




泌尿外科护理

· 实用手册 ·



王 芮 皮丽仙 张桂兰 李玉恒 张 楠 © 主编

 云南出版集团
YNS 云南科技出版社

泌尿外科护理

实用手册

王 芮 皮丽仙 张桂兰 李玉恒 张 楠 主编

 云南出版集团
 云南科技出版社

· 昆 明 ·

图书在版编目 (C I P) 数据

泌尿外科护理实用手册 / 王芮等主编. -- 昆明 :
云南科技出版社, 2023.1
ISBN 978-7-5587-4764-9

I . ①泌… II . ①王… III . ①泌尿外科学—护理学—
手册 IV . ① R473.6-62

中国国家版本馆 CIP 数据核字 (2023) 第 014839 号

泌尿外科护理实用手册

MINIAO WAIKE HULI SHIYONG SHOUCE

王 芮 皮丽仙 张桂兰 李玉恒 张 楠 主编

出 版 人：温 翔
策 划：李 非
责任编辑：李凌雁 罗 璇
封面设计：长策文化
责任校对：张舒园
责任印制：蒋丽芬

书 号：ISBN 978-7-5587-4764-9
印 刷：云南金伦云印实业股份有限公司
开 本：787mm × 1092mm 1/16
印 张：15.375
字 数：306 千字
版 次：2023 年 1 月第 1 版
印 次：2023 年 1 月第 1 次印刷
定 价：58.00 元

出版发行：云南出版集团 云南科技出版社
地 址：昆明市环城西路 609 号
电 话：0871-64190973

版权所有 侵权必究

泌尿外科护理 (实用手册)

编委会

主 编

王 芮 皮丽仙 张桂兰 李玉恒 张 楠

副主编

郭 燕 张卫卫 陈丽娇 普春艳 石晓春 史刘松 杨 霞
罗 文

编 委

徐 业 李玲玉 施荣艳 周邦粉 杨艳双 严莉莉 袁 婷
杨应飞 林艳翠 杨洪分 杨军彩 皇彩玲 周双梅 许丹秋
陆金力 宋 雨 蔡晓雨 王 阳 李晓欢 李学芳 岳俊林
王婷婷 宋光焯 郎 磊 熊 磊 李同海 黄 宇 王红民
钱 超 李宗武 钱晓曦 王烁颖 郑梦颖 肖 艳 张 玲
范 煜 段 燕 李世仙 丁跃丽 杨 洁

叶珍妮 (昆明医科大学第二附属医院)

杨思师 (昆明医科大学第二附属医院)

叶秀芬 (昆明市第一人民医院)

宋金华 (云南中医药大学)

C O N T E N T S 目录



第一章 尿失禁护理	001
第一节 女性压力性尿失禁患者的护理	001
第二节 急迫性尿失禁护理	007
第三节 神经源性尿失禁护理	010
第四节 儿童遗尿症护理	013
第五节 前列腺术后尿失禁护理	016
第二章 膀胱过度活动综合征护理	021
第三章 神经源性膀胱护理	024
第四章 泌尿系统结石护理	030
第一节 概述	030
第二节 上尿路结石护理	033
第三节 下尿路结石护理	039
第五章 泌尿系统损伤护理	041
第一节 肾损伤护理	041
第二节 输尿管损伤护理	046
第三节 膀胱损伤护理	049
第四节 尿道损伤护理	053



第六章 良性前列腺增生护理	061
第七章 泌尿系统肿瘤护理	069
第一节 上尿路上皮癌护理	069
第二节 膀胱癌护理	072
第三节 前列腺癌护理	079
第四节 肾细胞癌护理	084
第八章 肾上腺疾病护理	090
第一节 皮质醇增多症护理	090
第二节 肾上腺偶发瘤护理	094
第三节 肾上腺皮质癌的护理	096
第四节 肾上腺性征异常症的护理	100
第五节 嗜铬细胞瘤/副神经节瘤的护理	102
第六节 原发性醛固酮增多症的护理	106
第九章 肾脏囊性疾病护理	110
第一节 常染色体隐性/显性遗传多囊肾的护理	110
第二节 单纯性肾囊肿的护理	113
第三节 多发畸形综合征伴肾囊肿的护理	115
第四节 肾单位衰弱症的护理	117
第五节 肾盂旁囊肿和肾窦囊肿的护理	119
第六节 肾盏憩室的护理	121
第七节 先天性肾病护理	124
第十章 肾、输尿管先天畸形的护理	127
第一节 重复肾及重复输尿管护理	127
第二节 融合肾护理	130
第三节 腔静脉后输尿管护理	132
第四节 先天性肾盂输尿管连接部梗阻护理	135

第五节	膀胱输尿管反流护理	138
第六节	输尿管膀胱连接部梗阻护理	140
第七节	输尿管膨出护理	142
第十一章	膀胱尿道先天畸形的护理	145
第一节	脐尿管囊肿护理	145
第二节	膀胱外翻护理	147
第三节	先天性膀胱输尿管反流护理	150
第四节	尿道上裂护理	151
第五节	尿道下裂护理	154
第六节	后尿道瓣膜护理	155
第十二章	肾血管性高血压病护理	157
第十三章	尿瘘护理	161
第一节	输尿管阴道瘘	161
第二节	膀胱/尿道阴道瘘护理	163
第十四章	泌尿系统造口护理	165
第一节	泌尿系统造口护理	165
第二节	泌尿造口并发症的处理与护理	170
第三节	造口周围皮肤并发症护理	172
第十五章	间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征的护理	175
第十六章	泌尿系统感染患者的护理	179
第一节	概述	179
第二节	无症状菌尿患者的护理	181
第三节	非复杂性尿路感染护理	183
第四节	反复发作尿路感染护理	185
第五节	复杂性尿路感染护理	187



第六节	导管相关的尿路感染护理	191
第七节	脓毒血症患者的护理	195
第十七章	泌尿系统结核患者的护理	201
第十八章	肾移植患者的护理	208
第十九章	留置导尿的护理	215
第二十章	泌尿外科常见疾病常用中医护理技术	222
第一节	灸法技术	222
第二节	拔罐疗法	224
第三节	耳穴压豆疗法	226
第四节	中药热奄包技术	228
第五节	中药熏洗技术	229
第六节	穴位贴敷技术	230
第七节	腕踝针技术	231
第八节	揸针技术	233
第九节	开天门技术	234
第十节	蜡疗技术	235
第十一节	泌尿经络排石操	237



——第一章——

尿失禁护理

第一节 女性压力性尿失禁患者的护理

【定义】

压力性尿失禁（SUI）是影响女性生活质量的常见疾病，指打喷嚏、咳嗽、大笑或运动等腹压增高时出现尿液不自主自尿道外口漏出。

【病因】

1. 年龄

尿失禁的发生率和严重程度均随着年龄的增长而增加，50~59岁年龄段的女性患病率最高，为28.0%。

2. 生育

初次生育年龄、分娩方式、胎儿的大小及妊娠期间尿失禁的发生率均与产后尿失禁的发生有显著相关性，产次增加与尿失禁的发生呈正相关。

3. 盆腔脏器脱垂

压力性尿失禁和盆腔脏器脱垂紧密相关，两者常伴随存在。

4. 肥胖

肥胖女性发生SUI的概率显著增高。

5. 家族史

遗传因素与压力性尿失禁有较明确的相关性，压力性尿失禁患者患病率与其直系亲属患病率显著相关。



6. 种族

非西班牙裔白种女性的患病率高于非裔美国女性。白种女性的患病率高于黑种女性。

7. 其他

吸烟、摄入咖啡因、糖尿病、卒中、抑郁、大便失禁、泌尿生殖系统综合征、激素替代疗法、泌尿生殖系统手术和放疗。

【病理生理】

女性括约肌功能障碍的病理生理主要从两个角度分类，从解剖角度为尿道过度移动，从功能角度为尿道固有括约肌功能缺陷（ISD）。

1. 尿道过度移动

尿道过度移动被认为是由于盆底肌肉组织和阴道结缔组织对尿道和膀胱颈的支持不足造成的，这导致尿道和膀胱颈部失去完全关闭阴道前壁的能力。主要与妊娠、经阴道分娩、盆腔手术及慢性腹压增加有关。

2. 尿道固有括约肌功能缺陷（ISD）

1980年McGuire等提出，ISD是指尿道固有括约肌的功能缺陷，而不论其解剖位置是否正常。其原因是尿道固有黏膜和肌张力的丧失，而尿道固有黏膜和肌张力的功能是使尿道关闭。主要与既往尿道或尿道周围手术、神经损伤、盆腔放射治疗有关。

【临床表现】

症状是咳嗽、打喷嚏、大笑等腹压增加时不自主漏尿；体征是腹压增加时能观测到尿液不自主地同步从尿道漏出。

【辅助检查】

1. 1小时尿垫试验

（1）方法。①患者无排尿。②安放好已经称重的收集装置，试验开始。③15分钟内喝500mL无钠液体，然后坐下或躺下。④步行30分钟，包括上下一层楼梯。⑤起立和坐下10次。⑥剧烈咳嗽10次。⑦原地跑1分钟。⑧弯腰拾小物体5次。⑨流动水冲洗手1分钟。⑩1小时终末去除收集装置并称量。

（2）结果判断。①尿垫增重 $>1\text{g}$ 为阳性。②尿垫增重 $>2\text{g}$ 时注意有无称重误差、出汗和阴道分泌物。③尿垫增重 $<1\text{g}$ 提示基本干燥或实验误差。

2. 压力诱发试验

患者仰卧位，双腿屈曲外展，观察尿道外口，咳嗽或用力增加腹压时见尿液漏出，腹压消失后漏尿也同时消失则为阳性。阴性者站立位再行检查。检查时应同时询问漏尿

时或之前是否有尿急和排尿感，若有则可能为急迫性尿失禁或合并有急迫性尿失禁。

3. 膀胱颈抬举试验

患者截石位，先行压力诱发试验，若为阳性，则将中指及食指插入患者阴道，分别放在膀胱颈水平尿道两侧的阴道壁上，嘱患者咳嗽或行Valsalva动作增加腹压，有尿液漏出时用手指向头腹侧抬举膀胱颈，如漏尿停止，则为阳性。压力性尿失禁的发病机制与膀胱颈和近端尿道明显下移有关，试验时不要压迫尿道，否则会出现假阳性。

4. 棉签试验

截石位，消毒后于尿道插入无菌棉签，棉签前端应插过膀胱颈。无压力状态下和压力状态下棉签活动的角度超过30°则提示膀胱颈过度活动。

5. 排尿日记

连续记录72小时排尿情况，包括每次饮水时间、饮水量，排尿时间、排尿量，尿失禁时间和伴随症状等。

6. 尿流动力学检查

当腹压增加时漏尿，伴有排尿困难或尿频、尿急等膀胱过度活动症症状时，需要进行尿动力学检查。同时尿动力学检查还可协助对压力性尿失禁进行分型。

7. 膀胱镜检查

怀疑有膀胱颈梗阻、膀胱肿瘤和膀胱阴道瘘等疾病时，需要做此检查。

8. 膀胱尿道造影

既往有吊带手术史，怀疑有膀胱输尿管反流，或需要进行压力性尿失禁分型的患者。

9. 超声检查

了解有无上尿路积水、膀胱容量及剩余尿量。

10. 静脉肾盂造影或CT

11. 了解有无上尿路积水及重复肾、输尿管，以及重复或异位输尿管开口位置

【治疗】

1. 保守治疗

(1) 控制体重。肥胖是女性压力性尿失禁的明确危险因素。

(2) 盆底肌训练。通过自主、反复的盆底肌肉群的收缩和舒张，来改善盆底功能，提高尿道稳定性，达到预防和治疗尿失禁的目的。此法适用于各种类型的压力性尿失禁。多数学者认为，必须使盆底肌达到相当的训练量才可能有效。可参照以下方法实施：持续收缩盆底肌2~6秒，松弛休息2~6秒，如此反复10~15次。每天训练3~8组，持续



8周或更长时间。

(3) 生物反馈。生物反馈是借助置于阴道或直肠内的电子生物反馈治疗仪, 监视盆底肌肉的肌电活动, 并将这些信息转换为视觉和听觉信号反馈给患者, 指导患者进行正确、自主的盆底肌肉训练, 并形成条件反射。短期内疗效可优于单纯盆底肌训练, 但远期疗效尚不明确。

(4) 电刺激治疗。电刺激治疗是利用置于阴道、直肠内的袖状线性电极和皮肤表面电极, 有规律地对盆底肌肉群或神经进行刺激, 增强肛提肌及其他盆底肌肉、尿道周围横纹肌的功能, 以增加控尿能力。与生物反馈和/或盆底肌训练结合可能获得较好的疗效。

(5) 磁刺激治疗。利用外部磁场进行刺激改变盆底肌群的活动, 通过反复地活化终端运动神经纤维来强化盆底肌肉的强度和耐力, 从而达到治疗压力性尿失禁的目的。

2. 药物治疗

主要作用原理在于增加尿道闭合压, 增强尿道关闭功能。目前常用的药物有以下几种。

(1) 度洛西汀。在脊髓, 作用于Onuf核团, 阻断5-羟色胺(5-HT)和去甲肾上腺素(NE)的再摄取, 升高两者的局部浓度, 兴奋此处的生殖神经元, 进而提高尿道括约肌的静息张力和收缩强度。每次口服40mg, 每日2次, 需维持治疗至少3个月, 多在4周内起效, 可改善压力性尿失禁症状, 结合盆底肌训练可获得更好的疗效。

(2) 雌激素。刺激尿道上皮生长, 提高 α 肾上腺素受体的密度和敏感性, 提高 α 肾上腺素受体激动剂的治疗效果。口服雌激素不能减少尿失禁, 且有诱发和加重尿失禁的风险。对绝经后的患者应选择阴道局部使用雌激素, 用药的剂量和时间仍有待进一步研究。

3. 手术治疗

手术方式有尿道中段吊带术、膀胱颈吊带术和尿道填充剂注射术。目前最常用的手术方式为经闭孔无张力性尿道中段悬吊术(TVT-A), 其适应证主要有四种情况。

(1) 非手术治疗效果不佳或不能坚持, 不能耐受, 预期效果不佳的患者。

(2) 中、重度压力性尿失禁, 严重影响生活质量的患者。

(3) 对生活质量要求较高的患者。

(4) 伴有盆腔脏器脱垂等盆底功能病变需行盆底重建者, 同时存在压力性尿失禁时。

【护理】

1. 术前护理

(1) 评估患者双下肢活动范围、残余尿以及患者外阴皮肤是否存在尿布疹、失禁相

关性皮炎等外阴皮肤问题，并根据患者情况给出个体化的护理指导建议。指导并协助患者完成排尿日记、尿垫试验，评估阴道手术史、盆腔手术史、耻骨后手术史。

(2) 与患者建立良好的护患关系，对患者给予同情、理解、关心、帮助。

(3) 在患者准备接受手术前一晚（或更早时候），嘱患者应使用抗菌/非抗菌肥皂或消毒剂进行淋浴，用肥皂和水清洗手术区域皮肤。最新证据表明，不应使用剃刀刮除拟行手术部位的毛发，必须备皮时可使用推剪刀或脱毛剂。若患者存在尿布疹、失禁相关性皮炎等外阴皮肤问题，术前应积极治疗由尿失禁引起的尿布疹、皮炎等问题。

(4) 不需术前长时间的禁食禁饮，术前无胃肠动力障碍或肠梗阻的患者，麻醉前8小时禁食高脂、高蛋白食物，麻醉前6小时禁食固体食物，麻醉前2小时可口服300mL以内的清流质。

(5) 建议护士术前协助医师采用合适的工具评估静脉血栓风险，共同制订合理的预防性抗血栓方案。

(6) 应选择合理的给药时机，以保证手术切开时药物在血清和组织中达到杀菌浓度。

(7) 指导患者学会床上翻身、下床以及有效深呼吸、咳嗽的方法，患者术前不置留导尿管，术后需要置留尿管。而对于拟行尿道旁填充物注射术的患者，告知患者术后不置留导尿管，但可能需要间歇导尿，告知患者相关注意事项。

2. 术后护理

(1) 患者清醒、生命体征平稳的情况下，硬膜外麻醉术后患者采取垫枕自由位；若无特殊医嘱或麻醉师交班时有明确要求，微创蛛网膜下腔麻醉患者术后可予垫枕平卧位，时间为6小时；全麻患者术后未清醒，则去枕平卧，头偏向一侧，苏醒后可选择高半卧位。体位安置合理，定时翻身，避免压疮的发生。

(2) 严密观察并记录患者生命体征变化，观察伤口有无出血、渗血、红、肿、热、痛发生。女性患者术后注意观察阴道有无出血。阴道伤口的护理：所有患者术后均要阴道填塞碘仿纱条或其他压迫纱布，目前碘仿纱条浓度、长度、留置时间并无统一标准。一般放置250mg/L的稀释碘仿纱条1~2根，目的是压迫止血和保持阴道清洁无菌状态，一般术后24~48小时拔除，拔除后即可开始规律阴道坐浴。

(3) 妥善固定导尿管并保持尿管通畅，观察尿液颜色质量；每日做好尿道口的清洁护理；术后活动、翻身时要避免引流管打折受压、扭曲、滑落等；导尿管一般隔日或遵医嘱拔除，拔除后询问患者首次排尿后的症状缓解情况，有无残余尿。

(4) 观察会阴部伤口，定时换药，防止感染；对于尿失禁所致的皮炎及尿布疹需要积极治疗。

(5) 术后6小时患者可进行床上翻身，尽早进行踝泵运动，术后第1天可下床活动。



(6) 患者第1天可开始正常饮食, 指导患者进食清淡、易消化食物, 禁食辛辣、刺激食物; 每日饮水2000mL以上, 进食粗纤维食物, 保持大便通畅, 避免用力排便造成腹压增加。

(7) 术后评估残余尿量, 导尿管拔除后应详细了解患者的排尿情况, 患者蹲位排尿易受悬吊线牵张, 改为坐位排尿可明显减轻悬吊术后排尿困难的发生。B超残余尿测定<50mL可出院。拔除后不能排尿或残余尿>50mL, 建议重新留置导尿管, 1周后拔除, 多数患者3周后恢复。

3. 并发症护理

(1) 尿潴留。暂时性尿潴留在吊带术后相当常见, 我们在实践中将膀胱排空不全定义为残余尿量大于150mL, 可继续留置尿管, 每3~4天做一次排尿试验直至排尿后残余尿量小于150mL。或进行间歇导尿, 患者每次排尿后自行导尿, 并在排尿日记中记录排尿后残余尿量。当排尿后残余尿量始终小于150mL时, 停止导尿, 做好尿管护理。

(2) 疼痛综合征。在术后2~3周, 多数患者在直立时会出现腹部切口上方一侧或两侧疼痛。疼痛特点是当外展或内收腿部时腹股沟区疼痛, 常发生在肌肉的深部而不是表浅的皮肤部位。应做好相应的观察、记录, 指导患者缓解疼痛的方法, 并告知患者随着时间推移会有所改善。

(3) 盆腔血肿。如出现下腹部或腹股沟胀痛不适及行走疼痛, 可行盆腔B超或盆腔CT明确诊断, 确诊后及时切开引流。

(4) 伤口感染。如体温升高、伤口红肿渗出应及时行血、尿常规检查, 遵医嘱应用抗生素治疗, 保持伤口清洁干燥, 每日给予伤口换药, 观察伤口愈合情况。

(5) 膀胱穿孔。如发生血尿、盆腔内积液, 应给予留置尿管, 观察尿液颜色、性质变化。

【健康宣教】

(1) 鼓励患者多食高蛋白、高维生素、高纤维素、易消化的食物, 多吃新鲜蔬菜和水果, 保持大便通畅。多饮水, 每日2000mL以上, 达到内冲洗尿路的目的, 预防尿路感染。保持适当的体重, 避免肥胖引起的腹内压增加。

(2) 术后1个月内避免性生活, 术后3个月不做重体力活动; 避免长时间站立和下蹲动作, 避免增加腹压的行为方式; 有节律地做盆底肌的收缩与放松运动, 加强盆底肌的力量; 养成定时排便、排尿习惯。

(3) 如有异常应及时就诊。

(4) 术后6周内至少进行1次随访, 6周以后主要了解和记录远期并发症及手术疗效。

第二节 急迫性尿失禁护理

【定义】

急迫性尿失禁（UI）是指伴随着尿急或紧随其后出现的不自自主尿道外口漏尿。尿急是指一种突发、强烈、很难被延迟的排尿欲望。

【病因】

急迫性尿失禁的患病率受种族、地域、年龄、性别等因素的影响。

【病理生理】

急迫性尿失禁的病理生理机制尚未完全明确，可能存在以下几种。①神经源性因素：脑卒中、脊髓损伤、帕金森病、多发性硬化症和精神疾患。②肌源性因素：如炎症、膀胱出口梗阻、高龄等因素。

【临床表现】

与尿急相伴随，或尿急后立即出现的不自自主尿道口漏尿。可以表现为不同的症状形式，如可以是2次排尿之间多次的少量尿液漏出，也可以是1次大量尿液漏出导致膀胱的完全排空。急迫性尿失禁是下尿路症状（LUTS）的一部分，为储尿期症状。下尿路症状包含储尿期症状、排尿期症状和排尿后症状。

【辅助检查】

1. 尿垫试验

可分为1小时尿垫试验及24小时尿垫试验，24小时尿垫试验更适合于家庭中的测量。

（1）1小时尿垫试验（同本章第一节女性压力性尿失禁患者的护理）。

（2）24小时尿垫试验。①轻度尿失禁。24小时使用1~2个尿垫为轻度尿失禁。Stamey评分1级：咳嗽或用力时出现尿失禁。②中度尿失禁。24小时使用3~5个尿垫为中度尿失禁。Stamey评分2级：改变姿势或行走时出现尿失禁。③重度尿失禁。24小时使用尿垫数超过5个为重度尿失禁。Stamey评分3级：全日出现完全性尿失禁。

2. 压力诱发试验（同本章第一节女性压力性尿失禁患者的护理）

3. 膀胱颈抬举试验（同本章第一节女性压力性尿失禁患者的护理）



4. 棉签试验 (同本章第一节女性压力性尿失禁患者的护理)

5. 排尿日记 (同本章第一节女性压力性尿失禁患者的护理)

6. 尿常规及尿培养

尿常规是尿失禁患者初步评估的一部分,若感染症状持续存在,但尿常规未提示明确感染的患者可考虑行尿培养检查。

7. 残余尿测定

测量方法首先推荐超声,当不能选择时可考虑以置管导尿测量的方法。

8. 侵入性尿流动力学检查

仅行非手术治疗时不常规行尿流动力学检查。

9. 其他

尿脱落细胞学检查、膀胱镜及影像学检查目前不作为评价尿失禁的常规检查。但如患者出现血尿或是顽固性的治疗效果不佳的下尿路刺激症状,可考虑行尿脱落细胞学检查及影像学检查。

【治疗】

1. 保守治疗

在急迫性尿失禁的治疗中,非手术治疗占有十分重要的地位。相对于外科治疗,其侵入性小、价格低廉、操作简单,若使用得当,几乎很少有严重的不良反应,能够有效改善尿失禁症状,提高患者生活质量。

(1) 膀胱训练。①定时排尿是指在规定的时间内排尿,主要适用于由于认知或运动障碍导致尿失禁的患者。嘱患者每2~4小时排尿1次,尽量在白天定时排尿,减少夜间排尿次数,以戒除不良排尿习惯,建立新的条件反射。②延迟排尿是指通过训练膀胱主动延长两次排尿间隔时间,达到增加膀胱容量、减少排尿次数、抑制膀胱收缩的目的。主要适用于尿频、尿急、尿失禁,功能性膀胱容量小、实际容量正常的患者。具体的膀胱训练方案应根据患者具体情况,参照排尿日记、膀胱容量、残余尿量以及尿动力学检查结果等指标制订。一般情况下,白天每2小时排尿1次,夜间每4小时排尿1次,每次尿量小于350mL。膀胱训练需要结合生活方式的调节。

(2) 盆底肌训练。可增强盆底与括约肌力量,从而抑制逼尿肌过度活动(DO),改善尿失禁症状及提高生活质量。

(3) 生物反馈治疗。是利用置入阴道或直肠内的反馈治疗仪以声、光、图像等形式表达膀胱的活动,当患者出现DO时,仪器即发出特定的声、光、图像等信号,使患者能直接感知膀胱活动并有意识地逐渐学会自我控制,从而达到抑制膀胱收缩的目的。