

## 第二十九章：尿失禁的护理

Clinical instructor CHIA HWEE HUANG, Singapore

### 概论

尿失禁的护理，不单涉及保持病者清洁舒适的适当预防措施，更包括主动介入促进尿控。

尿失禁经常被视为要处理的麻烦，而非一种反映潜在病变而需要调查的症状。过去，失禁护理主要着眼于控制尿液及保护皮肤，而非积极主动的倾向治理的疗法。要改变这种对尿失禁的成见，护理人员必须从新认识尿失禁的重要性。

尿失禁的护理，不单涉及保持病者清洁舒适的适当预防措施，更包括主动介入促进尿控。

护士在为失禁病人及其家属提供意见及支持方面扮演关键的角色。他们的目标是在可能情况下尽量避免或治理尿失禁，以及防止或减少失禁的不良效果。

### 护理的目的

据病者可能达到的结果，可将护理的目的定为三种。

1. 独立尿控：病者可达到完全尿控，毋须他人协助。
2. 倚赖尿控：一种折衷的尿控，病者要其它人协助或提示才可保持干爽。
3. 社交尿控：失禁问题不能消除，仅以辅助对象控制，护理涉及全面护理评估，这包括病史，体检，解释问题，提供心理支持及膀胱处理的策略。

### 评估

护理评估是计划适当护理或介入处理失禁的第一步。决定合适膀胱处理程序有赖全面评估病者活动能力。每一失禁患者都需要医师护士联合评估。评估的目的为：

- 认清失禁的危险因素(risk factor)及成因
- 确立准确诊断
- 决定同时存在神经或泌尿疾病的可能性
- 因应个别病者希望，目标及教育水平，发展并执行合适的尿失禁处理程序。
- 评估患者失禁问题及监察治疗的进展

### 评估程序

与失禁病者会谈是护理评估根本环节，有助获取准确信息以便对可能的治疗或处理方案作知情同意。护士及尿控顾问应采取步骤去减少与失禁患者间的沟通不足。

- 建立良好关系。集中以病者角度面对问题有助建立护理及患者间同理气氛(empathy)及互信；因为失禁有明显社会卷标。
- 在讨论失禁问题时保障私隐，有助病者放松自己去充分表达与病情有关的感受
- 尊重病者保密意愿。在某些病例中，(诸如善忘，脑卒中致不能沟通及痴呆)可能需要从亲人，照顾者或社会工作者等获取病史。如病者神智清醒，应先征求病者同意，才可就其病症与亲人交谈，因为病者可能正尽力隐藏这方面问题。

- 容许充分时间。一个仓促的问诊，会引致重要信息的遗漏，甚至诊断的错误。
- 对提示敏感。对病人就问题的响应保持警觉，认清在会谈中探出的重要提示
- 对用词敏感。一般人会极难明白医学名词。
- 会谈的步骤要系统化。以清单(check list)帮助充份记录谈及的所有影响失禁的有关事件。这为监察护理介入的进展提供低线根据。

## 病史

详细的病史包括主观及客观的数据，亦包括亲人及照顾者所提供的资料。病史是将失禁按表现症状分类的常用方法。虽然症状分类有助描述膀胱及尿道功能，失禁症状不一定是正确诊断的清晰指针。再者，单凭症状的组合不足以准确将问题的根源定位，究竟是膀胱，尿道或两者(Jong M. Choe, 2002)

病史亦应找出促成失禁的因素诸如糖尿，脑卒中，腰椎疾病，慢性肺病，大便秘结，认知障碍(cognitive impairment)妇产科病史包括孕次(gravidity)及产次(parity)，以及阴道产，器具辅助生产，及剖宫产次数，生产间的间距，子宫切除以及盆腔手术或放射治疗，创伤以及雌激素水平。

## 膀胱/排尿日记

膀胱/排尿日记是评估失禁程度的有用工具。日记纪录 72 小时期间，饮料的分量及种类，排尿量包括遗尿次数。记录为临床医师及病者显示尿失禁如何地影响个人生活的卫生及社交以及如何地冲击其生活方式。日记应与其它尿控评估发现一并解读，以作诊断及计划护理。这是监察病情在建议治疗后的进展的一项重要工具。

## 体检

体检是必须的步骤，有助排除暂时性的失禁成因，评估使问题复杂的情况以及病者功能上的能力。受过训练而经督导下有临床经验的护士可以进行体检并完成失禁处理所需要的临床评估。

体检包括:

- 精神状况检查
- 一般肌肉骨骼评估，评估病者移动及精细运动协调 – 手部灵活性，因为这会影响病者可达致的尿控结果。
- 腹部评估: 以检出膀胱胀满，耻骨上触痛，包块或瘢痕。
- 盆腔检查: 妇女方面，要观察有无萎缩性阴道炎，盆器脱垂(图 1, 2, 3, 4)，会阴皮肤情况以及评估盆底肌肉强度，及进行显示应力失禁的激发应力测试(provocative stress test)。男性方面，要观察会阴皮肤情况，以及阴茎及阴囊的异常。
- 直肠检查以评估痔疮，肛紧张性，大便嵌塞，以及前列腺的大小。
- 诊断检查包括尿流率，排尿后余尿量，尿分折及腹部 X 光片。



图 1. 子宫脱垂



图 2. 子宫脱垂



图 3. 直肠膨出



图 4. 膀胱膨出

### 解释病情

当清楚确定症状的规律及严重性后，要将发现及处理计划向失禁病者解释。对病者解说下尿路正常情况及其功能失常，有助病者参予自己的治疗。对自己膀胱功能了解多一点，有助鼓励患者帮助自己达致尿控。提供信息有助病者及家属就各种治疗方案作出决定。

### 心理支持(psychological support)

尴尬、羞耻及恐惧是失禁者常有的感受。这些情绪使患者忧虑他人的反应，不愿意求助以及尽力隐藏失禁的病状。

护士对失禁病者的态度，应表示出失禁是可治疗的症状。照顾者顾及病者的尊严，可以减轻病者及亲人的内疚，羞惭及尴尬的感觉。

能与病者发展紧密互信的护士，会对病者情更有同理心，更能帮到病者的需要。用心聆听病者抒发困扰及忿怒情绪，有助舒缓家庭中的压力。

### 处理便秘

便秘是最主要的尿失禁暂时成因之一。严重的便秘加剧失禁。严重便秘及大便嵌塞

可扰乱膀胱功能，使排尿困难。在直肠的粪便因压逼膀胱，尿道及局部神经，对尿排出造成梗阻。膀胱收缩可能受影响而排尿不清，造成慢性尿潴留及溢流性失禁。一到回复正常排便，病者既可正常排尿而尿失禁亦会因而解除。(图 5)

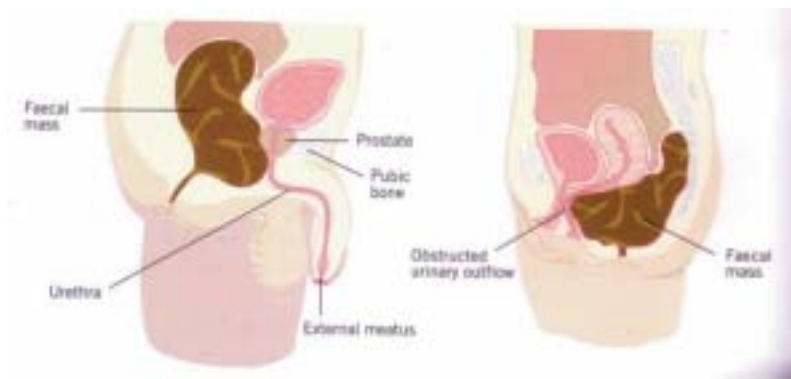


图 5. 在男性及女性的便秘及大便嵌塞

建议以摄取大量纤维及水份改良饮食习惯。富有纤维的食物包括麦糠(wheat bran)，绿叶蔬菜，全谷(whole grain)，谷类(cereal)，焗豆，鲜果等。糠及糠混合物有报告指出可有效回复大便正常硬度及排便规律。除非医师另有建议，应每天摄取 1.5-2 公升液体。

### 处理尿路感染

急性尿路感染可引起暂时失禁。急性尿频尿急，感觉障碍以及疼痛可使病人不能及时赶去厕所或察觉到失禁发生。如怀疑有感染应采集样本作尿分析。尿路感染是因细菌(大肠埃希杆菌 *Escherichia Coli*)粘附在膀胱，肾脏或尿道壁然后繁殖。正常情况下，所有存在尿路的细菌都会在排尿时被冲走(图 6)。如无禁忌证，每天 1.5 至 2 公升饮料有助稀释尿液防止感染。有建议用蔓越橘(cranberry)。数项研究指出蔓越橘有抗粘附作用，防止微生物粘附在尿路的上皮细胞(Epithelial cell)。建议每日摄取不加糖的蔓越橘汁 400 毫升或每日服用蔓越橘浓缩汁液提取物 400 毫克胶囊每次一颗共两次。

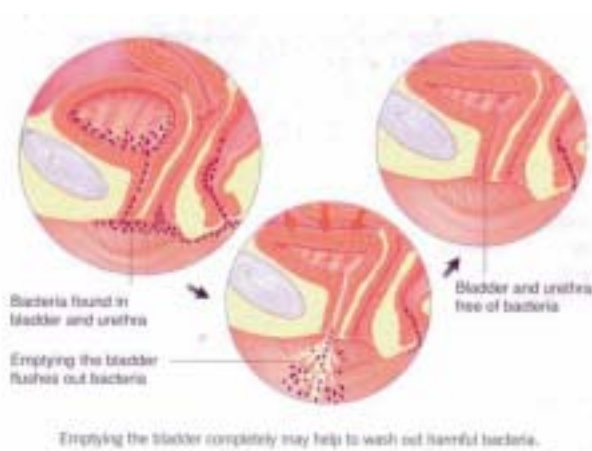


图 6. 正常情况下，存在尿路的细菌都会在排尿时被冲走

## 膀胱处理的策略

### 1. 行为技巧(behavioural technique)

包括:

#### 膀胱再训练(bladder retraining)

膀胱再训练的目的,是要将患者的尿频,尿急及紧迫性失禁回复至更正常方便的排尿规律。对患有膀胱活动亢进(overactive bladder)的患者至为合适。

#### 习惯训练(Habit training)

基于排尿规律,安排如厕时间。希望籍着提醒患者定时排尿,可保持病者干爽。应鼓励患者避免在安排时间以外排尿,但这在尿急时常会难以控制。

#### 按时排尿(Timed void)

提醒患者排尿(prompted voiding),对诊断为功能性失禁,与神智不清或行动不便有关者,是非常有用的技巧。

#### 延迟技巧(Deferment technique)

膀胱再训练及习惯训练通常包含延迟技巧以抑制尿意。延迟尿意协助患者控制膀胱以及增加膀胱容量。

### 2. 盆底运动(pelvic floor exercises)

盆底运动建基于运动生理学的原理。失禁患者学习如何加强括约肌机制的横纹肌部份。Dr Arnold H. Kegel 设计这些运动给年老的失禁患者。进行这些运动可改善尿控。Kegel 运动是轻至中度应力性及紧迫性失禁处理的第一线选择。这些运动要每天定时进行。运动对前列腺手术后,因尿道括约肌受损而有一定程度的应力性失禁,也有帮助。

### 3. 社交尿控的辅助器具

这些器具目的在通过隐藏及处理尿失禁以保存患者尊严,独立信心及自尊。

#### 间歇导尿(Intermittent Catheterization)

间歇导尿是处理神经原膀胱排尿功能障碍(voiding dysfunction)的可行方案,亦是留置导尿管的短期替代。此步骤容许定时完全排空膀胱,使病者在两次导尿之间无须留置导尿管。这做法不单可以防止尿路感染,更重要的是可以避免高压排尿的不良效果。间歇导尿可以由照顾者学习,以帮助衰弱或手部不灵活的患者。

#### 外置男用集尿系统(External male collection system)

Urosheath 用软薄而具弹性的乳胶(latex)制成,紧贴于阴茎及接驳到尿袋。尿管适合有中度到严重尿失禁患者,亦可用于患尿急尿频,而环境不容许经常上厕所的病者。

### 滴袋/收集器 Dribble pouch/drip collector

滴袋设计与男性生殖器配合,以保证最大安全自主,及维持柔软与容易使用。袋适合轻度失禁患者,它有防水底部,富吸收力的物料作内部,以及粘贴胶带将袋固定在底裤之内。

### 吸收垫/尿布(absorbent pad/diapers)

吸收产品包括特别设计的护垫或衣物,用以吸收尿液,减少气味,保护皮肤及衣物。因应不同程度的漏尿有不同种类的吸收产品。

成人综合尿布有各种设计,有高吸收力及气味中和力,可容纳尿量多达 500ml。此类尿布包括保护底裤(套上穿著的短裤),保护内衣(以弹性腰带悬挂护垫及有腰带的尿布等)

### 留置导尿管(indwelling catheters)

留置导尿管常被认为是尿控处理的最后一着。在顽固性的尿失禁中,导尿管可提供一较正常及有尊严的生活方式。特别是当其它方法无效,或病者身体太差而不宜接受失禁的治疗。对严重失禁,导尿管往往是达致独立及使人接受的唯一方法。

### 结论(Summary)

护士有独特的资历,可以综合各种数据资料,为患者设计生理上有效,经济上合理以及社会心理上满意的膀胱处理程序,以减少或消弭漏尿的后果。尿失禁的护理处理包括合适的膀胱程序,使患者可维持或回复其生活方式,改善生活素质,加强自我形象以及防止上尿路的转坏。



第二页

内科/外科病史

---

---

---

尿路症状

尿失禁  1 有

2 无，但有

尿急

尿频

排尿困难

其它：\_\_\_\_\_

症状持续时间 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

尿路失禁

(描述发生频率、份量及促成原因)

---

---

---

排尿规律

(描述有关情况)

1. 尿频            日间 \_\_\_\_\_ 次/日 或每 \_\_\_\_\_ 小时一次  
                      夜间 \_\_\_\_\_ 次/夜 或每 \_\_\_\_\_ 小时一次

2. 尿急             有                     无

第三页

3. 排尿困难

起尿缓慢  有  无  
尿流细弱  有  无

使劲排尿  有  无  
末段滴沥  有  无  
排尿不清  有  无

4. 其它尿路感染症状

排尿疼痛  有  无  
下腹疼痛  有  无  
近期感染  有  无

居所厕所设施及尿控辅助器具的使用

---

---

饮料摄取

---

大便习惯

---

临床体检

健康筛选  有  无

精神状况：状况 \_\_\_\_\_ 评分 \_\_\_\_\_

功能状况：状况 \_\_\_\_\_ 评分 \_\_\_\_\_





第六页

处理计划

日期				
盆底训练 (Pelvic floor exercise)				
膀胱再训练 (Bladder re-education)				
饮水/如厕程序 (Fluid & toileting regime)				
间歇导尿 (Intermittent catheterization)				
留置导尿管 (Indwelling catheter)				
抗胆碱能药 (Anticholinergic agent)				
胆碱能药 (Cholinergic agent)				
阻断剂/前列腺药 (block/other drugs for BPH)				
雌激素 (Estrogen)				
泻药 (Laxatives)				
其它药物(包括抗生素) (Other medical treatment including antibiotics)				
护垫/用具(Continence pads/ appliance)				
转介作尿动力测试 (Referred for UDS)				
转介尿控诊所 (Referred GRM continence clinic)				
转介泌尿外科 (Referred urosurgeon)				
转介妇科 (Referred gynecologist)				
覆诊 (Next review date)				

(详情参看有关记录)

第七页

总结单(出院时由主诊医师填写)

诊断基于  1. 临床评估或 2. 尿动力学测试

最终诊断(除另有指示外, 1: 有, 2: 无, 9: 未知)

失禁种类

- 应力性失禁
- 紧迫性失禁
- 溢流性失禁
- 功能性失禁
- 反射性失禁
- 持续性失禁

暂时性因素

- 谵妄/痴呆
- 感染
- 萎缩性阴道炎
- 药物
- 心理
- 内分泌/代谢
- 移动限制
- 大便秘结

确认失禁

- 逼尿肌活动亢进
  - 因中枢神经病(痴呆脑血管病, 帕金森病, 等)
  - 因脊髓上运动神经元损害
  - 膀胱不稳定
  - 未能确定

- 逼尿肌活动不足
  - 因脊髓下运动神经元损害/外周神经损害
  - 因自主神经病
  - 梗阻后
  - 未能确定

- 出口阻力减低
  - 盆底松弛
  - 神经创伤/括约肌创伤
  - 未能确定

- 出口阻力增加
  - 因前列腺增生
  - 因尿道狭窄
  - 因盆腔包块/盆器官脱垂
  - 因脊髓损害
  - 未能确定

结果

出院

1. 毋须随访
2. 转本身医师
3. 转尿控门诊
4. 转泌尿科
5. 转妇科

结果

1. 失禁治愈
2. 失禁改善
3. 未见改善
4. 仍在评估
5. 社交尿控

未遵指示随访；原因

\_\_\_\_\_

诊治持续时间

月

诊治次数

附录 2

尿控表/膀胱表

姓名 \_\_\_\_\_  
 编号 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

时间	第一天		第二天		第三天		第四天		睡眠时间：
	排尿	饮料	排尿	饮料	排尿	饮料	排尿	饮料	范围：
6am									饮料量及种类 总数：
7am									
8am									
9am									排尿次数 日间 夜间
10am									
11am									
12N									
1pm									范围：
2pm									排尿量 总数 每次最多量 每次最少量
3pm									
4pm									
5pm									
6pm									
7pm									
8pm									排尿间间距
9pm									
10pm									
11pm									失禁次数：
12MN									
1am									
2apm									使用护垫数：
3am									
4am									
5am									

尿控表指示

1. 每次排尿打 ✓
2. 每次失禁打 X
3. 如 1005am 及 1050am 排尿而在  
1030am 漏尿在 10am 格内记入 ✓ X ✓
4. 每次饮用一杯饮料打 ✓

膀胱表指示

1. 每次排尿量度分量，以 ml 或 oz 记录
2. 每次失禁打 ✓
3. 量度及记录每次饮用饮料以及饮料性质

## 参考文献

1. Christine N. (1986) 'Nursing for Continence', Beaconsfield, Bucks, England.
2. Diane, KN (1977) 'The urinary incontinence sourcebook', Lowell House, Los Angeles.
3. Dorothy BD (1991) 'Urinary and faecal incontinence nursing management', USA.
4. Ivan Merklej: Basic assessment of urinary incontinence. South Med J 95(2):178-182, 2002. Southern Medical Association.
5. Jong M.Choe : Incontinence, urinary: Nonsurgical therapies medicine. March 2002
6. Ronald C. Hamdy: Urinary incontinence. South Med J 95(2):175-176,2002. Southern Medical Association.