

# 肛肠术后尿潴留的防治

★ 胡晓阳 曹荣芳 (江西省中医院肛肠科 南昌 330006)

关键词:肛肠术后;尿潴留;防治

中图分类号:R 24 文献标识码:B

## 1 临床表现

1.1 诊断依据 术后膀胱内充满尿液但不能自行排出,如术后 8 小时内患者不能排尿而膀胱尿量 >600 ml,或者患者不能自行有效排空膀胱而残余尿量 >100 ml,即可诊断尿潴留。

1.2 症状 患者自觉下腹部憋胀不适,或有疼痛,每有排尿感而欲解不能。若因盆丛神经损伤所致,多数并无逼尿感,亦无膀胱膨胀和疼痛感,可有下腹不适感。

1.3 体征 膀胱区明显充盈,耻骨上方可扪及圆形膨隆,叩诊呈圆形浊音区。

## 2 预防措施

(1)围手术期的充分准备,对于手术的成功和术后并发症的预防有着重大的意义。因此要完善术前检查,注意患者有无前列腺疾病及肾功能的损害。并要做好饮食及肠道准备,术前 48~72 小时进食少渣食物。术前 12 小时限制饮水,除固体食物外,饮水量限制在 250 ml 以内。术后可适当多饮水。

(2)原有尿路梗阻或感染的患者,术前应针对尿路梗阻或感染先给予适当治疗。

(3)术中适当减少麻醉药的用量,尤其应注意减少肛门前方局麻药用量和内痔注射用量。但一定要首先满足手术需要。术后可给予长效麻醉剂以预防肛门口术后疼痛。

(4)手术时要求解剖清楚,操作轻柔。在骶前操作时避免损伤盆内脏神经。对肛门前组织避免过多结扎。如内痔过大,结扎后要减压切口;混合痔外痔部分要剥离至齿状线或齿状线上 0.3~0.5 cm,尽量减少结扎面积。

(5)术中止血要充分,肛内填塞物要适量。

(6)注意术前谈话技巧,尽量缓解病人紧张情绪,消除病人对手术的恐惧心理。

## 3 处理方法

(1)一般诱导方法:争取患者合作,嘱其平心静气,放松肌肉,尽可能自行排尿。

(2)温水冲洗会阴:用 40~45℃ 的温水冲洗病人会阴部,以刺激尿道周围神经感觉器而促进排尿。

(3)可先于下腹部置热水袋热敷半小时后试排尿,如仍不能排出,再更换冷水袋进行冷敷。通过冷热刺激,常可引起排尿。亦可于室内置一搪瓷盆,然后用水壶倒入流水,产生的流水声音可以反射性激发患者排尿。

(4)灌肠法:通过清洁灌肠或使用开塞露刺激排便,使肛门和尿道括约肌等松弛而排尿。

(5)如敷料填塞过紧,可于术后 1~2 小时将敷料放松。

(6)可用利水渗湿的中药如车前子、茯苓、泽泻、淡竹叶等煎汤代茶。亦可服用八正合剂等中成药。

(7)内服刺激膀胱收缩的药物,如碳酸胆碱。该药为拟副交感神经季氨药物,主要刺激副交感神经节。一般口服 1~2 g,过量时可引起肠绞痛、呕吐、烦躁不安、肌肉抽搐、心动过速、低血压,甚至死亡。有上述反应时皮下注射阿托品救治。

(8)肌肉注射药物。①一般采用呋塞米 20 mg 肌注,大部分均可取得满意效果。②甲基硫酸新斯的明肌肉注射。该药可促进胃肠道及膀胱平滑肌挛缩,有效解除腹部手术后的尿潴留。膀胱过度充盈、心脏病及重症肌无力患者慎用。但其临床疗效并不十分满意,仍有一部分患者需要导尿处理。③氯化铵甲酰胆碱(卡巴可),为拟副交感神经季胺药物,一般皮下注射 5 mg,可于半小时重复注射一次。

(9)穴位注射封闭疗法。穴位注射疗法即具有药物的药理作用,又能够发挥穴位的相对特异作用,以及针刺的刺激作用。穴位注射取穴多用三阴交、足三里,注射药物多用新斯的明。

(10)耳穴贴压法。可将消毒过的王不留行籽置于胶布(0.5 cm×0.5 cm)中心,贴压耳穴压痛点。

(11)于大腿内侧自下而上进行按摩,运用得当有助于排尿。亦可指压气海、关元、中极等穴位,使膀胱内压增高,患者配合用力排尿,常可排出。必要时可行针刺疗法。主穴:中极、足三里、三阴交、阴陵泉、膀胱腧。术后 1 小时用泻法强刺激,留针 20 分钟,并加艾灸。配穴:关元、气海。

(12)导尿。在采用上述方法无效时则应导尿。必要时可留置导尿。但要注意在准备拔除导尿管时,需先训练膀胱功能。膀胱功能训练的方法是定时关闭导尿管,一般是先从每 3 小时开放 1 次开始,逐渐延长时间,直至患者能忍存 300 ml 以上尿液时即可拔除导尿管。但通过留置导尿防治尿潴留,会给患者带来痛苦和不便,并增加尿路感染的机会,故导尿时应严格无菌操作,防止发生泌尿系感染。若尿管保留时间超过 3 天,拔除尿管后应进行尿路清洁或膀胱冲洗。

(收稿日期:2007-10-18)