



骨盆骨折并发膀胱尿道腹壁瘘的护理

吕莉 孙淑英 张巧玲 (浙江大学医学院附属第二医院 浙江杭州 310009)

摘要: **目的** 探讨采用负压封闭引流术对骨盆骨折并发膀胱尿道腹壁瘘的作用及护理。**方法** 采用腹壁伤口负压封闭引流术, 腹股沟伤口于黏贴一件式造口袋收集管理伤口渗液, 并对腹腔伤口进行持续的生理盐水冲洗, 同时积极给予心理、疼痛及营养支持, 控制感染。**结果** 通过27天的腹壁伤口负压封闭引流, 其中每间隔3天给予腹壁伤口换药后腹股沟伤口缩小0.5cm, 为后期的扩创植皮提供治疗基础。**结论** 采用伤口负压封闭引流术及一件式造口袋收集管理伤口渗液, 减少患者换药的频率, 将渗液与皮肤隔开, 保持伤口的干燥, 减少了刺激性皮炎的发生, 减轻了患者的痛苦, 缩短了住院时间。

关键词: 骨盆骨折 膀胱尿道瘘 负压封闭引流术 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)11-227-02

骨盆骨折主要由于压砸、碾压、挤撞或高处坠落等损伤所致, 可合并膀胱、尿道和直肠及髂内、外血管的损伤, 其中合并尿道损伤者占3.5%-28.8%^[1]。膀胱和尿道之间存在异常瘘道, 称为膀胱尿道瘘。膀胱尿道瘘的临床表现为尿液的持续逸出。尿瘘的发生可出现在损伤时, 或损伤后数天和数周内。膀胱内尿液不自主地由瘘管流出, 易合并泌尿系感染, 给病人带来极大的痛苦^[2], 且尿瘘可导致病态的生理与心理, 在少数情况下还可导致延迟性辅助治疗^[3]。尿道皮肤瘘临床比较少见, 病因主要为先天性、外伤性、炎症、肿瘤及医源性因素^[4], 膀胱尿道腹壁瘘更是罕见, 2015年8月我科收治一例骨盆骨折并发膀胱尿道腹壁瘘患者, 后经给予伤口负压封闭引流及持续冲洗并植皮治疗后, 病情好转出院, 现报告如下。

1 病例简介

患者, 男, 52岁, 因“重物压伤致胸腹部疼痛3d”收住入院。患者于8月1日在干活时不慎被2米高的墙体倒塌砸伤, 当时意识清, 感胸腹部疼痛明显, 无四肢抽搐, 无大小便失禁, 无恶心呕吐等不适症状, 被家属送当地医院, 立即予“气管插管, 机械通气, 止血、补液、输血”等对症治疗, 在当地医院治疗3天后病情无好转, 家属要求转我院进一步治疗。入院诊断: 多发伤: 1、骨盆骨折、右侧髂骨后缘骨折、多发骶椎骨折、左侧耻骨上下支骨折、耻骨联合骨折; 2、腹部闭合伤; 3、肾挫伤。入院查体: 神志清, 双侧瞳孔3mm, 对光反射灵敏, BP:107/68mmHg, HR:68次/min, SpO₂98%, 既往无疾病史, 腹平软, 尿道口有血性尿液引出, 阴囊水肿明显, 腹部CT提示腹部表面有多发金属物, 8月4日血常规: 白细胞计数 $5.6 \times 10^9/L$, 血红蛋白61g/L, 中性粒细胞百分比87.2%; 肝功能: 白蛋白28g/L, 钠151.2mmol/L, 尿素氮9.65mmol/L; 尿常规: 尿液颜色浅橙黄色, 尿蛋白1+ (0.5) g/L, 尿潜血3+mg/L。8月24日体检患者右下壁肿胀、有波动感, 考虑为囊肿, 予切开负压引流, 泌尿外科会诊后考虑为膀胱尿道瘘, 给予留置导尿管引流尿液、腹壁伤口负压封闭引流及持续腹腔冲洗引流、应用抗菌药物预防感染及药物对症治疗, 后于10月22日行右腹股沟扩创取头皮植皮负压封闭引流术, 术后继续予以伤口负压封闭引流, 于10月28日拆除右腹股沟VSD引流管, 见植皮愈合良好, 11月8日出院。

2 护理

2.1 严密观察病情, 积极处理并发症。骨盆骨折合并有尿道、膀胱损伤时常伴有其内脏损伤, 且患者入院时尿道口有血性尿液引出, 阴囊水肿明显, 护理期间密切观察病情变化, 检查会阴、腹部、腹股沟处有无淤斑、血肿或尿液外渗, 及时处理并发症。该患者后期体检时发现右下壁肿胀、有波动感, 考虑为囊肿, 后经腹部B超检查及泌尿外科会诊后确诊为膀胱尿道腹壁瘘。

2.2 膀胱尿道瘘的护理

2.2.1 配合专科护士床边行腹壁瘘口负压封闭引流术。患者于8月24日发现右下壁肿胀、有波动感, 考虑为囊肿, 予切开负压引流, 导尿管无尿, 经泌尿外科会诊后考虑为膀胱尿道瘘, 后给予伤口持续冲洗+负压引流, 到9月8日发现伤口渗液外溢明显, 伴异味, 请伤口专科护士会诊, 发现下腹部伤口为1.5cm×3.5cm×1.5cm, 腹股沟伤口8cm×2.5cm×1cm, 表面皮桥相连, 两伤口相距7cm, 皮下贯通, 病房护士协助伤口专科护士操作: 给予患者消毒清洗伤口后下腹部伤口予凡士林油纱填塞后, 予黏贴一件式造口袋, 尾端接负压引流; 腹股沟处伤口予凡士林油纱+生理盐水纱布防护后, 伤口周围予透明贴防护, 予置一根吸引管后, 予灭菌透气薄膜封闭后接墙式负压, 管理伤口渗液。负压封闭引流期间持续监测负压, 维持有效压力在120-150mmHg; 观察腹壁造口袋有无渗漏, 若无渗漏每隔3天换药。因负压封闭引流治疗可以有效降低和控制创面感染, 改善血运, 促进肉芽健康生长, 为二期皮瓣修复创面, 取得良好的疗效^[5], 到10月5日换药时见: 腹股沟伤口8cm×2cm×0.5cm大小, 与下腹部伤口相距7cm左右, 皮下贯通, 创面基底100%红色组织, 周围见粉色上皮爬行, 创周无发红。给后期的植皮提供了基础, 故而患者于10月22日行右腹股沟扩创取头皮植皮负压封闭引流术, 术后下腹部伤口及腹股沟伤口继续负压封闭引流, 10月28日拆除右腹股沟VSD引流管, 见植皮愈合良好。

2.2.2 负压封闭引流管护理。定时检查负压引流的有效性, 保持管道引流的通畅, 密切观察引流液的颜色、性质和量, 定时挤压引流管保持引流通畅, 妥善固定引流管, 防止翻身时牵拉、折叠管道。本例患者行负压封闭引流术作腹腔引流, 均引流通畅, 引出淡黄色尿液。

2.2.3 腹腔冲洗的护理。行腹腔冲洗时, 要严格控制冲洗速度及冲洗量, 避免冲洗液外渗及影响创面的愈合^[6]。本例患者我们进行24小时持续腹腔冲洗, 冲洗速度控制在50d/min。

2.2.4 腹壁瘘口皮肤护理。本例患者我们使用一件式造口袋及透明贴管理伤口周围皮肤, 管理期间我们严密观察腹壁瘘口的皮肤情况, 有无红、肿、热、痛以及尿液渗漏, 一旦出现尿液渗漏, 及时更换造口袋, 保持瘘口周围皮肤清洁、干燥, 避免感染, 保护了伤口, 促进伤口早日愈合。采用造口袋收集伤口渗液能保护伤口周围皮肤, 减少刺激性皮炎的发生^[7], 造口袋形成的密闭微湿环境, 符合现代伤口护理湿性愈合的理念^[8], 促进伤口愈合, 加上造口袋底黏贴力强, 吸水性能好, 同时具有良好的热延伸性, 当体表粗糙不平时, 能在体温下顺应皮肤外形延伸, 确保粘贴严密, 可以有效地防止渗漏^[9]。透明贴则是一种水胶体敷料, 能为创面提供一个低氧、微酸的环境, 并形成凝胶, 保护暴露的神经末梢,



减轻疼痛,保持创面湿润。经过27天的伤口管理,腹股沟伤口缩小0.5cm。

2.3 心理护理。骨盆骨折多由较强大的暴力所致,该患者伤势重,在后期出现膀胱尿道腹壁瘘,病程长,需要进行多次伤口换药及手术修补才能痊愈,已产生恐惧及消极心理,治疗态度不配合,且患者家属又极其忧虑、紧张,对患者预后担忧,故而我们护理人员单独对家属进行谈话、告知利弊、诊疗计划,使家属能与我们一起鼓励、关心、支持患者,最终使患者能够消除恐惧,树立治疗信心。

2.4 疼痛护理。患者受到骨折及尿液溢出持续刺激皮肤的痛苦,在每次腹壁瘘口换药及翻身时,我们应用数字评分法(NRS)对患者进行疼痛评分,给予患者安慰及鼓励,当NRS评分达到4分及以上时,我们给予地佐辛注射液(加罗宁)5mg肌肉注射,减缓病人疼痛。使患者能够主动配合和参与到各项治疗护理活动中。

2.5 肠内营养的护理。肠内营养具有促进吸收和上皮再生、改善自主神经活动和激素产生的功能,可促进小肠绒毛增生^[10]。故而,肠内营养的支持对患者的愈合极为重要。因患者营养状况差,白蛋白为28g/L,我们给予患者留置鼻肠管,每天给予1000ml百普力经喂食泵以恒温、定量、持续输注,以满足生理需要,促进伤口的愈合。10月22日手术前复查白蛋白为32.3g/L。肠内营养期间因措施到位患者未出现腹泻等肠内营养并发症。

3 小结

骨盆骨折并发尿道瘘患者临床多见,但同时并发腹壁瘘患者临床罕见,尿液通过瘘口持续刺激腹腔及腹壁皮肤,极易引起刺激性皮炎的发生,严重者可导致全身性感染。我们护理上通过与伤口专科护士共同合作,采用伤口负压封闭引

流术并应用一件式造口袋管理腹壁伤口,收集腹壁伤口渗液,同时对腹腔伤口进行持续的生理盐水冲洗,阻止了尿液持续刺激腹壁皮肤,有效控制了感染,同时结合营养支持,促进了腹部及腹股沟伤口肉芽组织健康生长,减小创面,为后期的扩创植皮提供了治疗基础,缩短患者的治疗及住院时间。

参考文献

- [1] 马春艳,高静.骨盆骨折合并尿道断裂的护理体会[J].医学理论与实践,2012,25(22):2829-2830.
- [2] 张卫兵,郑新民.膀胱(尿道)阴道瘘23例临床分析[J].武汉大学学报,2008,5(9).
- [3] 朱慧芳.宫颈根治术中尿道瘘的早期诊断与处理[J].临床实践与研究,2013,10(9):20-21.
- [4] A lan JW,Louis RK,Aadrew CN,er al.Campbell-Walsh Urology[M]. 10ed.Harcourt Saunders Elsavier Lne. Seetion XIV. Chapter 77,2223-2243.
- [5] 刘伟,肖军.腹股沟皮瓣游离移植联合负压封闭引流修复股前大面积软组织缺损[J].中国组织工程研究,2014,18(18):2922-2926.
- [6] 罗桥芳,谢琦雯,夏桃林.膀胱破裂保守治疗的观察与护理[J].护理实践与研究,2012,9(19):90-91.
- [7] 梁桂花,梁霞.造口袋收集腹部渗漏液的效果观察[J].护理学报,2013,20(9B):46-47.
- [8] 刘莉,俞士卉.尿路造口袋收集腹部引流管周围渗液的效果观察[J].临床护理杂志,2012,11(2):12-14.
- [9] 韦瑞丽,董雪云,马辉.造口袋在肠痿病人引流中的应用研究[J].护士进修杂志,2008,23(11):966-968.
- [10] 杨秀芳,彭南海.5例同种异体小肠移植术后移植肠造口的护理[J].中华护理杂志,2010,45(4):296-298.

(上接第224页)

- [2] 王琴,任丽,阿各,等.分析探讨疼痛护理管理模式在创伤骨科病房中的应用效果[J].国际护理学杂志,2014,33(10):2862-2864
- [3] 吴艳,田薇,吴丽,等.贝克认知疗法在恶性骨肿瘤保肢术患者心理护理中的应用[J].护理学杂志,2014,29(02):66-68

(上接第225页)

好,值得推广。

参考文献

- [1] 陈芳芳.对急性胃肠炎患者进行综合性护理的效果分析[J].当代医药论坛,2015(22):79-80.
- [2] 赵俊兰.急性胃肠炎患者的临床护理措施[J].世界最新医学信息文摘:电子版,2016,16(27):244+247.

(上接第226页)

本研究中观察组患者采用的护理干预措施,从环境护理、健康教育、用药指导、优秀案例示范等各个方面,对患者的治疗依从性进行提升。在患者的病房环境中应避免放置尖锐、易碎等危险物品,以免患者会利用其进行自伤或者伤人事件。并在患者入院治疗时对其展开心理干预,通过与患者亲切、耐心沟通了解患者的病情状态,取得患者家属及患者的信任和认可。建立良好的护患关系,以便后期患者能够自主配合医生展开用药治疗,使治疗的依从性不断提升。护理工作中应结合患者的具体条件,在对其病情状态、经济能力了解的基础上实行用药治疗。并严格监督患者正确遵照医嘱进行用药,并通过检查患者的口腔及房间,避免患者出现藏药行为。最后,护理人员需要对患者服药后的反应情况密切关注,并在患者出现不良反应的情况时汇报给主治医师。通过上述护

- [4] 周新玲,热比亚姆,马尼苏.创伤骨科病房中应用疼痛护理管理模式的作用及效果[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊)2015,15(18):242-243

- [5] 黄天雯,陈晓玲,谭运娟,等.疼痛护理质量指标管理对骨科病房疼痛管理的影响[J].中华现代护理杂志,2015,21(36):4447-4449

- [3] 张华,孔令梅.综合性护理干预在急性胃肠炎患者护理中的应用效果[J].世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2016,16(56):222+231.

- [4] 王菊萍.舒适护理干预在急性胃肠炎患者治疗中的应用价值分析[J].世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2016,16(76):355.

- [5] 孙云霞.急性胃炎患者的临床护理体会[J].大家健康旬刊,2014(6):273.

理干预措施,显著改善了躁狂症患者治疗中的依从性,从而有效提升临床治疗效率,故认为可以在躁狂症患者临床护理中得到应用与推广。

参考文献

- [1] 夏荷秀,金玲珠,卢菊清.托吡酯联合整体护理对躁狂症患者治疗依从性及疗效的影响[J].海峡药学,2013,25(4):204-205.
- [2] 钟彩华,张素平,李彩玲.护理干预对躁狂症患者治疗依从性的影响[J].中国当代医药,2016,23(11):180-182.
- [3] 柳勤斌,高镇松,黄艳玲,等.躁狂症病人并发外科疾病围手术期的治疗对策研究[J].黑龙江医学,2012,36(2):81-84.
- [4] 乔卫红,黄健.精神分裂症患者服药依从性和复发率调查分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014(18):47-48.
- [5] 宗宝玉,陈铁光.利培酮口服液合并丙戊酸钠缓释片治疗老年躁狂症疗效观察[J].蚌埠医学院学报,2012,37(7):848-849.