



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

W A I K E H U L I



主编：周庆湘
主讲：邱赛男





外科护理



第二十三章

泌尿及男性生殖系统疾病病人的护理

MI NIAO JI NAN XING SHENG ZHI XI TONG JI BING BING REN DE HU LI



目录

> 第一节 泌尿系统损伤病人的护理

> 第二节 泌尿系统结石病人的护理

> 第三节 泌尿系统肿瘤病人的护理

第一节 泌尿系统损伤病人的护理

一、病因和分类

1. 肾损伤

(1) 开放性损伤 由枪刀、弹片等锐器所致肾脏贯穿伤，常伴胸腹部其他脏器损伤，有开放性伤口与外界相通。

(2) 闭合性损伤 多由车祸、摔落、运动损伤和遭受攻击引起，可致肾脏直接受损，一般没有开放性伤口与外界相通。

(3) 医源性损伤 多见于经皮肾穿刺活检、结石手术、腹腔镜和开放性肿瘤切除术和移植术。

根据损伤程度将闭合性损伤分为以下四种类型：

①肾挫伤：损伤局限于部分肾实质，肾包膜及肾盂黏膜均完整，形成肾瘀斑或包膜下血肿。

②肾部分裂伤：肾实质部分裂伤并伴肾包膜破裂，肾周血肿可出现。肾盂肾盏黏膜破裂时，可出现明显血尿。

③肾全层裂伤：肾实质深度裂伤，肾包膜及肾盂肾盏黏膜均破裂，常引起肾周血肿、严重血尿和尿外渗。肾横断或破裂时，部分肾组织缺血坏死。

④肾蒂损伤：肾蒂血管部分或全部撕裂，导致大出血、休克、肾动脉血栓，甚至死亡。

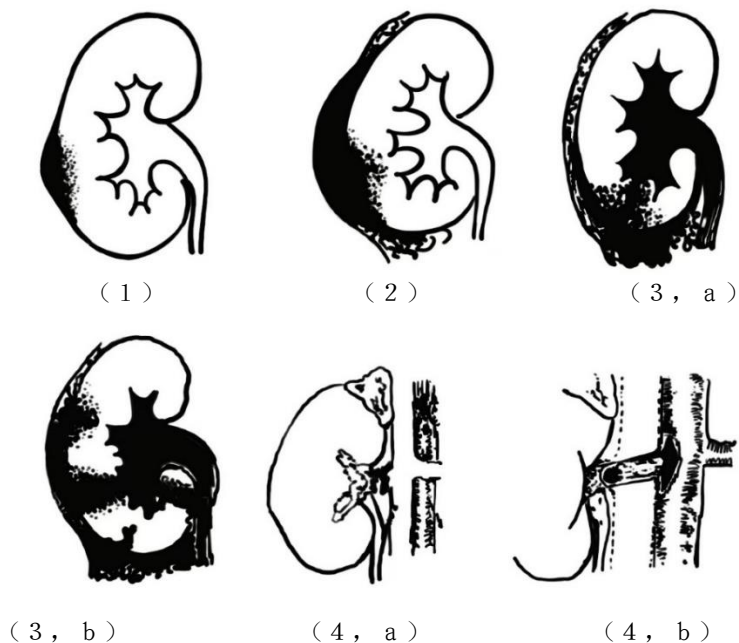


图 23-1 肾损伤的类型

(1) :肾瘀斑及包膜下血肿; (2) :表浅肾皮质裂伤及肾周围血肿;

(3, a) :肾实质全层裂伤、血肿及尿外渗;

(3, b) :肾横断; (4, a) :肾蒂血管断裂; (4, b) :肾动脉内膜断裂及血栓形成。

2. 膀胱损伤

(1) 病因分类

①开放性损伤：膀胱直接与体表相通，多由弹片、子弹或锐器贯通所致，常见于战伤。

②闭合性损伤：膀胱充盈时，受外界暴力撞击、挤压导致膀胱受损，骨盆骨折时骨折片直接刺破膀胱壁，常见于机动车事故和跌倒事件。

③医源性损伤：由膀胱镜检查、下腹部手术或盆腔手术所致膀胱损伤。

④自发性损伤：有病变的膀胱过度膨胀而发生破裂，如膀胱结核。

(2) 病理分型

①膀胱挫伤：仅伤及膀胱粘膜或浅肌层，膀胱壁未穿透，无尿液外渗，可出现血尿。

②膀胱破裂：分为腹膜外型、腹膜内型及混合型，腹膜外型多由骨盆骨折所致，骨盆环变形致膀胱壁破裂而腹膜完整，尿液渗入膀胱周围组织及耻骨后间隙；腹膜内型由膀胱内压突然升高引起，继发于骨盆和下腹部钝性损伤，膀胱壁及腹膜破裂，尿液直接渗入腹腔造成腹膜；混合型常合并脏器损伤，多由利器损伤所致。

3. 尿道损伤

尿道损伤是泌尿系统中最常见损伤，多以男性为主。

(1) 病因分类 前尿道损伤在球部多发，球部尿道固定在会阴部，会阴部骑跨伤时引起。后尿道损伤在膜部多发，膜部尿道穿过尿生殖膈，常由交通事故、砸伤所致，多合并骨盆骨折。

(2) 病理

①尿道挫伤：尿道粘膜及粘膜下层轻度损伤，阴茎和筋膜完整，内层损伤，局部水肿和出血，可以自愈。

②尿道裂伤：尿道壁部分断裂，尿道周围出现血肿和尿外渗，愈合后可引起瘢痕性尿道狭窄。

③尿道断裂：尿道彻底断裂，断端退缩、分离，出现尿道周围血肿和尿外渗，可发生尿潴留。尿道球部断裂时血液及尿液渗入会阴袋，使会阴、阴茎、阴囊肿胀淤血。

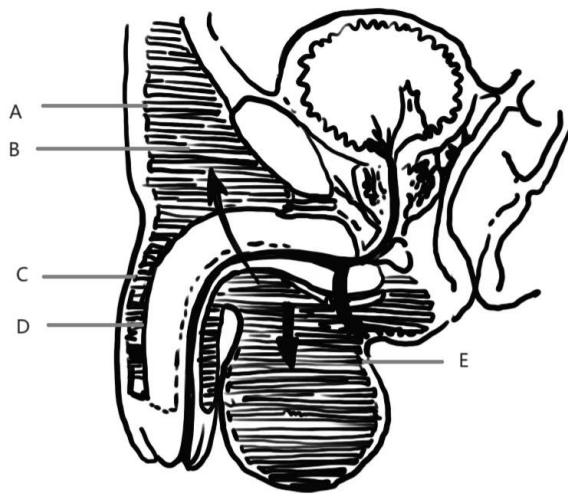


图 23-3 尿道球部破裂的尿外渗范围

A: 前腹壁浅筋膜; B: 外渗尿液; C: 阴茎浅筋膜; D: 阴茎筋膜; E: 会阴浅筋膜;



二、护理评估

(一) 健康史

了解病人的年龄、性别、职业及运动爱好；询问受伤的原因、时间、地位、部位、暴力性质，受伤的经过，已接受诊疗的过程及采取的措施。



(二) 身体状况

1. 肾损伤

(1) 血尿 病人肾损伤时多出现血尿症状，但血尿与损伤程度不一致。肾挫伤或肾部分裂伤病人可出现明显血尿；肾血管断裂、输尿管断裂或血块堵塞输尿管，可仅出现镜下血尿甚至无血尿。

(2) 疼痛 肾包膜下血肿、肾周围软组织损伤、出血或尿外渗时，可引起患侧腰、腹部疼痛。当血液、尿液进入腹腔时，可出现腹膜刺激征。血块通过同侧输尿管时，出现同侧肾绞痛。

(3) 休克 重度肾损伤或其他脏器损伤时，常发生休克。

(4) 感染 血肿及尿外渗易继发感染并出现低热，若继发肾周脓肿或化脓性腹膜炎症状，可出现寒战、高热症状，严重者出现感染性休克。

2. 膀胱损伤

(1) 血尿、排尿困难或排尿不尽 肉眼血尿为主要症状，少数病人有镜下血尿。膀胱破裂者，尿液进入腹腔及膀胱周围，病人有尿意但不能排尿，或仅有少量血尿。

(2) 腹痛 膀胱外型膀胱破裂时，下腹腹痛。腹膜内型膀胱破裂时，尿液直接渗入腹膜，下腹痛及肌紧张。

(3) 休克 骨盆骨折引起剧痛及大出血常导致休克。

(4) 尿瘘 开放性膀胱损伤时，穿透性伤口出现而漏尿；闭合性膀胱损伤时，尿外渗继发感染破溃后也可漏尿。

(5) 氮质血症 腹膜内型膀胱破裂时，尿液进入腹腔，引起尿毒症或肌酐水平升高，短时间出现氮质血症。

(6) 医源性膀胱损伤时可能出现膀胱阴道瘘或膀胱子宫瘘。

3. 尿道损伤

(1) 疼痛 前尿道损伤时有伤处疼痛，排尿时疼痛加剧，有会阴部放射痛；后尿道损伤时疼痛向肛周、耻骨后和下腹部放射。

(2) 尿道出血 前尿道损伤时，有血液自尿道流出；后尿道损伤时，无出血或少量血自尿道流出。

(3) 阴道口出血 多数女性由于骨盆骨折所致。

(4) 排尿困难 尿道挫伤后，局部水肿或疼痛性括约肌痉挛，引起排尿困难。尿道损伤后，尿液连续性中断，血凝块形成堵塞或压迫尿道，发生尿潴留。

(5) 休克 剧烈创伤导致骨盆骨折进而引起的尿道损伤，可引起出血性休克。

(6) 尿外渗 尿道断裂后，用力排尿后易出现尿外渗和血肿；膜部尿道损伤时，会阴部、阴囊出现尿外渗；女性骨盆骨折时，阴唇肿胀提示尿道损伤。

4. 体征 出血及尿液外渗进入肾周时，形成腰部肿块，有明显触痛及肌紧张。后尿道断裂时，直肠指检触及直肠前有血肿，前列腺向上移位，有浮球感。闭合性损伤时，常有局部肿胀、血肿和瘀斑。腹膜内型膀胱破裂时，若腹腔尿液较多时有移动性浊音阳性；腹膜外型膀胱破裂时，直肠指检可触及直肠前壁饱满有触痛。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查 活动性出血时，血常规检查中血红蛋白和血细胞比容进行性下降。合并感染时，血常规白细胞计数增多。

2. 影像学检查 超声提示损伤的部位和程度，确定出血情况；CT显示损伤的程度，还可了解其他脏器的损伤情况，发现膀胱周围血肿；MRI对血肿显示更清晰；放射性核素扫描用于远期随访；X线可显示骨盆情况；尿道造影可显示损伤部位及程度。临床上CT、MRI可用于初步评估。

3. 其他检查

(1) 膀胱损伤时可行导尿实验，导尿管插入膀胱后，如引流出300ml以上清亮尿液者，基本排除膀胱破裂；如无尿液或仅导出少量尿液甚至血尿，则膀胱破裂可能性大；再经导尿管注入无菌生理盐水200~300ml，片刻再吸出，若引出的液体量明显多于或少于注入量，提示膀胱破裂。膀胱造影是诊断非医源性膀胱损伤的首选检查方法。自导尿管注入造影剂300ml~500ml，如造影剂漏至膀胱外，可诊断膀胱破裂。

(2) 尿道损伤可行诊断性导尿，若导尿管顺利插入膀胱，说明尿道连续且完整，可留置导尿管，以支撑尿道、引流尿液、预防尿潴留；若插入困难说明可能存在尿道损伤，不反复试插，避免加重局部损伤和引发感染。

（四）心理-社会状况

损伤后疼痛、血尿、排尿障碍可引起病人及家属紧张焦虑的心理。

（五）处理原则

1. 肾损伤 保守治疗为绝大多数肾损伤病人的首选治疗方法。

开放性肾损伤病人多行手术探查，目的是控制出血和保护肾功能。闭合性肾损伤保守治疗无好转者应尽早手术，根据肾损伤程度选择肾修补术、肾部分切除术或选择性血管栓塞术。

2. 膀胱损伤 钝性或医源性膀胱性所致的非复杂性腹膜外型膀胱损伤一般采取保守治疗，包括临床观察、持续膀胱引流及预防感染。腹膜内型膀胱损伤应尽早行膀胱壁修补，充分引流外渗尿液，保持尿液通畅或尿液改道。有休克症状者，立即抗休克治疗。膀胱挫伤或膀胱造影显示尿液仅少量外渗者，予以留置导尿管，引流尿液10天左右，同时抗感染治疗。严重膀胱破裂且病情严重者，尽早行剖腹探查术或膀胱修补术。

3. 尿道损伤 尿道挫伤者无需特殊治疗，及时止血、镇痛、抗感染治疗。排尿困难者留置导尿管2周左右。留置导尿管失败者、尿潴留者，可行耻骨上膀胱穿刺或造瘘术。前尿道损伤时若导尿失败，立即行阴道修补，并留置导尿管2~3周。后尿道损伤者一般行尿道会师复位术，术后留置导尿管3~4周。骨盆骨折致尿道损伤并休克者，先抗休克治疗。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 疼痛 与外伤、肾包膜下血肿等有关
2. 组织灌流量改变 与外伤所致大出血有关
3. 潜在并发症：休克、感染

四、护理措施

(一) 急救护理

尿道海绵部球体出血时易致休克，及时压迫止血，建立静脉通路，遵医嘱输血、输液、止痛，抗休克治疗；膀胱损伤合并骨折时，及时复位予以固定，避免搬动，以防加重损伤，并做好并发症的预防。

(二) 非手术治疗/术前护理

1. 病情观察 密切观察生命体征变化，监测体温、呼吸、血压、心率；将每次留取尿标本至透明试管内，记录留取时间、尿液颜色、性状，动态观察血尿变化，若血尿颜色加深，提示活动性出血；评估疼痛部位、程度，有无腹膜刺激征出现。必要时监测血常规，判断有无出血。

2. 饮食 嘱病人进食高热量、高蛋白、高维生素饮食补充营养；多饮水，促进尿液排出，保持尿道口干燥清洁。

3. 休息与活动 肾损伤病人需要绝对卧床休息2~4周，待病情稳定、血尿消失后方可离床活动。

4. 输液管理 建立静脉通道，遵医嘱予以补液治疗，维持体液平衡，合理使用抗生素，必要时输血。

5. 引流管的护理 做好伤口护理及导尿管的护理。膀胱损伤后保守治疗时留置导尿管，持续通畅引流尿液约7~10天，予以会阴冲洗，鼓励病人多饮水，及时发现感染征象，通知医生处理。尿道损伤病人排尿困难时予以留置导尿管或膀胱造瘘管，做好引流管的护理，避免尿潴留；拔除导尿管或膀胱造瘘管后，观察排尿次数、尿量、有无血尿等。

6. 术前准备 有手术指征者，在抗休克同时，做好术前准备。

(三) 术后护理

1. 体位与饮食 术后麻醉清醒后体位可取半卧位；胃肠道功能恢复后可进食流质饮食，多饮水。

2. 引流管的护理 准确记录引流液的颜色、性质、量的变化，避免打折、扭曲、受压情况，伤口敷料保持干洁，如有渗血渗液时及时换药，保持无菌操作。

(二) 术后护理

3. 肾脏手术后护理 肾部分切除手术后病人，需适当卧床休息，预防继发性出血；注意合理控制输液速度，避免加重健侧肾脏负担；慎用对肾功能有损害的药物。

4. 膀胱手术后护理 膀胱造瘘术后观察伤口敷料干洁，保持引流管引流通畅，记录引流液量及性状变化，严格无菌操作，防止逆行感染；膀胱造瘘管一般留置14天左右拔除；拔除前先试行夹管，病人排尿通畅后方可拔管，拔管后应用纱布堵塞并覆盖造瘘口；膀胱修补术后，应留置导尿管或耻骨上膀胱造瘘，持续引流尿液2周。³¹

5. 尿道手术后护理

(1) 尿道吻合术与尿道会师术后均留置导尿管，以引流尿液。妥善固定尿管与大腿内测，翻身时注意勿牵拉，以防滑落。保持尿液引流通畅，若出现少量血块，可用无菌生理盐水冲洗、抽吸。严格无菌操作，定期更换引流袋，每日予以会阴冲洗2次。尽早拔管，视尿道损伤程度和手术方式而定，一般留置2~4周。

(2) 尿潴留者可留置膀胱造瘘管，按管路常规护理，经膀胱尿道造影确认无尿道狭窄及尿外渗后，方可拔出膀胱造瘘管。

(3) 尿外渗区切开引流后保持引流通畅，及时更换敷料，避免感染；抬高阴囊，利于外渗尿液吸收，促进肿胀消退。

6. 并发症的防治

(1) 预防感染 嘱病人勿用力排尿，避免尿外渗；做好伤口及引流管护理，多饮水，保持尿道口干燥清洁，预防感染；遵医嘱予以用抗生素，鼓励病人饮水。

(2) 休克 密切观察病人生命体征，开放静脉通路，及时补液，有手术指征病人，在抗休克时做好术前准备。

(3) 尿外渗 是肾损伤及尿道手术后常见的并发症，明确诊断后早期予以抗生素抗感染治疗，在外渗区做多处切口，置入皮下引流管，引流外渗尿液。

(4) 尿道狭窄 尿道损伤者易发生尿道狭窄，正确留置导尿管，轻度狭窄者行尿道扩张术，狭窄严重者行手术治疗。

(三) 心理护理

泌尿系统损伤为隐私部位，以青壮年为主，常因合并出血、休克对家属及病人产生较大精神压力。护士要关注病人心理状态，了解病人是否担心手术预后，是否配合手术后治理及护理，减轻病人及家属的紧张、焦虑情绪，告知病人病情配合要点及治疗护理措施，取得家属及病人的配合。根据具体情况制定心理护理方案。

（四）健康指导

肾脏手术后的病人，出院3月内不宜从事体力劳动或竞技运动，加强自我保护，防止再次损伤。肾切除术者，需保护好健侧肾脏，防止外伤和慎用肾功能肾损伤的药物。部分携带尿管及膀胱造瘘管出院的病人，告知病人居家自我照护要点，嘱病人多饮水，定时更换引流袋。尿道损伤病人易出现尿道狭窄，告知病人定期行尿道扩张术。

第二节 泌尿系统结石病人的护理

泌尿系统结石又称尿石症，分为上尿路结石（肾结石、输尿管结石）和下尿路结石（膀胱结石、尿道结石），结石多在膀胱和输尿管形成，输尿管结石继发于肾结石，下尿路结石多继发于上尿路结石。临床以上尿路结石常见。

一、病因

年龄、性别、地理环境、饮食、遗传、社会经济因素是结石形成的影响因素，结石形成的常见病因有代谢异常、尿路梗阻、感染、异物及药物使用等。

1. 代谢异常 尿液中钙、草酸或尿酸的排出量增加容易形成尿结石。长期卧床、甲状旁腺功能亢进病人尿钙增加。碱性尿中易形成磷酸盐及磷酸镁铵沉淀，酸性尿中易形成尿酸结石和胱氨酸结晶。尿中抑制晶体形成的物质如枸橼酸、焦磷酸盐等不足可促进结石形成。

尿量减少使尿中盐类和有机物的浓度增高，促进结石形成。

2. 局部因素 机械性因素导致的尿路梗阻、尿动力学改变、肾下垂等原因导致尿液瘀滞，促使结石形成。细菌、坏死组织、脓块是泌尿系统感染时形成结石的主要成分。长期留置导尿管、小线头等可成为结石核心进而形成结石。

3. 药物相关因素 尿液的浓度高而溶解度较低的药物，如氨苯蝶啶、治疗HIV感染的药物、硅酸镁和磺胺类药物，该类药物成分就是结石成分；能够诱发结石形成的药物，如乙酰唑胺、维生素D等，该类药物能在代谢中导致其他成分结石形成。

二、护理评估

（一）健康史

了解病人的性别、年龄、职业、生活习惯、营养状况等；了解病人既往有无结石病史，有无遗传或代谢疾病，有无服用高尿酸、高草酸尿等代谢异常的药物等。

（二）身体状况

1. 疼痛 结石的大小和位置导致疼痛程度不同。肾盂肾盏结石大、移动小，可无明显临床症状，活动后有上腹和腰部钝痛。肾内小结石和输尿管结石可引起突发严重性肾绞痛，取决于结石活动及输尿管梗阻情况。肾绞痛常深夜至凌晨发作，发作时病人精神恐惧，辗转反侧，疼痛部位为腰部或上腹部，沿输尿管反射至同侧腹股沟，甚至涉及同侧睾丸或阴唇，持续数分钟至数小时不等，结石引起尿路梗阻时，可有恶心、呕吐、面色苍白、冷汗等伴随症状，严重肾绞痛使人自熟睡中痛醒，可发生休克。

2. 血尿、排尿困难 活动后镜下血尿为上尿路结石的主要症状。

膀胱结石典型症状为排尿中断，疼痛放射至远端尿道或阴茎头部，伴排尿困难、膀胱刺激症状；若排尿时落于膀胱颈可引起尿流突然中断，体位改变后，可继续排出尿液。尿道结石的典型症状为排尿困难、尿滴沥及尿痛，

3. 膀胱刺激症状 表现为尿频、尿急、尿痛，常在结石感染或输尿管膀胱壁段结石时出现。

4. 感染和梗阻 结石继发急性肾盂肾炎或肾积脓时，可有发热、畏寒等全身症状。结石梗阻引起肾积水，导致患侧肾体积增大。双侧上尿路梗阻时，可导致无尿，甚至出现尿毒症。

5. 体征 肾结石病人患侧肾区有叩击痛，结石致梗阻引起肾积水时，可触及增大的肾脏。

（二）临床表现

1. 症状 多数病人无特殊不适。较大的切口疝有腹部牵拉感，伴食欲减退、恶心、便秘、腹部隐痛等表现。

2. 体征 腹壁切口瘢痕处逐渐膨隆，有肿块出现。肿块通常在站立或用力时更为明显，平卧休息则缩小或消失。切口疝环一般比较宽大，很少发生嵌顿。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查 尿常规可见镜下血尿。结石伴泌尿系统感染时，有脓尿。尿常规中的pH值、钙、磷、尿酸、草酸等有助于结石成分分析。

2. 影像学检查

(1) 超声检查 用于筛查肾结石、发现膀胱区有结石影，因其便捷、费用低、特异性高的特点为首选检查。

(2) 尿路平片 可显示90%以上泌尿系结石。检查前1天予以少渣饮食，检查前1天晚服用缓泻剂，排出肠道气体及粪便。孕妇忌做尿路平片检查。

(3) 静脉尿路造影 静脉注射碘造影剂，与注射后于5min，15min，30min，45min摄片。该检查可显示结石所致肾结构和肾功能的改变。检查前应禁食、禁饮，并做碘过敏试验，造影前排空膀胱，造影后观察病人有无异常，并告知病人多饮水，促进造影剂排出。

(4) 逆行肾盂造影 经膀胱镜行输尿管插管并注入造影剂，造影剂逆尿路上行，能较好显示肾脏功能、判断肾积水程度、定位结石，用于其它方法无法确定结石部位及结石以下尿路系统病情不明时。

(5) CT平扫诊断泌尿系统结石及急性肾绞痛的首选检查，增强CT显示肾积水程度和肾实质厚度；磁共振尿路成像了解结石梗阻后肾输尿管积水的情况。

3. 其他检查 放射性核素肾显像用于评估治疗前肾功能情况及治疗后肾功能恢复情况。膀胱镜检查可直接发现结石及膀胱病变。

(四) 心理-社会状况

肾绞痛、血尿等常造成病人心理焦虑，了解病人及家属是否知晓结石治疗的方法及疾病的预后。

(五) 处理原则

1. 病因治疗 解痉止痛、去除梗阻，防止结石复发。
2. 非手术治疗 适用于直径 $<0.6\text{cm}$ 、表面光滑、结石以下尿路无梗阻者。指导病人每日饮水量 3000ml 以上，保持尿量 2000ml/d 以上，适当运动，制定合理的饮食计划。中药和针灸可解痉镇痛，促进结石

排出。若排尿困难，先留置导尿管，以引流尿液及时控制感染。前尿道结石可在局麻下压迫结石近端尿道，向尿道中注入无菌石蜡油，轻轻向尿道推挤，然后钳出结石。后尿道结石可用尿道探条将结石推入膀胱，再按膀胱结石处理。

3. 肾绞痛治疗 一旦确诊，使用非甾体类镇痛药、阿片类镇痛药、解痉药物缓解疼痛。药物无法缓解疼痛或结石直径 $>0.6\text{cm}$ 时，考虑外科治疗。

4. 体外冲击波碎石 通过X线或超声对结石定位，并利用高能冲击波聚焦后作用于结石，使裂解、粉碎成小颗粒，随尿液排出。是一种非侵入性的操作，适用于直径 $\leq 2\text{cm}$ 的肾结石及输尿管上段结石。禁用于结石远端尿路梗阻、妊娠、出血性疾病、严重心血管疾病。常见并发症为出血、“石街”形成、肾绞痛、高血压等。两次治疗间隔时间为10~14天，次数不宜超过3~5次

5. 手术治疗

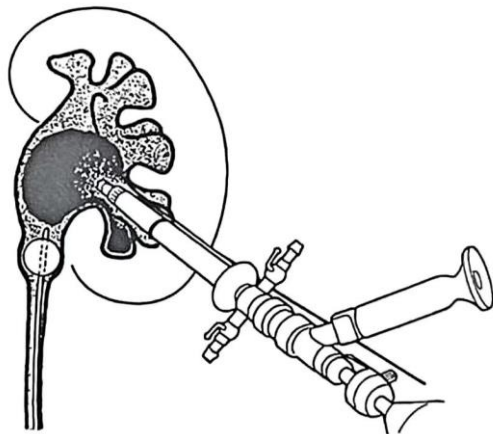
(1) 经皮肾镜碎石或取石术适用于直径 $\geq 2\text{cm}$ 的肾结石、有症状的肾盏结石、合并梗阻性尿路疾病、其他治疗失败者。

(2) 输尿管镜取石或碎石术适用于中、下端输尿管结石，体外冲击波失败的输尿管上段结石等。

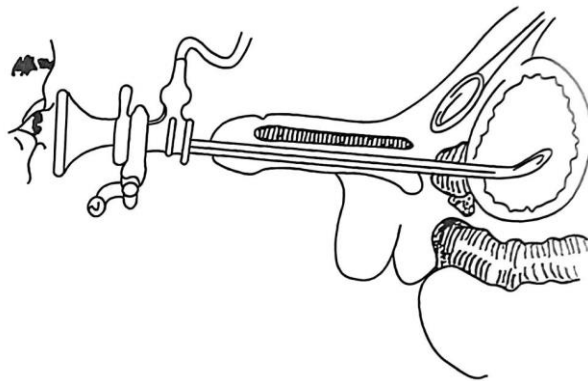
(3) 腹腔镜输尿管取石适用于直径 $> 2\text{cm}$ 的输尿管结石，或经体外冲击波治疗、输尿管镜手术失败者。

(4) 开放性手术适用于结石远端梗阻、泌尿系统畸形、结石嵌顿紧密、其他治疗无效者。

(5) 经尿道膀胱镜碎石术或碎石术适用于膀胱结石 $<2\sim 3\text{cm}$ 时；结石过大或不适宜行尿道膀胱镜取石病人可采用耻骨上膀胱切开取石；膀胱感染严重时，应用抗生素；



经皮肾镜碎石取石术



膀胱尿道镜检查

三、常见护理诊断/健康问题

1. 疼痛 与结石梗阻、平滑肌痉挛等有关。
2. 焦虑与恐惧 与结石梗阻所致疼痛难以缓解、担心手术预后有关。
3. 排尿障碍 与结石梗阻有关
4. 潜在并发症：出血、感染等。

四、护理措施

（一）非手术治疗/术前护理

1. 病情观察 观察病人体温变化，尿液的颜色及性状，血尿程度是否减轻，尿中结石排出情况。遵医嘱查尿常规，观察有无感染征象。

2. 一般护理 嘱病人多饮水，预防感染，调整饮食结构，减少结石形成，适当活动及体位改变，促进结石排出。

3. 肾绞痛缓解 急性疼痛发作时，告知病人卧床休息，局部热敷，指导病人深呼吸放松、转移注意力等物理方式减轻疼痛；遵医嘱予以应用解痉止痛药物，观察用药后的反应。

4. 体外冲击波的术前护理

(1) 完善实验室检查，包括血常规、尿常规、C-反应蛋白及凝血功能，必要时增加肝肾功能、尿细菌培养等，评估近期有无服用抗凝药。

- (2) 向病人解释体外冲击波碎石的过程和配合方法，缓解焦虑紧张情绪。
- (3) 做好肠道准备，避免肠道积气影响，术前3天忌食产气食物，术前1天口服缓泻药，术晨禁食。
- (4) 碎石前复查X线，确定结石位置。
- (5) 做好尿路准备，术前1 h 常规饮水500 ml，增加尿液，利于结石粉碎及碎石排出。

(二) 术后护理

1. 体外冲击波的术后护理

(1) 术后卧床休息，如无明显不适，适当活动，变换体位，促进结石排出。肾结石碎石后一般取健侧卧位，以便结石排出；中肾盏、肾盂、输尿管上段结石碎石后取头高脚低位，上半身抬高；肾下盏结石碎石后取头低位。

(2) 术后如无不良反应可正常饮食，鼓励病人每日饮水3000ml以上，促进排出结石。

(3) 密切观察并记录碎石后排尿、排石情况。用纱布过滤尿液，收集碎石做成分分析。定期复查腹部平片或B超，观察结石排出情况。

(4) 并发症的护理 碎石过多积聚于输尿管与男性尿管没有及时排出时，可引起“石街”，较大肾结石术前碎石前可常规留置双J管以预防“石街”形成，严格选择体外冲击波的适应症是预防“石街”形成的关键。术后严重肾脏损伤包括肾包膜下血肿、肾周血肿等，术前应严格评估肾脏损伤的危险因素。碎石后出现肉眼血尿时，可暂不处理，继续观察；感染性结石病人碎石后发热时，遵医嘱应用抗生素，预防尿路感染。

2. 肾造瘘管的术后护理 经皮肾镜取石术后常规留置肾造瘘管，以引流尿液及残余碎石渣。

(1) 引流管妥善固定，搬运、翻身、活动时避免牵拉，避免脱出。

(2) 保持引流管位置不高于肾造瘘口，预防逆流感染。

(3) 定期挤捏引流管，防止堵管，注意防止压迫、冲洗、折叠导管，引流管位置始终低于肾造瘘口，保持引流通畅。

(4) 观察引流管颜色、性状、引流量的变化，评估术后出血情况，并为动脉性出血提供证据。

(5) 若术后3~5天引流尿液转清、体温正常,可考虑拔管,拔管前试夹管24~48 h,观察有无排尿困难、腰腹痛、发热等不良反应,如无不适可拔管。

3. 双J管的术后护理 碎石术后于输尿管内放置双J管,用以引流碎石、支撑输尿管的作用,防止“石街”形成;术后清醒后尽早取半卧位,多饮水,多排尿,避免膀胱过度充盈引起尿液反流;尽早下床活动,避免剧烈运动、过度弯腰、突然下蹲等腹内压升高动作,防止双J管滑动;双J管一般留置4~6周,经腹部平片或B超复查确定无结石残留后,方可于膀胱镜下取出双J管。携带双J管出院病人,观察有

膀胱刺激征、血尿，若无法缓解，及时复诊。

4. 肾周引流管的术后护理 开放性手术后常留置肾周引流管，引流渗血渗液作用，予以引流管常规护理，保持引流管通畅，记录引流液颜色、性状与量。

5. 并发症的护理

(1) 出血 肾造瘘引流出血性尿液，一般1~3日内尿液颜色转清，无需特殊处理。若短时间内肾造瘘管引流出大量血性液体，需警惕出血。嘱病人卧床休息，予以心理护理，告知医师处理，遵医嘱应用止血药、抗感染治疗，可再次夹闭造瘘管1~3小时，予以压迫止血。若

出血予以处理后，病人生命体征平稳，可重新开放造瘘管。

(2) 感染 密切观察病人体温变化，遵医嘱使用抗生素，告知病人多饮水，促进尿液排出。保持引流管通畅，留置导尿管病人做好会阴护理。

(3) 输尿管损伤 观察术后有无漏尿及腹膜炎征象，及时处理。

(三) 心理护理

结石复发率高，指导病人使用非药物方式缓解疼痛，告知病人手术方式及配合要点，向病人解释治疗方式，减轻病人心理焦虑，取得病人及家属的配合。

（四）健康指导

1. 饮食与药物指导 嘱病人大量饮水，保持每日尿量>2000ml。含钙结石病人应合理摄入钙量；草酸盐结石病人应限制浓茶、菠菜、草莓、番茄、花生及各种坚果等富含草酸的食物摄入，可口服维生素B6以减轻草酸盐排出，口服氧化镁增加尿中草酸盐的溶解度；尿酸结石病人不易使用高嘌呤食物，如动物内脏，可口服别嘌呤醇和碳酸氢钠以抑制尿酸结石形成；胱氨酸结石病人，限制富含蛋氨酸的食物，如蛋、奶、花生等。

（四）健康指导

2. 特殊性预防 甲状旁腺功能亢进病人，须摘除腺瘤或增生组织。长期卧床病人应多活动，防止骨脱钙，减少尿钙排出。及早解除尿路梗阻、异物、感染等可造成尿石症的因素。

3. 定期复诊 定期行X线或超声检查，观察有无结石残余或复发。如有不适，及时复诊。

第三节 泌尿系统肿瘤病人的护理

一、病因

1. 良性前列腺增生 简称前列腺增生，俗称前列腺肥大，是中老年男性组织学上前列腺间质、腺体成分的增生和解剖学上前列腺的肥大，以尿动力学上的膀胱出口梗阻和临床上主要表现为下尿路症状为主的一种疾病，是临床上常见的一种良性疾病。年龄和有功能的睾丸是前列腺增生发病重要原因，此外，在各种生长因子的作用下，随年龄增长而出现的睾酮、双氢睾酮及雌激素水平的改变和失去平衡是前列腺增生的重要因素。

2. 肾癌 起源于肾实质泌尿小管上皮系统的恶性肿瘤，75~80岁发病率达到巅峰，男性发病率、死亡率高于女性，城市发病率高于农村。肾癌的发病与遗传、吸烟、肥胖、饮食、职业、高血压等有关。多数肾癌多发于一侧，多为透明细胞癌，可蔓延至肾盏、肾盂、输尿管，远传转移常见部位为肺、骨骼、肝、大脑。

3. 膀胱癌 是泌尿系统最常见的肿瘤，发病年龄多为50~70岁，男女比为4:1，城市居民发病率高于农村居民。吸烟、长期摄入油炸类食物、从事防治等工作、服用环磷酰胺类药物、遗传、慢性感染等

均是导致膀胱癌的发病因素。多数为移行细胞乳头状癌，少数为鳞癌或腺癌。多数见于膀胱侧壁、后壁、三角区和顶部。肿瘤的扩散主要是向膀胱壁内部浸润，淋巴转移是主要转移方式，多转移至盆腔淋巴结；血行转移出现在晚期，主要转移至肝、肺、肾上腺等；种植转移见于腹部切口、尿路上皮等。

4. 前列腺癌 源自于前列腺上皮的恶性肿瘤，好发于65岁以上男性。随着我国人口老龄化、诊疗进步，前列腺癌发病率逐年提高。病因尚不明确，可能于年龄、遗传、种族、癌前病变、饮食、环境有关。

二、护理评估

(一) 健康史

评估病人的一般情况，饮食习惯、排尿习惯、睡眠情况等；了解既往病史，有无发生尿留、尿失禁等情况，有无并发腹股沟疝、内痔，有无高血压、糖尿病、肾功能疾病等，有无手术史、外伤史。有无使用前列腺增生的药物等。

(二) 身体状况

1. 良性前列腺增生

(1) 尿频 是良性前列腺增生的初始表现，夜间更为明显。尿频、尿急、尿不尽及夜尿增多是前列腺增生常见的早期症状，

(2) 排尿困难 进行性排尿困难是前列腺增生最重要的症状。典型表现为排尿迟缓、断续、尿细、射程短、终末滴沥、排尿时间延长。

(3) 尿潴留、尿失禁 当梗阻加重到一定程度时，参与尿量增加，发展为尿潴留及充溢性尿失禁，多受气候变化、劳累、饮酒、便秘因素影响。

(4) 并发症 合并感染时，有尿频、尿急、尿痛症状；增生腺体表面粘膜血管破裂时，可出现无痛性肉眼血尿；梗阻引起严重肾积水、肾功能损害时，有食欲减退、恶心、呕吐等症状。长期腹内压增高时可出现腹股沟疝、内痔。

2. 肾癌

(1) 肾癌综合征 即疼痛、血尿、肿块，当肿瘤侵犯肾盂、肾盏时有血尿出现，常为无痛性、间接性，肿块较大时，可在腰部触及。

(2) 副瘤综合征 少数病人可出现，表现为：高血压、贫血、体重减轻、恶病质、发热、红细胞增多症、肝功能异常等。

(3) 转移症状 因转移部位及程度有所不同, 可出现咳嗽、瘙痒, 黄疸、神经症状等。

3. 膀胱癌 血尿是膀胱癌最早、最常见的症状, 为无痛性、间接性血尿。膀胱癌晚期因肿瘤坏死、溃疡或并发症出现尿频、尿急、尿痛症状。当肿瘤发生在膀胱口内或三角区时, 排尿受阻; 肿瘤破坏逼尿肌时, 可引起排尿困难甚至尿潴留。晚期病人常有体重减轻、贫血、水肿、下腹肿块的症状, 盆腔淋巴结转移出现骶腰部疼痛和水肿。

4. 前列腺癌 当肿块突出尿道或膀胱颈时，出现排尿困难，甚至尿潴留，肿块压迫直肠时，出现排便困难。晚期出现腰痛和腿痛、贫血、下肢水肿、排便困难、少尿、无尿、尿毒症等症状。肿瘤发生转移时可出现全身症状。

（三）辅助检查

1. 实验室检查 尿常规可发现脱落的肿瘤细胞，了解有无血尿、尿路感染；前列腺特异性抗原是诊断前列腺癌、评估治疗效果及判断预后的重要肿瘤标志物。

2. 影像学检查 超声检查可显示前列腺增生形态、大小、突入膀胱程度，有无病变，还可测定膀胱残余尿量，是确诊膀胱癌最简便、经济的方法。尿流率检查可初步确定下尿路梗阻情况。腹部超声是泌尿系肿瘤常用的检查方法，无创伤、价格便宜，典型的肾癌表现为不均匀的中低回声实质肿块。CT对肾癌的确诊高，是目前最可靠的影像学检查方法。MRI检查对肿瘤分期判定准确性高。放射性核素骨扫描可了解有无骨转移；

3. 直肠指检 前列腺肥大时可扪及腺体增大，表面光滑、边缘清楚，中央沟变浅或消失，质地柔韧有弹性。直肠指检助于前列腺癌的诊断和

分期，典型前列腺癌前列腺边界不清、无压痛、活动度差。但是浸润广、高度恶性的癌灶可触之较软。

4. 病理检查 在全身治疗前或消融治疗前，行肾穿刺活检获取病理诊断，助于选择治疗用药。膀胱镜检查是确诊膀胱癌最可靠的方法，还可对病变进行活检以明确病理诊断。其他检查无法排除前列腺癌时，可行前列腺穿刺检查。

(四) 心理-社会状况

评估病人是否因夜尿增多、尿不尽、排尿困难出现生活不适，是否出现焦虑、失眠等情况，病人及家属是否了解疾病相关知识。

(五) 处理原则

1. 前列腺增生 症状较轻时，无需特殊处理，常用治疗药物有 α_1 受体阻滞剂、5 α 还原酶抑制剂、M受体拮抗剂、植物制剂和中药；梗阻较重、出现并发症或非手术治疗无效者，可采用手术治疗，经尿道前列腺切除术是最常见手术方式，经尿道球囊扩张术、前列腺尿道

支架及经直肠高强度聚焦超声等都对缓解前列腺增生引起的梗阻有一定效果。

2. 肾癌 外科手术是局限性肾癌的首选方式，主要为根治性肾切除术和保留肾单位手术。

3. 膀胱癌 治疗以手术为主，术后辅助化疗，主要手术方式为经尿道膀胱肿瘤切除术、根治性膀胱切除术，根治性膀胱切除术术后需行尿流改道和重建术，常用回肠或结肠替代。

4. 前列腺癌 局限性前列腺癌是能够治愈得到恶性肿瘤，可行姑息治疗、手术治疗、根治性方式治疗，根治性前列腺切除术是治愈局限性前列腺癌最有效的方法之一。晚期前列腺癌可行内分泌治疗、冷冻治疗、高能聚焦超声等，雄激素剥夺治疗用于晚期前列腺癌的治疗，目的是减轻症状，延缓肿瘤进展，属于姑息性治疗。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 排尿障碍 与膀胱口梗阻有关。
2. 疼痛 与膀胱逼尿肌功能不稳定、导尿管刺激、膀胱痉挛有关。
3. 焦虑与恐惧 与对疾病认识不足、担心疾病预后有关。
4. 体像紊乱 与尿道造口、化疗脱发有关
5. 潜在并发症：出血、感染、尿瘘、尿失禁等

四、护理措施

（一）非手术治疗/术前护理

1. 一般护理

（1）病情观察 观察病人生命体征、有无出现血尿、膀胱刺激征和排尿困难的表现。

（2）饮食与营养 改变生活方式，避免咖啡、乙醇等易引起尿液增多的食物摄入；适当摄入水量，注意饮水时间，并避免睡前饮水，

以免夜尿增多；给予高热量、高蛋白、高维生素食物，提供舒适的进食环境，改善营养条件，胃肠功能障碍者予以肠外营养。

2. 预防跌倒 夜尿频繁者，保持光线充足，地面干洁，床旁可备坐便器，起床如厕时留陪护。

3. 用药护理 $\alpha 1$ 受体阻滞药的副作用为头晕、直立性低血压，应睡前服用，避免突然体位改变，预防跌倒。 5α 还原酶抑制起效缓慢，停药易复发，应告知病人长期服药。

4. 急性尿潴留的护理 避免因受凉、过度劳累、饮酒、便秘等急性尿潴留的诱发因素；指导病人注意饮水时间，夜尿频繁者注意睡前少饮水。把握排尿时间，不憋尿。出现急性尿潴留病人应留置导尿管或膀胱造瘘管，注意无菌操作，保持引流通畅，做好管路护理。

5. 术前准备 术前做好重要器官的检查，评估其手术耐受性；慢性尿潴留者，妥善留置导尿管，预防尿路感染；术前指导有效咳嗽、咳痰方法，术前晚灌肠。根治性膀胱切除者应做好肠道准备，膀胱切除尿流改道的病人术前一天推荐口服泻药，如复方聚乙二醇电解质散，不行清洁灌肠。严重便秘病人予以充分肠道准备，并口服抗生素。

(二) 术后护理

1. 一般护理 密切观察病人生命体征、意识及尿量变化。麻醉消失、生命体征平稳后取半卧位，促进引流。肠道功能恢复后给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。鼓励病人多饮水，促进尿液稀释，减少膀胱刺激和血块堵塞。

2. 休息与活动 前列腺切除术后1月内避免剧烈活动、久坐、负重等。肾癌根治术后6h后适当床上活动，术后1天协助病人下床活动；行肾部分切除术后，应卧床3~5天。

3. 引流管护理 管路标识清楚，妥善固定，引流通畅，记录引流液的颜色、引流量，如发现异常，及时通知医生处理。

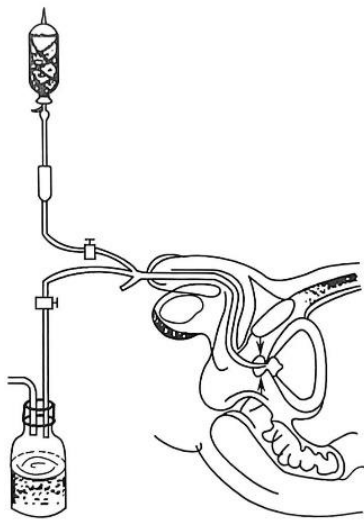
4. 膀胱冲洗的护理 术后用生理盐水持续冲洗膀胱1~3天，防止血凝块形成堵塞尿管。

(1) 冲洗液温度与体温接近，避免过凉或过热，预防膀胱痉挛。

(2) 冲洗速度根据尿色而定，尿色深时冲洗较快，色浅而慢。

(3) 确保通畅，若血凝块堵塞冲洗管道致引流不畅，可用捏挤尿管、加快冲洗，高压冲洗、调整导管位置等方法解决。

(4) 准备记录冲洗的入量及出量，密切观察冲洗液的颜色、性状，冲洗时病人有无不适。术后均有肉眼血尿，冲洗时间约长时，血尿颜色逐渐变浅；若尿液颜色加深，警惕有活动性出血，及时通知医生处理。



5. 造口护理 回肠通道术后留置腹壁造口，病人需终生佩戴造口集尿袋。应保持造口出皮肤干燥，观察造口粘膜颜色与状态；及时更换引流袋，注意有无缺血坏死、造口回缩、造口狭窄等并发症出现，并及时通知医生处理。

6. 膀胱灌洗治疗护理 灌洗前禁止饮水，排空膀胱；灌洗时保持室内温度适宜，导尿管充分润滑，避免尿道损伤；膀胱内药液保留0.5~2h，协助病人每15~30min更换体位，使药液均匀接触膀胱壁；灌洗后，多饮水，稀释尿液，避免药物对尿道粘膜损伤；若出现出血性膀胱炎、血尿

时，遵医嘱延长灌注时间间隔、减少剂量、降低抗生素等，严重者立即停止灌注。

7. 新膀胱冲洗的护理 术后通过导尿管、膀胱造瘘管对新膀胱进行低压冲洗、灌流，常有生理盐水或碳酸氢钠溶液，可低压持续或间隔6~8h一次、或视冲洗液性状增减，直至冲洗液澄清为止。冲洗温度与体温接近。

8. 并发症护理

(1) 出血 手术当日出血一般为术中止血不完善或静脉窦不开放所致。术后嘱病人制动、减少导管牵拉、避免膀胱痉挛、遵医嘱输血输液，若经处理后仍得不到改善，或出现休克症状，协助准备再次手术止血。继发性出血多发生在术后1~4周，多因创面焦痂脱落、用力排便等引起。出血伴尿潴留时，延长导尿管留置时间，予以膀胱冲洗。术后反复血尿时，警惕残留腺体过多继发感染，需再次手术。

(2) 经尿道电切综合征 多因经尿道前列腺切除术中冲洗液过多吸收，以血容量过多和稀释性低钠血症为主。表现为早期血压升高、心率快，而后血压下降、心率变缓。严重者可出现肺水肿、脑水肿、心力衰竭等。加强病情观察，监测血清电解质变化。一旦出现，立即吸氧，予以利尿剂、脱水剂，缓慢静滴3%~5%高渗氯化钠注射液250~500ml。注意防拔管、防坠床，注意安全。

(3) 膀胱穿孔 多发生在膀胱侧壁，适当延长留置导尿管时间，可自行治愈；记录术后尿量情况，警惕因术中误伤输尿管所致损伤出现尿瘘。

(2) 经尿道电切综合征 多因经尿道前列腺切除术中冲洗液过多吸收，以血容量过多和稀释性低钠血症为主。表现为早期血压升高、心率快，而后血压下降、心率变缓。严重者可出现肺水肿、脑水肿、心力衰竭等。加强病情观察，监测血清电解质变化。一旦出现，立即吸氧，予以利尿剂、脱水剂，缓慢静滴3%~5%高渗氯化钠注射液250~500ml。注意防拔管、防坠床，注意安全。

(3) 膀胱穿孔 多发生在膀胱侧壁，适当延长留置导尿管时间，可自行治愈；记录术后尿量情况，警惕因术中误伤输尿管所致损伤出现尿瘘。

(4) 尿失禁 多由括约肌功能不全、逼尿肌功能不稳和顺应性下降, 应鼓励病人坚持盆底肌训练, 配合生物电刺激和生物反馈治疗等措施得以改善。术后损伤血管、神经, 引起勃起组织纤维化, 出现勃起障碍, 注意病人心理护理, 配合医生相关治疗。

（三）心理护理

做好病人术前心理护理，倾听病人主诉，适当解释病情，告知术后治疗的必要性及配合要点，做好疾病知识宣教，使病人了解手术方式及配合要点，膀胱全切术和造口术后，病人易产生恐惧和体像紊乱，可能出现交往障碍，耐心解释和疏导病人的焦虑不适，及时采取合适的措施，予以心理护理，帮助病人尽早恢复正常社交。

（四）健康指导

腹壁造口病人教会病人日常造口护理，注意清淡易消化的饮食；原位新膀胱病人避免重体力活动，每日饮水2000~3000ml，适当增加盐的摄入；定期复查。前列腺经尿道切除术后1月、经膀胱切除2个月后可进行性生活，如病人术后性生活出现逆行射精、不射精等，可先进行心理辅导。50岁以上男性建议每年继续专科检查。



谢谢观看

