

盆底重建手术后尿潴留的评估与处理



目录

CONTENTS



一、尿潴留的定义

二、盆底重建术后尿潴留的临床表现

三、盆底重建术后尿潴留的诊断

四、盆底重建术后尿潴留的处理

五、盆底重建手术术后尿潴留的预防



前言

- 盆底功能障碍性疾病在中老年女性中的患病率较高，严重影响患者的生活质量。手术治疗的有效率高，但其并发症也较为多见。
- **盆底重建手术后尿潴留（ postoperative urinary retention , POUR ）**即为常见的并发症之一，由于没有明确定义，既往报道发生率不一，且临床表现多样，对相关诊治造成了较大困扰。由于严重尿潴留可对泌尿系统造成不可逆损伤，故明确诊断和及时治疗非常关键。



01

尿潴留的定义





- 尿潴留通常定义是指膀胱充盈状态下排空能力受损导致排尿后残余尿量（post-void residual, PVR）增加。国际尿控协会和国际妇科泌尿协会将尿潴留定义为，通过症状和尿动力学检查发现的尿流异常缓慢和（或）排尿不完全。
- ✓ 术后尿潴留（POUR）并没有标准定义，较为宽泛的定义为手术后膀胱排空延迟，较为严格的则采用量化排空后的膀胱体积和PVR。**通常PVR小于100~150 ml视为合格，也有将合格定义为PVR小于膀胱总体积的1/3~1/2。**



02

盆底重建术后尿潴留的临床表现





➤一、即刻尿潴留

(1) 尿流缓慢、排尿费力、膀胱不完全排空感、耻骨上压迫感或疼痛、需要立刻再次排尿和采取某种体位才能排尿，有时因残余尿量增多而表现为尿频。

(2) 导尿或超声发现PVR高于100~150 ml是尿潴留的标志特征。

(3) 查体时可能会触及充盈的膀胱，但双合诊检出膀胱容量超过50 ml的敏感度仅为14%。





➤二、迟发性尿潴留

(1) 术后4~6周内出现，通常是由于手术和使用麻醉剂控制疼痛以及术后尿路感染导致的。

(2) 在盆底重建手术术后多年出现的尿潴留症状，需要考虑与植入物并发症相关，如网片侵蚀、暴露导致的膀胱损伤、穿孔或者尿道梗阻等，或与脱垂复发有关。

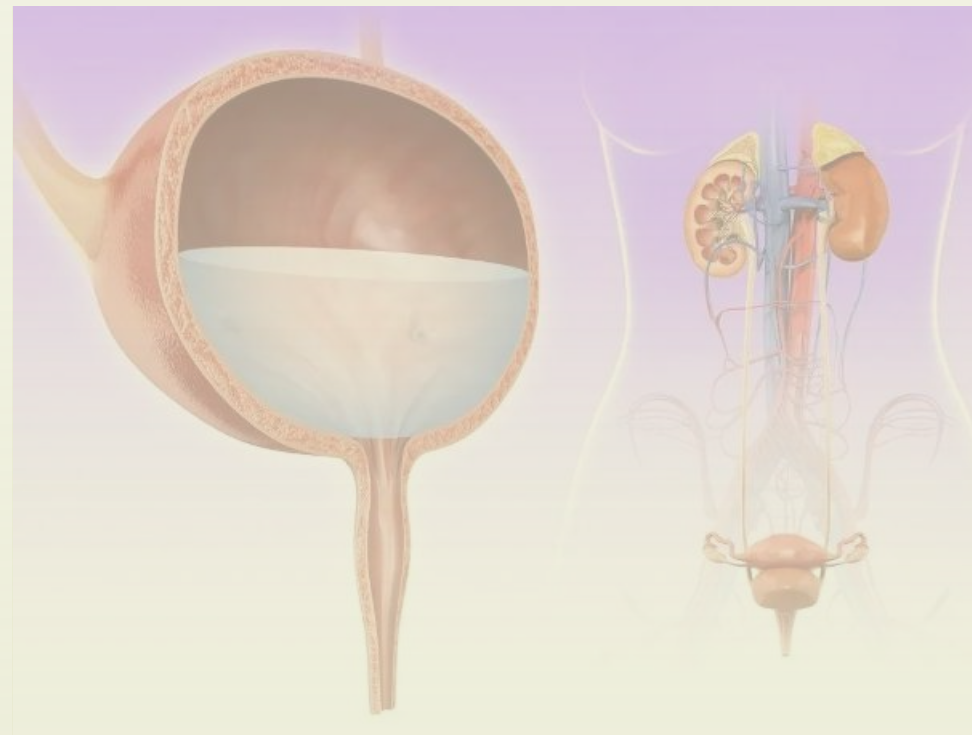




➤三、完全性/部分性尿潴留

(1) 完全性尿潴留症状比较明显，患者出现很明显的排尿困难或者完全不能排出尿液。

(2) 部分性尿潴留因为症状比较隐匿，更难诊断，可能的症状包括尿踌躇、排尿时间延长、需要改变体位排尿、排尿费力、尿不尽感或尿失禁。



03

盆底重建术后尿潴留的诊断





➤一、逆行排尿试验

- 经导尿管向膀胱逆行注入300 ml无菌生理盐水或直至患者表示膀胱已达最大容量（以先发生者为准）。
- 移除导尿管后，嘱患者在15分钟内排尿。
PVR \leq 100 ml或排尿量为膀胱总容量的2/3及以上（膀胱总容量=排尿量+PVR）通常认为无尿潴留。

■需要注意的是：

- 阴道放置纱布可能阻塞尿道，阻碍自发排尿，故需取出纱布后才可以进行逆行排尿试验。





➤二、自主排尿试验

- 移除导尿管后，嘱患者等到有强烈尿意时或4小时后再排尿，将尿液排入尿液收集器内测量排尿量，在完全排尿后15分钟内经导尿管或超声测定PVR。
PVR \leq 100 ml或排尿量为膀胱总容量的2/3及以上通常认为无尿潴留。

■需要注意的是：

- (1) 患者通常需连续进行2次自主排尿试验，且必须通过第2次试验才可判定为无尿潴留。
- (2) 自主排尿试验测量的PVR并无标准的参考值，一般认为PVR在50~100 ml为正常，超过200 ml为异常，>100~200 ml时需结合临床情况再做判断。





➤三、逆行排尿试验和自主排尿试验的比较

- 一项研究使用较为严格的尿潴留标准（ $PVR < 100 \text{ ml}$ ）来评估自主和逆行排尿试验的准确性，接受尿道中段无张力悬吊和（或）脱垂手术的患者同时接受两种排尿试验（随机决定哪种方法先后），根据出院当天POUR（定义为排尿试验失败）的发生率，发现与自主排尿试验相比，逆行排尿试验的灵敏度为100%，特异度为5.8%，逆行排尿试验在预测方面更准确。





➤四、超声检查

- 近年来超声诊断准确性逐渐上升，和三维超声的使用、多次测量取平均值及超声医生技术有关。
- 优点：简单易行，无创，无痛苦。
- 缺点：测量结果受体型影响会有差异；手术切口可能妨碍超声探头的放置；根据膀胱形态做出假设的容量模型对特定患者而言可能是不准确的；腹水会导致医生高估膀胱容量。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/198040006071006123>