

جراحی زنان و مراقبتهای بعد از عمل



بي اختياري ادرار عبارت است از " شکایت از هر گونه نشت غیرارادي ادرار". این عارضه ممکن است در نتیجه عملکرد غیر طبیعی مجرای خلفي ادراري و یا سایر بیماری هائي باشد که منجر به بي اختياري ادرار گردند



بی اختیاری ادراری فوریتی (urge incontinence)

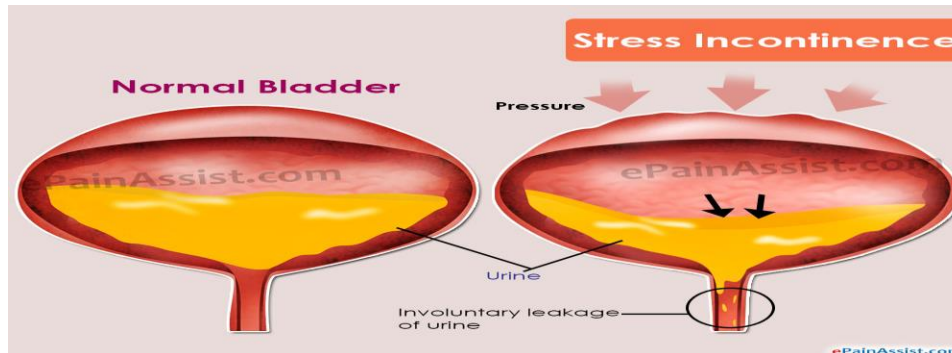
دفع غیر ارادی ادرار بلافاصله پس از احساس شدید فوریت برای ادرار کردن

بی اختیاری استرسی (Stress urinary Incontinence)

شایعترین نوع بی اختیاری در زنان است. در این بی اختیاری با انجام فعالیتهایی که فشار داخل شکمی را بالا می برد مثل خندیدن، سرفه کردن، عطسه و زور زدن، به دلیل ضعف اسفنکتر پیشابراه، ادرار خارج شود.

بی اختیاری مخلوط

به ریزش غیر ارادی ادرار همراه با اضطراب و زور، کار کردن، سرفه، و یا عطسه کردن ایجاد می شود



چه چیزی سبب بی‌اختیاری استرسی ادرار می‌شود؟

در بی‌اختیاری استرسی ادرار، حرکات و فعالیت‌هایی مانند سرفه، عطسه یا بلند کردن یک جسم، فشاری اضافی از طرف شکم به مثانه وارد می‌کنند و همین باعث بیرون ریختن ادرار می‌شود. در موارد بی‌اختیاری استرسی ادرار عضلات درون لگن می‌توانند ضعیف شوند. این وضعیت سبب پایین آمدن مثانه تا به حدی می‌شود که میزراه را از بسته شدن به‌طور کامل باز می‌دارد. نتیجه این شرایط بیرون ریختن ادرار می‌شود.

عواملی می‌توانند با بی‌اختیاری استرسی ادرار در ارتباط باشند. برای مثال، این عارضه می‌تواند در اثر ضعیف بودن عضلات قاعده لگن یا اسفنکتر موجود در گردن مثانه به وجود آید. وجود یک مشکل در مسیر باز یا بسته شدن عضله اسفنکتر نیز می‌تواند به بی‌اختیاری استرسی ادرار منجر شود. سرفه کردن، سیگار کشیدن و چاقی در صورتی که مزمن باشند نیز می‌توانند به بی‌اختیاری استرسی ادرار ختم شوند.

بی‌اختیاری استرسی ادرار مخصوصاً در زنان اغلب به وسیله تغییرات فیزیکی در بدن به وجود می‌آید. عواملی که می‌توانند این تغییرات را به وجود آورند شامل موارد زیر می‌شوند:

بارداری و زایمان

قاعدگی

یائسگی

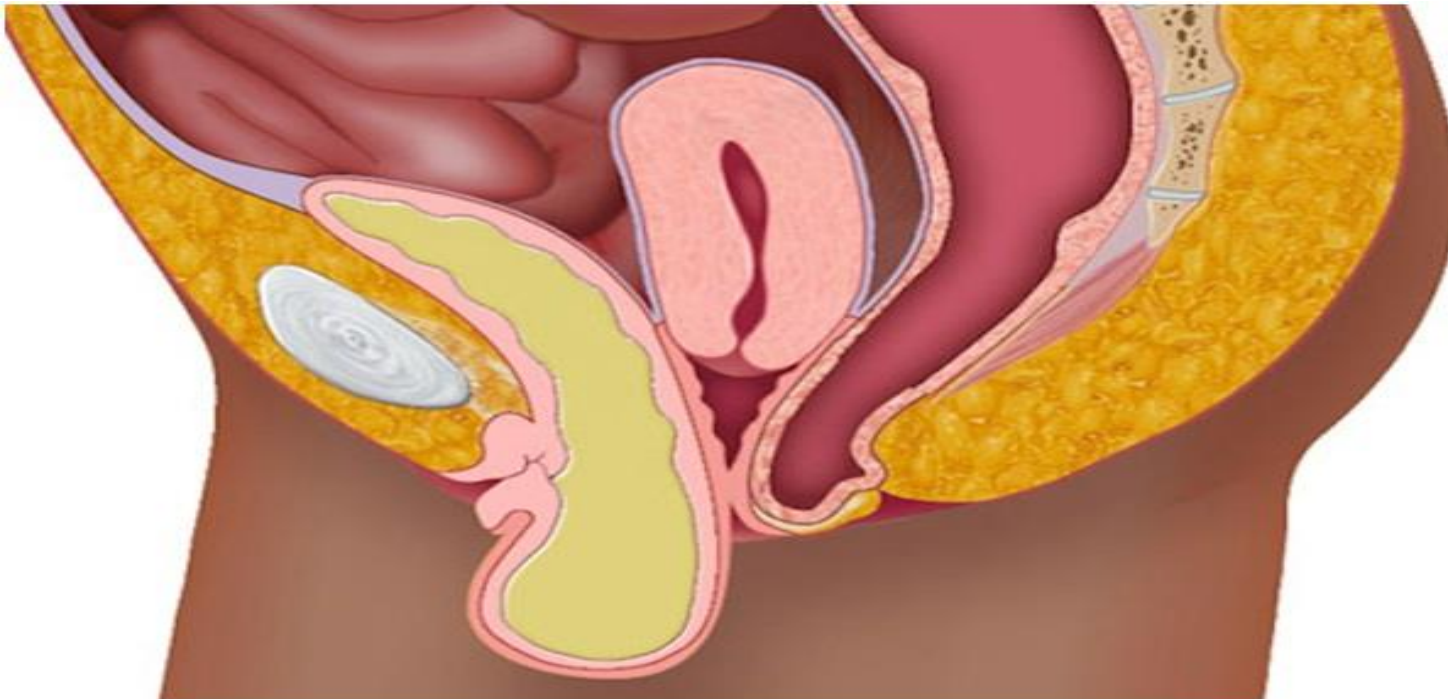
جراحی لگن

مشکلات عضلات مثانه و میزراه

ضعیف شدن عضلات اطراف مثانه

سیستوسل

در حالت عادی مثانه توسط عضلات نگهدارنده در مکان مناسب خود قرار می گیرد. اگر به هر دلیل عضلات نگهدارنده مثانه توانایی خود را از دست بدهند، مثانه از مکان خود جابه جا شده و مشکلاتی برای فرد پدید می آورد. نام این بیماری افتادگی مثانه یا سیستوسل است





Clinical Evaluation

معاینه بالینی

شرح حال

نشست ادرار با عطسه و سرفه

نشست ارادی با فوریت ادراری و به دنبال عوامل تحریک کننده

نشست ادرار به صورت مداوم یا قطره قطره یا دفع ناکامل
علائم همراه: جریان ضعیف و منقطع ادراری
تاخیر در ادرار کردن- فرکونسی- ناکچوری

بی اختیاری استرسی

بی اختیاری فوریتی

بی اختیاری سرریزی

ترکیبی از هر دو شکایت

بی اختیاری مخلوط

معاینه فیزیکی

معاینه جنرال

معاینه لگن

تست های کلینیکی SUI

تست سرفه

حجم باقیمانده ادراری

ارزیابی هیپر موبیلیته اورترا

- با مثانه پر انجام شود. (حداکثر ظرفیت ۲۰۰-۳۰۰ سی سی)
- حالت خوابیده و ایستاده و در پوزیشن بیان شده توسط بیمار می توان مثانه را با مایع استریل پر کرد.

تست Q tip

ارزیابی پرولاپس نقطه Aa

تست منفی سرفه

تست مثبت سرفه

علیرغم شرح حال مثبت بیمار و عدم حضور نشت ادراری

نشت فوری و دیدن توسط معاینه کننده

نشت تاخیری ادراری
*مقدار زیادی مایع
*عدم امکان کنترل

ارزیابی ارودینامیکی

بی اختیاری استرسی

بیش فعالی
دتر سور



ارزیابی تشخیص پرستاری در بی
اختیاری ادراری استرسی

اختلال در دفع ادراری در رابطه با ضعف عضلات و حمایت های ساختاری لگن به شکل گزارش یا مشاهده ی خروج قطره قطره ادرار به همراه افزایش فشار داخل شکمی (سرفه، عطسه، پرخاستن از صندلی، خندیدن)

اختلال در الگوی خواب در رابطه با الگوی قابل پیش بینی دفع غیر ارادی ادرار به شکل عدم کنترل ادرار و احساس فوریت در دفع ادرار بدون مهار انقباض مثانه

عدم توانایی کنترل ادرار یا سرکوب انگیزشی دفع ادرار در رابطه با مصرف مایعات به شکل تکرر ادرار



Treatment



در سه مرحله انجام می گیرد:

❖ دارویی



❖ جراحی

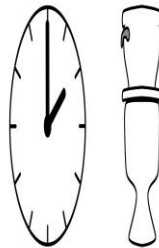


❖ رفتاری

چهار نکته ای که در مورد تمرینات کگل باید بدانید

- 1 تمرینات را پنج بار در روز - هر روز - هر هفته - هر سال مختلف
- 2 چنگونه عضلات ناحیه های بالا کتانی را بلند کرده و آنها را منقبض کنید
- 3 آنها را هر ساعتی که می توانید منقبض کنید در خانه - محل کار یا مکانی دیگر
- 4 نفس عمیق بکشید آنها را کامل بی اختیار و آزاد رها کنید

بی اختیاری ادرار



مداخلات پرستاری

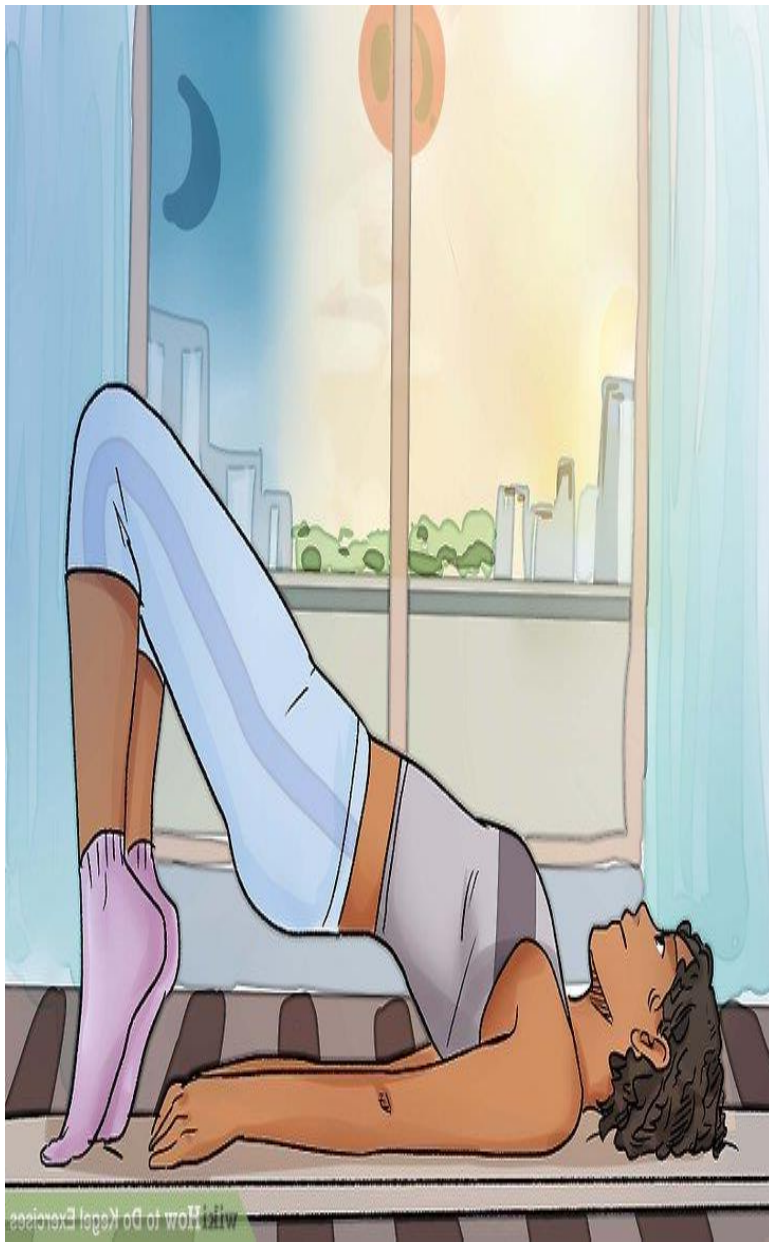


1- تمرینات کگل

تمرینات کگل که به تمرینات قاعده لگن نیز معروف هستند و به درمان بی اختیاری ادراری به وسیله ی تقویت عضلات حمایت کننده مثانه، رحم و روده ها کمک می کنند. با تقویت این عضلات فرد می تواند مشکلات بیرون ریختن ادرار را کاهش داده و یا از آن ها جلوگیری کند. برای انجام تمرینات کگل فرد باید تظاهر کند که می خواهد جریان ادرار را متوقف کرده و یا از بیرون رفتن باد معده جلوگیری کند.

هنگامی که فرد این کار را انجام می دهد، عضلات قاعده لگن منقبض می شوند. در حین انجام این تمرینات فرد باید سعی کند از حرکت کردن پا، باسن و یا عضلات شکمی خود جلوگیری کند. در واقع، باید این تمرینات به گونه ای انجام شوند که کسی نتواند متوجه انجام شدن آن ها شود.

تمرینات کگل باید به صورت روزانه و هر روز ۵ بار انجام شوند. در هر بار، فرد عضلات قاعده لگن خود را منقبض کرده، ۵ ثانیه به همان حالت نگه داشته، سپس رها می کند. در هر بار تمرین این عمل باید ۱۰ بار انجام شود.



2- برنامه بازآموزی شامل آموزش بیمار درباره مهار احساس فوریت در دفع و افزایش تدریجی فاصله بین دفعات ادرار

در تمرین مثانه، فرد زمان بین دفعات ادرار کردن را با کمی تحمل بیشتر، افزایش می دهد. مثلا برای شروع، او می تواند به گونه ای برنامه ریزی کند که هر یک ساعت به دستشویی رفته و ادرار کند. او برای مدتی از این الگو پیروی می کند سپس برنامه ریزی خود را به هر ۹۰ دقیقه (۱ ساعت و نیم) تغییر می دهد.

در نهایت فرد می تواند این زمان را به ۲ ساعت تغییر داده و به افزایش آن تا رسیدن به ۳ یا ۴ ساعت ادامه دهد. روش دیگر سعی در به تعویق انداختن نیاز ادرار کردن به مدت ۱۵ دقیقه برای اولین بار می باشد. فرد این تمرین را به مدت دو هفته انجام می دهد. سپس این مقدار زمان را تا به ۳۰ دقیقه افزایش داده و به همین ترتیب به بیشتر کردن این مدت زمان ادامه می دهد.





3- کاهش وزن

بی اختیاری استرسی ادرار با چاقی ارتباط دارد.



4. ارزیابی بعد مصرف مایعات

توصیه به مصرف و زمان صحیح مصرف مایعات به بیمار میباشد. بیمار دچار بی اختیاری ادراری باید مصرف مایع در غروب را محدود نماید تا امکان خواب طولانی تر در شب را داشته باشد

درمان دارویی SUI

دالوکستین

سایر داروها

ایمی پرامین

فنیل پروپانول آمین

*اندىكاسيون :

- عدم تمايل به جراحی و افسردگی همزمان



Surgical treatment

اقدامات جراحی

stress in·con·ti·nence



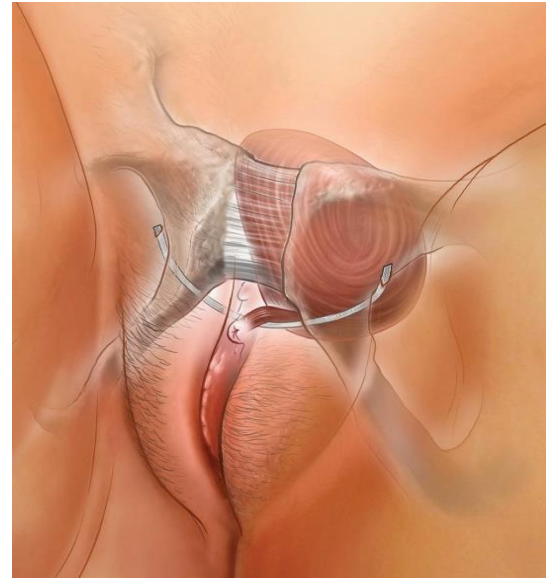
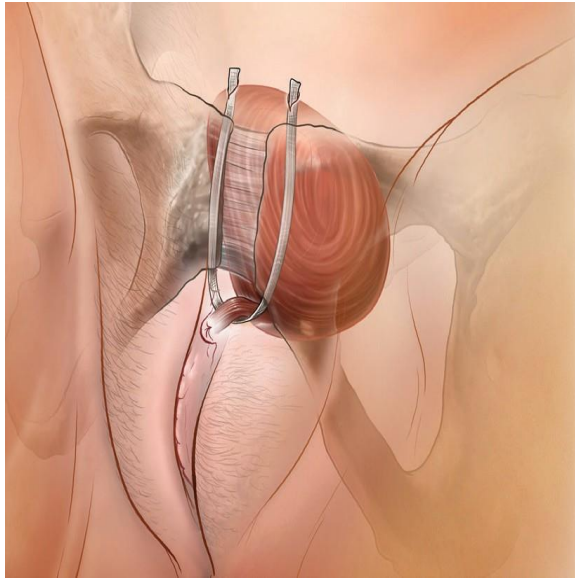
روش تزریق توکسین بوتولینیم:

برای این امر، لازم است که بوتاکس به ماهیچه‌های مثانه تزریق شود. این عمل در اتاق جراحی و یا در کلینیک انجام خواهد شد. در ابتدا، به وسیله‌ی یک کاتتر، بی‌حسی موضعی در مثانه ایجاد می‌شود. سپس یک اسکوپ از طریق مجرای ادرار وارد مثانه می‌شود. یک سوزن بسیار کوچک داخل اسکوپ قرار داده می‌شود که این سوزن با تزریق در نقاط مختلف مثانه، بوتاکس را وارد ماهیچه‌های مثانه می‌کند. اکثر بیماران به راحتی این عمل را تحمل می‌کنند.



سه روش اصلی جراحی اسلینگ در سطح میانی مجرا

- Retropubic Mid Urethral Sling
- Transobturator Mid Urethral Sling
- Single-Incision Urethral Sling



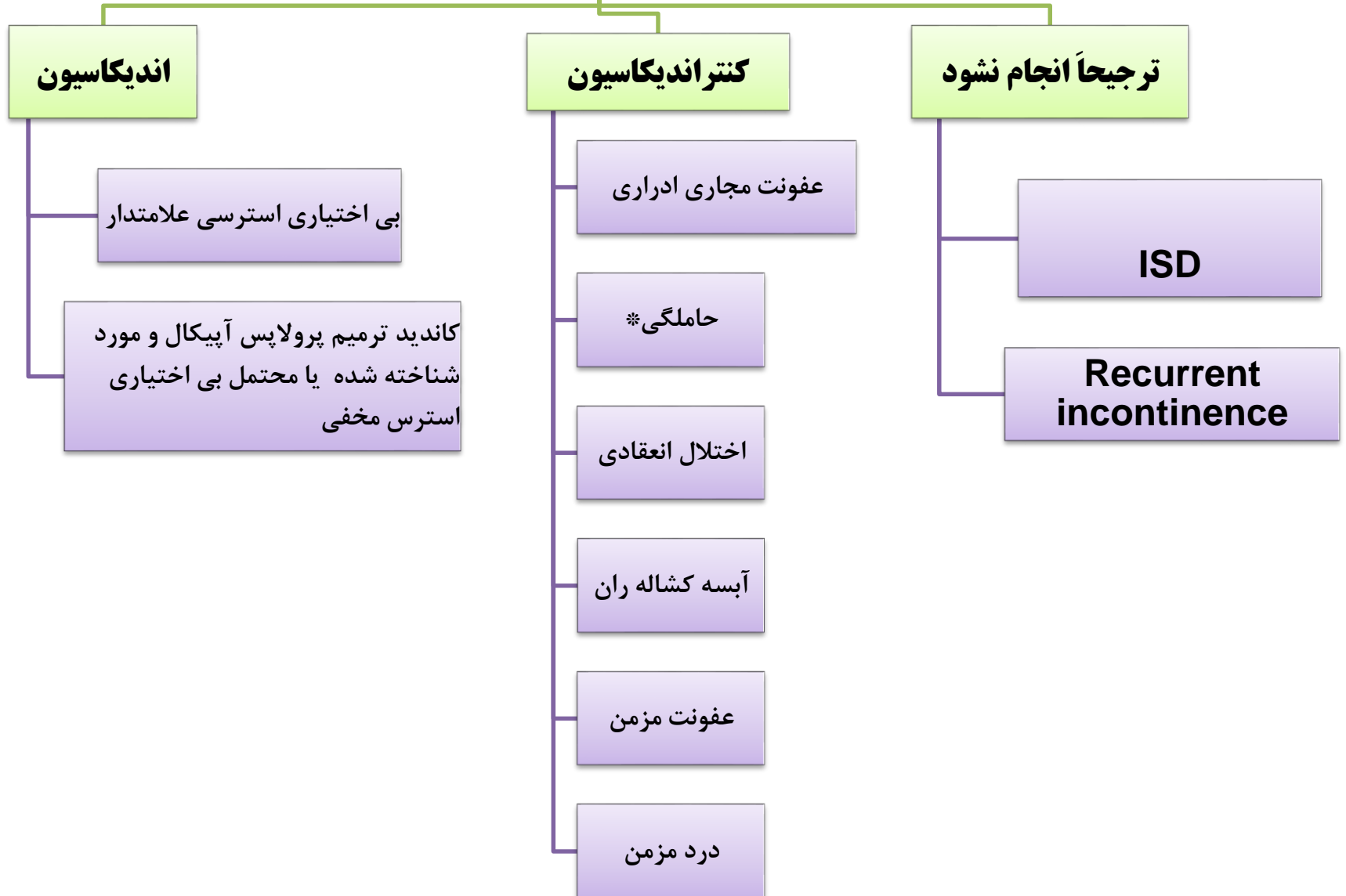
TRANSOBTURATOR SYNTHETIC MIDURETHRAL SLINGS

(TOT)



یک نوار که به اسلینگ SLING معروف است را دور پیشابراه قرار می دهیم تا با وارد کردن فشار به پیشابراه جلوی بی اختیاری گرفته شود دو سر این نوار از دیوار قدامی واژن وارد لگن شده و با گذر از سوراخ اوبتراتور از پوست ناحیه اینگوئینال خارج می شود.

کاندیدای جراحی TOT



TVT

RETROPUBIC MIDURETHRAL SLINGS



Figure 2 - After perforation of the endopelvic fascia, the needle is directed through the retropubic space close to the pubic bone.



در روش نوارهای واژینال بدون کشش

مراحل کار مشابه روش TOT است با این تفاوت که اسلینگ به جای عبور از سوراخ اوبتراتور از پشت سمفیز پوبیس و جلوی مثانه عبور کرده به سطح پوست می رسد. معمولاً TOT نسبت به TVT به دلیل عدم آسیب به مثانه ترجیح داده می شود، اما احتمال آسیب به عروق و اعصاب اوبتراتور در روش TOT بالاست. در روش جراحی اسلینگ (TVT) درمان بی اختیاری ادراری از زیر مجرای ادرار با کمک وسیله ای شبیه سوزن به طول 25 سانتی متر از اطراف شکم به بالا و قدام شکم آورده می شود و با نخ های مخصوص، مجرا و مثانه به محل طبیعی و بالای گردانده می شوند و در روش (TOT) نخ ها به حفره کنار ران کشیده می شود. جراحی TVT استحکام بیشتری نسبت به TOT دارد و جراحان از روش TVT بیشتر استفاده می کنند.

اندیکاسیون Burch

بعضی از جراحان ترجیح می دهند که حتی در صورت انجام ساکرو کولپوپکسی شکمی ، از روش اسلینگ میداورترا استفاده کنند .

بی اختیاری استرسی علامتدار
و تمایل به جراحی شکمی
(لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی)

در زنان بدون هیپرموبیلته
اورترا مناسب نیست .

پروفیلاکتیک

پرو لاپس پیشرفته که به نظر می رسد دچار پیشرفت بی اختیاری استرسی اداری پس از ساکرو کولپوپکسی شکمی می شوند .

عوارض TOT و TVT



➤ پرفوراسیون

➤ اختلال در ادرار کردن

➤ درد و عفونت



مراقبت های پرستاری

NURSING CARE PLANE

۱- در صورت بیهوش شدن موقع عمل جراحی ممکن است که شما بعد از عمل جراحی از حالت تهوع و استفراغ شاکی باشید که در این صورت با تزریق آمپول ضد استفراغ بهبود می یابد، بهتر است بعد از عمل جراحی به پهلو خوابیده و یا حداقل سرتان را به پهلو بگذارید تا در صورت استفراغ شدید مشکلی پیش نیاید.

۲- به علت وجود باند در واژن روز بعد از عمل نباید از تخت خارج شوید.

۳- سوند در داخل مثانه معمولاً تا ۳ روز باید بماند ولی گاهی اوقات زودتر از ۳ روز خارج می شود باید شما در این مدتی که سوند در مثانه دارید با اطلاع پزشک خود روزی حدوداً ۱۰-۱۲ لیوان آب بنوشید تا از عفونت ادراری جلوگیری شود.

۴- روز بعد از عمل با اجازه پرستار شما می توانید با کمک از تخت خارج شوید. قبل از پائین آمدن از تخت باید بنشینید و پاها را از تخت آویزان کرده و پس از یک ربع (۱۵ دقیقه) در صورت نداشتن سرگیجه با کمک همراه از تخت خارج شوید.

۵- پس از خروج از تخت در صورت وجود سوند در مثانه ناحیه پیشابراه از سرم شستشو استفاده نمایید.

۶- پس از خارج کردن سونداژ مثانه توسط پرستاران شما باید به فاصله های ۲-۴ ساعت تخلیه ادرار داشته باشید.

۷- راه رفتن بعد از عمل به حرکت روده ها و بازتوانی شما بسیار کمک می کند و باعث می شود که هر چه سریعتر از بیمارستان مرخص شوید.

۸- رژیم غذایی شما بعد از عمل مایعات است که بهتر است شیر استفاده نشود و روز دوم بعد از عمل غذاهای معمولی غیرنفاخ استفاده شود مانند سوپ، برنج، انواع خورش، انواع میوه جات (به جز موز و سیب)

✓ جهت جلوگیری از عفونت، (در صورتیکه از طرف پزشک معالج محدودیت مصرف مایعات ندارید) مایعات فراوان بنوشید.

✓ همیشه دستهایتان را قبل و بعد از مراقبت از سوند بشویید.

✓ به منظور کاهش خطر عفونت، کیسه ادرار را هر ۸ ساعت یکبار تخلیه نمایید.

✓ از کشیدن یا جدا کردن لوله تخلیه ادرار خودداری نمایید. زیرا باعث خونریزی یا آسیب به مجرا می گردد.

✓ هنگام راه رفتن، لوله تخلیه را در دست خود حلقه کنید و کیسه ادراری را پایین تر از مثانه نگه دارید یا از سمت داخل با گیره به شلوار خود بیاویزید. در هر حالت کیسه متصل به سوند باید پائین تر از سطح مثانه بیمار قرار گیرد.

✓ هنگام دراز کشیدن روی تخت، کیسه ادرار را طوری که مسیر آن فاقد هرگونه پیچ خوردگی یا تا شدگی باشد، به آویز مخصوص کیسه ادراری در پایین تخت آویزان کنید.

✓ هرگز کیسه ادرار را روی شکم خود قرار ندهید.

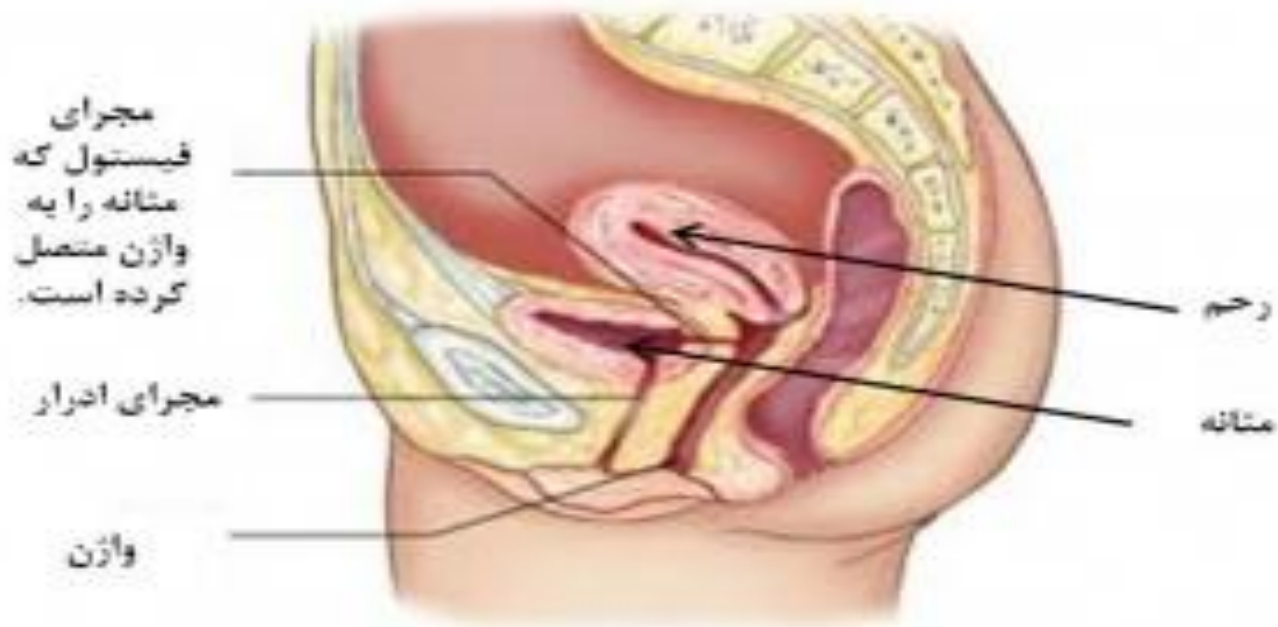
مراقبت های پس از ترخیص از بیمارستان:



- ۱- رعایت رژیم غذایی نرم و ساده.
- ۲- انجام ورزش های سبک مانند پیاده روی و انجام کارهای روزمره سبک.
- ۳- خودداری از بلندکردن اشیاء سنگین یا انجام فعالیت های سنگین تا ۴۰ روز
- ۴- استفاده از لگن بتادین در منزل روزی ۳ مرتبه و هر بار ۱۵ دقیقه و خشک کردن ناحیه عمل پس از لگن گرفتن
- ۵- پیگیری معاینه مجدد پس از یک هفته توسط پزشک متخصص.
- ۶- در صورت وجود خونریزی و درد در ناحیه لگن حتماً به پزشک مراجعه شود.
- ۷- خودداری از نشستن طولانی و یا مسافرت های طولانی و خودداری از زور زدن هنگام دفع
- ۸- شروع فعالیت جنسی ۲-۳ ماه بعد از عمل جراحی (با اجازه پزشک مربوطه).
- ۹- در صورت داشتن علائم تب _ لرز _ درد شدید _ سوزش _ خونریزی و ترشحات غیر عادی _ بی اشتها _ ضعف و بیوستهای مکرر به پزشک مراجعه کنید.
- ۱۰- به تاریخ کشیدن بخیه ها توجه نمایید و به موقع مراجعه نمایید.

فیستول مثانه به واژن (وزیکو واژینال)

VESICOVAGINAL FISTULA



شکل ۱. فیستول وزیکو واژینال که در آن یک مجرا واژن را مستقیماً به مثانه متصل کرده است.

ارتباط غیرطبیعی بین مثانه و واژن از طریق یک مجرا فیستول وزیکوواژینال نام دارد که در آن ادرار وارد واژن شده و دفع می شود. این بیماری علاوه از اهمیت پزشکی، در زندگی خصوصی بیمار نیز تاثیرگذار بوده و به شدت سبب اضطراب بیمار می شود.

فیستول وزیکوواژینال (Vesicovaginal Fistula) عبارت از وجود یک ارتباط غیرطبیعی ما بین مثانه و واژن از طریق یک مجرا است که در آن ادرار مستقیماً وارد واژن شده و دفع می شود. این مشکل، باعث یک نوع بی اختیاری در خانم های می شود که در آن ضمن این که خانم مبتلا همیشه خیس می باشد و دارایی اختیاری است، خودش هم ادرار می کند، چون مقداری از ادرار مثانه وارد واژن (مهبلی) می شود. این بیماری بسیار آزاردهنده و دارای اهمیت زیادی است. این بیماری علاوه از اهمیت پزشکی در زندگی خصوصی بیمار نیز تاثیرگذار بوده و به شدت سبب اضطراب بیمار می شود. این بیماران همیشه بوی ادرار می دهند و دچار بی اختیاری ادراری مداوم هستند.

میزان شیوع فیستول وزیکوواژینال و علل فیستول وزیکوواژینال ما بین کشورهای توسعه یافته و عقب نگه داشته شده متفاوت است. در کشورهای در حال توسعه و عقب نگه داشته شده علت 97 درصد موارد فیستول های وزیکوواژینال، زایمان های مشکل است. علت آن این است که در زایمان های مشکل و طولانی، سر جنین سبب فشار بر روی جدار واژن شده و جدار واژن به علت قطع شدن جریان خون می میرد و دچار ریزش می شود و یک سوراخ در جدار واژن ایجاد می شود و چون در زیر واژن مثانه قرار دارد، آن قسمت از جدار واژن که از بین رفته است به مثانه باز می شود. خانم هایی که به دنبال زایمان های سخت و طولانی مدت دچار ترشح مزمن و زیاد از واژن می شوند، نباید آن را طبیعی تلقی کنند چون ممکن است علامت شروع یک فیستول وزیکوواژینال باشد.

علل فیستول های وزیکو واژینال در کشورهای توسعه نیافته

در کشورهای توسعه نیافته چون ازدواج در سنین پائین زیاد است؛ بنابراین لگن خانم ها هنوز به خوبی تکامل نیافته و آماده مادر شدن نیست و علاوه از آن به علت سوتغذیه سلامت عمومی آن ها خوب نمی باشد و مهم تر از همه، زایمان ها اکثرا بدون نظرات سیستم بهداشتی و درمانی صورت می گیرند و باید به این ها ضعف سیستم بهداشتی درمانی در آن کشورها و عدم دسترسی عموم به آن را نیز اضافه کرد. علاوه بر آن ها فیستولی هم که ایجاد می شود اکثرا بزرگ بوده و مجرای ادرار را نیز شامل می شود. هر قدر اندازه فیستول بزرگ تر باشد درمان آن نیز مشکل تر خواهد بود.

علل فیستول های وزیکو واژینال در کشورهای پیشرفته

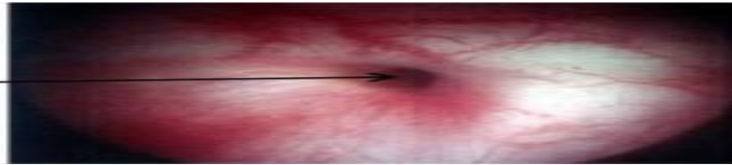
علت 90 درصد فیستول های وزیکو واژینال در کشورهای توسعه یافته آسیب به مثانه در حین عمل جراحی است. در این موارد معمولا یک فیستول کوچک ایجاد می شود که گاهی نیز بدون نیاز به جراحی با اقدامات محافظه کارانه درمان می شود. قسمت اعظم این جراحی ها، اعمال جراحی زنان و زایمان می باشند (85%).

یک عده عواملی هستند که یک خانم را مستعد ابتلا به فیستول وزیکو واژینال بدنبال جراحی می کنند، این عوامل عبارتند از:

- جراحی قبلی بر روی لگن یا واژن
- وجود بیماری التهابی لگن
- دیابت
- سابقه پرتو درمانی
- جراحی برای سرطان
- عفونت به خصوص آبسه لگنی بدنبال زایمان
- تصلب شرائین

علایم فیستول های وزیکو واژینال

- شاه علامت فیستول وزیکو واژینال نشت ادراری غیر قابل کنترل از واژن است.
- این خانم ها ممکن است به دنبال جراحی لگن و رحم دچار افزایش ترشح از واژن شوند.
- عفونت مثانه و عفونت کلیه مکرر
- ادرار خونی
- درد پهلو و تب و لرز



شکل ۴- فیستول وزیکو واژینال در سیستم کویبی

تشخیص فیستول وزیکو واژینال

- تشخیص فیستول وزیکو واژینال گاهی مشکل است و نیاز به بررسی های اختصاصی دارد. برای تشخیص فیستول وزیکو واژینال از اقدامات زیر استفاده می شود:
- یکی از ساده ترین روش ها این است که به بیمار یک ماده رنگی سالم که از کلیه ها ترشح می شود داده شود، مثلاً قرص فنازوپریدین که رنگ ادرار را نارنجی می کند، اگر پس از خوردن این قرص رنگ ترشحات واژن نارنجی شود نشان دهنده وجود فیستول ادراری می باشد.
 - جمع آوری ترشحات واژن و آزمایش آن
 - تزریق ماده رنگی به داخل مثانه و مشاهده خروج آن از واژن
 - اقدامات فوق فقط نشان دهنده وجود فیستول ادراری هستند؛ بنابراین باید نوع فیستول (فیستول مثانه به واژن، فیستول حالب به واژن و یا فیستول رحم به مثانه) مشخص شود. سیستم کویبی یک روش دقیق برای تشخیص محل و اندازه فیستول است.
 - عکس رنگی از کلیه ها در تشخیص فیستول های ادراری به ویژه فیستول حالب به واژن خیلی کمک کننده است.

الف) روش سوپراپوبیک

بیمار در وضعیت لیتوتومی خفیف قرار می‌گیرد (تا در صورت نیاز دسترسی به واژینال حین عمل مقدور می‌باشد)

برش طولی پوستی خط وسط از زیر ناف تا سمفیز پوبیس داده می‌شود. مثانه به شکل طولی به دو روش خارج و یا داخل پریتوان باز میشود. برش از سطح خلفی تا دهانه فیستول ادامه می‌یابد. سپس دور تا دور دهانه فیستول برش داده می‌شود. به این ترتیب مثانه به طور کامل از واژن و فیستول جدا می‌شود. به این ترتیب مثانه به طور کامل از واژن و فیستول جدا می‌شود. واژن به وسیله نخ قابل جذب دوخته میشود. سپس مثانه دوخته می‌شود

ب) روش ترانس وزیکال

مراحل اولیه جراحی مشابه سوپراپوبیک است. مثانه در سطح قدامی طولی باز می‌شود (اما بر خلاف روش قبلی به سطح خلفی امتداد نمی‌یابد. سوندهای حالب قرار داده می‌شود. پس از مشاهده فیستول در کف مثانه و قرار دادن یک سوند باریک داخل آن ، لبه فیستول دور تا دور برش داده می‌شود. مثانه به حد کافی از واژن جدا می‌شود. پس از قرار دادن کاتتر سوپراپوبیک سیستمی و ترمیم کامل مثانه و نیز قرار دادن کاتتر پیشاب راه درمان های دارویی مراقبت های جراحی پس از عمل و زمان خروج کاتترهای مشابه روش سوپراپوبیک است



مراقبت های پرستاری

NURSING CARE PLANE

• برای کاهش خطر عفونت، ادرار باید اسیدی شود. برای این کار 500 میلی گرم ویتامین C سه بار در روز تجویز می شود.



- در خانم های یائسه باید از استروژن مناسب استفاده کرد.
- بیمار باید از کارهایی که فشار داخل شکم را بالا می برند پرهیز کند.
- مدفوع باید شل باشد و بیمار نباید یبوست داشته باشد.
- حداقل 6 هفته پس از عمل جراحی باید از نزدیکی خودداری کرد.

• نکات زیر را دنبال کنید تا عمر سوند خود را افزایش داده و شانس ابتلا به عفونت را کاهش دهید:

• از حمام کردن پرهیز کنید اما هر روز دوش بگیرید. در اولین روزهای استفاده از سوند سوپراپیوبیک، از یک باند ضد آب در هنگام دوش گرفتن استفاده کنید. پس از بهبود زخم، می توانید طبق معمول دوش بگیرید اما از صابون های معطر پرهیز کنید.

• هر از گاهی لوله را از نظر خم شدگی یا پیچ خوردگی که می تواند مانع از خروج ادرار شود، چک کنید.

• از هیچ گونه محلول شستشو یا پودری در اطراف محل ورود سوند به بدن استفاده نکنید.

• کیسه را هر 2 تا 4 ساعت یک بار یا زمانی که به نیمه رسیده است، تخلیه کنید.

• کیسه تخلیه را پایین تر از مثانه نگه دارید تا زهکشی به خوبی انجام شود. • دستان خود را پیش و پس از تماس با کیسه تخلیه بشویید.



نیلوفر شفق