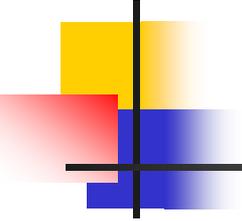


# 泌尿外科护理

江苏省苏北人民医院

袁晓红





---

# 第三十五章：泌尿、男性生殖 系统疾病的主要症状和检查 (P568)

# 第一节：泌尿男性生殖系统疾病的主要症状（重点）

## （一）排尿异常

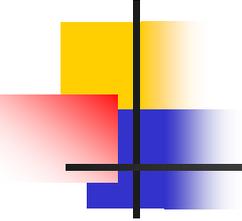
1. 尿频：排尿次数增多而每次尿量减少。

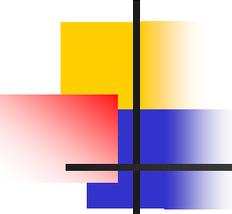
正常膀胱容量男性约400ml，女性约500ml。

一般白天排尿4~6次，夜间0~1次。

① 泌尿、生殖道炎症

② 各种原因引起的膀胱容量减少

- 
- 
- ③下尿路梗阻所致之残余尿
  - ④生理性：多饮水、利尿食品
  - ⑤内科疾病：糖尿病、尿崩症
  - ⑥精神心理因素

- 
2. **尿急**：有尿意即迫不及待的要排尿而不能自控。多见下尿路急性炎症、膀胱容量显著减少。
  3. **尿痛**：尿初，排尿过程中，尿末或排尿后感尿道疼痛。多为炎症、结石、结核表现。

**膀胱刺激征**：尿频、尿急、尿痛。

4. 排尿困难：尿液不能畅通地排出。

排尿延迟、射程短、费力、尿线无力、变细、滴沥等，由膀胱以下尿路梗阻引起。

5. 尿流中断

6. 尿潴留：尿液潴留在膀胱内不能排出。

分为急性和慢性两类

## 7. 尿失禁：尿不能控制而自主排出。

①真性尿失禁：膀胱失去控尿能力，膀胱空虚，常因括约肌损伤或神经源性疾病。

②压力性尿失禁：当腹压增高，尿液不随意地流出。

③充溢性尿失禁：由于膀胱过度充盈引起尿液不断溢出。

④急迫性尿失禁：严重尿频尿急时不能控制尿液而失禁。见于膀胱的严重感染。

- 8. 漏尿：指尿液不经尿道口而由泌尿道的瘘口流出，如输尿管阴道瘘、膀胱阴道瘘、先天性输尿管异位开口等。
- 9. 遗尿：除正常自主排尿外，睡眠中无意识排尿。新生儿及婴儿为生理性；3岁以后除功能外，可饮神经源、感染等因素。

## (二)、尿液异常

1. 血尿：有血液随尿排出。

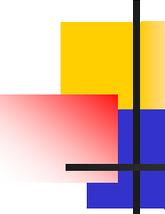
分为肉眼血尿 (1ml血/1000ml尿) 和镜下血尿 (>3个/HP) 两类，前者分为

①初始血尿：病变在尿道、膀胱颈。

②终末血尿：病变在后尿道、膀胱颈或三角区。

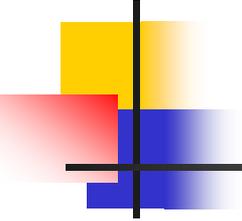
③全程血尿：病变在膀胱及以上部位。

- 血尿程度与疾病严重性不成正比；
- 不是所有红色尿液都是血尿，有些药物能使尿液呈红色，如利福平；
- 前尿道病变出血，血液自尿道口滴出所致之尿道滴血，并非血尿。



注意：血尿同时伴有之症状、体征，血尿与活动的关系，血液色泽及血块形状和大小，对诊断与鉴别诊断有较大帮助。

- ① 间歇无痛性血尿应考虑**肿瘤**；
- ② 伴膀胱刺激症状：**结核**或非特异**感染**；
- ③ 活动后血尿或伴肾绞痛；**上尿路结石**。

- 
2. 脓尿：离心尿每高倍视野白细胞超过5个以上，见于泌尿系感染。
  3. 乳糜尿：尿液中含有乳糜或淋巴液，呈乳白色。

## (三)、尿道分泌物

- 急性淋菌性尿道炎：黄色、粘稠脓性；
- 支原体、衣原体：少量无色、白色稀薄；
- 尿道癌：血性；
- 留置尿管：分泌物增加。

## (四) 疼痛

### 1. 肾、输尿管痛:

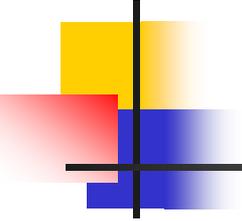
持续钝痛: 结核、积水、肿瘤、较大结石;

绞痛: 小结石、血块致输尿管完全梗阻

### 2. 膀胱痛: 炎症、结石

### 3. 前列腺痛: 炎症

### 4. 阴囊痛:



---

(五) 肿块

(六) 性功能异常

## 第二节、常用检查与护理

### 一、实验室检查

#### (一) 尿液:

1. 尿常规:

2. 尿三杯试验:

第一杯: 尿道

第三杯: 后尿道、膀胱颈或膀胱三角区

三杯均异常: 膀胱及以上部位

3. 尿细菌学: 中段尿培养, 菌落数超过 $10^5$ /ml.

4. 细胞学: 肿瘤细胞

## (二)、肾功能

1. 尿比重: 1.010-1.030

2. 血尿素氮: 2.2-7.5mmol/L

血肌酐: 44-175  $\mu\text{mol/L}$

3. 内生肌酐清除率: 90-120ml/min. 是反映肾小球滤过率的简便有效的方法。

(三) 前列腺液检查: 白细胞 $<10$ 个/HP

(四) 精液检查

(五) 前列腺特异抗原 (PSA)

正常:  $<4$ ng/ml

异常:  $>10$  ng/ml 高度怀疑前列腺癌 (排除泌尿系统感染、尿管刺激等因素)

## 二、器械检查

### (一) 常用器械检查

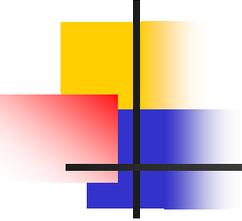
#### 1. 导尿:

#### 适应证:

(1) 收集尿标本

(2) 诊断: 测膀胱容量、压力、残余尿、  
注入造影剂、确定有无膀胱破裂、  
检查尿道有无狭窄和梗阻

(3) 治疗: 尿潴留、引流尿液、  
膀胱灌注

- 
2. 尿道探查：扩张尿道狭窄
  3. 膀胱尿道镜：
  4. 输尿管镜和肾镜：
  5. 尿流动力学测定：可分别测定尿流率、膀胱压力容积、压力/流率、尿道压力等，全面了解下尿路功能。

# 泌尿外科护理



江苏省苏北人民医院

建国男三  
JIANGUO MAN'S HOSP

## 2. 器械检查护理:

- (1) 心理护理: 检查前做好解释工作;
- (2) 无菌操作
- (3) 清洗会阴部, 除导尿外, 需排空膀胱
- (4) 确定导管位置: 动作仔细、轻柔防损伤
- (5) 鼓励饮水: 金属尿道探条和内镜检查, 多数可有肉眼血尿、应多饮水、2-3天后缓解。
- (6) 并发症观察与处理: 生命体征, 注意发热、血尿等, 必要时使用抗生素、止血剂等。

## 三、影像学检查

### 一、X线:

(一) 尿路平片:

(二) 排泄性尿路造影:

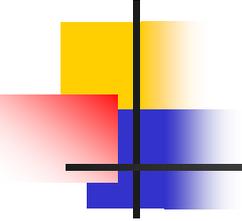
(三) 逆行肾盂造影:

(四) 膀胱造影:

(五) 血管造影:

(六) CT

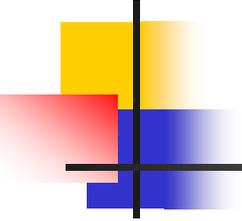
### 二、MRI



---

三、B超

四、同位素检查：肾图，肾显像、骨显像



---

## ■ 本章复习题：

1. 真性尿失禁
2. 压力性尿失禁
3. 初始、终末、全程血尿
4. 膀胱刺激征
5. 排泄性尿路造影前准备

# 第三十六章 泌尿系损伤<sup>泌尿外科护理</sup>

## (P577)

男性尿道损伤最多见

肾、膀胱次之

输尿管损伤最少见

主要表现是出血和尿外渗

# 第一节、肾损伤

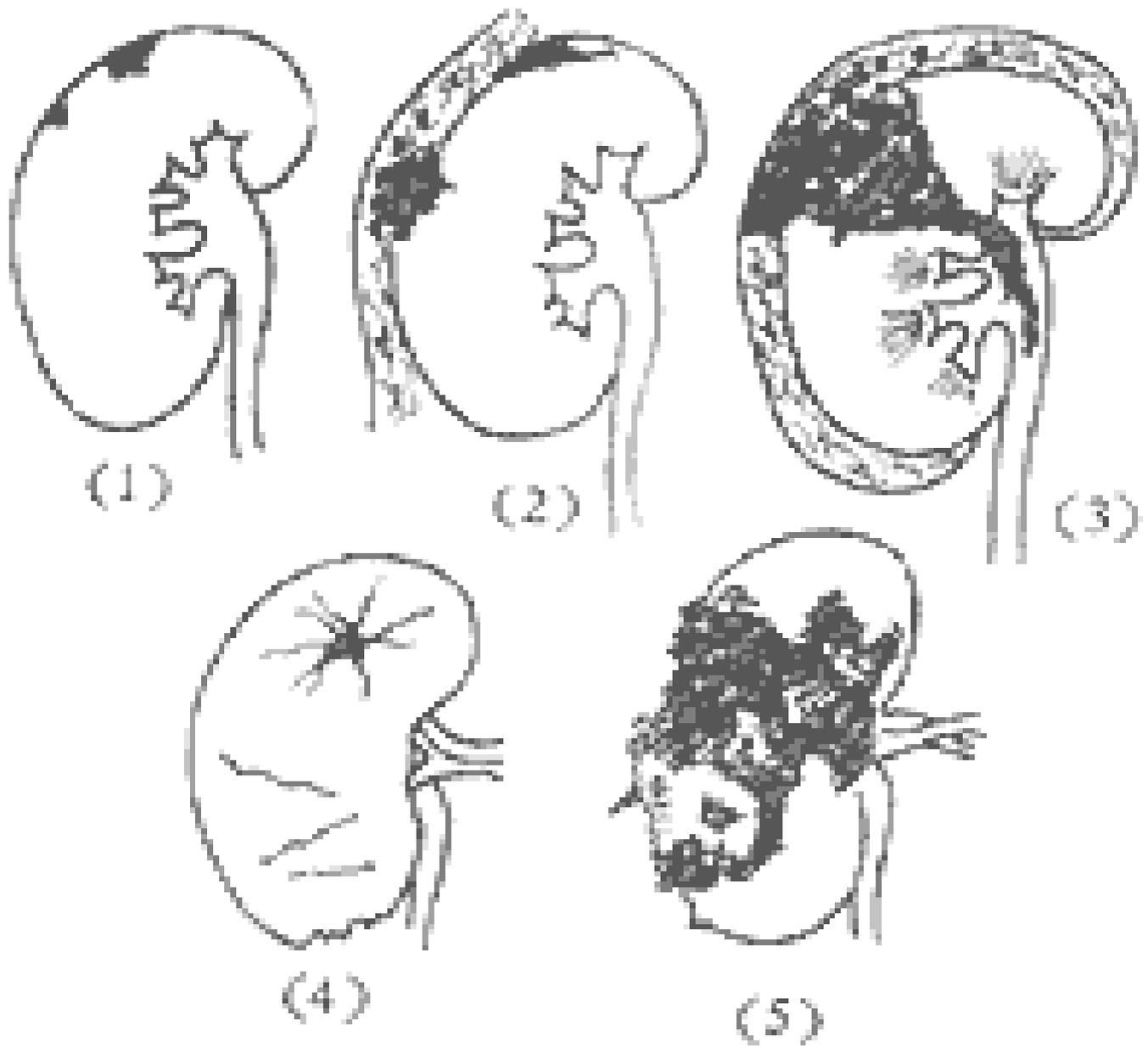
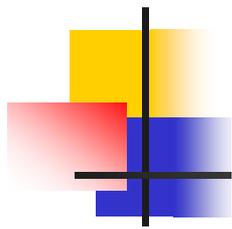
renal trauma

## 病因

1. 开放性损伤
2. 闭合性损伤：直接暴力或间接暴力
3. 肾本身的病变：如肾积水，肾肿瘤，肾结核或肾囊性疾病等更易损伤，造成肾“自发性”破裂
4. 医源性损伤

## 肾损伤的病理类型\*

- 1. 肾挫伤** 肾实质轻微损伤，肾包膜完整，形成包膜下血肿。
- 2. 肾部分裂伤** 肾实质部分裂伤伴有肾包膜破裂，可致肾周围血肿。
- 3. 肾深度裂伤、横断或粉碎伤** 肾实质深度裂伤，外及肾包膜，内达肾盂肾盏粘膜，引起广泛的肾周血肿、血尿和尿外渗。需手术治疗。
- 4. 肾蒂损伤** 较少见，可引起大出血、休克；需迅速手术治疗。



## 临床表现

血尿 血尿程度与损伤程度不一致

- 疼痛 包膜下血肿 软组织损伤 肾绞痛
- 腰腹部肿块 血液、尿液外渗
- 并发症：休克、发热、感染

# 辅助检查

- 1 化验 尿、血
- 2 特殊检查

BUS

CT 首选检查

排泄性尿路造影

# 处理原则：抢救生命、尽量保肾

1. 紧急治疗 输血 复苏 有无复合伤 手术准备

2. 非手术治疗

(1) 绝对卧床休息**2~4周**。通常损伤后**4~6周**肾挫裂伤才趋于愈合，过早过多离床活动，有可能再度出血。恢复后**2~3月**内不宜参加体力劳动或竞技运动

(2) 密切观察：生命体征 肿块范围 尿色 血红蛋白和血细胞比容

(3) 及时补充血容量和热量，维持水，电解质平衡，保持足够尿量。必要时输血

(4) 应用广谱抗生素以预防感染

(5) 使用止痛、镇静剂和止血药物

**3.手术治疗 开放性 闭合性**

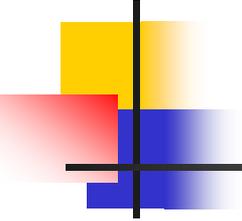
**4.并发症及其处理 主要由出血或尿外渗以及继发性感染所致**

# 肾损伤护理

## [护理评估]

术前:

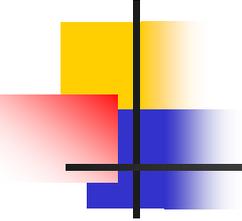
- 1 受伤情况, 外力强度
- 2 有无其他脏器损伤 休克
- 3 肾损伤程度
- 4 感染与否
- 5 腰部肿块, 尿外渗情况
- 6 心理评估
- 7 疼痛



---

## 术后:

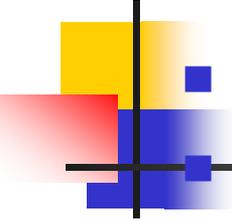
1. 手术情况，麻醉类型、生命体征；
2. 伤（切）口、引流管；
3. 肾功能、尿液；
4. 疼痛、心理；
5. 合并伤等。



## [护理诊断/问题]

---

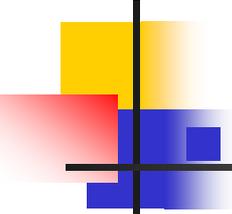
- 1 组织灌流改变
- 2 焦虑与恐惧
- 3 PC: 感染
- 4 疼痛



- 护理措施

- 一、非手术治疗护理/术前护理

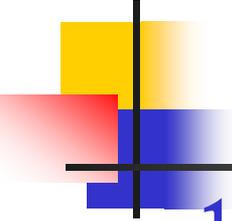
- 1 心理护理
- 2 休息
- 3 病情观察：生命体征、尿液颜色、观察腰腹部肿块的大小、动态监测血红蛋白、观察疼痛的部位及程度
- 4 维持体液平衡，保证组织灌流
- 5 感染的预防及护理
- 6 术前准备



## 二、术后护理

---

- 1、病情观察：生命体征
- 2、引流管护理
- 3、腹部症状
- 4、饮食护理



## [健康教育]

---

- 1 卧床的意义：2-4W；
- 2 床上活动；
- 3 非手术治疗3个月不宜从事体力劳动；
- 4 保护肾脏，不用损伤肾脏的药物。

## 第二节 膀胱损伤

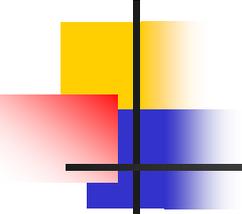
病因 主要是外力打击引起，其他：医源性损伤

分类：

1. 是否与体表相通：

(1) 开放性损伤

(2) 闭合性损伤



---

## 2. 损伤程度:

(1) 挫伤

(2) 膀胱破裂:

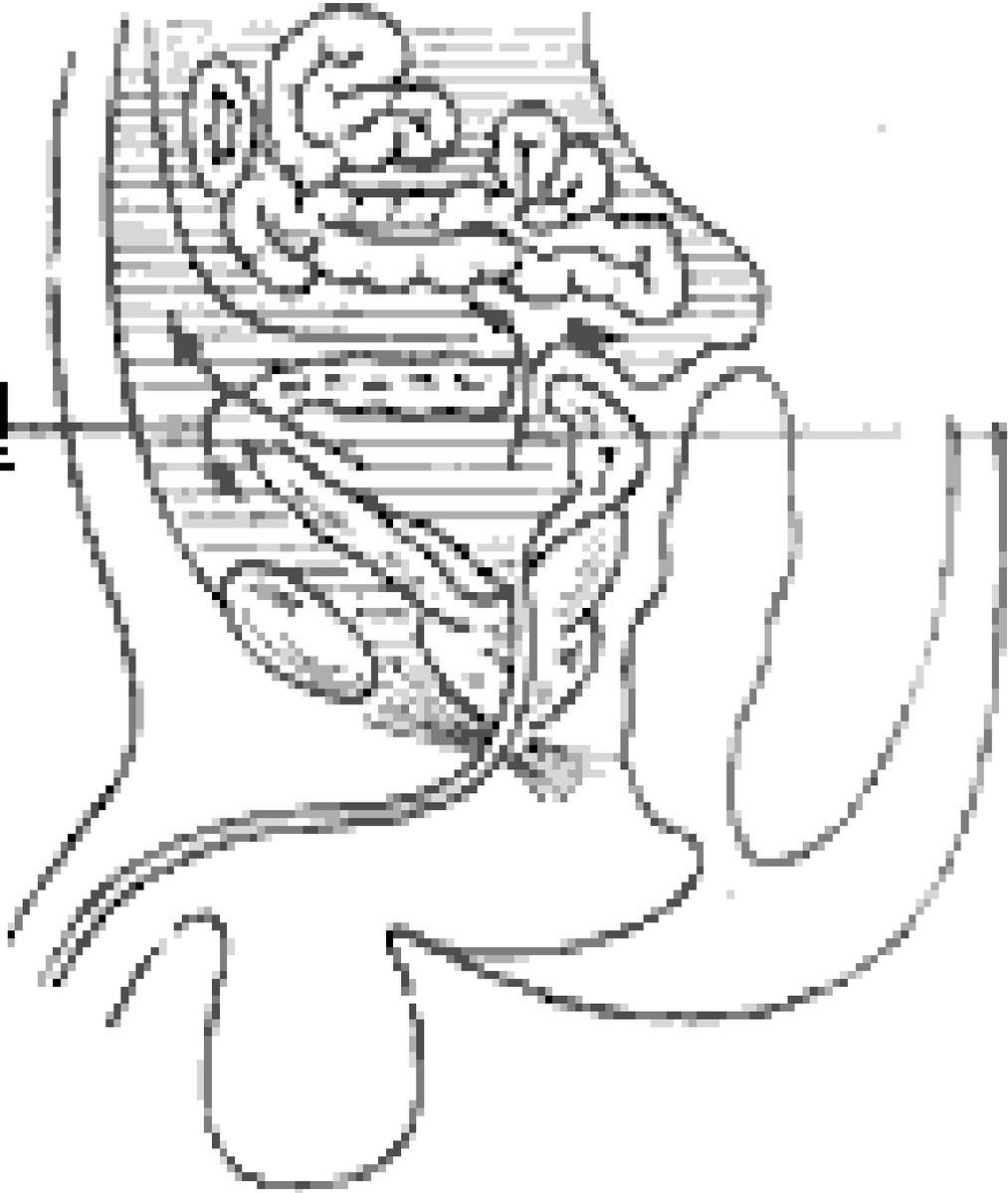
**腹膜外型** (骨盆骨折, 膀胱前壁或底部)

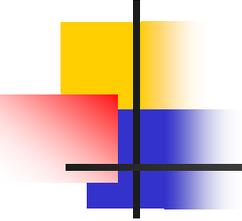
**腹膜内型** (腹膜刺激征, 顶部后壁破裂)

**混合型**

腹膜外型

腹膜内型

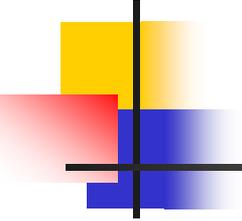




# 临床表现

---

- 1 . 腹痛
- 2 . 血尿和排尿困难
- 3 . 并发症 休克  
尿痿



# 辅助检查

---

- 1 . 实验室检查
- 2 . 影象检查
- 3 . 特殊检查 导尿试验 : 200ML

# 治 疗

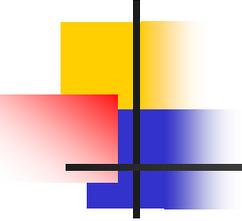
**原则：**尿流改道、膀胱周围及其他尿外渗部位充分引流；闭合膀胱壁缺损

- 紧急处理：抗休克
- 非手术治疗：挫伤或少量尿外渗 持续引流7~10天，抗生素应用预防感染
- 手术治疗：修补，膀胱造瘘、留置尿管
- 并发症的处理：合并骨盆骨折的处理等

# 膀胱损伤护理

## [护理评估]

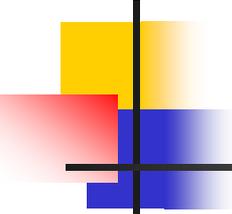
- 1 同肾损伤
- 2 腹膜内膀胱破裂——腹膜刺激征  
腹膜外膀胱破裂——下腹部会阴部肿胀、尿外渗



## [护理诊断/问题]

---

- 1 . 组织灌流不足
- 2 . 排尿异常
- 3 . PC: 感染

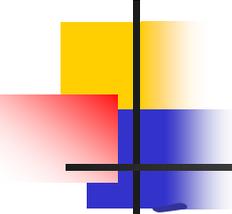


## [护理措施]

---

### 一、非手术治疗护理/术前护理

1. 心理护理
2. 维持体液平衡、保证组织有效灌流  
病情观察、输液护理等
3. 感染预防与处理
4. 术前准备



---

## 二、术后护理

### 1、病情观察

### 2、膀胱造瘘管：

- (1) 观察；
- (2) 通畅
- (3) 造瘘口护理
- (4) 更换引流袋
- (5) 留置10天左右
- (6) 多饮水
- (7) 尿常规、尿培养

### 3. 伴有骨盆骨折预防褥疮

## 第三节、尿道损伤

### urethral injuries

- 多见于**男性**，分为**开放性**与**闭合性**两类  
解剖上：男性尿道以**尿生殖膈**为界，分为前后两段。前尿道包括**球部**和**阴茎部**，后尿道包括**前列腺部**和**膜部**
- **球部**和**膜部**的损伤多见

# 前尿道损伤

## 病因与病理

- 多发生在**球部**，因这段尿道固定在会阴部。会阴部**骑跨伤**时，将尿道挤向耻骨联合下方，引起尿道球部损伤
- 可有挫伤，裂伤或完全断裂

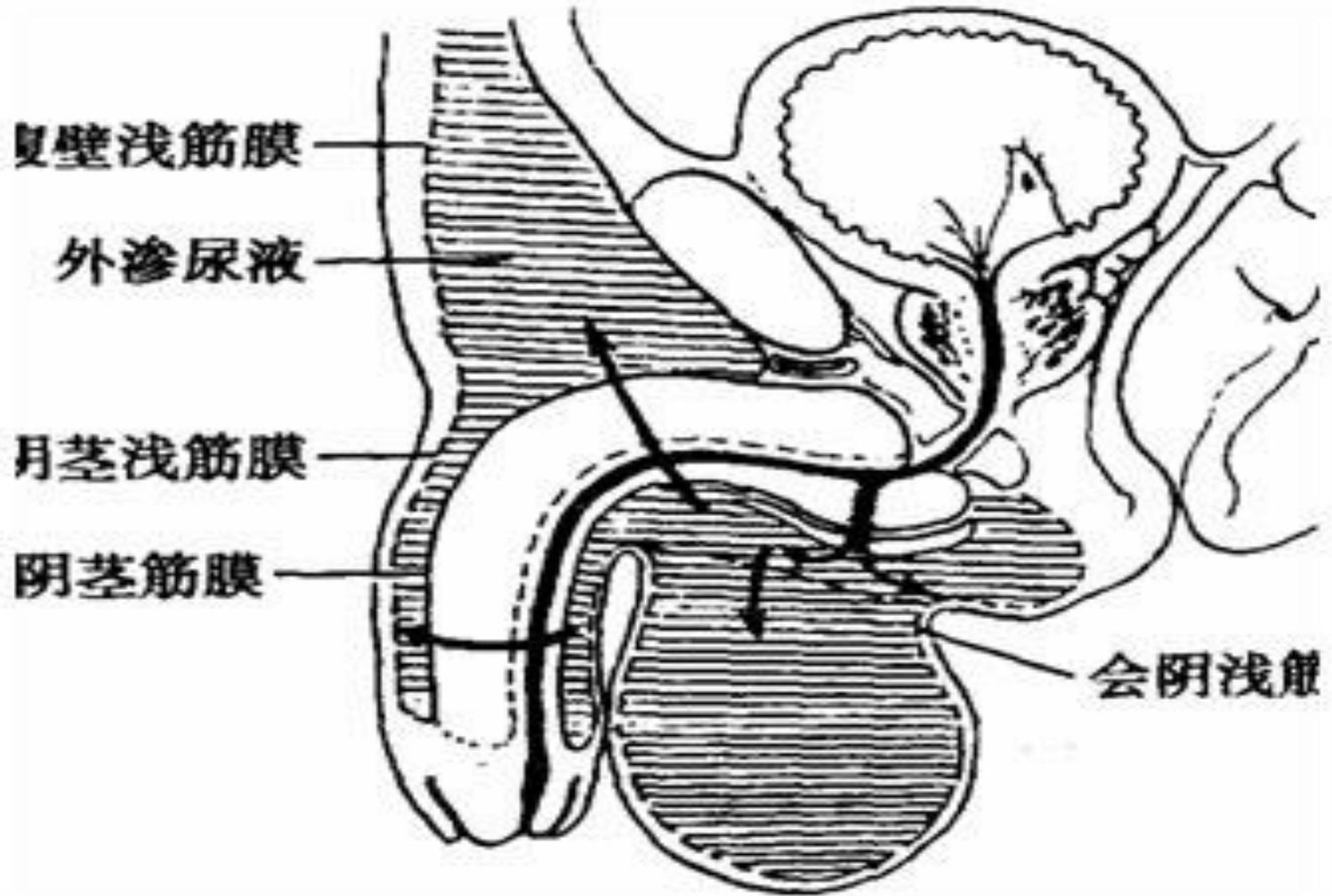


图 53-3 尿道球部破裂的尿外渗

# 后尿道损伤

## ■ 病因与病理

**膜部尿道穿过尿生殖膈。骨盆骨折→尿生殖膈移位→剪切样暴力→膜部尿道撕裂。后尿道断裂后，尿液沿前列腺尖处外渗到耻骨后间隙和膀胱周围**

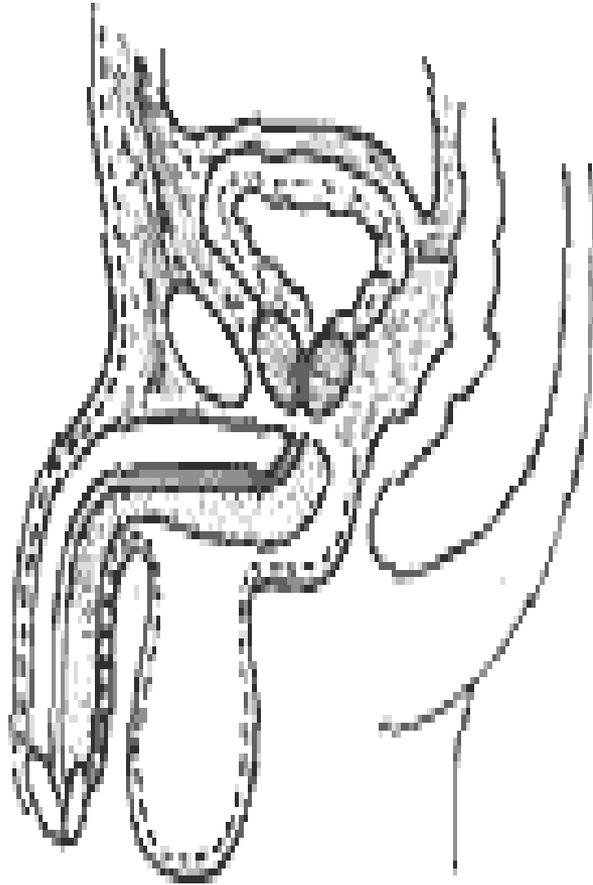
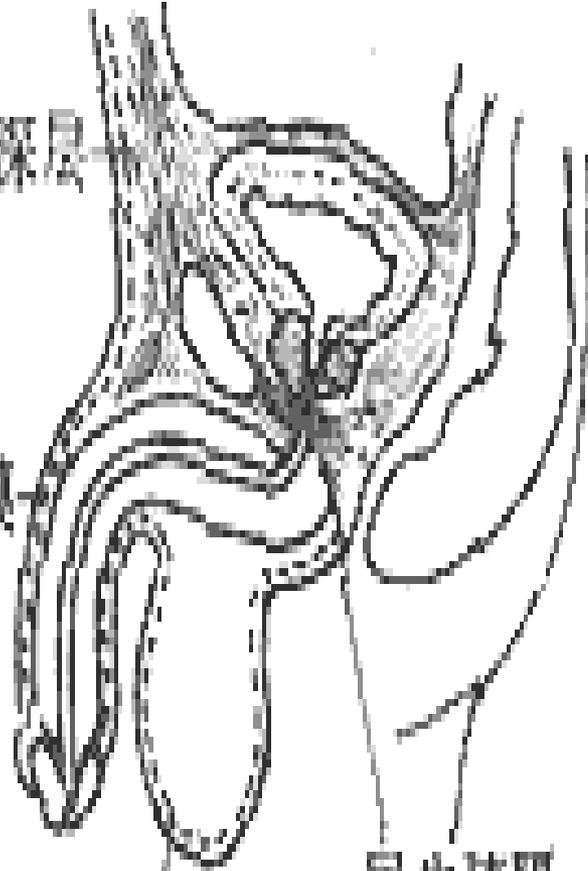


腹壁浅筋膜深层

阴茎筋膜

会阴浅筋膜

尿生殖膈  
(三角韧带)



# 临床表现

1. 休克
2. 尿道出血
3. 疼痛
4. 排尿困难与尿潴留
5. 局部血肿
6. 尿外渗

# 诊 断

1. 病史与体检 会阴部骑跨伤史；直肠前方有柔软、压痛的血肿，前列腺尖端可浮动
2. 导尿 检查尿道的连续性和完整性
3. X线检查 造影，骨盆骨折

# 治 疗

## 前尿道

1. 紧急处理
2. 尿道挫伤及轻度裂伤：抗生素 多饮水
3. 尿道裂伤：导尿管引流1周
4. 尿道断裂：会阴尿道修补术或断端吻合术，留置导尿管2~3周

# 治 疗

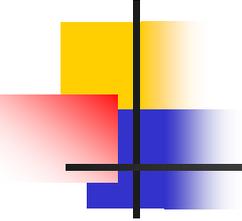
## 后尿道

### 1. 紧急处理

平卧 抗休克 一般不宜插导尿管 尿潴留者可耻骨上膀胱穿刺，吸出膀胱内尿液

### 2. 手术治疗

早期处理 高位膀胱造瘘  
并发症处理 后尿道狭窄



# 护理措施

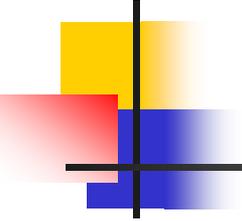
---

- 1、心理护理
- 2、维持体液平衡
- 3、排尿异常护理
- 4、并发症的护理。

# 第三十七章 尿石症病人的护理

## urolithiasis

- 尿路结石包括肾结石、输尿管结石、膀胱结石、尿道结石。
- 常见是上尿路结石



---

## ■ 一、病因

■ 尿中晶体盐类超饱和

■ 核基质、

■ 抑制晶体形成物质不足

## 1. 流行病学因素

年龄、性别、职业、饮食成分和结构

气候、代谢和遗传性

男性多于女性 约**3: 1**

上尿路比下尿路多见

膀胱结石多见于男孩，与营养不良和低蛋白饮食有关

## 2. 尿液因素

① 形成结石物质排出过多（钙、草酸、尿酸）

② 尿液PH值：酸—尿酸、胱氨酸结石；  
碱—磷酸镁铵、磷酸钙结石

③ 尿液浓缩，盐类或有机物质浓度增高

④ 尿中抑制晶体形成物质不足，枸橼酸、镁等

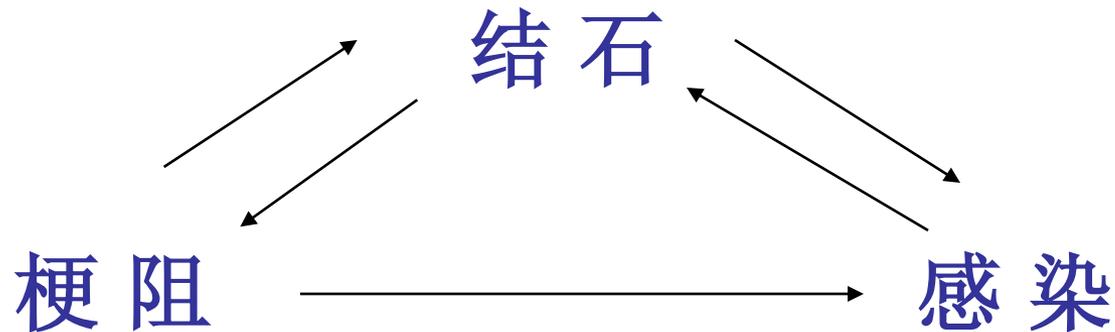
## 3 泌尿系统局部因素

---

- ( 1 ) 尿液淤滞
- ( 2 ) 尿路感染
- ( 3 ) 尿路异物

## 二、病理生理

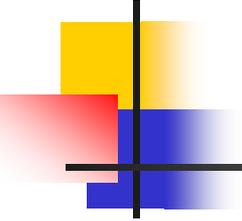
损伤      出血      感染      恶变

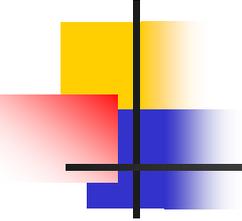


## 三、临床表现

### 上尿路结石

- 主要表现为与活动有关的血尿和疼痛，其症状与结石大小、部位，活动度及有无损伤、感染、梗阻有关
- 结石越小症状越明显
- 结石引起肾盂输尿管连接处或输尿管完全性梗阻时，出现肾绞痛

- 
1. **疼痛**：常表现为隐痛或钝痛，急性梗阻时，出现肾绞痛
  2. **血尿**：多在活动后或肾绞痛时出现有时活动后的镜下血尿是唯一的表现
  3. **并发症**：肾积水、继发感染、无尿

- 
- 
- 膀胱结石
  - 膀胱刺激症状：典型症状为排尿突然中断并疼痛。
  - 尿道结石

## 四、辅助检查

1. **病史、体征**: 与活动有关的血尿与疼痛, 肾区叩击痛等

2. **实验室检查**:

①尿常规: 血尿、脓尿、晶体尿

②血液检查 肾功能测定  
钙、磷代谢、尿酸检测

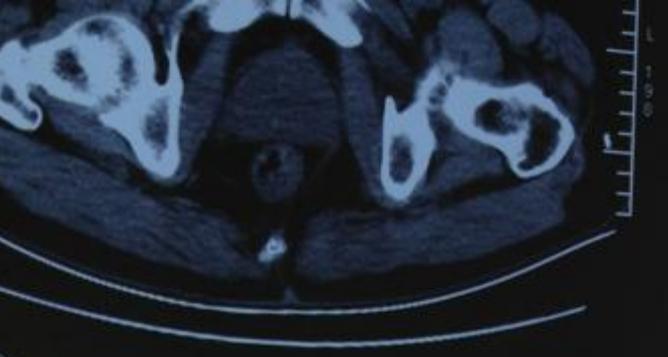
③尿细菌培养

### 3. 影像学检查

- ① KUB: 95%以上能发现结石
- ② IVU: 透光结石为充盈缺损
- ③ B超: 结石表现为特殊声影
- ④ CT: 发现以上检查不显示的结石
- ⑤ 逆行肾盂造影
- ⑥ 肾图







P 199

WW: 220WL: 60

Zhuang gen qing  
SU BEI HOSPITAL  
M 70 300222772  
DoB: Mar 27 1953  
Ex: Apr 25 2012

1447



kv 140  
mA 550

SFOV 50.0cm  
5.000mm/39.38 0.984:1 GSINQC  
Tilt: 0.0

220WL: 60 0.8/ 08 38

P 208

WW: 2

SU BEI HOSPITAL  
WANG MING DI  
59Y/Mar 27 1953  
300222772  
Mar 27 2012  
04:31:36 PM  
512 X 512

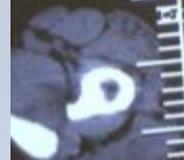
Mag = 1.00 DFOV 44.3cm  
STND/+



WW: 220WL: 60

SU BEI HOSPITAL  
WANG MING DI  
F 59Y/Mar 27 1953  
300222772  
Mar 27 2012  
04:31:36 PM  
512 X 512

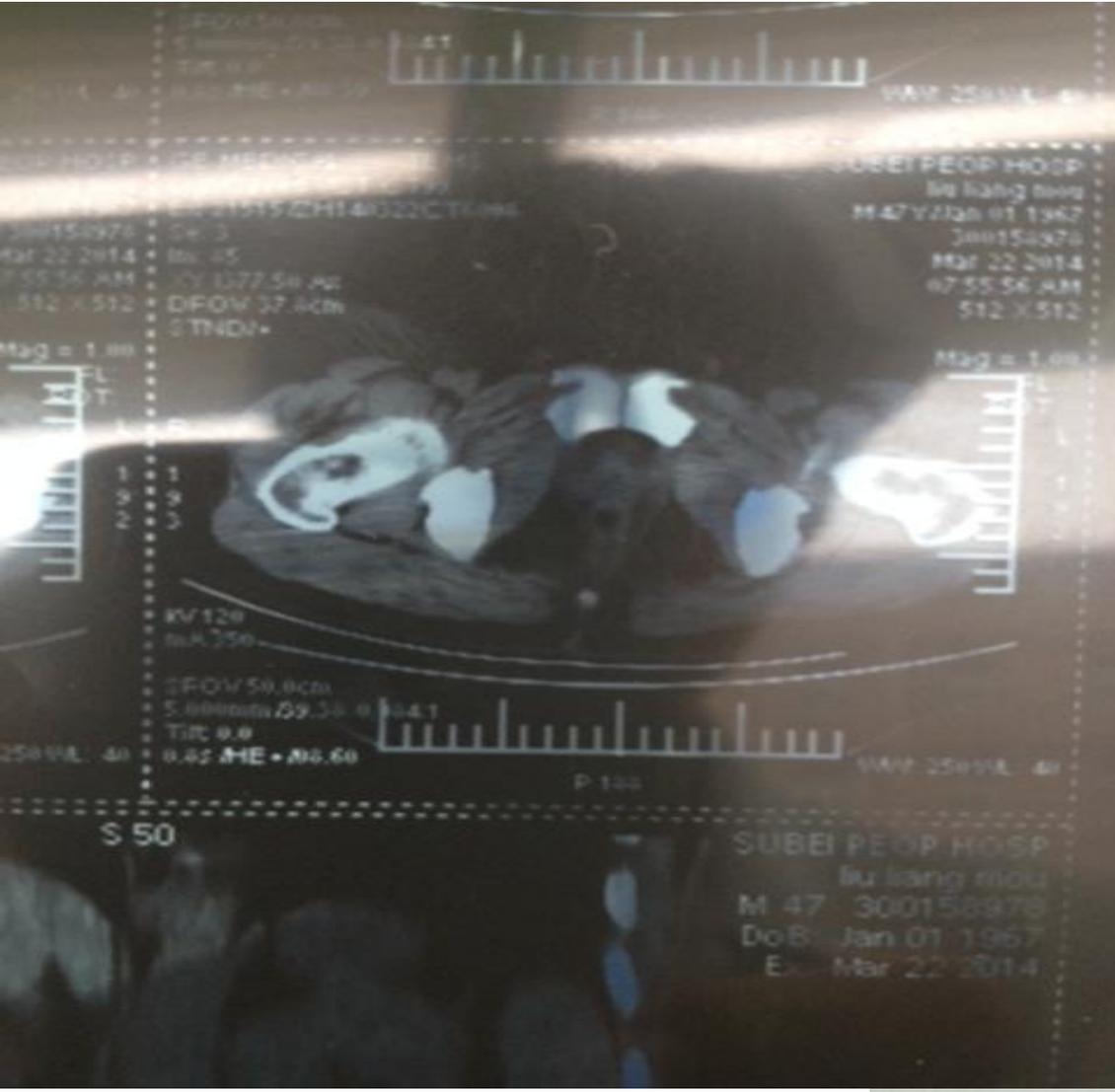
Mag = 1.00

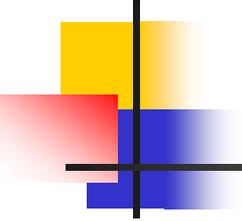


0.8/  
kv 140  
mA 550



12  
SU BEI HOSPITAL  
WANG MING DI  
F 59Y/Mar 27 1953  
DoB: Mar 27 1953  
Ex: Mar 27 2012





---

#### 4. 输尿管肾镜检查：未显示结石而有充盈缺损者

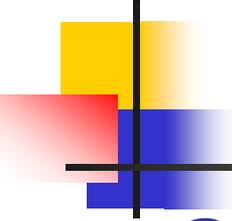
- 确定结石部位、大小、数目、形态，对肾的影响及可能原因

## 五、处理原则

### 1. 非手术治疗

适于结石小于0.6cm，表面光滑，无感染，无梗阻；小于0.4cm，90%可自行排出。

- ① 多饮水：保持每天尿量在2000ml以上
- ② 调节饮食
- ③ 加强运动



---

## ④ 药物治疗

调节尿PH值:

调节代谢

解痉止痛

抗感染

中药治疗

## ⑤ . 体外冲击波碎石 ESWL

安全、有效，通过X线、B超对结石进行定位，将冲击波聚焦后作用于结石，肾盂内结石最易粉碎

### 适应症

大多数上尿路结石适用

最适于<2.5cm的结石

碎石成功率达90%

### 禁忌症:

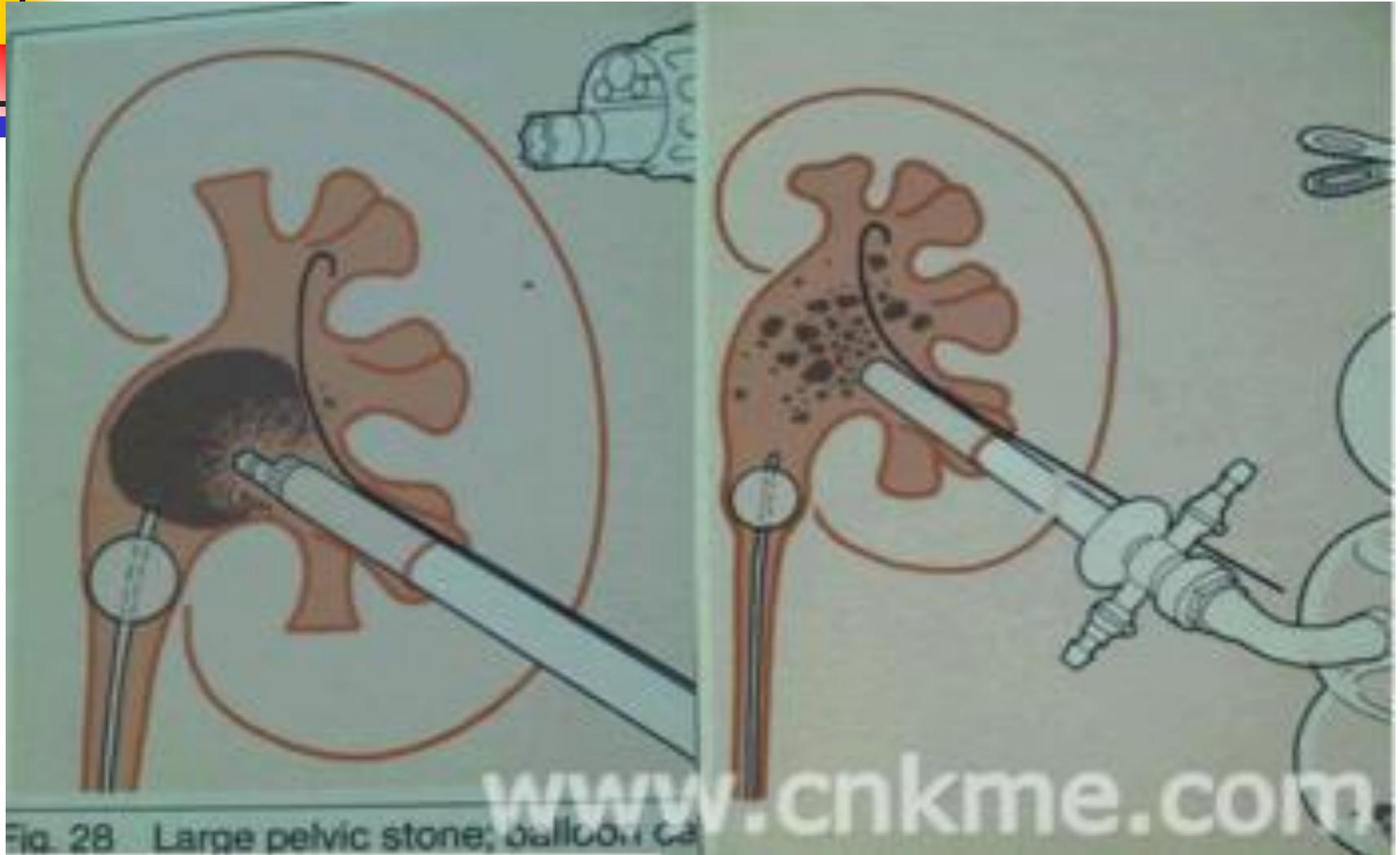
- ①全身情况: a. 全身出血性疾病 b. 心脑血管疾病、妊娠、 c. 急性尿路感染

## 2. 手术治疗

### ① 非开放手术治疗

a. **输尿管镜取石或碎石术**：输尿管中、下段结石，平片不显影，因肥胖，结石硬，时间长不能用ESWL者，ESWL治疗后的**石街**

b. **经皮肾镜取石或碎石术PCNL**：  
>2.5cm 的肾盂及肾下盏结石，结石远端梗阻

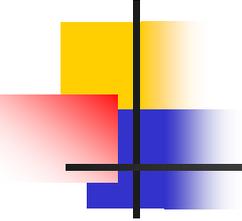


www.cnkme.com



## ② 开放性手术治疗

- a. 输尿管切开取石术
- b. 肾盂切开取石术
- c. 肾窦肾盂切开取石术
- d. 肾实质切开取术
- e. 无萎缩性肾切开取石术
- f. 肾切除术
- g. 膀胱切开取石



# 尿石症护理

---

## [护理评估]

- 1、健康史
- 2、身体状况工作环境、生活状况、钙磷代谢
- 3、社会心理状况

## [护理诊断/问题]

1. 疼痛（肾绞痛）
2. 排尿形态异常
3. PC: 血尿、感染、结石形成

## [护理措施]

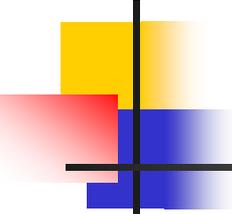
### 一、非手术治疗

- 1 缓解疼痛： 卧床休息 止痛 度冷丁，  
解痉 阿托品，维生素K<sub>3</sub> 654—2 补  
液
- 2 大量饮水 活动，跳跃
- 3 病情观察
- 4 中医中药 排石冲剂

## [护理措施]

### 4 饮食调节和药物调节：

草酸盐结石病人宜少吃富含草酸的食物，如菠菜、土豆、红茶、豆类、坚果等，口服维生素B<sub>6</sub> 15mg tid, 可减少尿中草酸盐的排出。



磷酸盐结石的病人，宜用低盐低钙的饮食，  
氯化铵1 g tid, 口服；

尿酸盐结石的病人，宜少食含嘌呤丰富的  
食物，如肝、肾及豆类，碳酸氢钠1 g  
tid, 使尿液碱化

## 二、体外震波碎石护理

1. 心理护理 介绍震波碎石的方法、说明震动声音
2. 术前3日禁食产气的食物、术晨禁食禁水，排空膀胱
3. 密切观察生命体征
4. 排尿情况 尿潴留、血尿
5. 排石情况 滤过尿液
6. 多饮水3000ML/日以上
7. 并发症：血尿、发热、肾绞痛、石街形成
8. 卧床休息

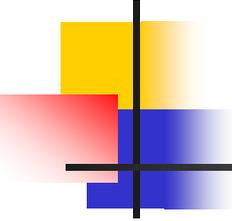
# 内镜碎石术的护理

## 1 术前护理

- (1) 心理护理
- (2) 术前准备

## 2 术后护理

- 1) 病情观察
  - 2) 引流管护理①固定②通畅③观察④拔管
  - 3) 双J管护理
- ## 3 并发症观察护理 (1) 出血 (2) 感染



# 健康教育

---

- 1 尿石症的预防
  - (1) 大量饮水
  - (2) 饮食指导
  - (3) 药物预防
  - (4) 特殊性治疗
- 2 双J管的自我观察与护理
- 3 复查

## 三、肾盂输尿管切开取石术护理

1. 饮食：术后禁食禁水至肠蠕动恢复，半流质、普食
2. 观察切口情况
3. 监测生命体征
4. 观察引流管的情况
5. 保持尿管通畅，肾功能不全者记 24小时尿量
6. 卧床休息2W（肾实质切开取石）
7. 多饮水

# 第三十九章 泌尿系统梗阻

## 第一节 概述

病因：

**肾和输尿管梗阻：** 结石、炎症、结核、某些先天性畸形

**膀胱出口：** 结石、前列腺增生

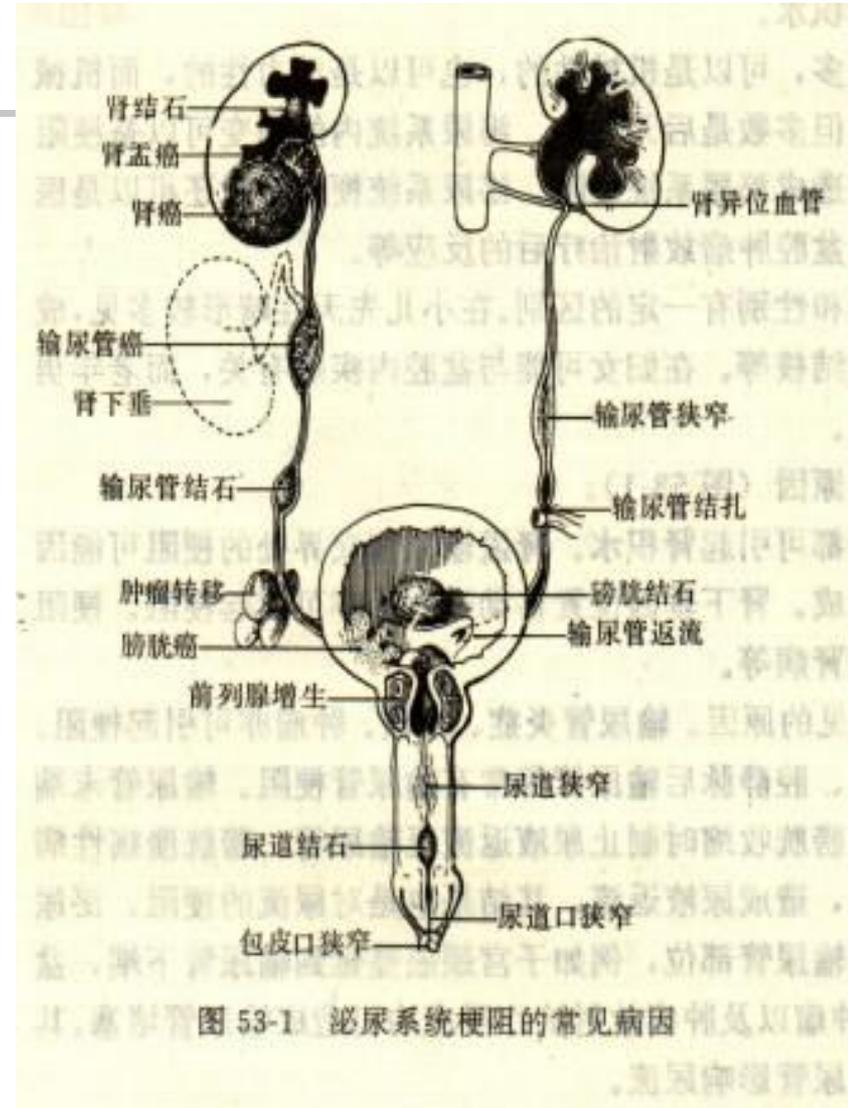
**尿道：** 炎症、损伤引起的狭窄、

**危害：** 进行性肾功能损害

# 泌尿系统梗阻常见病因

肾：结石，肿瘤，炎症，结核，UPJO，肾下垂等

- 输尿管：结石，肿瘤，炎症，结核，畸形，外压，医源性损伤
- 膀胱：BPH，结石，肿瘤，神经源性膀胱
- 尿道：狭窄，结石，肿瘤，损伤，畸形



## 第二节 肾积水

\***肾积水**：尿液从肾盂排出受阻，造成肾内压力升高、肾盏肾盂扩张、肾实质萎缩称之。

巨大积水：成人肾积水超过**1000ML**，  
小儿超过24小时的正常尿量。

## [临床表现]

随梗阻的原因、部位及发展的快慢而出现不同的症状。

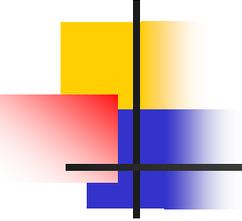
原发病的症状与体征

**腹部肿块可能是最初的症状。**

尿量减少、无尿。

肾功能衰竭

伴感染有全身中毒症状。



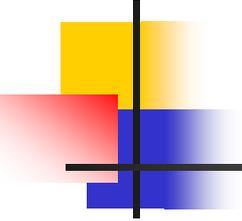
## [辅助检查]

---

1. 血、尿
2. B超
3. IVP
4. CT、MRI
5. 肾图

## [治疗]

1. 病因治疗
2. 肾造瘘
3. 肾切除

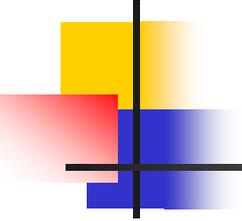


## [护理评估]

1病因：畸形（肾输尿管交界处狭窄）、  
结石、肿瘤、炎症、结核

2感染

3尿量、肾功能

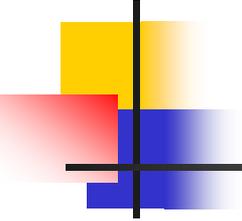


## [护理诊断]

- 1. 疼痛
- 2. 感染
- 3. PC 肾功能不全
- 4. PC 肾输尿管吻合口瘘

## [护理措施]

1. 肾积脓的护理： 降温、抗生素
2. 饮食： 普食、肾衰： 限制水、低盐、低蛋白、高热量、记24小时尿量
3. 肾盂成形术的护理： 胶管引流、肾盂支架管的护理
4. 肾切除的护理： 观测生命体征、切口、胶管引流
5. 活动



---

## 第三节 良性前列腺增生

benign prostatic hyperplasia

**BPH**

# 流行病学

- BPH是老年男性常见病，青春期后前列腺发育成熟约18-26g 2.5x3.5x2.5
- **发病率**：40岁8%、40~50岁约20%、50~60岁约50%，>80岁90%
- 31~50岁间，前列腺重量的倍增时间(doubling time)是**4.5**年，而在51~70间其倍增时间为**10**年，

# 病因

老龄和有功能的睾丸是公认的发病基础

## 1. 激素与BPH

- ① 双氢睾酮含量的增加
- ② 雌激素与雄激素间平衡失调

## 病理生理

前列腺增生始于围绕尿道精阜部位的**移行带**。随着腺体的增生，外周带组织被压扁形成假包膜，称**前列腺外科包膜**，此膜坚韧有弹性，与移行带之间有疏松组织易分离。如有炎症等形成粘连，不易分离。

## BPH引起排尿梗阻的三方面原因

### 1. 平滑肌

前列腺内围绕膀胱颈的平滑肌在逼尿肌收缩时不松弛

### 2. 腺瘤

前列腺腺瘤增大，堵塞尿道

### 3. 逼尿肌

代偿肥大，发生不稳定收缩

**BPH** → 后尿道延长 → 尿道阻力增加 → 排尿困难 → 逼尿肌增厚 (**代偿**) → 小梁小室和憩室形成 → 排尿困难 → 尿潴留 → 膀胱高度扩张 (**失代偿**) → 输尿管末端瓣膜功能丧失 → 尿液返流 → 肾积水 → **肾功能损害、尿潴留、感染、结石等**

**注意：**前列腺增生程度与尿流梗阻的程度并不一定呈比例，而与增生部位的位置有直接关系。





## \*临床表现

■ 50岁以后开始出现症状

1. \*尿频 夜间显著 最初症状
2. \*进行性排尿困难 最主要的症状
3. 尿潴留、充溢性尿失禁
4. 并发症：①血尿 ②尿路感染 ③膀胱结石  
④肾功能减退 ⑤腹股沟斜疝、痔疮等

## 诊 断

1. 病史、体检、**直肠指检**
2. **B超**检查：残余尿测定，残余尿量达50ML则提示评估逼尿肌处于失代偿状态
3. 前列腺直肠指诊判断前列腺大小、质地、有无压痛、和结节等，同时可检查肛门括约肌收缩力。

4. **尿流动力学** 尿流率测定、膀胱压及尿道压等，是判断逼尿肌功能及其损害程度，有助于选择治疗方法。

① 尿流率： $MFR \geq 20\text{ml/s}$  正常

$MFR \leq 15\text{ml/s}$  排尿不畅

$MFR \leq 10\text{ml/s}$  梗阻严重

5. 尿道膀胱镜检查

6. CT和MRI

7. **PSA测定**

## 治 疗

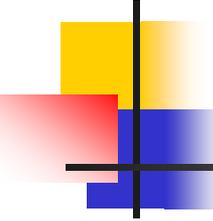
随访观察、药物治疗、手术治疗

### 1. 非手术治疗

随访观察

药物治疗

- ①  $\alpha$  - 受体受阻滞剂：酚苳明 -  $\alpha$ ，特拉唑嗪、桑塔 -  $\alpha 1$ ，哈乐 -  $\alpha 1a$   
(降低平滑肌的张力，减少尿道阻力)
- ②  $5\alpha$  - 还原酶抑制剂：保列治 爱普列特  
(降低双氢睾酮含量)
- ③ 植物制剂：舍尼通 (阻断双氢睾酮和前列腺受体结合)



## 其他治疗

---

- ② 尿道记忆金属支架
- ③ 经尿道高温治疗
- ④ 激光治疗
- ⑤ 体外高强度聚焦超声

## 2. 手术治疗：切除增生部分，非整个腺体

### ① 腔内手术治疗：

TURP：经尿道前列腺电切术 (Transurethral resection of the prostate) 、

TUVP：经尿道前列腺汽化切除术 (Transurethral vaporization of the prostate)；

TULP：经尿道接触式激光前列腺切除术 (TULP)

### ② 姑息性手术治疗：膀胱造瘘

### ③ 开放性手术治疗

## 手术方法

- a. 耻上经膀胱前列腺切除术
- b. 经耻骨后前列腺切除术
- c. 经耻骨上前列腺切除术

## #术后并发症

- a. 术后出血
- b. 尿路感染
- c. 尿潴留、排尿困难
- d. 尿失禁
- e. TUR综合征
- f. 急性附睾炎
- g. 术中意外损伤
- h. 静脉血栓形成
- I. 水电解质平衡紊乱

# 前列腺增生护理

## [护理评估]

- 1 老年男性常见病，与双氢睾酮升高
- 2 有关注意心、肺、肝功能，有无糖尿病、高血压、冠心病
- 3 排尿困难的程度 是否需要留置尿管
- 4 判断肾功能的情况
- 5 心理评估

# 国际前列腺症状 (IPSS)评分

国际前列腺症状评分表 (I-PSS)							
在过去一个月您是否有以下症状？	没有	五次中少于一次	少于半数	大约半数	多于半数	几乎每次	评分
经常有尿不尽的感觉							
两次排尿间隔时间经常小于2小时							
经常有间断性排尿							
经常有憋尿困难							
经常有尿线变细现象							
经常需要用力或使劲才能开始排尿							
	没有	一次	二次	三次	四次	五次或以上	
从入睡到早起一般需要起来排尿几次？	0	1	2	3	4	5	
症状评分总计							
因排尿症状而影响了生活质量							
	高兴	满意	大致满意	还可以	不太满意	苦恼	很糟
如果在您的后半生始终伴有现在的症状，您认为如何？	0	1	2	3	4	5	6
生活质量评分							
<b>说明：</b> 0—7分为轻度症状，8—19分为中度症状，20—35分为重度症状。请医生帮助您检查和客观评估。							

## [护理诊断/问题]

- 1 排尿模式的改变 与留置尿管有关
- 2 PC膀胱痉挛 与导尿管气囊压迫、牵拉、膀胱冲洗温度过低、速度过快、便秘有关
- 3 舒适的改变 与卧位、管道、切口疼痛有关
- 4 PC TUR综合征、出血

## [护理措施]

### 一、非手术治疗的护理/术前护理:

1 心理护理

2 急性尿潴留的预防及护理

(1) 预防 (2) 护理 留置尿管，耻骨上膀胱造瘘管

饮食 忌辣、烟、酒，多饮水

3 药物治疗的护理

4 术前护理 (1) 尿管护理 (2) 心、肝、肾功能，血糖血压 抗感染

## [护理措施]

### 二、术后

- 1 病情观察 监测生命体征，心电监护，意识，（注意有无出血、心肺脑并发症）
- 2 饮食 术后6H进半流1-2天后普食、多饮水、高热量、高蛋白的食物，防便秘：食粗纤维的食物，口服石蜡油、蕃泻叶，\*禁止直接使用开塞露灌肠（防止膀胱直肠瘘）

## [护理措施]

### \*3 膀胱冲洗:

术后几乎每一位病人均有不同程度的血尿，TUR术后一般行膀胱冲洗3-5天，开放手术冲洗5-7天，

- (1) 冲洗速度 滴速以流出液微红为宜，色深则快、色浅则慢。
- (2) 通畅，
- (3) 多量饮水，内冲洗
- (4) 冲洗液温度
- (5) 观察引流液颜色与量

## [护理措施]

### \* 膀胱痉挛的护理

**原因：**尿管的气囊压迫膀胱颈部；冲洗液速度过快或过慢；小膀胱、便秘等

■ **表现：**下腹部阵痛；膀胱冲洗管道不通畅、返流；病人用力排尿；尿道出血

- **防治：**
- (1) 镇痛泵、
  - (2) 深呼吸运动、心理护理
  - (3) 气囊放水减压
  - (4) 调整冲洗液温度、速度
  - (5) 解痉剂 异搏定
  - (6) 防便秘

## [护理措施]

### 5 并发症观察与护理:

(1) **TUR综合征** 行TURP手术的病人因术中大量的冲洗液被吸收可致血容量急剧增加, 出现**稀释性低钠血症**, 病人可在几小时内出现烦躁、恶心、呕吐、抽搐、昏迷、严重时出现肺水肿、脑水肿、心衰等。

常用5%甘露醇或5%GS 5-6万ml

**处理: 对症处理、脱水、利尿、减慢输液速度, 补浓钠。**

(2) **尿失禁**

(3) **出血**

## [护理措施]

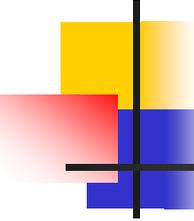
### 6 引流管护理

7 防感染（切口、尿路、肺部）抗生素、口腔护理、会阴护理2-3次/日，翻身、叩背、排痰；

8 因长期卧床需床上活动，防褥疮、防下肢静脉栓塞、防坠积性肺炎，尿管拔除后逐渐下床活动

## 三 健康教育

- 1 生活指导
- 2 康复指导
- 3 自我观察
- 4 性生活指导
- 5 定期复查



# 第四十章 泌尿系统肿瘤

## 第一节 肾 肿 瘤 tumor of kidney



# 病 理

	肾Ca	肾盂Ca
发生部位	肾小管上皮	肾盂粘膜
肿瘤类型	透明细胞Ca 颗粒细胞Ca 混合型 未分化细胞Ca	移行上皮Ca 腺Ca 鳞Ca
转移途径	血行→直接肾V、 下腔V→肺等 淋巴→肾蒂淋巴结 直接侵犯周围组织	淋巴→肾盂壁 薄淋巴丰富易 早期转移 种植转移→输 尿管、膀胱

# 临床表现

	肾Ca	肾盂Ca
年 龄	50-60岁高发	55岁左右高发
血 尿	+	+++
疼 痛	++	±
肿 块	+	±
其它症状	低热、贫血、高血压，消瘦、精索静脉曲张、红细胞增多症、血沉快、高血钙、肝功能异常、神经肌肉病变、淀粉样变	膀胱刺激症状、同侧精索静脉曲张、后腹膜刺激征

# 诊 断

	肾Ca	肾盂Ca
	根据病史、症状、体征等，初步考虑肾肿瘤	
<b>B超</b>	初步诊断，了解肿瘤范围及对侧肾脏情况，不作定性诊断，可作 <b>Ca</b> 栓初诊	初步诊断了解肿块是囊性还是实质性，及下腔 <b>V</b> 有否 <b>Ca</b> 栓
<b>KUB</b>	了解肾脏外形是否增大、形态、钙化等	

	肾Ca	肾盂Ca
IVU 逆行造影	肾盂肾盏压迫变形，或充盈缺损	充盈缺损
CT	了解肿瘤累及范围、癌栓、淋巴转移等	帮助诊断
全胸片	肺转移常见	少见
膀胱镜检查	少用	常用
脱落细胞检查	少用	常用
ECT MRI	少数情况下用作鉴别诊断	

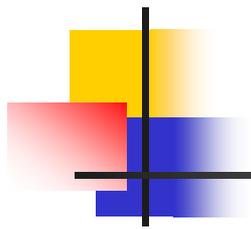
# 病 理

	肾Ca	肾盂Ca
发生部位	肾小管上皮	肾盂粘膜
肿瘤类型	透明细胞Ca 颗粒细胞Ca 混合型 未分化细胞Ca	移行上皮Ca 腺Ca 鳞Ca
转移途径	血行→直接肾V、 下腔V→肺等 淋巴→肾蒂淋巴结 直接侵犯周围组织	淋巴→肾盂壁 薄淋巴丰富易 早期转移 种植转移→输 尿管、膀胱

# 治 疗

---

- 肾肿瘤以手术治疗为主，
- 放疗、化疗均不敏感，
- 免疫治疗有一定疗效。

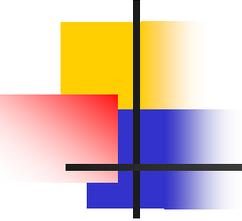


	肾Ca	肾盂Ca
手术方法	肾Ca根治术，瘤体大，可先肾A栓塞，肾部分切除或瘤体摘除术	肾、输尿管、膀胱袖状切除术，少数肿瘤分化良好可作局部切除术
药物治疗	甲孕酮、黄体酮、IL-2、 $\alpha$ -干扰素	丝裂霉素、阿霉素等预防膀胱肿瘤发生、化疗

# 肾癌

## [护理评估]

- \*1 血尿、肿块、疼痛（三联征）
- 2 转移症状：肾周、肺、脑、肝
- 3 恶液质：低热、高血压、贫血、消瘦、血沉快



## [护理诊断/问题]

---

- 1 组织灌流改变
- 2 PC: 感染
- 3 营养失调：低于机体需要 与血尿、癌肿消耗、手术创伤有关
- 4 焦虑/恐惧

## [护理措施]

### 一、术前护理

- 1 心理护理
- 2 营养支持

### 二 术后护理

- 1 病情观察 (1) 生命体征的观察、30分钟\*8次  
(2) 切口、引流管

2 尿量、肾功能

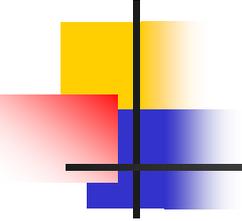
3 输液、输血

4 并发症观察 出血 感染

### 三 健康教育

戒烟 避免劳累 定期复查

化疗、放疗效果不明显，免疫治疗对转移癌有一定疗效。  
常用干扰素



---

## 第二节 膀胱肿瘤

tumor of urinary bladder

# 病 因

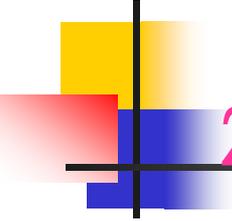
## 1、 化学性致癌物质

### (1) 外源性致癌物质

染料、皮革、油漆等化工产品中含有β-萘胺、联苯胺等致癌物质，长期接触发病率高；吸烟发病率明显增高，吸烟:不吸烟 > 20:1 ；

### (2) 内源性致癌物质

50%以上有色氨酸和烟酸代谢异常



## 2、局部刺激

结石、异物、感染、梗阻、膀胱憩室等  
为诱因

## 3、其他

血吸虫病、腺性膀胱炎

# 病 理

## 1、 组织类型及特点

膀胱肿瘤95%以移行上皮细胞癌TCC，其它为腺癌、鳞癌及未分化癌，

非上皮细胞肿瘤罕见，为间质组织发生的横纹肌肉瘤及平滑肌肉瘤，恶性程度高

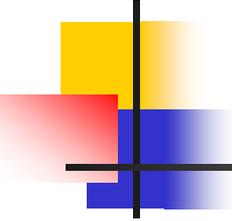
TCC特点：恶性程度低，易多发、复发，转移晚

## 2. 分化程度

按肿瘤细胞大小、形态，核改变及分裂相可分为三级(grade)：即乳头状瘤、乳头状低度恶性倾向的尿路上皮肿瘤、低级别乳头状尿路上皮癌、高级别乳头状尿路上皮癌

## 3. 生长方式

原位癌、乳头状癌、浸润性癌



#### 4. 浸润深度分期 (stage):

Tis → 原位癌,

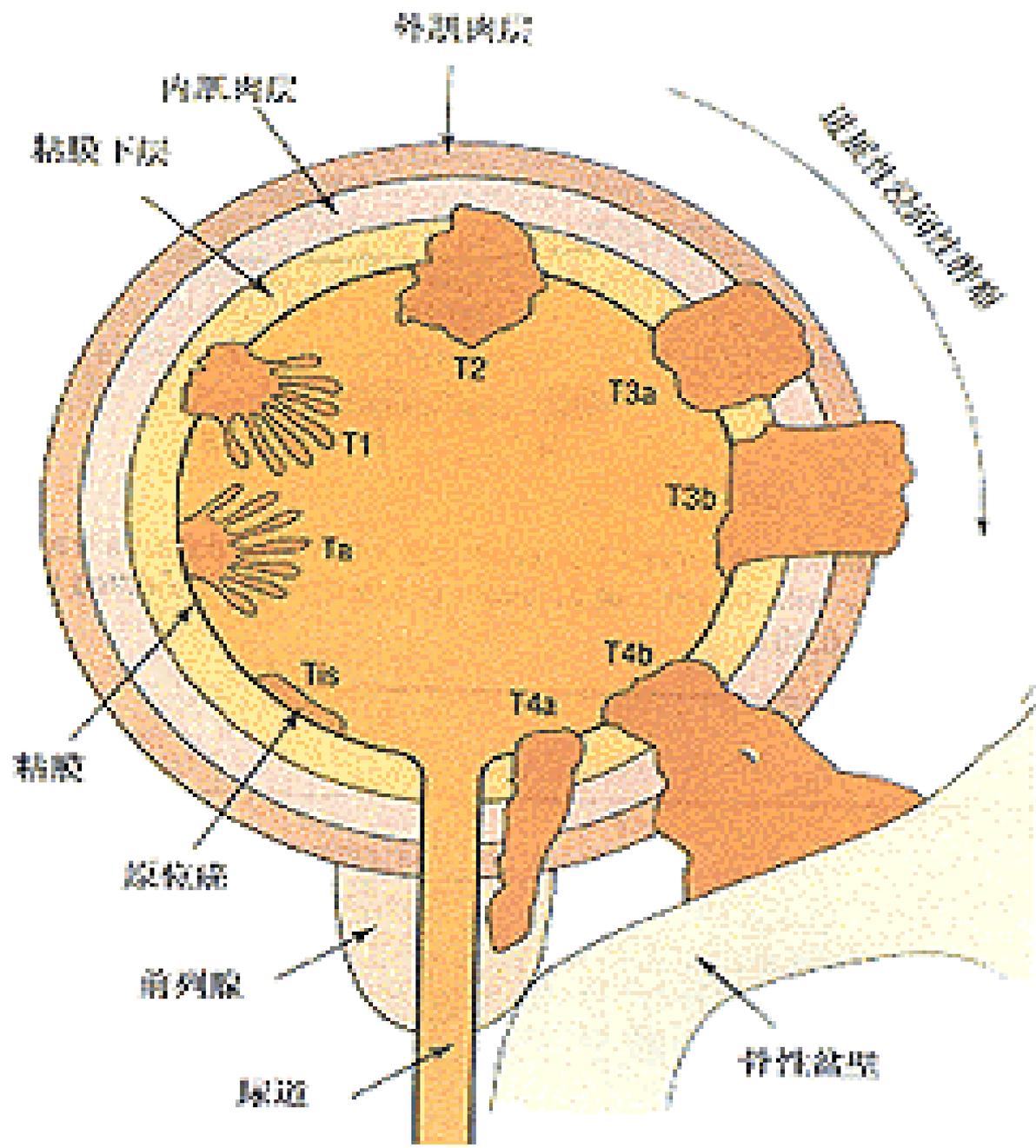
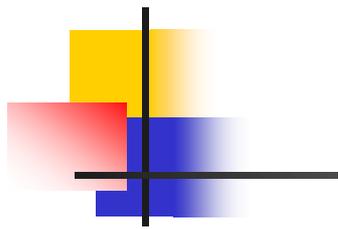
Ta → 乳头状无浸润癌,

T1 → 限于固有层内,

T2 → 浸润浅肌层,

T3 → 浸润深层肌肉或已穿透膀胱壁,

T4 → 浸润前列腺及邻近组织



## 5. 肿瘤分布

- \* 膀胱侧壁及后壁最多，  
其次为三角区及顶部，  
可先后或同时伴有肾盂、输尿管、  
尿道肿瘤（后尿道），故常作IVU检查  
(10%)

## 6. 肿瘤转移途径

- 直接浸润为主要方式
- 淋巴转移也常见，特别是浸润深肌层及膀胱外
- 血行转移较晚，常转移至肝、肺、骨等
- 种植转移

## 临床表现

常见于50~70岁，男：女为4：1

1. **血尿**：发生率 > 90%，为**间隙、无痛性、肉眼血尿**
2. **膀胱刺激症状**：肿瘤位于三角区或组织坏死及并发感染
3. **排尿困难及尿潴留**：肿瘤或血块堵塞所致，小儿横纹肌肉瘤的主要症状
4. **其它**：肿瘤坏死组织排出，贫血、浮肿、下腹部肿块等

# 诊 断

1. 根据病史及临床表现：初步诊断
2. 尿脱落细胞检查
3. **膀胱镜检查**：最重要，直接观察和组织活检  
（确诊，可依观察肿瘤数目及大小、部位，也可大概鉴别良恶性）
4. IVU
5. **B超**：最常用方法，可发现**0.5cm以上**肿块
6. CT：了解浸润程度和肿瘤分期

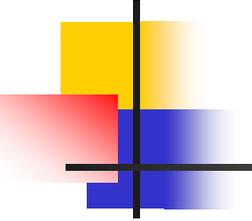
## 治 疗

以手术治疗为主，药物治疗、放疗为辅

1. 手术治疗：根据肿瘤病理和全身情况

(1) Ta、T1、局限的T2，可作保留膀胱的手术，电切、肿瘤切除或膀胱部分切除术，切除范围距肿瘤2cm以上

(2) 较大的、多发的、反复发作以及 T2、T3期肿瘤应行膀胱全切除术



肿瘤无法切除术时，结扎髂内A，并注射抗癌药，DSA

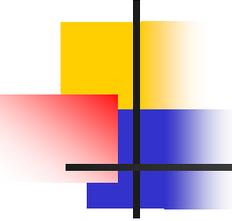
## 2. 化学治疗:

常用卡介苗 (BCG)、丝裂霉素、顺铂、阿霉素等，行膀胱灌注，卡介苗效果最好。静脉化疗，生物治疗：IL-2、 $\alpha$ -干扰素

# 膀胱肿瘤术后的防治

## 1. 早期发现

- (1) 膀胱镜：术后1年内3-6月检查一次
- (2) B超：3-6月一次
- (3) 尿脱落细胞检查
- (4) CEA或HCG检查



---

## 2. 防治

定期药物灌注及免疫治疗，从过去不治  
疗的复发率80%左右降低到10%左右

## [护理评估]

1健康史：年龄、性别、职业

2身心状况

(1) 血尿 无痛肉眼血尿

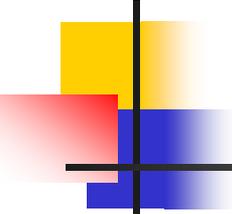
(2) 尿频、尿痛、排尿困难、尿潴留、下  
腹肿块属晚期

(3) B超 CT 肿瘤的位置、大小、数量

(4) 心、肺、肝肾功能、血糖

## [护理诊断/问题]

- 1 体液不足 与血尿有关
- 2 营养失调：低于机体需要 与血尿、癌肿消耗、手术创伤有关
- 3 排尿异常 与血尿、尿潴留有关
- 4 PC：感染
- 5 焦虑 与恐癌、怕手术、担心预后有关
- 6 自我形象紊乱：与尿流改道有关



## [护理措施]

---

术前护理:

1 心理护理

2 饮食营养

3 肠道准备

4 其他 全膀胱切除肠代膀胱需肠道准备



## [护理措施]

术后护理:

- 1 病情观察 观察生命体征、尿量的变化
- 2 引流管护理 (1)输尿管支架管 (2)代膀胱造瘘管 (3)导尿管 (4)盆腔引流管、颜色
- 3 代膀胱冲洗体位:
- 4 造口护理
- 5 并发症观察与护理 (1)出血 (2)感染 (3)尿瘘
- 6 膀胱灌注化疗的护理

## 泌尿造口定位:

- 操作者站在病人右侧-寻找腹直肌-嘱患者平卧-操作者一手托起病人头部嘱患者眼看脚尖-操作者另一手通过触诊摸到腹直肌边缘位置-用油性笔一虚线标记-造口位置为脐左右-髂前上棘和耻骨联合形成的菱形中（避开皮肤皱褶处、分别坐、站再次确认最佳位置，画直径2cm的实心圆；肥胖者、同时有两个造口位置时）

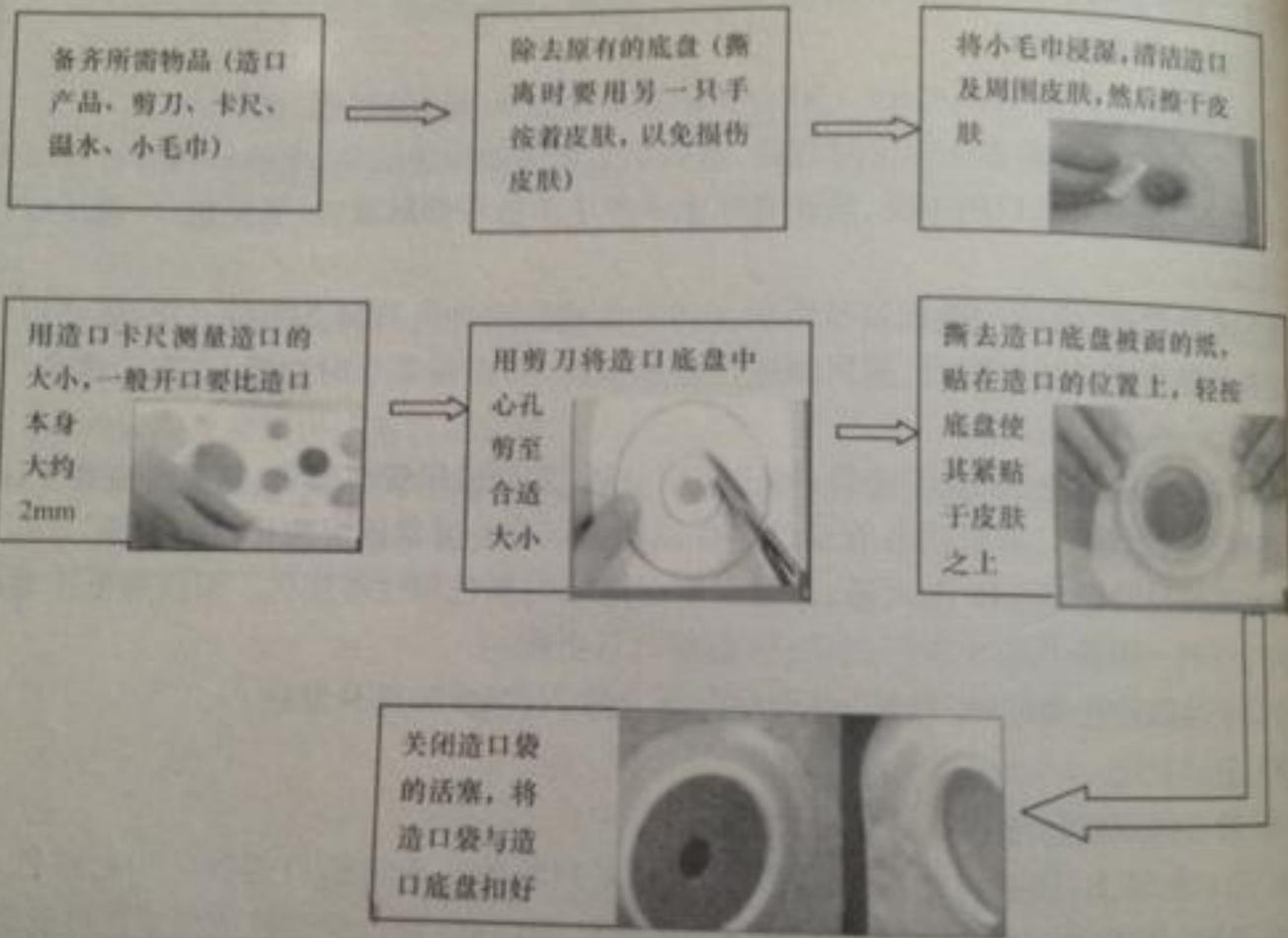


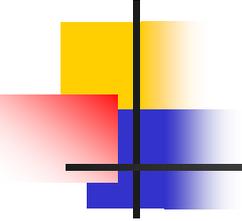
图 10-5 造口袋的更换流程图

## [健康教育]

- 1 心理指导
- 2 饮食指导：戒烟、蔬菜、水果、饮水
- 3\* 保留膀胱者术后均应进行化疗  
化疗、免疫：膀胱灌注：BCG、丝裂霉素等
- 4 自我护理
- 5 定期复查膀胱镜、B超
- 6 原位新膀胱训练

## 灌注化疗护理

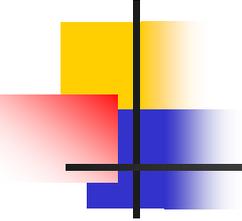
- 1、灌注前排空膀胱
- 2、灌注前4小时禁止饮水
- 3、灌注后多饮水
- 4、灌注时擦尿管
- 5、灌注时防药液漏至会阴区，女患者排尿后会阴清洗。
- 6、防化学性膀胱炎。

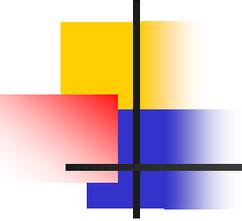


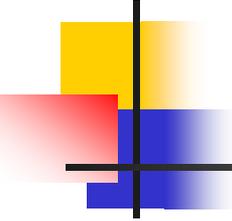
---

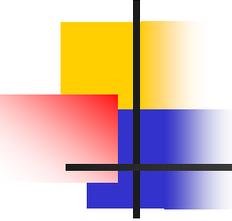
## ■ 第三节 前列腺癌

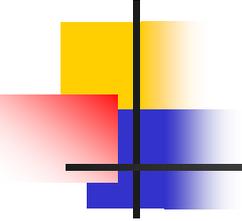
(carcinoma prostate)

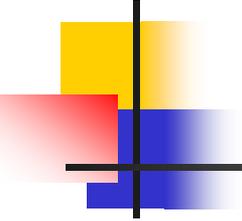
- 
- 病因
  - 可能与种族、遗传、食物、环境、性激素有关。
  - 危险因素：生活习惯的改变、日光照射、长期接触镉等化学物质、高热量动物脂肪和VisA、酗酒有关。

- 
- 
- 病理 腺癌最常见
  - 分级: Gleason分级 分2 -10分
  - 分期: TNM分期

- 
- 临床表现
  - **早期无症状**。进展期肿瘤生长挤压尿道、直接侵犯膀胱颈部、三角区，表现为下尿路梗阻；骨转移病人出现骨痛。

- 
- 处理原则
  - 1、根治性前列腺切除
  - 2、去势治疗      包括药物去势、手术去势
  - 3、放射治疗      有内放射、外放射两种。
  - 4、化学治疗

- 
- 
- 手术治疗护理
  - 术前护理
    - (1) 营养支持
    - (2) 心理护理
    - (3) 肠道准备

- 
- 
- 术后护理
    - (1) 休息与饮食
    - (2) 并发症观察与护理
  - 健康教育
    - (1) 康复指导 饮食指导
    - (2) 定期随诊复查



5.12护士节快乐