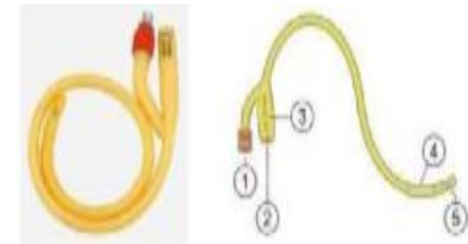


مغز وظیفه کنترل دریچه خروجی مثانه(اسفنگتر مثانه) را به عهده دارد. در آسیب به مغز کنترل این دریچه مختل شده و سبب علائمی مثل تکرر ادرار، شب ادراری، کاهش توانایی نگه داشتن ادرار و بی اختیاری کامل خواهد شد که البته به مرور بهبود خواهد یافت.

برای تخلیه مثانه در ابتدای بیماری، سوند دایم گذاشته میشود.



1. محل وارد کردن مایع برای ثابت کردن سوند
 2. محل وصل شلنگ کیسه ادرار
 3. اندازه یا شماره سوند
 4. بالون ثابت کننده سوند در مجرای ادرار
 5. سوراخ تخلیه ادرار از مثانه
- با وجود سوند دایم در مثانه ، هر مقدار ادراری که وارد سوند شود بلافاصله تخلیه می شود و باعث تنبلی عضلات مثانه می شود. کنترل دفع ادرار آگاهانه بیمار در طولانی مدت مختل می شود.
- برای بازتوانی کنترل دفع ادرار باید شلنگ کیسه ادرار که به سوند متصل می باشد خم شده و با چسب به مدت 2 ساعت بسته شودو سپس به مدت 15 دقیق باز شود.

این کار را در طول روز که بیمار و خانواده بیدار می باشند، انجام دهید و در طول شب سوند را باز نگه دارید.

برای افزایش ظرفیت مثانه ، زمان بسته بودن سوند را کم کم افزایش دهید تا به 4 ساعت بسته و 15 دقیقه باز برسد.

در مواردی که نیاز طولانی مدت به سوند دارند لازم است سوند متناوب گذاشته شود

در روش متناوب سوند یکبار مصرف وارد مثانه میشود و پس از تخلیه مثانه خارج می شود.

در صورتی که سوند متناوب برای بیمار تجویز شده است، لازم است از پرستار در مورد روش سوندگذاری به بیمار آموزش ببینید.

لوله ادراری خارجی(کاندوم بگ)

این نوع سوند برای آقایان و فقط در مواردی که بی اختیاری ادرار دارند ، استفاده می شود.

هر 2 تا 3 روز یک بار لوله باید تعویض شود و ناحیه تناسلی با آب و صابون به خوبی شسته و خشک شود.

زیر چسب لوله را مرتب کنترل و از نظر زخم و قرمزی بررسی نمایید.

مراقبت از کیسه و سوند ادراری

از کشیدن یا جدا کردن سوند ادراری خودداری نمایید، زیرا باعث بروز خونریزی یا آسیب مجرای ادراری می شود.

جهت جلوگیری از کشیدن شدن سوند، با چسب آن را به پای بیمار بچسبانید.

دوش گرفتن در حالی که سوند و کیسه به بیمار وصل است مانعی ندارد مگر آن که دستور دیگری به شما داده شود.وقتی سوند ادراری به بیمار وصل است از مقاربت جنسی خودداری نمایید

پیشگیری از عفونت در بیماران دارای سوند

جهت کاهش خطر عفونت ادراری، باید بیمارتان مایعات فراوان(2000 تا 2500 میلی لیتر روزانه) در صورت عدم ممنوعیت مصرف کند.

کیسه ادرار هر 8 ساعت یک بار یا هر گاه که پیش از نیمی از کیسه پر شده تخلیه گردد.

همیشه قبل و بعد از دست دادن به سوند ادراری دست های خود را با آب و صابون بشویید.

کیسه ادرار را پایین تر از سطح مثانه قرار دهید هگز کیسه ادرار را روی شکم بیمار قرار ندهید. هنگام راه رفتن نیز، لوله تخلیه در دست بیمار حلقه شده و پایین تر از مثانه نگه داشته شود.

از جدا کردن لوله ادرار از کیسه ادرار جداً خودداری کنید. اگر لوله جداشد، انتهای لوله را لمس نکنید آن را با یک محلول ضد میکروب (بتادین) ضدعفونی کنید و مجدداً لوله را وصل کنید.

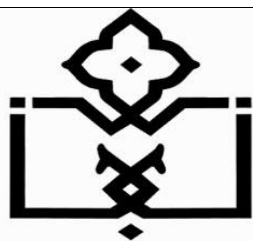
هنگام انتقال بیمار به بستر لوله را ببندید، یا ابتدا محتویات لوله را به سمت کیسه ادرار تخلیه کنید.

در خانم ها شستشوی پوست ناحیه تناسلی(از سمت جلو به عقب) ودر آقایان شستشوی اطراف مجرای ادراری حائل روزی 2 بار به وسیله آب و صابون انجام شود. سپس محل کاملاً خشک شده و از پودر استفاده نشود زیرا ممکن است باعث تحریک پوستی شود.

گوشت، تخم مرغ، نان های سبوس دار، آب لیمو، زغال اخته و آلو باعث کاهش احتمال عفونت ادرار می شوند.

بیمار را از نظر علائم عفونت ادراری نظیر تب، لرز، کدر بودن ادرار، سوزش ادرار، وجود خون در ادرار، درد پهلوی، کاهش اشتها، کاهش انرژی و ناتوانی کنترل نمایید.کیسه ادراری هر یک هفته یکبار تعویض گردد

در چه مواردی لازم است به یک مرکز درمانی یا پزشک مراجعه نمایید:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی استان زنجان

مرکز آموزشی درمانی الغدير ابهر

واحد آموزش بیمار

آموزش کنترل دفع ادرار



شماره تلفن بیمارستان الغدير جهت پاسخگویی به سوالات
بیماران 02435368200 بخش

استفاده از روشهایی جهت آرام سازی و کمک به تخلیه کامل
مثانه (تنفس عمیق)، مصرف داروهای دیورتیک تجویز شده یا
مایعات در اوایل صبح

طولانی کردن تدریجی و مداوم دوره بین دفع ادرار برای کنترل
علت خاص بی اختیاری ادرار

استفاده از لباس زیر محافظ که ادرار را جذب کرده و از خجالت
بیمار جلوگیری کند.

در صورت چاقی، دنبال کردن برنامه کنترل وزن

تقویت مثبت در صورت باقی ماندن بی اختیاری ادراری

بیماران دچار بی اختیاری باید بطور متناوب از نظر تحریک پوست
کنترل شوند

تکرار و تمرین ورزش جهت تقویت عضلات کف لگن چندین
مرتبه در طول روز.

1-عضلات اطراف مقعد و مهبل را سفت کند (مانند عمل
جلوگیری از خروج مدفوع و ادرار) تا 10 شماره نگهدارد و
سپس شل کند.

2-در حالت طاقباز، پاها را روی چهارپایه ای قرار دهد.
آنگاه کمر و رانها را بالا آورد، بگونه ای که در این حالت
بدن از پاشنه تا شانه ها در یک خط مستقیم قرار
بگیرد. سپس کمر و رانها را آهسته پایین آورد.

منبع: برونر سودارث 2018

با تایید دکتر ابراهیم مرتضوی متخصص داخلی

تهیه کننده: اعظم کرمی نیا کارشناس پرستاری

تدوین: واحد آموزش بیمار

اگر ظرف 6 تا 8 ساعت ادرار به داخل کیسه جریان نیافت و
مطمئن شدید که سوند بیمارتان پیچ خوردگی نداشته و یا
خم نشده است

اگر تصادفا سوند بیمارتان خارج شد یا نشت ادرار داشت.

اگر بیمار احساس میکند که مثانه اش پر است ولی ادراری
وارد کیسه نمیشود یا مقدار آن کم است.

اگر درد جدیدی در پهلوی و پشت خود احساس میکند.

اگر ادرار بیمارتان تغییر رنگ داده، تیره شده و خونی به نظر
میرسد یا لکه های خونی بطور مکرر در آن دیده میشود.

اگر مجرای ادراری (محل ورود سوند به بدن) قرمز رنگ،
متورم و یا حساس شده یا ادرار رسوب کرده و یا از محل ورود
سوند ترشح چرکی خارج میشود.

اگر ادرار بیمار کدر شده و یا بوی زننده ای دارد.

اگر علائم عفونت ادراری در بیمارتان بروز میکند.

اگر بیمار حالت تهوع و استفراغ دارد.

باز آموزی مثانه

در صورتی که بیمار دچار بی اختیاری است رعایت موارد زیر
میتواند به او کمک تا کنترل ادرار را بدست آورد:

شروع کردن یک برنامه توالی رفتن در دوره بیداری، حداقل
هر 2 ساعت در طول روز و عصر قبل از رفتن به بستر و هر 4
ساعت در شب.

استفاده از روشهایی جهت شروع ادرار کردن:

قرار گرفت خانمها در وضعیت چمباتمه یا نشسته برروی لگن
یا توالی و یا قرار گرفتن آقایان در وضعیت ایستاده.

شنیدن صدای جریان آب یا ریختن آب گرم برروی ناحیه

تناسلی بیمار. ضربه زدن به قسمت داخلی ران. نادیده نگرفتن میل

به دفع ادرار. کم کردن مصرف چای پررنگ، قهوه و دیگر نوشیدنیهای
کافئینی و الکل.

پنجابستان العظیم