

# 经闭孔无张力阴道吊带术治疗 女性压力性尿失禁的护理

任秀平 刘红 宫月花

(山东省立医院, 济南 山东 250021)

关键词 经闭孔无张力阴道吊带 压力性尿失禁 护理

中图分类号: R472, R473.71 文献标识码: B 文章编号: 1002-6975(2007)20-1897-02

压力性尿失禁(SUI)是中老年女性的一种常见病,其发病率为 15%~30%<sup>[1]</sup>,严重影响患者生活质量,具体表现为咳嗽、大笑、用力或任何突然增加腹压的动作时尿液不自主流出。本病主要发病机理为盆底尿道周围支撑结构的松弛,不同背景的女性均存在生育、更年期及自然老化,这些可以引起盆底松弛的生理过程<sup>[2]</sup>,当尿道下阴道前壁的承托功能由于各种因素受损时,可导致压力性尿失禁<sup>[3]</sup>。耻骨后无张力性阴道吊带悬吊术(TVT),是目前治疗女性压力性尿失禁的主要方法之一。而最近研制的耻骨前无张力阴道吊带术—闭孔系统(TVT-O 系统)是对 TVT 手术进行改良,经闭孔行无张力尿道中段悬吊的术式,具有手术操作简捷、创伤小、并发症更少、效果好等特点,越来越受到欢迎<sup>[4]</sup>。我中心 2004 年 9 月~2006 年 10 月,采用此技术对 23 例女性压力性尿失禁患者进行治疗,取得满意疗效。现护理体会报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组 23 例,年龄 31~65 岁,平均 42.5 岁。临床表现为大笑、咳嗽、打喷嚏等腹部加压时尿液不自主从尿道外口流出,严重者行走时也会发生。病程 2~12 年,平均 5.6 年。患者均未接受其他针对压力性尿失禁的手术,术前诱发试验及膀胱颈抬举试验均阳性。膀胱尿道造影及尿动力学检查证实为压力性尿失禁,8 例合并轻度阴道前壁膨出。

### 1.2 手术方法

手术应用美国强生公司 TVT-O 系统,包括螺旋状穿刺棒一根,蝶形导引器及吊带。手术步骤:采用

腰麻,患者取截石位,尿道内留置 18 F 导尿管,排空膀胱。平尿道外口下缘划第一条水平线,距此线上方 2 cm 处标记第二条水平线,第二条线向两侧延长在股部皱襞交点处外侧 2 cm 处分别标记出两侧 TVT-O 出口。于阴道前壁距尿道外口下方 1 cm 处做 1.0~1.5 cm 纵行切口,将阴道壁与尿道之间分开后,持弯剪紧贴耻骨下支,穿破闭孔膜,将翼状导引器插入被分离的路径,沿此通路置入螺旋状推针器并推入,穿过闭孔膜后,再将螺旋状推针器手柄推向中线,同时转动手柄,从先前确定的 TVT-O 出口穿出。同样过程穿刺对侧,确保吊带中段平放在尿道下,在拉掉吊带的塑料外套时,避免张力过大或过松,调整满意后,缝合阴道前壁切口,在大腿内侧皮肤切口处减去吊带。阴道碘伏纱条填塞,术后 6 h 患者即可进食,适当应用抗生素。

### 1.3 结果

本组手术时间 10~20 min,平均 14 min。术后 24 h 拔除尿管后,患者尿失禁症状均消失,诱发试验均阴性。无膀胱损伤或穿孔,吊带排斥或伤口感染和阴道穿孔发生。1 例出现排尿困难,经尿道扩张后恢复正常排尿。术后 3 月复查,所有患者均无残余尿,无尿失禁复发。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 女性压力性尿失禁的发病率虽然很高,但就诊率却很低,许多患者认为尿失禁是生育后或老年人的自然现象,对尿失禁缺乏正确的认识,还有些患者认为该病难以启齿,不愿去医院治疗。因此,多数患者未得到及时有效的治疗,长期受尿失禁困扰,不敢出门,不敢参加社交活动,不敢大笑,咳嗽和打喷嚏也得忍着,她们内心非常痛苦,思

作者简介:任秀平(1969—),女,山东,本科,主管护师,从事临床护理工作

想负担重,有自卑心理。大多数患者术前表现为紧张、焦虑,对手术的方式方法、手术效果极为关切,部分中青年妇女还担心术后是否会影响性生活等。TVT-O 是一种最新的治疗技术,患者对此大多不了解,担心疗效。因此,术前应耐心细致的向患者介绍手术的方法、原理、步骤及预后,着重强调本术式具有简单快捷、创伤小、恢复快、效果好的优点,术后不会影响性生活,以解除她们的紧张心理。护理人员应与患者多交流,介绍同类手术的成功经验,帮助她们树立治疗的信心,积极配合手术和护理。

**2.1.2 会阴护理** 尿失禁患者外阴长期处于潮湿环境中,入院后应鼓励患者多饮水以稀释尿液,减少局部刺激。用温水清洗会阴部及指导患者及时更换卫生巾或护垫,每日更换内裤,保持会阴清洁干燥。观察会阴部皮肤有无发红、湿疹及溃瘍等,如有应及时向医生报告,等治愈后方可手术。

**2.1.3 避免增加腹压的因素** 女性压力性尿失禁最主要的原因是分娩后盆底肌松弛,膀胱和尿道解剖位置改变及尿道阻力降低。腹压增加时压力传递给膀胱,使尿道阻力不足以对抗膀胱压力,引起尿液外溢。因此,术前应避免一切可能引起腹压增高的因素。排使用力是造成腹压增高的原因之一,因此对便秘患者应鼓励其多食水果、蔬菜等必要时给予缓泻剂。咳嗽咳痰是造成腹压增高的另一主要原因,因此患者入院后应防止受凉、呼吸道感染等。有慢性支气管炎患者,应鼓励其排痰,利用拍背、雾化吸入等方法促进痰液排出。

**2.1.4 术前常规护理** 术前 1 d 采用 0.1% 新洁尔灭进行阴道冲洗,行药物过敏试验,备好腹部及外阴部皮肤并保持清洁干燥。术前一当晚进流质饮食,术前 12 h 禁食,8 h 禁饮,术前灌肠 1 次。

**2.2 术后护理**

**2.2.1 一般护理** 术后去枕平卧 6 h,头偏向一侧,常规低流量吸氧 4 h,监测生命体征并做好记录。密切观察阴道内伤口、股部伤口有无出血等,如出血量较多或出血持续存在,应汇报医生进一步检查排除血管损伤可能。预防感染至关重要,术中必须严格无菌操作,术后注意体温变化并遵医嘱合理应用抗生素。阴道内碘伏纱条应于术后 24 h 拔除,加强外阴清洁护理,预防感染。

**2.2.2 排尿护理** 术后置留导尿管 24 h,导尿管连接引流袋并妥善固定,保持引流通畅,观察尿流量及颜色。每日碘伏消毒尿道外口及会阴部 2 次并随

时保持清洁。拔除尿管 1 h 开始鼓励患者排尿,为防止术后因尿道阻力增大出现排尿困难,应在膀胱未达到最大充盈时排尿。术后前几次排尿较为关键,应嘱患者勤排尿,不应超过 2 h 一次,夜间起来排尿 1~2 次,排尿正常后即可正常排尿。若发生暂时性排尿困难,应指导患者正确使用腹压,可用手按压腹部协助排尿或听流水声等。

**2.2.3 饮食护理** 给予富含维生素、蛋白及适量增加纤维素的均衡饮食。保持大便通畅,预防便秘,预防感冒、咳嗽,避免增加腹压的动作以免影响手术效果。

**2.2.4 并发症观察与护理** TVT-O 手术并发症的几率很小,如血管、神经损伤,阴道尿道穿孔、吊带排斥及术后排尿困难<sup>[6]</sup>。虽然发生的可能性很小,但是护理人员不可掉以轻心,发现问题应及时通知医生,以保证手术的成功率。本组仅 1 例患者拔除尿管后出现排尿困难,其原因与吊带过于拉紧以及局部组织损伤后渗出水肿有关,经尿道扩张后并继续保留导尿 5 d 后拔除尿管,恢复正常排尿。

**3 出院指导**

出院指导是确保患者做好自我观察、护理,按时复诊的重要内容之一。告知患者术后 3~4 周内避免重体力活动及增加腹压的运动,多进食水果及蔬菜,保持大便通畅,注意保暖,预防感冒和呼吸道疾病的发生,避免剧烈咳嗽。1 个月内不行重体力劳动,禁止性生活。坚持定期随访,如出现不适应及时就诊。

**参 考 文 献**

- 1 Klutke C, Siegel S, Carin B, et al. Urinary retention after tension-free vaginal tape procedure: incidence and treatment[J]. Urol, 2001,58(5): 697-701.
- 2 De leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out[J]. Eur Urol, 2003,44: 724-730.
- 3 金锡御,宋波,主编.临床尿动力学[M].北京:人民卫生出版社,2002.193-214.
- 4 史沛清,史东民,刘国斌,等.经阴道无张力尿道中段悬吊术治疗女性压力性尿失禁[J].中华泌尿外科杂志,2005,26.(2): 140.
- 5 Bonnet P, Waltregny D, Reul O, et al. Tansobturator vaginal tape inside-out for the surgical treatment of female stress urinary incontinence: anatomical considerations[J]. J Urol, 2005,173: 1223-1228.

(收稿日期:2007-04-09)