

尿失禁患者循证护理实践



目录

CONTENTS

01 病例导入

02 案例分析

03 护理体会

04 小结

01.病例导入

病例导入



烟台市蓬莱人民医院
YANTAI PENGLAI PEOPLE'S HOSPITAL

患者资料

姓名：李XX 性别：女 年龄：86岁

患者诊断

癫痫持续状态

既往史

脑梗死、高血压病、心房颤动、慢性心力衰竭、右侧股骨骨折

患者主诉

一过性四肢抽搐、牙关紧闭1小时

患者入院时间

2024年12月20日



病例导入

实验室及其他检查

白蛋白29.2g/L, 钾6.3mmol/L, 钠124mmol/L, BNP4436.9pg/ml

颅脑、胸部CT: 右侧额颞顶枕岛叶软化灶; 脑内多发腔隙性脑梗塞; 双肺坠积性改变, 双侧少量胸腔积液; 心影增大, 心包少量积液

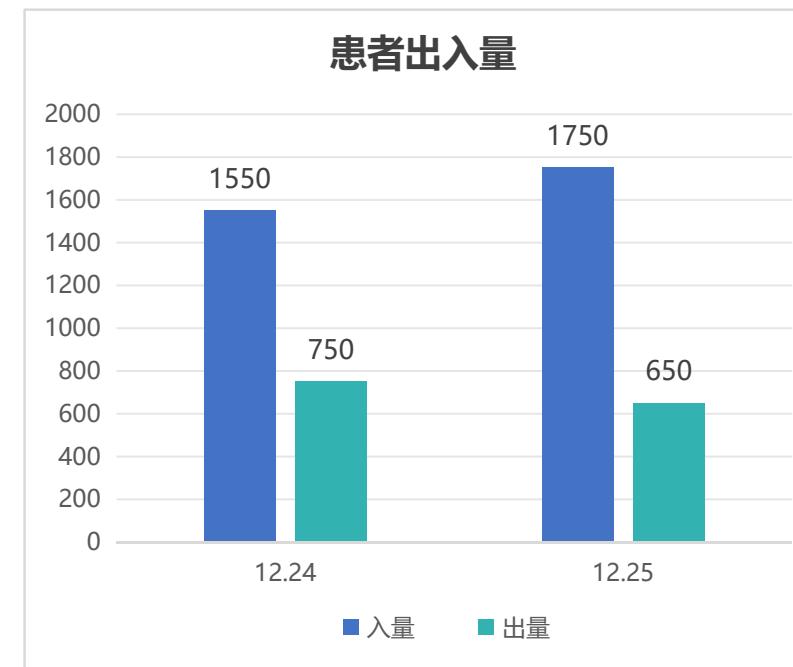
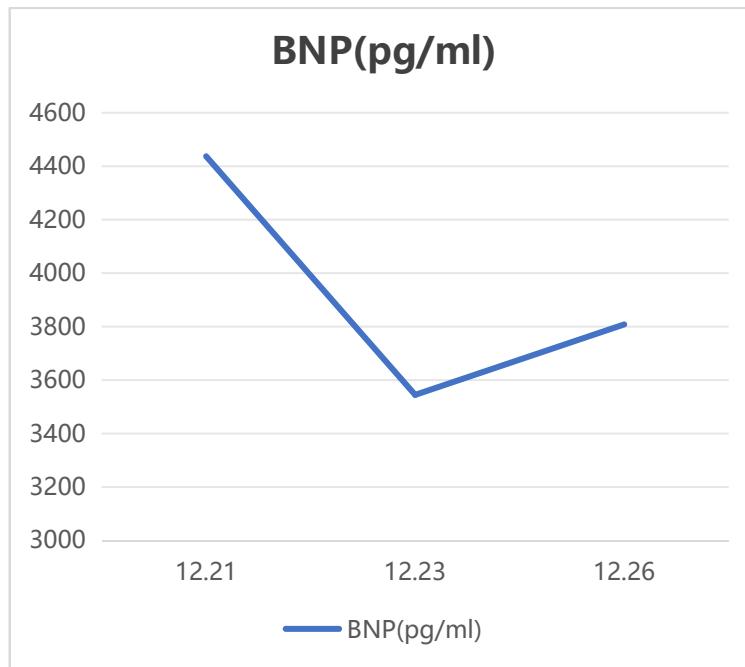
超声: 双侧颈动脉斑块形成, 右侧锁骨下动脉斑块形成, 左房、右房室增大, 左室壁运动异常 考虑缺血 房颤 心包积液 肺动脉高压 (重度)

治疗计划

给予利伐沙班抗凝, 丙戊酸钠抗癫痫, 七叶皂苷钠减轻水肿等对症治疗
饮食补充蛋白, 利尿排钾, 硝酸甘油泵入减轻心脏负荷



病例导入

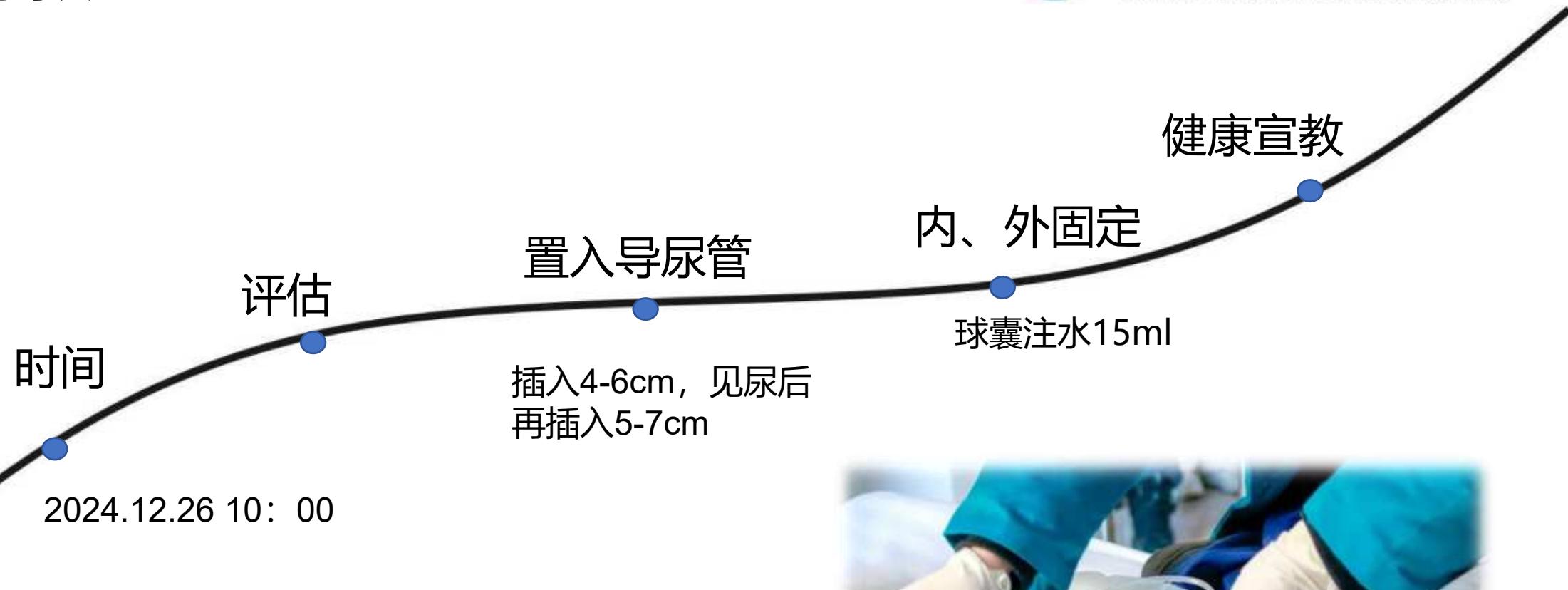


2024.12.26 患者B型钠尿肽较前升高，结合患者尿少，同时请肾内及心内会诊后建议准确记录出入量，遵医嘱给予留置导尿。

病例导入



烟台市蓬莱人民医院
YANTAI PENGLAI PEOPLE'S HOSPITAL





导尿当天

家属反馈漏尿，考虑老年尿道括约肌松弛，嘱家属缩短尿管夹闭间隔时间，调整体位防牵拉，球囊重新注水固定

12.26

12.27

导尿第3天

仍有漏尿，给予排查原因，尿液浑浊，给予膀胱冲洗，同时查尿分析提示存在感染，给予抗炎治疗

12.28

12.29

导尿第2天

仍有漏尿，考虑气囊畸形，经家属同意给予更换三腔导尿管，继续观察

导尿第4天

家属再次反馈漏尿，查找原因，继续观察



思考

既往漏尿处理方法有欠缺?

该患者漏尿的真正原因是什?

如何解决漏尿?



02.案例分析



案例分析

留置导尿管发生漏尿的原因总结：

患者自身原因

- 1. 角色适应不良
- 2. 尿道括约肌及盆底肌松弛、膀胱功能减退
- 3. 腹内压增高,如便秘、肠梗阻
- 4. 心理压力大, 精神紧张

尿管原因

- 1. 气囊畸形
- 2. 导尿管引流不畅：打折、血液或沉渣阻塞尿管
- 3. 导尿管气囊漏气
- 4. 尿管型号选择不当

操作者原因

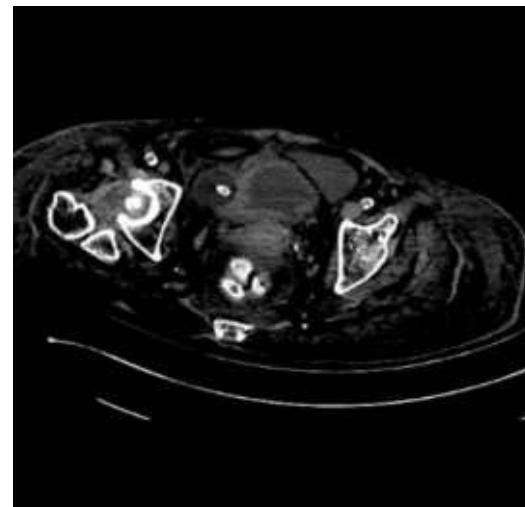
- 1. 无菌观念不强致泌尿系统感染
- 2. 尿管润滑不充分
- 3. 气囊所注液体量过多或过少
- 4. 插入导管长度不适宜
- 5. 夹管时间不当

确定可疑原因：



案例分析

验证：12-30患者行超声及下腹部+盆腔平扫(64排)：膀胱导尿管置入术后，结合2023-11-20片，考虑**球囊位于憩室内**，管头位置改变请结合临床复查或必要时造影检查；**膀胱憩室**；膀胱炎；



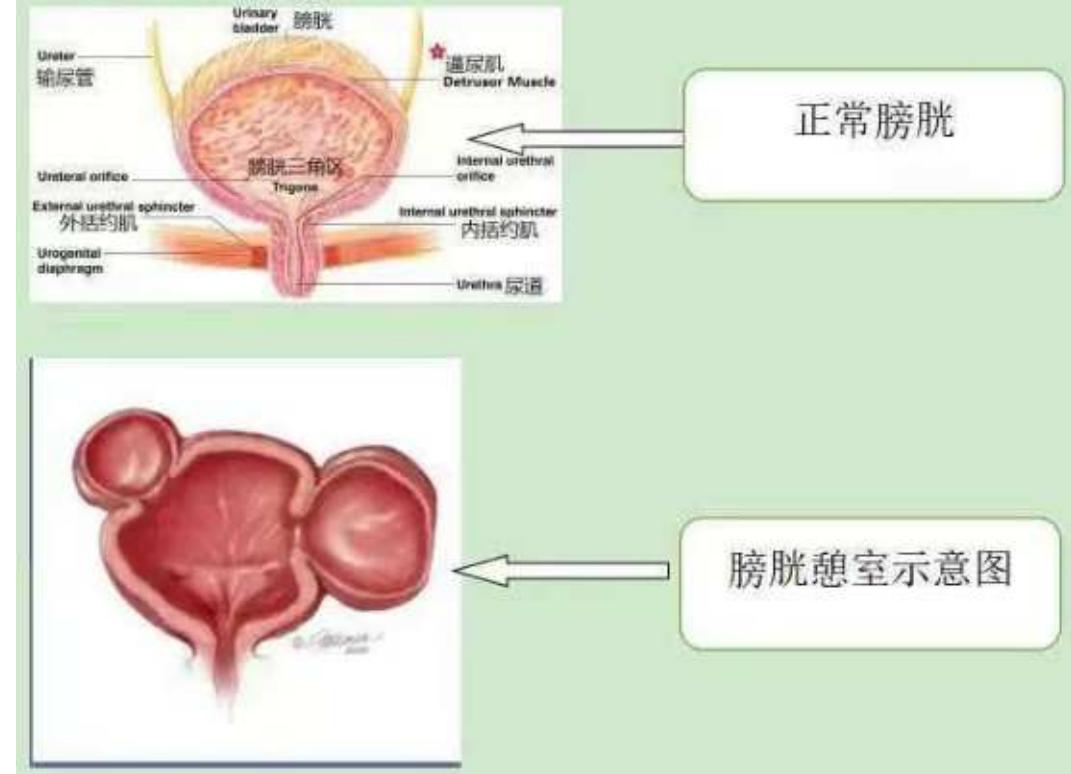
烟台市蓬莱人民医院
YANTAI PENGLAI PEOPLE'S HOSPITAL





什么是膀胱憩室？

膀胱憩室是指膀胱壁黏膜层通过肌层薄弱处向外膨出形成的囊袋状结构。其形成与膀胱壁局部肌肉缺陷或长期膀胱内压力增高有关，可能导致尿液滞留、感染、结石甚至肿瘤等并发症。



膀胱憩室分型

先天性憩室：

- 胚胎期膀胱肌肉发育缺陷所致，并无下尿路梗阻症状，由部分**膀胱壁**向外膨出所致，膀胱憩室的壁由正常膀胱各层组成，常为单发，多见于**儿童**；

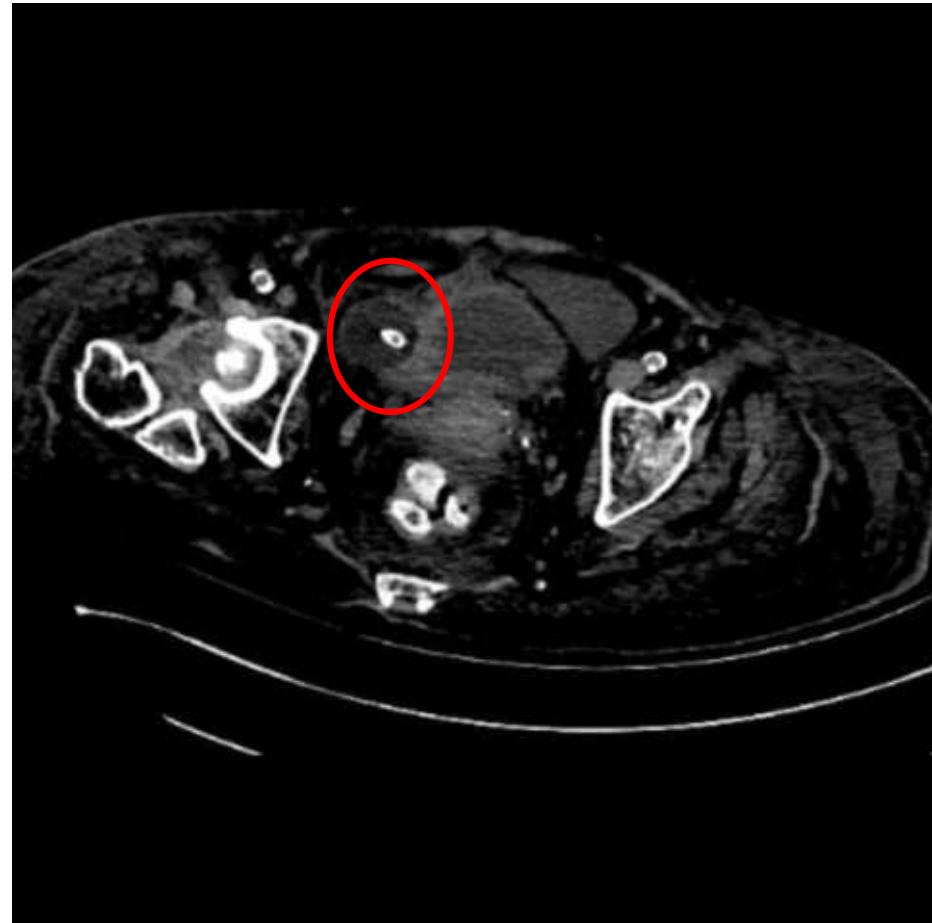
后天性（继发性）憩室

- 因下尿路梗阻或神经源性膀胱导致膀胱内压长期升高，膀胱部分**黏膜及固有膜**伸入薄弱肌层向外膨出形成，憩室壁缺乏肌层，常为多发，多见于**成人**，常合并**排尿困难或反复尿路感染**。

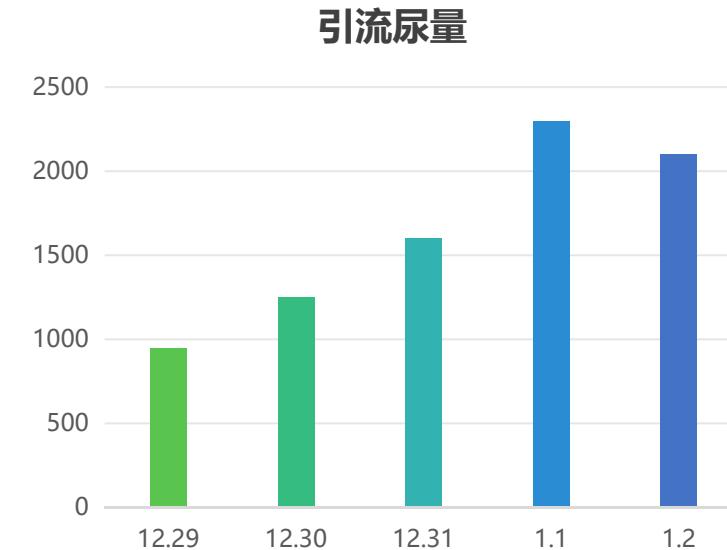


膀胱憩室

该患者膀胱憩室位于膀胱右侧，导尿管球囊位于憩室内



案例分析



12月30日，经多学科会诊后：给予抽吸气囊，缩短导尿管置入长度，重新注水后尿液引流顺利，漏尿情况得到改善。

03.护理体会



护理体会——慎于操作前

增加评估内容：**泌尿系统手术史、生理异常等特殊情况**

①心理评估：告知患者导尿的原因和必要性，并获得患者的许可。解释操作流程及配合方法，有助于减少患者的焦虑，使导尿顺利进行。

②身体评估：询问患者是否对导尿管材质过敏。评估患者病情、意识状态、生命体征、合作程度及耐受力，男性患者有无前列腺增生、尿道狭窄等尿路梗阻情况，评估**泌尿系统手术史、生理异常等特殊情况**，评估（望诊、触诊、叩诊）膀胱充盈度，检查会阴部皮肤情况及尿道口黏膜有无损伤。





护理体会——精于操作中

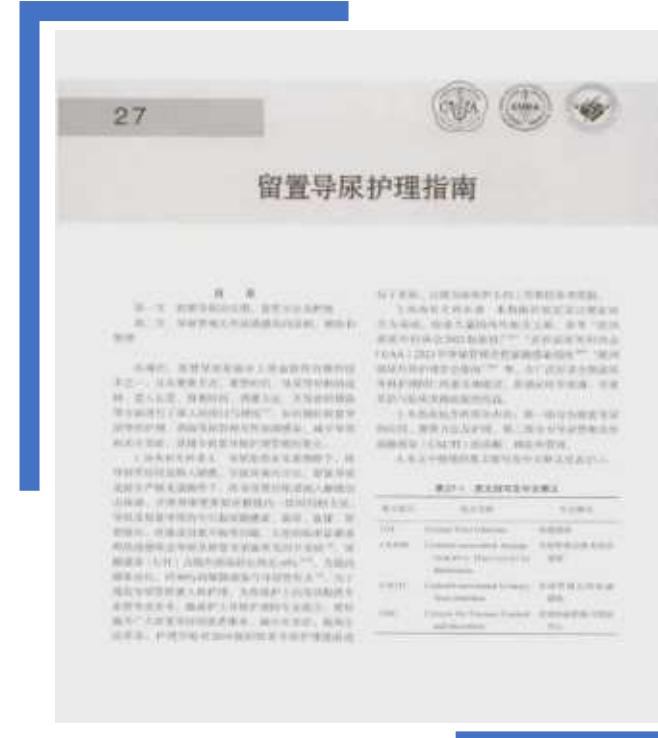
① 选择使用可良好引流的**最小直径**导尿管 (1b级证据)

② 防脱管：

内固定：女患者见尿后再**插入2-4cm**，男患者直插至**导尿管Y形处**，气囊注水量(无菌注射水)10-15ml后轻拉至有阻力感

外固定（二次固定）：高举平台法或导管固定贴（导管固定敷料）固定于大腿或腹部

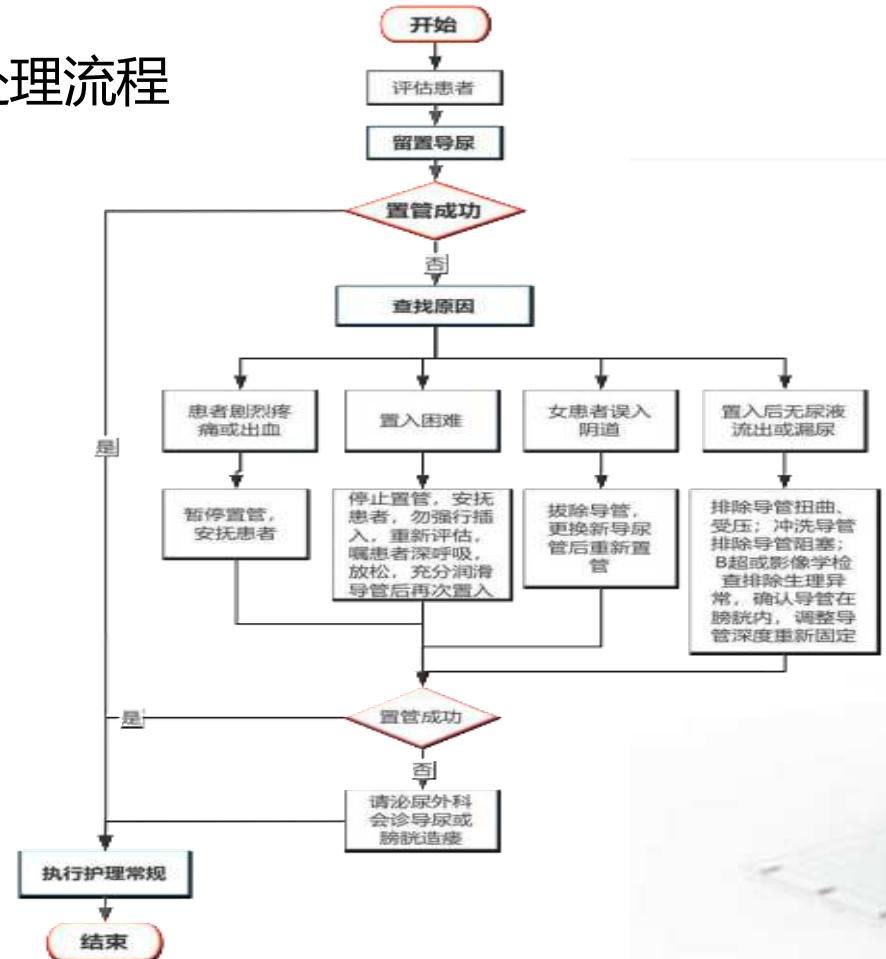
③.在拔除导尿管前，**不夹闭**尿管进行膀胱功能训练，符合导尿管拔除指征时直接拔除导尿管。 (1a级证据)





护理体会——精于操作中

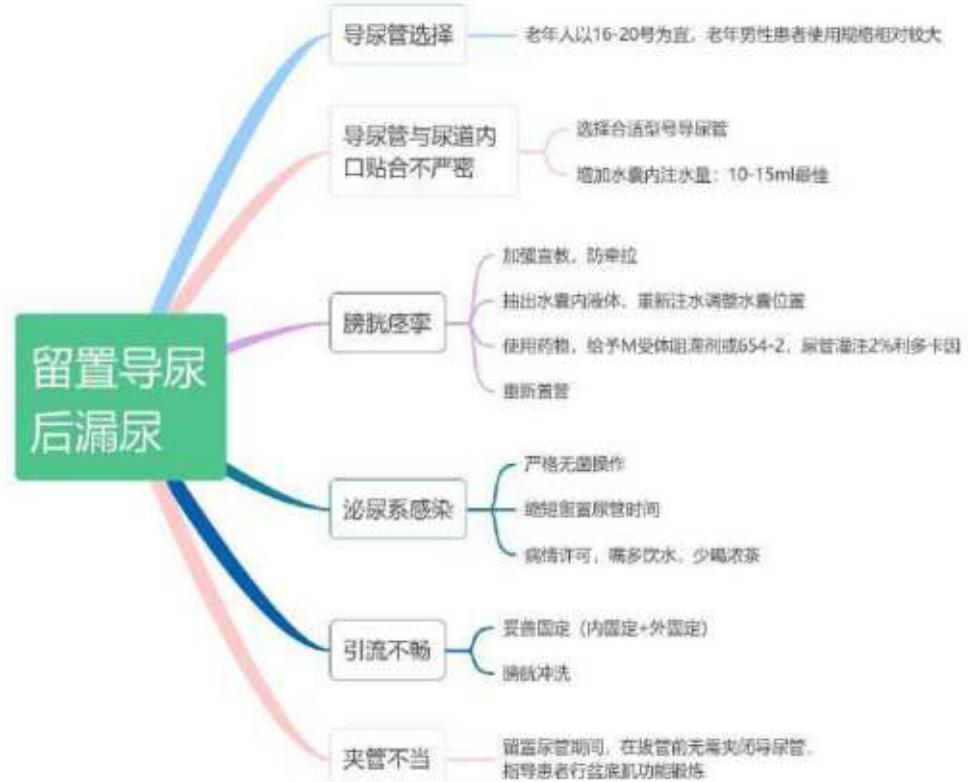
尿管置入异常处理流程





护理体会——勤于操作后

制定留置导尿后漏尿的相应对策及日常护理注意事项



盆底肌锻炼方法

PELVIC FLOOR
MUSCLE



⑩ 找到憋尿的感觉，收紧私处，保持5~10秒



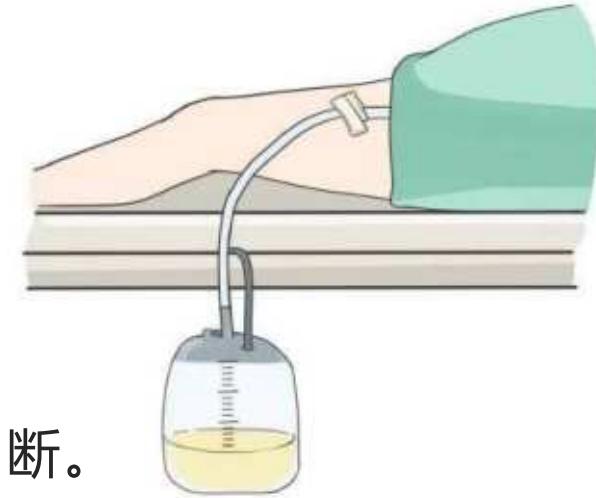
⑩ 然后放松5~10秒，持续10分钟以上



护理体会——勤于操作后

1. 尿袋管理 “**三不要**”：

不要高于膀胱（防逆行感染）； 不要拖地（防污染）；
不要过度牵拉（防尿道损伤）；



2. 警惕**三大预警信号**

- ①尿液浑浊/异味：可能提示尿路感染，留取尿培养。
- ②血尿：排除活动性出血或尿管摩擦损伤。
- ③无尿/少尿：检查是否折叠、堵塞，结合患者循环状态判断。

3. 班班交接做到 “**三查七对**”：

三查：操作前、操作者、操作后；

七对：管路名称、深度、固定情况、置管时间、引流液性质、量、颜色。

04.小结

1.过程中的得与失

失：患者2023年CT提示存在膀胱憩室，未能及时了解到患者生理结构异常，漏尿问题解决过程一波三折

得：MDT多学科协作，家属参与，共同保障患者安全





小结

2. 让患者及家属参与患者安全管理，放大患者及家属诉求，及时给予回应解决，提高患者满意度

“玛莎法则”是一项重要的患者安全倡议，旨在为患者家属提供一种途径，当他们或他们所爱的人病情恶化，且担心未得到妥善回应时，能够寻求紧急评估。

《患者安全权利宪章》（WHO，2024）：患者及家属可参与诊疗计划制定，并获取清晰的医疗资源。

中国2025版患者十大安全目标：建立患者投诉渠道和教育机制，鼓励患者参与安全决策





小结

3. 遇到问题，解决问题，循证护理，有理有据

通过整合最新研究证据、临床经验和患者需求，确保护理措施的科学性、有效性、统一性，全面提升护理质量、护理安全和护理效率。





烟台市蓬萊人民醫院
YANTAI PENGLAI PEOPLE'S HOSPITAL

