

## 带蒂大网膜移位治疗膀胱阴道瘘的护理 2 例

周春华 刘晓军 陈小艳

Waters 首次应用带蒂大网膜治疗膀胱阴道瘘获得成功以来<sup>[1]</sup>, 大网膜抗感染和修复组织能力日益受到泌尿外科的重视, 并且获得了满意疗效<sup>[2]</sup>。我科运用带蒂大网膜移位治疗复杂性膀胱阴道瘘效果较好, 现报道如下。

### 临床资料

1. 一般资料。2 例女性患者因子宫肌瘤和宫颈癌行子宫全切术后出现不同程度的阴道不自主流液, 特别是在活动、站立、咳嗽、跳跃引起腹压增加时加重, 遂来我院就诊。门诊以“膀胱阴道瘘”收入院。

2. 方法。2 例患者均在连续硬膜外麻醉下行带蒂大网膜移位治疗膀胱阴道瘘。术中证实: 1 例患者膀胱后壁、阴道上壁分别有 0.5 cm×0.3 cm, 1 cm×1 cm 瘘口, 另 1 例在距左输尿管膀胱开口 0.8 cm 处有约 1 cm 瘘口与会阴相通。手术方式行经腹阴道膀胱修补术, 切除瘢痕组织, 分离膀胱阴道间隙, 用带蒂大网膜从膀胱阴道间隙移位至瘘口处, 术中均放置腹膜后引流管、双侧输尿管导管 2 根至腹壁外, 输尿管游离端插入无菌引流瓶内分别为 5, 7 cm 左右以引流尿液。

3. 结果。经保持膀胱空虚状态及膀胱功能重建训练后瘘口闭合, 患者治愈出院。

### 护 理

#### 一、术前护理

1. 心理护理和健康教育。因长期漏尿, 为防止尿液浸湿衣裤, 患者使用不透气卫生巾, 会阴部有不同程度的皮疹且身体的异味使她们在公众面前感觉自卑。身心受到双重创伤, 自我封闭<sup>[3]</sup>, 生活质量受到严重影响。护理小组成员要给予心理支持, 使患者感到值得信赖与托付, 同时告诉患者大网膜修补膀胱阴道瘘手术的优势和诊疗护理计划。

2. 特殊检查的护理。(1) KUB+ IVP 检查的护理。此项检查的目的是了解膀胱形态及功能。检查前取泛影葡胺 1 ml 做碘过敏试验, 20 min 后观察结果为阴性方可检查。注意若有 2 种药物需做试验时, 不能同时进行, 以免影响药物阳性结果的判断。2 例患者行 KUB+ IVP 检查完毕后让其多饮水, 以加速碘剂的排泄。(2) 膀胱美蓝试验。观察有无膀胱阴道瘘, 嘱患者取平卧位, 在严格无菌操作下经尿道插入导尿管, 阴道内填塞无菌纱布 1 块。取美蓝 4 ml 加生理盐水 20 ml 从导尿管内注射至膀胱。半小时后取出纱布, 观察纱布有

无蓝染<sup>[4]</sup>。2 例患者均经膀胱镜检查及美蓝试验证实为膀胱阴道瘘。

3. 阴道护理。保持会阴部清洁, 及时更换内裤, 以干净、柔软、透气的棉质内裤为宜。防止尿液对皮肤的浸渍, 用温水擦洗会阴部, 减少异味。卫生巾、尿布均应为消毒后使用。术前 3 天用生理盐水行阴道冲洗, 2 次/d。1 例患者因较长时间尿液浸渍, 会阴部皮肤出现毛囊炎, 用洁尔阴清洗后局部涂以派瑞松软膏 2 次/d, 于手术前治愈。

4. 膀胱准备。膀胱准备对于手术的成功至关重要。因此, 术前 4 天行膀胱冲洗预防感染, 提高膀胱的顺应性。用生理盐水 500 ml 加入庆大霉素 24 万 U 行膀胱冲洗 2 次/d, 连续 4 d。1 例患者在膀胱壁处取出 3 cm×3 cm 结石。

5. 床上排便训练。术前 3 天开始训练患者床上排便, 以保持正常排便习惯, 防止便秘造成腹压增高而影响大网膜修复瘘口的效果。

6. 一般护理。同泌尿外科常规护理。

#### 二、术后护理

1. 输尿管导管的护理。输尿管导管一般留置于体内, 为减轻膀胱张力, 使膀胱保持空虚状态以利于带蒂大网膜爬行充分修补瘘口。创造性在患者输尿管处插入长度 45 cm, 直径 2 mm 的输尿管导管 2 根, 并通过腹壁引至腹壁外, 使输尿管导管游离端穿过消毒贮尿瓶瓶塞 2 圆形小孔, 末端输尿管导管插入贮尿瓶长度分别为 5, 7 cm 进行密闭式引流。观察左右两侧输尿管引流尿液的情况。插入部分既不可太长又不可太短, 且要长短不一, 因为太长则导管浸入尿液液面下, 不利于观察引流情况; 太短则在更换贮尿瓶或倒尿时易污染输尿管游离端引起感染。贮尿瓶应直立朝上, 不可倾斜或平放, 我们用特制护理架置于患者腹部, 防止导管滑脱、受压、扭曲。保证输尿管引流通畅, 腹部勿受压。

2. 导尿管及腹腔引流管的护理。记录各引流液的颜色、量、性质。观察阴道有无漏尿: 若有渗液应收集作生化分析, 明确是否为尿液或其他分泌物以判断手术效果。其他同导尿管及腹腔引流管的护理。2 例患者均未出现渗液或漏尿情况。观察无漏尿及尿尿等异常情况且患者能自行正常排尿即可拔管。

3. 膀胱功能重建训练。告诉患者膀胱的生理结构和正常功能及其贮尿、排尿训练的意义。(1) 贮尿功能重建。适当循序渐进憋尿, 膨胀膀胱, 以增加膀胱废用后的容量。患者根据自己排尿和适应经验在护士指导下憋尿。训练憋尿在拔出双侧输尿管导管前 2 d 进行, 第 1 天起至以后分别以 2, 3, 4 h 夹尿管和双侧输尿管导管, 分别在对应时间内夹管

——排尿——夹管——排尿。逐渐过度到接近正常排尿次数。排尿时护士一定要观察尿液的颜色,若出现血尿应停止憋尿并减慢放尿液的速度。因膀胱的顺应性差,憋尿时间长,排尿过快,使膀胱内压突然下降,造成应急性充血和出血。(2) 排尿功能训练。排尿训练与导尿排尿有本质的区别,它是积极主动地恢复和保持生理功能的训练。如抗牵拉训练有助于膀胱肌纤维、结缔组织纤维、表皮细胞之间的相互协调作用。肛提肌对阴道有扩约的作用。具体步骤是:提肌——缩臀——收腹——放松,持续 5~10 s,10 次动作为一组,2~3 组/次,2~3 次/d,循序渐进。

4. 拔管护理。观察无漏尿及血尿等异常情况且患者能自行正常排尿即可拔管。2 例患者输尿管导管和留置尿管分别在 10,18 天和 26,14 天拔除。均无漏尿发生。除 1 例患者因脂肪液化行二期缝合拆线用蝶形胶布固定裂开皮肤后其余均正常。拔管前行夹管实验,拔管后多饮水以冲洗尿道防止感染性和心理性尿频。

5. 其他护理。绝对保证大便通畅无干结,否则影响瘘口

愈合。预防感冒、咳嗽、重体力劳动等增加腹压的活动,术后 3 个月内禁止性生活<sup>[5]</sup>。

参 考 文 献

- 1 赵小佩,张炯,陈增德.后尿道狭窄开放手术失败原因分析.中华泌尿外科杂志,2000,21: 235\_237.
- 2 杨唐俊.肠道和大网膜在泌尿外科手术的应用.见俞天麟,金锡御,主编.手术学全称:泌尿外科卷.北京:人民卫生出版社,1994. 574\_575.
- 3 孙祥宙,许成芳.妇产科手术后并发膀胱阴道瘘的诊疗(附 20 例报告).临床泌尿外科杂志,2004,19(6): 352\_354.
- 4 张丽萍,文艳,方丽萍.会阴阴囊岛状皮管一期尿道成形术治疗尿道直肠瘘的护理 13 例.实用护理杂志,2002,18(12): 29\_30.
- 5 郭小叶,白晓静,蒋玉梅,等.膀胱阴道瘘患者围手术期健康教育.护理学杂志,2004,19(2): 64.

(收稿日期:2005-05-10)

(本文编辑:吕彤)

# 肝癌合并糖尿病射频术后并发肝脓肿的护理

盛月红

肝癌的射频热凝(RFA)治疗由于其创伤小、恢复快等优点为多数患者所接受。但随着临床上肝癌合并糖尿病患者的不断增多,两病并存,使患者的病情更为复杂,增加了射频治疗的危险性<sup>[1]</sup>。我科 1999 年 10 月-2005 年 3 月为 50 例肝癌合并糖尿病患者行射频热凝治疗,术后并发肝脓肿 6 例,现报道如下。

临床资料

1. 一般资料。1999 年 10 月-2005 年 3 月,我院对 50 例肝癌合并糖尿病患者进行射频热凝治疗,术后并发肝脓肿 6 例。均为糖尿病 2 型患者,其中男 5 例,女 1 例,年龄 60~82 岁,平均年龄 69.3 岁。肝脓肿发生于术后 5 d~2 周并经 B 超确诊。糖尿病诊断标准按 WHO 诊断标准。5 例患者入院前已确诊为糖尿病 2 型,有 1~4 a 病史,1 例为入院检查诊断为糖尿病,空腹血糖为 8.7~15.7 mmol/L。

2. 方法。本组患者在采取积极抗炎、控制血糖、保肝等支持治疗的前提下,采用美国 Arrow 公司提供的可弯曲导管,在 B 超引导下,避开胸腔和大血管,取脓肿与体表最短距离,经肋间隙或肋缘下进行穿刺置管。接一次性引流袋,每日用甲硝唑反复冲洗脓腔,直至脓腔基本消失、无脓液引出,拔除

引流管。用影像学检查,脓腔消失,脓肿明显缩小,体温正常为治愈标准。

3. 结果。本组 6 例患者经皮肝穿刺置管引流后,有 5 例患者 3~7 d 后体温明显下降,引流液逐渐转清减少,中毒症状迅速减轻消退,除 1 例死于严重的全身感染和继发多脏器功能衰竭,其余 5 例痊愈。

护 理

1. 高热的护理。本组肝脓肿患者除表现为高热、血象高、轻中度贫血外,还表现为畏寒、寒战,10~30 min 后,持续高热达 38.0~39.5 ℃。常于午后发作,1~2 次/d。护理措施:(1) 可给予小量激素及镇静药,以减轻毒性反应<sup>[2]</sup>;(2) 加强高热时护理,首选物理降温,对个别体温下降不明显患者,可采取药物降温;(3) 密切观察患者的生命体征,防止因大量出汗、皮肤水分过分蒸发,导致体液过多丢失,造成血容量不足,血压下降;(4) 加强皮肤护理,保持皮肤清洁、干燥<sup>[3]</sup>;(5) 监测体温,持续高温 39 ℃ 以上,应考虑送血培养,以便有针对性地使用抗生素。

2. 血糖的控制和护理。应用胰岛素积极控制血糖。目前口服降糖药都有不同程度的肝脏损伤,而胰岛素高效低毒,同时又是合成激素,有利于脓肿的消退,应用胰岛素静脉或皮下注射治疗,遵循小剂量开始,个性化调整的原则。(1)

作者单位:200438 上海,第二军医大学东方肝胆外科医院