

回肠结肠新膀胱术病人的护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/285/2021_2022__E5_9B_9E_E8_82_A0_E7_BB_93_E8_c67_285458.htm 1.1 术前准备 改善全身状况，纠正水电解质平衡紊乱，备血200~1200 ml；常规备皮。术前用灭滴灵200 ml冲洗膀胱并保留。准备20~22 F气囊尿管1根，输尿管导管2根，肛管1根，负压球1个，备丝裂霉素6~10 mg术中使用时。病人确诊膀胱癌后心理负担较重，担心切除膀胱后原来的排尿及生活习惯发生改变，影响自身形象或视为残疾，产生自卑及绝望情绪。为此，向病人说明几种肠代膀胱术的方法及优缺点，使病人有较充分的选择，以消除绝望心理。本组病人均选择正位(原位)排尿的新膀胱术，即由原尿道可控排尿，能保护肾功能及提高生活质量，恢复自我形象。

1.2 消化道准备 充分的肠道准备可以增加手术的成功率与安全性。术前3 d口服新霉素1 g，4次/d，以抑制肠道细菌，预防术后感染；肌注维生素K，以补充肠道在使用抑菌剂时对维生素K的吸收障碍；术前2 d给流质饮食以利清洁肠道。术前1 d开始进行全肠道准备；分别于13，14，15，18，21时口服灭滴灵0.2 g。15时口服10%甘露醇500 ml，果导片0.4 g以促进大肠推进性蠕动，排除肠内粪便达到清洁肠道的目的。

1.3 术后护理 (1) 导管护理：所有导管要保持通畅，严密观察引流量、颜色及性质并准确记录。双侧输尿管导管护理。回肠结肠新膀胱术后，留置双侧输尿管导管并通过新膀胱造瘘由腹部切口引出肾盂内尿液，有利于新膀胱修复及切口愈合。因此，必须保持导管畅通，避免牵拉致过早脱管引起吻合口水肿和狭窄而使上尿路梗阻。为

防止逆行感染一般不作冲洗。如有血块堵塞须在无菌操作下抽吸或用灭滴灵、生理盐水冲洗，肾盂每次冲洗液不超过5~10 ml，用力不能过大，以防止逆流，如无异常，术后12~14 d拔管。拔管前需做逆行造影，证实输尿管通畅，无吻合口漏方能拔管。本组病例未发生吻合口漏。

气囊尿管护理。留置气囊尿管的目的使新膀胱切口愈合，尿管从尿道插入新膀胱引出尿液、肠液，根据引流液颜色，性状及时调整冲洗速度和冲洗液，术后早期常规用生理盐水持续冲洗膀胱外，每4~5 h用5%碳酸氢钠250 ml冲洗膀胱，以减少粘液分泌，防止粘液堵塞导管；用1:5 000呋喃西林液冲洗膀胱，2~3次/d。尿道外口护理，2次/d，以减少分泌物或逆行感染。尿管阻塞时冲洗液每次<100 ml，避免量过大影响新膀胱创面及吻合口愈合。

负压球引流护理。经常保持耻骨后负压引流管呈负压状态，达到有效引流，防止耻骨后感染及促进伤口愈合，引流液24 h<5 ml可拔出引流管。本组未发生耻骨后感染。

(2) 加强基础护理：术后早期严密观察生命体征，高龄病人行血氧饱和度监测。术后卧床时间长，应预防肺部感染，鼓励咳痰、拍背及雾化吸入治疗，本组无肺部感染发生。

加强结肠新膀胱肛管护理，用0.1%新洁尔灭溶液擦洗肛门周围，2次/d；灭滴灵50 ml冲洗肛管，1次/d；腹胀时需胃肠减压避免发生吻合口漏。

2 健康教育 2.1 指导病人练习新膀胱的可控能力一旦拔除尿管，可因膀胱容量相对较小或括约肌未完全恢复等原因，致排尿次数多，可控性差。此时指导病人使用假性导尿，同时教病人收缩腹肌，憋气用力靠腹压排尿(用双手保护腹股沟区，避免斜疝发生)。鼓励病人作提肛运动增强外括约肌功能的锻炼，以便及早恢复新膀胱的可控

力。2.2 定时排尿的重要性及排尿姿式 病人术后夜间可控性差的原因可能是入睡后尿道括约肌张力下降，此时如新膀胱无抑制收缩，尿液便溢出 [3]。为避免导致新膀胱容量失代偿，避免反流，降低酸中毒等并发症发生，必须定时排尿(1次/2 ~ 3 h)，夜间嘱病人排尿2次。对少数残余尿多者，须指导自行导尿。排尿的姿式可采用蹲位排尿，争取将尿液排尽，最大限度减少并发症的发生。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com