

手术治疗盆腔器官脱出与压力性尿失禁患者的护理疗效观察

房祥梅

山东省邹城市妇幼保健计划生育服务中心, 山东 邹城 273500

【摘要】 目的 探讨盆腔器官脱出与压力性尿失禁患者手术后护理干预方法及护理干预效果。方法 从 2020 年 3 月—2021 年 12 月中心收治的患者中选取 60 例盆腔器官脱出与压力性尿失禁患者入组研究, 所有患者均行对症手术治疗, 术前做好心理护理、健康教育、排尿干预与体征监测等工作, 术后常规检测、做好疼痛治疗、纱布填塞、并发症预防等工作, 对所有患者术后恢复情况和术后随访调查结果进行评价, 根据评价结果来确认护理干预的有效性同时总结相应护理心得体会。结果 60 例患者最终均顺利出院, 出院后进行为期 3 个月的随访调查, 随访调查期间所有患者未见明显并发症、后遗症或不良反应, 患者盆底恢复良好、生活质量显著提升。结论 综合有效的护理干预对盆腔脏器脱出与压力性尿失禁患者有着重要意义, 可有效提高患者围手术期指标, 降低术后并发症、促进患者康复, 对患者身体健康和生活质量提升具有重要意义。

【关键词】 盆腔脏器脱出; 压力性尿失禁; 护理效果

盆底损伤和机能退化是一种严重影响中老年女性生理健康的慢性病, 其中以盆底器官脱出和压力性尿失禁较为常见, 本病临床症状以大小便失禁、便秘、器官脱垂为主, 可给患者生活带来巨大困扰^[1-2]。同时盆底脏器脱出和压力性尿失禁还可成为局部感染的诱发因素, 因此在临床中要予以重视, 采取积极的方式予以对症治疗, 以消除本病带来的不利影响。在治疗期间, 合理有效且系统化的护理干预是确保手术治疗效果、降低术后并发症、促进患者术后生活质量提升的关键, 本文以 60 例盆底器官脱出与压力性尿失禁患者为研究对象, 就本病的护理干预效果进行评价并总结相应护理心得体会, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组研究共选取样本 60 例, 均为 2020 年 3 月—2021 年 12 月于我中心就诊并确诊为盆底器官脱出与压力性尿失禁患者, 诊断结果提示患者均为盆底损伤或盆底器官功能衰退引起器官脱出或尿失禁症状, 排除合并其他可引起同类症状疾病者。60 例患者一般资料如下, 年龄最小者 38 岁, 年龄最大者 86 岁, 平均年龄 63.3 ± 4.0 岁, 绝经后女性 45 例, 分娩 1~6 次, 平均分娩次数 2.2 ± 0.6 次, 其中子宫脱垂合并阴道壁膨出 15 例, 阴道壁膨出合并压力性尿失禁 22 例, 子宫脱垂合并阴道壁膨出伴压力性尿失禁 23 例。

1.2 纳入排除标准 ①入组者均符合盆底器官脱出或

压力性尿失禁患者诊断标准, 诊断中可确诊为盆底损伤或功能衰退引起本病。②排除合并恶性肿瘤疾病者。③排除合并其他可引起同类症状疾病者。④排除凝血功能异常者。⑤入组者均知晓本次研究内容, 愿意配合本次研究。

1.3 方法 整体治疗思路如下: 子宫脱垂采用改良型保留子宫的全盆底悬吊术进行治疗, 压力性尿失禁者采用改良型闭孔尿道中断无张力悬吊术进行治疗, 阴道壁膨出者采用阴道壁修补术进行治疗。

护理干预方法:

(1) 整体护理思路 配合手术治疗方案和患者个体症状采取对症干预。

(2) 术前护理 ①患者入院就诊后, 建立患者个体档案, 详细记录患者年龄、病情、禁忌症、过敏史、妊娠史等情况, 根据患者个体情况评估患者手术期间和术后可能出现的并发症或不良反应, 制定相应的护理干预方案。同时根据护理干预方案内容, 分配责任护士, 完成护理干预准备。②待患者安置妥当后对患者展开健康教育, 详细告知患者盆底器官脱出与压力性尿失禁的整体治疗思路、手术方法、预后情况等, 详细告知患者治疗的具体细节, 尽可能消除因信息不对称带来的疾病不确定感, 争取患者及其家属的理解与配合。③定期对患者心理情感状态进行评估, 采用量表评价患者的抑郁、焦虑等情绪, 根据评价结果确认患者是否以抑郁、焦虑等负面情绪, 若患者负面情绪明显则应及时采取针对性措

施予以干预,帮助患者克服负面情绪的影响,鼓励并引导患者树立战胜疾病的信心,以确保患者能够以积极主动的态度接受治疗、配合治疗。④患者入院后,建立基本体征监护,密切关注患者体征变化,及时评估患者病情变化趋势,若患者体征在短时间内发生明显改变,应立即与医师联系,筛查风险并及时做出应对。

(3)手术准备 ①手术前 2 天每日冲服番泻叶进行肠道准备,术前 1 天灌肠 2 次彻底清理肠道。②术前 8 小时开始禁食,6 小时开始禁水,术前 12 小时内尽可进食半流质食物。③术前 1d 预先制备外阴备皮,保守范围为脐孔下缘到会阴肛门部、两侧大腿上三分之一处。④术前 5d 开始使用乳酸擦洗阴道黏膜及脱垂器官,若存在溃疡面则一并擦洗,每日 1 次。同时需要保持脱垂器官的回纳,为避免腹压对患者病情造成不利影响,患者应当穿宽松的全棉质内裤、保持会阴清洁干燥;若溃疡面迁延不愈,则应当延迟手术时间并排查溃疡难以愈合的原因并予以干预;术前 2d 开始每日使用乳酸擦洗后再使用碘伏进行消毒,确保无菌条件,预防感染性因素诱发炎症反应导致手术风险提升。⑤提前做好应急准备,尤其是老年患者内外部环境适应能力和生理应激能力降低后,手术可能产生多种影响,对于可能出现的并发症或不良反应应当提前予以预防。

(4)术中护理 ①手术时患者取膀胱截石位,为避免患者应激性活动下肢,使用支架、无菌单、拘束带等措施予以拘束和限制。②手术开始后至少建立两条静脉通路,其中一条为应急备用,预防意外发生。③手术期间密切监测患者心率、氧饱和、血压等生命体征变化,时刻关注患者症状变化和手术反应,避免意外。④常规吸氧和心电监护,做好液体流量监测与记录。⑤随着手术时间的增加,要注意做好患者体温的检测,做好保温措施,预防术中低体温症的发生。

(5)术后护理 ①术后患者先进入密切观察室观察术后反应,若无异常可在 24h 转入常规病房予以监护。②术后建立体征监护同时保持低流量吸氧并使用镇痛泵予以疼痛治疗。对于老年患者需要格外注意夜间呼吸频率和节律变化,若出现异常则应当立即进行风险排查。③疼痛治疗是本病术后临床护理的重点内容,应当尽可能改善患者体验、缓解疼痛、提高患者的疼痛耐受性。首先,术后为患者提供一个舒适、稳定、可靠的休养环境,患者取半卧位,使用适量镇痛药物予以干预,严格

预防药物滥用。其次,我们要及时对患者疼痛进行评价,及时询问患者体感并使用视觉模拟评分法评估患者疼痛,采取必要的措施帮助患者克服疼痛、消除疼痛带来的负面影响。④术后要密切观察患者切口愈合情况,观察是否有血肿、活动性出血、渗液等问题,若存在异常要及时排查感染风险。⑤术后 48h 内采用阴道内纱布填塞辅助止血,一般来说患者术后 48h 内为活动性出血的高风险时期,48h 患者活动性出血的风险降低但出血问题仍然存在,因此术后 20~30d 内见到阴道内淡血性液体属于正常现象,但应当及时观察血性液体颜色、气味、流量等,尤其是在高龄患者临床中,要格外警惕意料外的出血。⑥由于手术部位特殊,术后根据患者具体情况酌情考虑留置导尿管,观察患者尿量、性状和颜色并保持外阴清洁,每日使用碘伏消毒。一般留置尿管时间不超过 48h,对于留置导尿管的患者要积极做好尿路感染的防控。⑦患者麻醉清醒后,若无异常则指导患者进行简单的肢体活动,着重对下肢进行锻炼,通过下肢屈伸、床边站立、床边行走等活动下肢以促进血液灌注;对于病情严重或年龄较高的患者,则可延迟活动时间或以床上活动、被动活动为主。⑧生活干预。叮嘱患者在日常生活中保持健康体重,不接触含酒精、咖啡因等成分的饮料,禁烟禁酒,对咳嗽、打喷嚏和感冒、便秘以及呼吸道疾病进行积极治疗,日常多食用粗纤维食物。⑨排尿干预。患者出现尿急时不要立即排便,应当先保持冷静,快速进行盆底肌收缩,转移注意力至别处,抑制尿急感,当尿急感降低后再保持正常步速至厕所排尿。

(6)并发症预防及护理 本病术后并发症较多,根据不同的并发症采取针对性的预防措施和应对方法。①感染:感染在本病术后发生率在 1%~3% 之间,术后要密切观察患者血流情况和切口愈合情况,通过评价患者是否有血便、异常疼痛来评估感染风险。同时鼓励使用高纤维食物,以预防便秘造成腹压提升,从而降低感染风险。②尿道损伤:尿道损伤与手术时长和术后恢复有关,可通过评估患者尿液量、颜色、气味来评估患者尿道损伤风险,对于高风险患者可采取延长尿道开放时间的方式来帮助膀胱放松,降低尿道损伤风险及膀胱恢复压力。③下肢深静脉血栓:下肢深静脉血栓形成与卧床时长有关,随着卧床时间的增加深静脉血栓的风险逐渐上升,可通过加强活动、抬高下肢、按摩等方式来降低深静脉血栓形成风险。

1.4 评价指标 对 60 例患者临床结局和出院后 3 个月随访调查结果进行评价,以此评估护理干预的有效性。

2 结 果

60 例患者均完成手术治疗,术后未见明显并发症,术后整体恢复良好,除 2 例合并糖尿病患者切口愈合缓慢外,无其他异常;术后进行了为期 3 个月的随访调查,患者主诉无明显的不适感,恢复性生活患者未见异常,外阴无不适感、出血、肿胀等问题,下肢运动感觉无异常,切口愈合良好,无网片侵蚀、感染、脱出等问题,患者尿失禁症状基本消失,1 例出现了持续性便秘症状导致子宫脱垂复发,1 例因异常复发,推测与手术情况有关,其余患者未见异常。

3 讨 论

随着医疗技术的进步和生活水平的提升,国民平均寿命提升,因此老年群体规模不断增加,而随着年龄的增加人体的生理机能会逐渐衰退,更容易发生退行性改变或损伤。盆底损伤则是中老年女性群体中最长的损伤类型,其可引起盆底器官脱垂问题,诱发膀胱、阴道前壁膨出或子宫、阴道穹隆脱垂,如果发生阴道后壁或直肠膨出则可对膀胱产生压迫引起压力性的尿失禁问题^[3-4]。很多老年女性的无意识漏尿问题就与这一机制有关。

盆底器官脱出与压力性尿失禁会给女性生活带来巨大困扰,严重妨碍女性的工作和社交生活。虽然尿失禁对女性影响严重,但很多女性患者对尿失禁的认识较为模糊,认为这一症状为正常情况或年龄增长所致,还有部分女性认为此症状较为隐私,因而对其不采取重视或不敢采取诊疗措施,耽误疾病治疗。根据临床调查统计^[5-6],本病的发生率较高,绝经后女性发病率高于其他年龄阶段,约为正常女性的 3~5 倍,发病后约 10%~15% 的患者无自觉症状,仅存在不同程度的无意识漏尿,有些患者并不重视这一症状,因此本病在临床中有着较高的漏诊率。盆底器官脱出与压力性尿失禁是盆底损伤或盆底功能衰退引起的疾病,其本质上一种以器质性改变为基础上的病理改变,因此常规的药物治

以根治本病,绝大多数患者需要经过手术治疗才能康复^[7-8]。

因此做好手术期间护理是改善本病临床结局的重要内容,在本组研究中,共选取 60 例患者入组研究,通过对 60 例患者临床结局和随访调查结果进行评价来评估护理干预的有效性并总结了相应心得体会。就结果来看,综合有效的护理干预对盆腔脏器脱出与压力性尿失禁患者有着重要意义,可有效提高患者围手术期指标,降低术后并发症、促进患者康复,对患者身体健康和生活质量提升具有重要意义。

综上所述,在实际的临床中,我们要重视盆底器官脱出与压力性尿失禁患者的护理干预工作,尽可能优化患者的体验,这对患者术后恢复和生活质量提升均具有积极意义。

参考文献

- [1] 钟小琳.经会阴超声对盆底器官脱垂相关的诊断性研究[D].福建:福建医科大学,2017.
- [2] 胡清,夏志军,刘丹,等.经阴道应用化学合成网片行盆底重建术后复发 18 例临床分析[J].中国妇产科临床杂志,2017,18(2):113-116.
- [3] 龚利英.盆底重建术与传统手术治疗盆腔器官脱垂疗效比较[J].中外医疗,2020,39(31):66-68.
- [4] 吴志芬,宋岩峰,黄惠娟,等.盆底重建手术治疗盆腔器官脱垂的临床研究[J].中国妇产科临床杂志,2012,13(2):85-87.
- [5] 谢冰,王建六.正确面对 FDA 对经阴道植入网片手术治疗盆腔器官脱垂的公告[J].中国实用妇科与产科杂志,2020,36(10):917-920.
- [6] 高薇,谢臻蔚,金杭美.非手术治疗盆腔器官脱垂临床应用及其评估[J].中国实用妇科与产科杂志,2015,31(4):307-310.
- [7] 徐春佳,陆安伟,唐建军.手术治疗盆腔器官脱垂 62 例疗效观察[J].山东医药,2010,50(50):96-97.
- [8] 熊海珍.用盆底重建术和传统手术治疗盆腔器官脱垂的临床疗效比较[J].实用妇科内分泌电子杂志,2017,4(8):25,27.