

失禁护理 理论与实践

主 编 丁炎明

失禁护理理论与实践

顾问 吴士良 廖利民

主编 丁炎明

副主编 陈秀娟 徐洪莲

编者 (按姓氏笔画排序)

丁炎明(北京大学第一医院)

任 辉(吉林大学白求恩第一医院)

吴士良(北京大学第一医院)

汪京萍(北京大学第一医院)

张剑锋(北京大学第一医院)

张 琳(北京大学第一医院)

陈秀娟(香港基督教联合医院)

杨 静(中南大学湘雅二医院)

陆 叶(北京大学第一医院)

郑美春(中山大学附属肿瘤医院)

胡海燕(吉林大学白求恩第一医院)

徐洪莲(第二军医大学长海医院)

贾 静(江苏大学附属人民医院)

高丽娟(中国康复研究中心北京博爱医院)

廖利民(中国康复研究中心北京博爱医院)

鞠彦合(中国康复研究中心北京博爱医院)

编写秘书 任 辉(吉林大学白求恩第一医院)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

失禁护理理论与实践/丁炎明主编. —北京:人民卫生出版社, 2016

ISBN 978-7-117-22257-0

I. ①失… II. ①丁… III. ①尿失禁-护理 IV. ①R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 100530 号

人卫智网 www.ipmph.com 医学教育、学术、考试、健康,
购书智慧智能综合服务平台

人卫官网 www.pmph.com 人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

失禁护理理论与实践

主 编: 丁炎明

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 9 插页: 3

字 数: 166 千字

版 次: 2016 年 6 月第 1 版 2016 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-22257-0/R · 22258

定 价: 30.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

主编简介



丁炎明,女,主任护师,硕士生导师。现任北京大学第一医院护理部主任。从事护理工作 30 余年,其专业领域为普外科、手术室、泌尿外科和造口伤口失禁护理及护理管理。曾分别于 2011 年、2013 年、2014 年短期在美国德克萨斯医学中心、德国柏林工业大学、英国皇家护理学院及美国霍普金斯医学中心学习医院管理。2014—2015 年在北京大学医学部“护理管理 EMBA 高级研修班”学习并毕业。组织并参与省部级研究课题多项,承担并负责院级课题数十项。负责组织本院护理科研团队申报课题并荣获中华护理学会科技奖一等奖。作为第一作者在核心期刊发表论文 40 余篇,并在 2008 年度《中国期刊高被引指数》生物类学科高被引作者排名上进入前 10;主编 40 余部护理书籍。

现任中华护理学会副秘书长,中华护理学会第 24 届、25 届外科专业委员会主任委员,中华护理学会第 24 届、25 届造口伤口失禁专业委员会主任委员及中华护理杂志副总编辑,教育部高等学校护理学专业教学指导委员会专家,首届中国研究型医院学会评价与评估专业委员会委员,中华医学会医疗事故技术鉴定专家库专家,北京护理学会继续教育工作委员会主任委员,《中国护理管理》《中华现代护理杂志》《中国实用护理杂志》《护理研究》《护理学杂志》十余家护理核心期刊编委。

前言

失禁是全球卫生保健机构面临的共同难题,给社会带来了沉重的卫生经济负担。从先天性神经源性尿失禁,到儿童的夜遗尿,再到中老年人的失禁,每个人一生中的任意时期都可能面临失禁问题。不论是急迫性尿失禁的尿急、尿频,压力性尿失禁的漏尿、活动受限,还是便失禁引起的失禁性皮炎与感染,失禁都是患者的难言之隐,若长期得不到正确治疗与科学指导,将严重影响患者的身心健康。

近年来,随着我国医疗水平的不断发展,学者们逐渐开启了失禁专科领域医疗技术的探索,随着我国国际造口治疗师培养力度的不断加强,失禁专科护理也取得了从无到专的快速发展。目前,护理学各种综合性的大型参考书层出不穷,但国内尚缺少全面、系统地介绍失禁护理的临床参考书。有鉴于此,我们共同撰写了《失禁护理理论与实践》一书。本书作为中国第一本失禁护理的专业指导书籍,编者希望本书可以为读者打开“关注失禁,拓展失禁护理新理念、新技术”的新窗口。

本书的参编人员皆为全国知名医院泌尿外科、妇产科、康复科等专业的中青年医疗或护理专家,其中包括多位在失禁护理领域具有深厚理论基础和丰富临床经验的国际造口治疗师,她们在繁忙的临床、科研工作之余执笔撰写本书,在初稿讨论、交叉审稿与修文定稿过程中付出了很多努力,在此向本书的所有编者致以深切的感谢。

编撰本书时,编者阅读并参考了大量的国内外文献,为保证本书内容的严谨性、科学性与时效性,编委会特意邀请到香港理遗学会的梁万福、梁伟业、张伟丽、汤秉忠、范强、陆礼贤、何崑仑及谭焯坤医生,陈秀娟、叶锦田、林慕贞、许戈、冯洁玉、郭彩凤及唐慧薇等失禁专科护士对全书具体内容给予了细致的审阅与修改。历经数月,携手京港两地众家所长,最终铸

成本书,这也使本书成为京港两地护理同仁紧密合作的鉴证,同时,编者希望本书可以走向我国更多、更广的地方,帮助我国护理同仁去造福更多的患者。

由于水平和时间所限,本书难免存在疏漏之处。为了进一步提高本书的质量,以供再版时修改,在此诚恳地希望各位读者、专家批评指正,提出宝贵意见,我们也将依据今后的临床实践经验与护理科研成果对本书定期进行更新与修缮。

丁炎明

2016年4月

目 录

第一章 概述	1
第一节 尿失禁的定义与分类	1
一、尿失禁的定义	1
二、尿失禁的分类	1
第二节 尿失禁的发病率	4
一、总发病率	4
二、尿失禁发病率影响因素	4
三、尿失禁就诊率现状	5
第二章 泌尿系统解剖和生理	6
第一节 下尿路解剖及生理	6
一、膀胱解剖	6
二、男性尿道解剖	8
三、女性尿道解剖	10
第二节 排尿生理	11
一、排尿的生理过程	11
二、排尿活动的神经支配	13
第三章 尿失禁的诊断及评估	15
第一节 症状评估	15
一、评估目的	15
二、评估内容	15

第二节 排尿生理体格检查	18
一、一般体格检查	18
二、特殊检查	19
第三节 辅助检查	20
一、实验室检查	20
二、影像学检查	20
第四章 尿动力学检查	22
第一节 概述	22
一、定义	22
二、目的	22
三、原则	22
四、适应证	23
第二节 检查前准备	23
一、宣教	23
二、检查前肠道准备	23
三、药物影响	23
四、预防性使用抗生素	24
五、饮水	24
六、询问病史	24
七、环境	24
第三节 检查方法	25
一、尿流率测定	25
二、膀胱压力容积测定	27
三、压力-流率测定	30
四、尿道压力描记	32
五、腹压漏尿点压测定	33
六、逼尿肌漏尿点压力测定	35
第四节 尿动力学鉴别	36
一、急迫性尿失禁	36

二、压力性尿失禁	37
三、充溢性尿失禁	38
四、混合性尿失禁(急迫性/压力性尿失禁).....	38
五、神经源性尿失禁	38
第五章 压力性尿失禁	39
第一节 临床表现及分类	39
一、临床表现	39
二、分类	39
第二节 病因及发病机制	39
一、病因	39
二、发病机制	40
第三节 诊疗概述	41
一、诊断与评估	41
二、治疗	42
第四节 护理策略	44
一、盆底肌功能训练	44
二、生活方式干预	44
三、物理治疗	45
四、手术治疗	45
第五节 健康教育	46
一、健康教育	46
二、预防	46
第六章 急迫性尿失禁	48
第一节 临床表现及分类	48
一、概述	48
二、临床表现	48
三、分类	49
第二节 病因及发病机制	49
一、病因	49

二、流行病学	49
第三节 诊疗概述	50
一、诊断	50
二、治疗	50
第四节 护理策略	53
一、行为治疗	53
二、生活方式转变	53
三、膀胱训练	54
四、盆底肌训练	55
五、效果监测	55
第五节 健康教育	55
一、药物治疗护理	55
二、心理护理	56
三、其他	56
第七章 神经源性尿失禁	57
第一节 临床表现及分类	57
一、概述	57
二、临床表现	57
三、分类	58
第二节 病因及发病机制	60
一、病因	60
二、发病机制	61
第三节 诊疗概述	62
一、诊断	62
二、治疗	63
第四节 护理策略	64
一、行为训练	64
二、盆底肌训练	65
三、间歇导尿	65

四、留置导尿	66
五、耻骨上膀胱造瘘	67
六、反射性排尿	67
七、挤压排尿	68
八、外部集尿器的使用	68
九、肠道膀胱扩大手术患者的护理	68
十、并发症预防及随访	70
第五节 健康教育	71
第八章 儿童尿失禁	73
第一节 临床表现及分类	73
一、概述	73
二、临床表现	73
三、分类	73
第二节 病因及发病机制	74
第三节 诊疗概述	74
一、病史和身体检查	74
二、治疗	75
第四节 护理策略	76
第五节 健康教育	77
第九章 尿失禁护理技术及用品	78
第一节 保守治疗	78
一、盆底肌训练	78
二、生物反馈治疗	79
三、电刺激治疗系统	80
四、体外电磁波骨盆底肌肉治疗系统	80
五、阴道重力球	80
六、膀胱训练	81
第二节 间歇性导尿术	82
一、分类	82

二、目的	82
三、适应证	82
四、禁忌证	83
五、并发症	83
六、优缺点	83
七、操作指导	83
第三节 简易膀胱容量和压力测定	87
一、目的	88
二、适应证	88
三、禁忌证	88
四、用物准备	88
五、操作方法	88
六、注意事项	89
七、常见并发症	89
八、临床意义	90
第四节 男性阴茎尿套	90
一、目的	90
二、使用方法	90
三、注意事项	91
第五节 导尿管	93
一、导尿管的发展沿革	93
二、导尿管的类型	93
三、注意事项	94
第六节 外用失禁用品	95
一、评估	95
二、尿垫、尿裤	96
三、外接尿器	96
第七节 皮肤保护用品	97
一、皮肤保护膜	97
二、造口护肤粉	97

三、凡士林	98
四、氧化锌软膏	98
五、透明膜类敷料	98
六、水胶体敷料	99
第十章 大便失禁护理	100
第一节 临床表现及分类	100
一、概述	100
二、临床表现	100
三、分类	101
第二节 病因及发病机制	101
一、病因	101
二、发病机制	102
第三节 诊疗概述	103
一、诊断	103
二、治疗	104
第四节 护理策略	104
一、调整生活方式	104
二、皮肤护理	105
三、心理指导	105
四、生物反馈训练	106
五、盆底肌功能训练	106
第五节 失禁性皮炎	106
第六节 健康教育	109
附录 评估工具	111
附录一 失禁评估参照表	111
附录二 尿失禁评估参照表	114
附录三 国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷表简表(ICI-Q-SF)	
尿潴留的评分	116
附录四 尿失禁生活质量问卷(I-QOL)	118

附录五	排尿日记	120
附录六	失禁性皮炎与压疮、擦损性皮炎鉴别表	121
附录七	失禁性皮炎与 I、II 期压疮的区别	122
附录八	失禁性皮炎干预工具	123
附录九	失禁性皮炎预防和护理流程	125
附录十	皮肤保护用品的优缺点	126
附录十一	不同类型尿失禁护理方法及用品比较	127
中英文名词对照索引		129
参考文献		131

第一章 概 述

第一节 尿失禁的定义与分类

一、尿失禁的定义

尿失禁是尿液失去主观控制,不自主排出的一组综合征,是排尿障碍性疾病的常见症状。尿失禁不是一个独立的疾病,是各种原因引起的不自主漏尿。

单独定义尿失禁其实非常简单,即:尿液不自主地或者不受控制地漏出。但是定义尿失禁的状态很困难,因为大多数尿失禁患者常残存有部分小便控制功能。现多种定义已经被应用于尿失禁的研究中。目前引用最多的两种定义分别是由国际尿控协会(International Continence Society, ICS)和尿失禁指南小组(Urinary Incontinence Guidelines Panel)提出。

国际尿控协会定义尿失禁为:患者主诉有任何的不自主的尿液漏出。尿失禁指南小组定义尿失禁为:不自主的尿液漏出,并已足够对患者的生活造成困扰。这两种定义均相当程度得依赖主观感受。尽管这种主观定义作为基础用于患病率的研究存在许多问题,但是它们抓住了尿失禁的本质:尿失禁是高度主观的,同样的尿液漏出的量和频率对于一个患者是相当大的困扰,然而对另一患者却可能只是一件很小的麻烦事。这种表现就像人们对疼痛的感受,这与患者及其照顾者对感受的理解不同有关。国际尿控协会规定尿失禁常常需要进一步定义或者描述以涵盖相关内容,如类型、频率、尿漏的严重程度、对生活质量的影响、患者是否想进一步治疗等。

二、尿失禁的分类

(一) 国际尿控协会定义的尿失禁分类

ICS定义的尿失禁主要包含以下4种:压力性尿失禁、急迫性尿失禁、反射性尿失禁和充盈性尿失禁。该分类为现今临床实践广泛使用的分类提供了基础。在此基础上添加类型和术语,并校正了许多原始的定义,现在使用的各种

尿失禁的定义如下。

1. 压力性尿失禁 指主观感受“在劳动或用力时,或打喷嚏、咳嗽时出现漏尿”,并且客观观察到“在劳动或用力,打喷嚏,或者咳嗽时,有尿液从尿道漏出”。压力性尿失禁被认为是由腹压增加所致。尿动力学中,压力性尿失禁被定义为“腹压增加时出现的不自主的漏尿,没有逼尿肌的收缩”;ICS 推荐这个术语,而不是“真性压力性尿失禁”。根据尿路动力学,压力性尿失禁被进一步分为“尿道关闭无力性尿失禁”(尿漏发生时不存在逼尿肌收缩)和“尿道松弛性尿失禁”(尿漏发生时不存在逼尿肌收缩或者腹压增加,临床症状表现为尿道括约肌缺陷)。

2. 急迫性尿失禁(urgency urinary incontinence) 指主诉不自主的漏尿伴短暂的排尿急迫感,排尿急迫感是指患者主诉突然有强烈的排尿欲望并无法继续忍受。膀胱过度活动征,又被称为急迫综合征或者急迫频率综合征,是排尿急迫感伴有或不伴有急迫性尿失禁,常伴尿频和夜尿。尿频被定义为“患者主诉白天排尿太频繁”,夜尿被定义为“患者主诉夜晚醒来两次或以上进行尿液排泄”。

3. 混合性尿失禁 又叫混合性压力-急迫性尿失禁,指患者主诉尿漏与排尿急迫感、劳动或用力、打喷嚏、咳嗽有关。

4. 反射性尿失禁 尽管反射性尿失禁在临床实践中常常被用于指导由脑桥至骶尾神经病变引起的排泄控制功能丧失,但不再被推荐使用。现今被推荐用于由神经损伤或病变引起的下尿道功能障碍和失禁的诊断“神经性下尿道功能障碍”。顾名思义,这一类的功能障碍只出现在有神经功能紊乱的患者身上。逼尿肌-尿道括约肌不协调是指“逼尿肌收缩同时伴有不自主的尿道的和/或尿道周围的横纹肌收缩”,它常与这一类神经功能紊乱有密切的联系。

5. 充溢性尿失禁 过去被定义为“任何的与膀胱过度扩张有关的尿失禁”,但是 ICS 不再推荐这个诊断,除非可以得到病理生理学的验证(例如膀胱尿道口梗阻或者逼尿肌收缩力下降)。“膀胱清空/排空”时的问题被分为急性和慢性尿道梗阻;急性尿道梗阻是指当患者不能够排出任何尿液时,出现痛性、易感知、可叩及的膀胱;慢性尿道梗阻是指患者排尿后,仍可触及无痛性膀胱。ICS 强调有慢性尿道梗阻的患者可能为充溢性尿失禁。损坏膀胱排空的生理因素有:收缩力量下降或持续时间缩短导致逼尿肌功能下降,膀胱排空延长或者排尿时间正常,但未能完全将膀胱排空。

6. 其他类型

(1) 遗尿:和失禁为同义词,是指任何非自主的尿液流出;夜间遗尿是指尿液漏出发生在睡觉的时候。

(2)尿道外尿失禁:是指可以肉眼观察到的尿液从非尿道漏出,这种类型的尿失禁典型表现为异位输尿管或者瘘管。

(3)不可分类的尿失禁:是一类新的分类,是指根据患者目前的症状和体征暂不能将其归为以上任何一类的尿失禁。

(二) 临床实践中相互关联的分类

尿失禁是由尿道以外的因素引起,例如认知的受损等,被称为功能性尿失禁。美国卫生保健政策和研究署(Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR)发布的指南将功能性尿失禁定义为与慢性生理功能和(或)认知功能受损相关的尿失禁。

一个特殊的诊断有时被用于与急迫性尿失禁和充溢性尿失禁相关的尿失禁,即逼尿肌高反应性伴收缩功能受损。该诊断是一个联合诊断,被用于膀胱充盈逼尿肌有时不稳定收缩并伴有逼尿肌收缩功能受损和膀胱排空受损的患者,常发生于老年患者。

(三) 可逆性和治疗管理相关的分类

除了 ICS 分类方法外,还有许多基于持续的时间、可逆性和尿失禁的治疗等因素的分类方法。不同的分类方式为临床医生提供了不同的管理方案。总的来说,这些诊断并不是相互矛盾的,而是相互补充的。

其中一种指导临床治疗的分类是将尿失禁分为短暂性尿失禁(transient urinary incontinence)和持续性尿失禁。

短暂性尿失禁是由可逆的因素所致的尿失禁,最常见因素有神经错乱(delirium)、感染(infection)、尿道炎(urethritis)、药物(pharmaceuticals)、心理因素(psychologic conditions)、某些导致尿液增多的情况、活动受限(restricted mobility)、大便嵌塞(stool impaction)。

相反,持续的尿失禁不容易被逆转,常常已伴有尿道、神经系统的病理变化,或有不可逆转的认知损坏。这种分类与临床实践的相关性是显而易见的,医护人员首先排除可逆性因素,若患者仍不能恢复则为持续性尿失禁。

另外一种“基于治疗”的分类系统已经被合并到 AHCPR 指南的最新版本中。指南强调“慢性顽固性尿失禁”中,具有认知或者生理功能障碍又未达到外科或者手术治疗标准的患者,其行为治疗受到非常大的限制。根据澳大利亚控尿分类模型,可将顽固性尿失禁患者进一步分为独立性控尿、依赖性控尿和收容性尿失禁。在这个分类方法中,独立性控尿是指患者在不接受任何协助的情况下可以自行控制排尿;依赖性控尿是指患者需要在照顾者的协助下才能保持干净、清洁;收容性尿失禁是指患者需要用尿片或者特殊的尿液收集工具才能管理好小便。