性疾病,主要有压力性尿失禁(stress urinary incontinence,SUI)、盆腔器官脱垂(pelvic organ prolapse,POP)和女性性功能障碍(female sexual dysfunction,

FSD)^[1]。其是中老年妇女的常见病、多发病,可引起患者生活质量下降,目前主要的治疗方法是通过手术矫正。近年来,随着医学护理技术的不断提高,对盆底解剖研究认识的不断深入,手术器械的改进及修补材料的发明应用,治疗FPFD的手术方式也程多样化,但无论采取哪种手术方式,FPFD主要表现之一为排尿形态的改变,术后对患者排尿情况的观察尤为重要。FPFD术后主要表现为拔除尿管后患者容易发生尿潴留,临床常规给予留置尿管处理。2014年1月至2015年12月,本院对138例FPFD术后

[收稿日期] 2016-06-17

[作者简介] 田小娟(1982-),女,北京人,护士长,主管护师,本科,主要从事妇产科护理及管理工作。

[通信作者] 薄海欣,总护士长,副主任护师,本科, E-mail:bohixin@126.com。

患者在拔除尿管后,对其采用膀胱容量测定仪测残余尿^[2],监测患者排尿的情况,并依据患者拔尿管后膀胱残余尿情况,采取针对性护理措施,取得较好效果,现将方法及结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2014年1月至2015年12月,本院收治的FPFD术后患者138例,年龄29~83岁,平均 (60.56 ± 11.46) 岁。住院天数3~10d,平均 (5.61 ± 1.23) d。疾病类型:子宫脱垂4例,阴道前后壁脱垂40例,子宫合并阴道前后壁脱垂65例,子宫合并阴道前后壁脱垂并尿失禁13例,阴道前后壁脱垂并尿失禁16例。手术方式:子宫切除+阴道前后壁修补术33例,子宫切除+全盆底重建术25例,子宫切除+骶棘韧带悬吊术15例,子宫切除+阴道半封闭术10例,子宫切除+耻骨后阴道无张力尿道中段悬吊术(tension-free vaginal tape,TVT)6例,全盆底重建+骶棘韧带悬吊术9例,全盆底重建+阴道前后壁修补术6例,骶棘韧带悬吊术6例,阴道半封闭术20例,TVT8例。排除术中明确损伤泌尿系统。根据术中情况,遵医嘱术后第1天拔除尿管113例,术后第2天拔除尿管8例,术后第3天拔除尿管9例,术后第4天拔除尿管4例,术后第5天拔除尿管4例。

1.2 方法

1.2.1 不同膀胱残余尿量患者拔除尿管后的护理方法 所有患者拔除尿管后均嘱其多饮水,练习自解小便,自解小便3次后立即予以膀胱容量测定仪测残余尿量。①对于膀胱残余尿 $<100\text{mL}$ 的患者,嘱其继续多饮水,每日2000~3000mL,给予排尿护理指导及膀胱功能锻炼指导,保持小便通畅。②对于膀胱残余尿量在100~300mL的患者,遵医嘱暂不重置尿管,加强患者的心理疏导,缓解其因残余尿不合格造成的压力,介绍经反复练习排尿后,残余尿达到要求的案例,给予排尿护理指导及膀胱功能锻炼指导,第2~3天复测膀胱残余尿量,直至患者膀胱残余尿量达到合格为止。③对于膀胱残余尿量 $>300\text{mL}$ 的患者,遵医嘱给予患者重置

尿管,保留4~5d,尿管白天夹闭,每2h开放1次,夜间长期开放,指导患者进行膀胱功能锻炼,加强患者心理护理,缓解患者焦虑担忧;再次拔除尿管后嘱患者多饮水,给予排尿护理指导及膀胱功能锻炼指导,练习自解小便,自解3次后复测膀胱残余尿量,直至患者膀胱残余尿量达到合格为止。

1.2.2 排尿护理指导及膀胱功能锻炼指导 嘱患者排尿前采取深呼吸、放松等方法,缓解紧张情绪。排尿过程指导患者听流水声、温水冲洗外阴等,促进尿液排出,也可将手置于患者下腹部膀胱膨隆处,向左右轻轻按摩10~20次,再用手掌自患者膀胱底部向下推移按压,以减少膀胱残余尿量;了解患者排尿习惯及心理,为其提供相应的训练环境,排尿时进行遮挡,根据患者对排尿环境的要求选择适合排尿工具^[3]。疼痛可能成为患者心理的应急源,从而产生应激反应,影响排尿功能恢复,导致尿潴留^[4]。听取患者主诉,若因伤口疼痛不敢用力,教会患者转移注意力,必要时遵医嘱服用止痛药,同时可根据患者情况遵医嘱予以中成药尿感宁颗粒口服,每日3次。尿管拔除后教会患者行肛提肌锻炼,嘱患者采取平卧位,有意识地对肛提肌为主的盆底肌肉进行自主性收缩,每收缩5s后放松,反复进行15min,每日3次,增加盆底肌肉群的张力^[5]。

1.3 统计学方法

数据采用SPSS13.0进行统计分析。计数资料采用频数和百分率描述,计量资料采用均数 \pm 标准差描述。

2 结果

①138例患者拔除尿管后均能自主排尿,其中74例(占53.6%)患者膀胱残余尿量 $<100\text{mL}$,53例(占38.4%)患者膀胱残余尿量100~300mL,11例(占8.0%)患者膀胱残余尿量 $>300\text{mL}$;②11例膀胱残余尿量 $>300\text{mL}$ 患者,留置尿管4~5d,定时夹闭尿管,锻炼膀胱功能,再次拔除尿管后所有患者膀胱残余尿量均 $<100\text{mL}$;③53例膀胱残余尿量100~300mL患者,未留置尿管,给予实施针对性护理措施及排尿功能锻炼,拔除尿管后第2天41例患者(占77.4%)残余尿量 $<100\text{mL}$,拔除尿管后第3天11例

患者(占 20.7%)膀胱残余尿量 $<100\text{mL}$,拔除尿管第 5 天 1 例患者(占 1.9%)膀胱残余尿量 $<100\text{mL}$ 。

3 讨论

3.1 FPDF 术后排尿特点

女性 FPDF 是常见疾病,日益影响着女性的生活和健康^[6]。FPFD 手术目的是缓解症状,尽可能使患者盆腔脏器解剖及功能恢复正常。留置导尿管是手术患者最基本的护理措施,不仅有利于术中记录排尿量,密切观察患者病情变化情况,也利于术中排空膀胱,充分暴露术野,从而避免邻近器官损伤,而且便于术后尿液引流,减轻手术切口的张力,促进切口愈合。残余尿是判断膀胱排尿功能的重要指标^[7]。FPFD 患者术后出现尿潴留。往往是由于术前存在盆腔脏器脱垂及尿失禁等,引起逼尿肌功能减退,盆底重建以及尿道悬吊等手术,造成了膀胱、输尿管解剖位置的变化,引起排尿阻力增加,排尿感改变;同时由于术后疼痛不敢用力小便等,并非术中膀胱、尿道和相关神经组织的损伤,但都可能会引起患者术后排尿不尽,出现尿潴留;另外,排尿受生理、心理、社会因素共同影响,紧张、焦虑常会影响患者的排尿活动^[8],使逼尿肌收缩异常,造成排尿困难;外阴部神经末梢丰富,患者对疼痛非常敏感^[9],同样会使患者对排尿产生恐惧,造成残余尿量增加。

3.2 不同膀胱残余尿量的护理

本组 138 例 FPDF 患者术后,残余尿不合格率为 46.4%,其中残余尿量 100~300mL 占 38.4%, $>300\text{mL}$ 者占 8.0%。尿潴留是指术后仍不能自行排尿且残余尿 $>100\text{mL}$,主要表现为残余尿增加,排尿时尿流不畅^[10]。有学者认为^[11],若膀胱残余尿 $>100\text{mL}$,要继续留置尿管。临床发现,残余尿 $>100\text{mL}$ 即再次留置尿管,增加了患者的心理负担,使患者对自解小便更加恐惧;导尿后膀胱持续空虚,逼尿肌收缩功能得不到锻炼;尿管的刺激或尿路黏膜的局部炎症水肿,可能会加重患者排尿困难,并增加感染的机会,延长了住院时间,加重护士的工作量;同时,再次拔除尿管后患者仍要重新面对新的排尿感觉。国外文献报道^[12],残余尿 $>300\text{mL}$ 建议再次留置尿

管,而国内尚无针对 FPDF 术后尿潴留再次留置尿管时机的相关报道。

文献报道^[13],当患者膀胱残余尿量残余尿 $<100\text{mL}$,表示膀胱功能恢复良好,可以继续嘱患者加强膀胱功能练习,听取患者主诉,保持小便通畅。当患者自解小便后,残余尿仍 $>300\text{mL}$ 时,表示膀胱充盈较为严重,持续的充盈会加重患者排尿异常,造成逼尿肌功能损害,遵医嘱再次留置尿管。在保留尿管通畅的同时,予以白天定时夹闭锻炼膀胱功能,夜间持续开放,每天对患者进行心理疏导,缓解再次留置尿管给患者带来的压力;4~5d 后拔除尿管后继续监测残余尿,并指导患者加强膀胱功能锻炼,直至膀胱残余尿量恢复正常为止。本组 11 例膀胱残余尿量 $>300\text{mL}$ 患者,给予留置尿管 4~5d,再次拔除尿管后所有患者膀胱残余尿 $<100\text{mL}$ 。对于术后残余尿在 100~300mL 之间的患者,考虑由于心理因素,术后排尿感改变以及疼痛等原因。可暂时不予以再次留置尿管,排除患者不良情绪,建立适宜患者的排尿环境,尽量减少术后疼痛等影响排尿的因素;同时坚持盆底肌功能训练,可有效收缩阴道、尿道口及肛门四周的肌肉,增加盆底肌肉的收缩力与紧张度,以促进患者恢复排尿功能;可遵医嘱予以尿感宁口服,缓解患者尿频、尿急、尿痛或尿不尽的症状。本组 53 例患者在拔除尿管后的第 2~3 天分别再次测量膀胱残余尿量,尿潴留现象明显改善。

4 结论

综上所述,患者排尿功能的恢复程度与护士的良好管理及患者的自身努力密切相关^[14]。依据 FPDF 术后患者不同膀胱残余尿量情况给予针对性护理,可有效改善患者尿潴留情况。建议 FPDF 术后当患者残余尿量 $>300\text{mL}$ 时,需重新留置尿管,可有效缓解患者尿潴留现象;当患者残余尿在 100~300mL 时,可暂不重置尿管,对患者实施排尿护理、心理护理及膀胱功能锻炼,大部分患者残余尿可达到正常标准,从而避免了患者再次留置尿管造成的痛苦,很大程度上降低了患者心理、生理和经济上的负担。

参考文献:

- [1] 魏敏,杨巍,于雪梅,等.1例应用骨盆底修复系统行全盆底重建术患者的护理[J].护理研究,2012,26(5):1245-1246.
- [2] 陈洁,刘义玲.妇科术后应用膀胱容量测量仪行残余尿量测量的护理[J].中国实用护理杂志,2013,29(22):106-107.
- [3] 温曲英,李玉春,李杏梅.按需排尿对降低宫颈癌术后患者尿潴留发生的效果观察[J].现代临床护理,2015,14(4):42-44.
- [4] 张东红,吴莲芳,贾红芳,等.综合护理干预对脑卒中患者拔除尿管后预防尿潴留的效果观察[J].现代临床护理,2012,11(8):17-19.
- [5] 庄秋英,刘佳.全盆底重建术治疗女性盆腔脏器脱垂患者的围术期护理[J].护理研究,2012,26(9):2571-2572.
- [6] 张弋廷,郭健,贺番.盆底重建术治疗女性盆底功能障碍性疾病的护理[J].护理实践与研究,2011,8(6):55-56.
- [7] 田教坤.实用妇科手术损伤防治学[M].北京:北京科学出版社,2000:234-235.
- [8] 陈选英,裴静.无张力尿道中段悬吊术治疗女性压力性尿失禁的护理[J].护士进修杂志,2008,23(7):665-666.
- [9] 曹绒霞,胡军.无张力阴道吊带术治疗女性压力性尿失禁18例的护理[J].中国误诊学杂志,2009,9(35):8721.
- [10] 林银翠,郭智勇,罗艳,等.不同护理方法对宫颈癌术后尿潴留疗效的比较[J].广东医学,2014,35(14):2302-2303.
- [11] 张郁蓉,刘春华,扬欣,等.经阴道无张力尿道中段吊带悬吊术治疗女性压力性尿失禁的护理[J].现代护理,2006,12(17):1619-1620.
- [12] JILL CUTRIGHT.The Effect of the bladder scanner policy on the number of urinary catheters inserted [J].Wound Ostomy Continence Nurs,2011,38(1):71-76.
- [13] 张华妹,刘清霞,刘桂凤,等.计划饮水和排尿对宫颈癌术后膀胱功能训练的影响[J].护理研究,2014,28(3):1086-1087.
- [14] 王熠平,黄天雯,杨秀玉,等.康复护理对脊髓栓系综合征术后神经源性膀胱功能恢复的影响[J].现代临床护理,2012,11(1):37-39.

[本文编辑:刘晓华]

·编读往来·

《现代临床护理》杂志投稿程序

注册 登录《现代临床护理》杂志的网站 <http://www.xdlehl.com>→于首页在线办公区点击注册→注册用户名及密码(第二次投稿,如曾注册过,则直接输入用户名和密码)→按照系统提示填写注册信息(*项的信息必须填写,其他项目可在不影响您信息安全的前提下选择填写)。

投稿 用您的用户名和密码登录后→点击我要投稿→点击上传稿件→按照系统提示上传相关信息(即可按提示逐项填写稿件信息)→上传稿件全文→点击预览稿件信息,确定无误后即可确认投稿成功。

查询稿件 用您的用户名和密码登录后→点击作者在线查稿区→点击稿件状态查询→可见“初审”、“外审”、“专家审”、“待发表”、“退稿”等稿件状态。

提醒 ①投稿或查询稿件时均用此用户名和密码登录。

②如发现《现代临床护理》杂志回复的意见非广州市地址或有其他疑义时,请及时与本编辑部联系。电话:020-87330961,020-87755766-8050。

③投稿前,请仔细阅读本杂志网站首页的“投稿须知”一栏。

[本刊编辑部]