



# 关于泌尿外科常见 管道护理

# 泌尿外科常见留置的管道

- 1、尿管
- 2、膀胱造瘘管
- 3、肾造瘘管
- 4、腹腔引流管
- 5、腹膜后引流管

- 6、肾周引流管
- 7、盆腔引流管
- 8、耻骨后引流管
- 9、输尿管内支架管（双J管）
- 10、尿道内支架管

**11、 输尿管皮肤造口**

**12、 肠管皮肤造口**

**13、 胃肠减压管**

**14、 肛管**

**15、 胸腔闭式引流**

# 通用的护理对策

- **1、保持通畅**
- **2、标志分明**
- **3、准确留置**
- **4、固定牢靠**
- **5、保持清洁**

# 注意要点

- 1、在操作中严格执行无菌技术，防止逆行感染。
- 2、严密检查各引流管衔接处，以免漏气及脱出，局部皮肤的变化，有无液体外溢。
- 3、有效地防治各种留置导管可能引起的不良反应与并发症，并积极预防与处理。
- 4、如需负压引流者，应调整好所需负压压力，并注意持续负压状态。

# 一、尿管的护理

- 尿管的作用：
  - 1.引流尿液
  - 2.压迫止血
  - 3.膀胱冲洗
  - 4.灌注药物

# 护理要点:

- 1) 根据不同的要求选择不同的尿管;
- 2) 妥善固定
- 3) 定时观察
- 4) 保持引流通畅
- 5) 防止逆行感染
- 6) 根据病情拔管



护理要点应根据留置尿管的不同作用有所侧重。

# 尿潴留留置尿管

- 重点是保持尿管固定，预防逆行感染；
- 如合并有肾功能不全，应注意记录尿量；
- 尽量保持密闭状态，一般不需要膀胱冲洗；
- 指导患者多饮水，每日**2000-3000ml**。
- 拔除尿管前可定期夹闭，锻炼膀胱功能

# TURP术后留置尿管

- 1、妥善固定尿管（尿管起到压迫止血的作用）；
- 2、保持通畅，如有血块堵塞可通过尿管行膀胱冲洗；
- 3、观察尿管冲洗液的颜色，准确记录出入量。
- 4、如患者出现膀胱痉挛，及时查找原因，可减慢冲洗速度，嘱其做深呼吸、转移注意力，必要时解痉止痛治疗。
- 5、指导患者多饮水，每日**2000-3000ml**。
- 6、一般术后**7~10**天拔除尿管，拔除尿管前可定期夹闭，锻炼膀胱收缩功能。
- 7、拔管后患者可出现尿失禁、尿道不适感、血尿等现象，指导患者多饮水，行提肛锻炼。

# TURBT术后留置尿管

- 1、妥善固定尿管，防止受压、脱落。
- 2、保持尿管引流通畅，如有膀胱冲洗应准确记录出入量。
- 3、如有血块堵塞应及时给予冲洗。
- 4、通过尿管给予膀胱灌注药物时，应指导患者正确卧位，准确计时，防止药物在膀胱内保留时间过长而损伤膀胱粘膜。
- 5、拔除尿管后患者可出现尿道不适感，嘱其多饮水。

# 开放性膀胱手术后留置尿管

- **1、容易发生不稳定膀胱，应注意与尿管不通畅进行鉴别；**
- **2、一般不需要冲洗，但一定要保持通畅；**
- **3、必须的膀胱注洗应注意少量轻柔；**
- **4、术后1周左右拔除尿管。**

# 输尿管镜及经皮肾镜术后留置尿管

- **1.观察尿管引流情况；**
- **2.URL术后6小时，PCNL术后第一天可拔除尿管；**

# 其他术后留置尿管

- 原则：尽早拔除尿管

# 二、膀胱造瘘管的护理



# 适应症

- 主要用于需要长期导尿的病人，膀胱造瘘管相对尿管有利于降低泌尿道感染的发生率，减少尿道括约肌损伤，并可以观察自主排尿情况。
- 少部分病人起到尿液转流作用，如尿道下裂术后。

# 护理

- 1. 心理护理：
  - 术前心理护理：术前将手术的目的、必要性及术后可能取得的效果，向病人解释清楚。
  - 术后心理指导：应鼓励病人以乐观的心态面对现实，**保持**造瘘口无异味，尿袋妥善放置不外露。
- 2. 耻骨上膀胱造瘘管接引流袋，妥善固定，保持引流管通畅。
- 3. 按医嘱定时用NS行膀胱冲洗，每次注入量为20~50ml，反复低压冲先，至冲出液澄清为止。

- 4、观察尿液及尿量变化，鼓励患者多饮水，以利冲洗尿路。
- 5. 观察瘘口处有无尿液渗漏，保持局部切口干燥。
- 6. 每日应用酒精消毒膀胱造瘘口处皮肤。
- 7. 拔除造瘘管后，如有漏尿，应留置导尿管数日，待造瘘口愈合后，再行拔管。
- 8. 造瘘管不宜持续放尿，持续放尿可使膀胱逼尿肌废用性萎缩，最终引起膀胱痉挛，一般2~3h放尿1次，以维持膀胱的自律功能。
- 9、每周更换引流袋，定期更换造瘘管。

# 三、肾造瘘管

- 分两种：泌尿外科放置的肾造瘘管和介入科放置的肾造瘘管。

# 肾造瘘管的主要作用：

- **PCNL术后：** 主要是压迫止血，还可以观察出血情况；
- **经皮肾造瘘及介入科放置的肾造瘘管：** 多为引流尿液的作用。

# PCNL术后肾造瘘管的护理要点

- 1.术后应保持夹闭状态至少**6**小时；
- 2.妥善固定肾造瘘管，尤其是术后早期及需要二期PCNL术的病人，一般放置深度为**15cm**左右，如引流量少，应注意观察造瘘管位置；

- **3. 观察肾造瘘管开放后引流液情况；**
- **4. 一般不需行肾造瘘管的冲洗，术后早期肾造瘘管的通畅与否以及引流量不是观察重点（独肾除外）**
- **5. 肾造瘘管放置位置合适，防止脱落。**
- **6. 术后一周拔除肾造瘘管，拔管后嘱其健侧卧位3小时，敷料湿透及时更换。**

# 介入科放置的肾造瘘管

主要作用是引流尿液，因此应注意几点

- 1.妥善固定，防止受压、脱落。
- 2.根据瘘口部位，取仰卧位或侧卧位，防止造瘘管在肾内移位，梗阻引起出血。
- 3.造瘘管接引流袋衔接良好，并保持通畅。
- 4.按医嘱定时冲洗，冲洗时压力宜低，冲洗液量一般每次不超过**10ml**，如有堵塞，应及时冲洗。



- **5.分别记录肾造瘘管及膀胱排出之尿量。**
- **6.保持瘘口处敷料清洁干燥，观察有无尿液外漏，如有浸湿，应及时更换，以免刺激瘘口周围皮肤。**
- **7.术后应密切观察引流液的颜色，有无出血现象。**
- **8.拔管前先闭管1~2d，观察有无排尿困难、腰腹痛、发热等反应。拔管后1~2d内，应督促患者每2—4h排尿一次，以免膀胱过度充盈。**
- **9.鼓励患者多饮水，以助冲洗尿路。**

# 四、腹腔引流管

- 抗负压管引流
- 负压引流

# 抗负压管引流

- 适应于引流深部创面，如腹腔镜肾切除术、输尿管癌、肾盂癌根治术、膀胱全切术后等，是目前应用最为普遍的一种创面引流方式。
- 管理：
  - ①保持引流管通畅
  - ②外接无菌引流袋或负压引流球。
  - ③注意引流液量及性质
  - ④妥善固定引流管，防滑脱。
  - ⑤拔管时间根据病情决定，短者**2~3**天，长者可达数月。

# 负压引流

- 适应于引流量多，防止具备血肿形成，需长时间持续吸引的伤口，一般引流管末端接负压吸引。我科多应用于肾移植术后。
- 管理：①负压引流球需保证洁净②保持引流管通畅 ③应选择质地软，刺激性小的引流管，术中放置时应远离吻合口，不要压迫肠管，否则易引起肠痿④吸引力不应过大，否则易造成组织出血或被大网膜堵塞。

# 五、腹膜后引流管

- 肾、输尿管、膀胱均为腹腔外器官
- 我科手术可通过腹膜后途经进行
- 术后常规放置腹膜后引流管

# 腹膜后引流管的护理

- (1) 妥善固定引流管和引流袋，防止病人在变换体位时压迫、扭曲或因牵拉引流管而脱出。还可避免或减少因引流管的牵拉而引起疼痛。
- (2) 保持引流通畅，若发现引流量突然减少，病人感到腹胀、伴发热，应检查引流管腔有无阻塞或引流管是否脱落。
- (3) 注意观察引流液的颜色、量、气味及有无残渣等，准确记录24小时引流量，并注意引流液的量及形状的变化，以判断病人病情发展趋势。

- **（4）** 注意观察引流管周围皮肤有无红肿、皮肤损伤等情况。
- **（5）** 疼痛观察：引起病人引流口处疼痛常是引流液对周围皮肤的刺激，或由于引流管过紧地压迫局部组织引起继发感染或脓肿所致，这种情况也可能会引起其他部位疼痛，局部固定点的疼痛一般是病变所在。
- **（6）** 每周更换**1**次引流袋，更换时应注意无菌操作，先消毒引流管口后再连接引流袋，以免引起逆行感染。



# 六、肾周引流管

- 引流管引出术口外，引流肾周围的渗血渗液或尿液，保证创口愈合。
- 术后观察引流液的颜色、量，色红、量多—继发出血，色淡、量少—尿漏。
- 拔管时间：术后**2~5**天。
- 拔管后嘱患者健侧卧位，保持局部敷料干燥。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/038037012045007007>