

原位回肠新膀胱患者排尿功能锻炼的研究进展

陆 妍

南京大学医学院附属鼓楼医院 江苏 南京 210008

摘要:目的 对肌层浸润性膀胱癌根治术后原位回肠新膀胱患者排尿功能锻炼方法进行综述,为临床医务人员进行新膀胱排尿功能锻炼提供临床指导。方法 检索和分析中国知网、中国生物医学文献数据库、医脉通、PubMed、Web of Science 等中英文数据库中相关文献资料,并进行筛选、归纳和总结。结果 通过有效的健康宣教方式,指导患者有计划地进行贮尿、排尿、尿意和尿控锻炼,使患者尽快建立新膀胱排尿功能,降低术后尿失禁发生率。结论 通过科学系统的排尿功能锻炼,患者可以快速适应新膀胱,建立新的排尿反射,从而提高患者的生活满意度。但国内暂无相关指南和专家共识,后期有待通过循证研究制定科学严谨的原位新膀胱排尿功能锻炼方案,以指导临床工作。

关键词: 原位回肠新膀胱;膀胱功能锻炼;综述

膀胱癌(Bladder Cancer, BC)是全球第十大常见癌症,近年来发病率和病死率均呈上升趋势^[1]。根治性膀胱切除术(radical cystectomy RC)是肌层浸润性膀胱癌治疗的金标准^[2],原位新膀胱术(Orthotopic neobladder, ONB)是RC术后常用的尿流改道术。ONB术后患者外观及解剖上接近正常排尿形态,无腹壁造口及相关并发症^[3]的困扰,尿失禁是ONB术后常见的并发症之一,术后患者生存质量和回归社会的过程^[4]受其严重影响。科学系统的排尿功能锻炼对于提高患者新膀胱管理能力,帮助新膀胱形成节律性充盈和排空规律,使患者建立良好的排尿习惯具有显著作用^[5],从而降低尿失禁的发生,使患者的生存质量提高。本文从原位新膀胱患者排尿功能锻炼的内容、方式和影响因素三个方面进行综述,旨在为临床提供指导。

1 原位新膀胱术后患者排尿功能锻炼方式

参考《临床泌尿外科疾病诊疗指南》,新膀胱排尿功能锻炼主要涵盖四个方面:贮尿功能训练、尿意习惯训练、排尿方式训练和控尿方式训练^[6]。新膀胱排尿功能锻炼是一项长期、繁琐、需要有计划进行的训练,健康教育内容繁多,如何对患者及家属进行科学合理又易于接受的健康宣教是功能锻炼指导的关键环节,医务人员帮助患者和家属共同制定训练计划,围绕评估、诊断、计划、实施和评价5个方面动态评估患者和家属相关知识的掌握情况,出院后由专职护士进行电话随访,根据患者训练效果综合评估,并做相应指导,患者的锻炼依从性大大提高,锻炼效果显著改善^[7]。有学者^[8]将思维导图理念与健康教育内容相融和,将健康教育内容通过图片和文字来呈现,使复杂冗长的健康宣教知识变得清晰明了,方便患者理解、掌握和记忆。但由于膀胱

肿瘤患者年龄较大、文化水平层次不同、理解能力不一等原因,导致宣教效果远不如预期,如何针对患者实施个性化的健康教育,有待进一步临床研究。

2 原位新膀胱术后患者排尿功能锻炼内容

2.1 贮尿功能训练

据有关文献统计^[9],相较于乙状结肠,回肠新膀胱的储尿量最多,顺应性最强,正常膀胱容量为300~500ml,新膀胱则需要通过循序渐进的排空和充盈训练来获得新的生理状态,并恢复或提高其储尿和排尿功能。为使大脑皮层尽快建立新的储尿排尿反射,恢复新膀胱充盈感觉,储尿功能训练一般于术后一周进行^[10],定时夹闭和开放导尿管和造瘘管,首先半小时开始,逐渐增加至2~3小时打开1次,尿量由少至多,直至每次放出尿液约250ml。术后3周拔除导尿管和输尿管支架管,4周拔除造瘘管后,参照饮水情况设置闹铃定时排尿,一般白天排尿6~8次,晚上排尿2~3次为宜^[11]。另有文献^[12]指出骶神经根功能性磁刺激通过刺激尿道外括约肌,促进尿道压闭合,也能提升膀胱贮尿功能。

2.2 尿意习惯训练

原位新膀胱术能保留患者的排尿功能,但新膀胱初期没有正常的排尿生理反射,患者极易出现排尿困难、尿失禁、残余尿多等并发症^[13]。患者早期排尿功能尚未完全建立时,医务人员可以参照患者的生活习性帮助患者制定排尿次数和间隔时间。为避免尿液滞留,拔管后第一周指导患者白天每2小时,夜晚每3小时排空膀胱一次,拔管后第二周,嘱咐患者白天每3小时,夜晚每4小时排空膀胱一次,随着排尿功能的逐渐建立,白天和夜晚的排尿间隔时间逐渐增加,

最终训练的目标是将排尿间隔时间增加到白天5~6小时,夜晚1次^[14],这样的排尿频率既符合正常生理需求,也有助于保持膀胱的健康状态。有研究显示^[15],患者可以利用排尿反射的扳机点,通过轻轻扣击耻骨上膀胱区、拉扯阴毛、按摩大腿等方法来刺激排尿敏感点,促使反射性排尿。目前,尿意习惯训练临床指导方法较为一致,效果显著。

2.3 排尿方式训练

排尿方式训练是通过指导患者利用腹肌收缩产生的腹压进行排尿^[16],从而改善膀胱的排尿功能,其中,挤压膀胱排尿法和屏气法是临床使用最多的方法。挤压膀胱排尿法是^[17]患者排尿时选择蹲位或半坐位,双手四指并拢,手掌放在耻骨后区或耻骨上区,均匀施压,使膀胱体受到压迫并随之下降,当膀胱内压达到一定程度,外括约肌开放,尿液便会排出。屏气法即Valsalva动作,患者通过憋气并用力收缩腹肌形成腹压排尿,同时结合掌心轻轻按压膀胱,向下做环形按摩,每次按摩持续5min,当膀胱下降到耻骨联合时,四指向下轻轻按压膀胱,进一步刺激和压迫膀胱排尿。另外为了避免发生斜疝,患者排尿时可以用左手保护双侧腹股沟区。一项研究^[18]通过对11例原位回肠新膀胱患者进行仰卧起坐等腹肌训练指导,11例患者锻炼3个月后排尿均达250ml以上。另有研究者^[17]通过对初期有排尿不尽感,残余尿量达50~120ml的5位患者进行为期1个月的腹肌训练指导,最终4例残余尿<30ml。

2.4 控尿方式训练

原位新膀胱手术中切除了前列腺尿道部和膀胱颈部,尿道外括约肌成为术后唯一的控尿机制。通过增强患者尿道外括约肌功能,提高尿道闭合压,从而降低术后尿失禁的发生^[19]。盆底肌训练^[20]是指以提肛肌为主,患者自主地对盆底肌进行规律收缩,提高控尿排尿的能力,此项训练可以用于预防和治疗盆底肌薄弱导致的尿失禁。盆底肌训练应从术前开始,直至术后8~12个月,具体方法表现为:患者排空膀胱,从而有意识地收缩肛门,收紧并持续5~10s,放松5~10s,如此循环,每天3~5次,每次持续10~15min^[21],因盆底肌位置较深,患者难以正确识别,可在锻炼过程中利用阴道压力计、加码阴道锥体等方法提高阴道敏感性,达到正确的收缩与舒放。盆底肌训练是一项需要长期坚持的运动,医务人员务必要向患者强调训练的重要性,发挥患者盆底肌训练中的主观能动性。

2.5 生物反馈治疗

盆底肌康复治疗仪配有一个盆底肌治疗探头和3个表面电极,具有盆底肌力测定,电刺激与生物反馈电刺激治疗

的功能。运动治疗仪,具体来说,是将肌力活动的信息肌电图转化为听觉和视觉反馈给患者,纠正其错误的盆底肌活动,指引其正确的盆底肌训练。而上海诺诚XCH-C1型治疗仪引导患者根据反馈的声音和图像信号进行正确的盆底肌收缩和放松,并通过语音启迪鼓舞患者,每周2~3次理疗,10次一个疗程,共持续2~3个疗程。生物治疗仪联合盆底肌锻炼效果优于单纯盆底肌锻炼,其单独疗效有待考证。

3 原位新膀胱术后患者排尿功能锻炼效果影响因素

因为新膀胱缺乏生理解剖结构,亦没有与尿道外括约肌的协同关系,排尿时依靠腹压,膀胱内压偏低则会导致残余尿增加、尿流率偏低,尿失禁和尿潴留等并发症容易发生。另外,由于患者年龄、性别、文化程度等不同,患者术后的心理状态、生理功能、治疗依从性均会发生偏差,需对患者身心及生活行为进行正确评估,主动耐心向患者讲解肿瘤的治疗与护理,逐渐增加新膀胱宣教知识,多采用鼓励性话语,使患者积极主动参与各项治疗,良好的从医心理能更好地配合医务人员完成排尿功能锻炼。根据患者的个体差异采取不同的宣教方式,微信、抖音、科普视频等适合学历高的患者,现场模拟、面对面讲解适合学历低的学生,姜炜曦等对37例患者采取不同的宣教方式,36例患者熟练掌握新膀胱知识。注意饮食卫生,加强营养,特别是摄入高热量、高蛋白、高维生素、易消化的食物,保持大便通畅,因回肠粘液多,患者需增加饮水量,冲洗粘液,每日饮水量应保持在2000ml/L以上,指导患者养成主动饮水的习惯,有学者帮助患者制定饮水计划,患者自己记录出入量,患者每日尿量稳定在1500~2000ml,使新膀胱逐渐接近正常的舒缩状态。综上所述,患者术后尿控功能的恢复受多因素影响,也是目前临床易忽视的问题,我们应加强该领域的研究,更好地帮助患者恢复尿控,提高生活质量。

综上所述,原位新膀胱术后排尿功能锻炼是一个复杂且多层面的锻炼过程,主要通过贮尿功能训练、尿意习惯训练、排尿方式训练和控尿方式训练四个方面进行,但新膀胱尿控功能的恢复受多因素影响,因而医务人员需综合考虑,为患者制定个性化新膀胱训练方案。另外,对于患者居家期间的膀胱锻炼问题仍缺乏有效的解决方法,对患者远期并发症疗效研究甚少,不利于为患者提供长期有效的治疗和管理方案,医务人员和研究者需加强此领域的研究,深入了解新膀胱术后的远期并发症及其发生机制,为患者提供更优质的治疗和护理。

参考文献:

[1]SUNG H,FERLAY J,SIEGEL R L,et al.Global

cancer statistics 2020:GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J].CA Cancer J Clin,2021,71(3):209-249.

[2] 郝婧晓,王晓晶.膀胱全切原位新膀胱术后患者生活质量的研究进展[J].解放军护理杂志,2016,33(18):36-40.

[3] 杨成才,詹辉,陈戡等.膀胱癌患者原位新膀胱术治疗后并发尿失禁的危险因素研究进展[J].山东医药,2022,62(06):91-94.

[4] 王莉萍,祁小龙,徐智慧,等.完全机器人辅助根治性膀胱切除及原位U形回肠新膀胱术对术后控尿功能恢复的影响[J].中华泌尿外科杂志,2019,40(3):178-182.

[5] 刘文伟.脊髓损伤患者个体化膀胱功能锻炼联合饮水计划的实施[J].护理学杂志,2010,25(18):1-3.

[6] 邹萍,梁静,李萍.原位回肠新膀胱术后患者支持性膀胱训练管理的效果[J].护理学杂志,2016,31(02):19-21.

[7] 洪含霞.基于膀胱癌出院患者监控平台的电话随访对原位新膀胱术后患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(12):63-65.

[8] 张雪.思维导图理念下原位新膀胱患者围手术期健康教育手册的构建及应用[D].海南医学院,2021.

[9] 吴亚茹.原位新膀胱术后尿控问题的分析(附46例临床报告)[D].河北医科大学,2019.

[10] 邹萍,梁静,李萍.原位回肠新膀胱术后患者支持性膀胱训练管理的效果[J].护理学杂志,2016,31(02):19-21.

[11] 张葳,肖春秀,郑艺淑.排尿日记对提高原位回肠新膀胱患者膀胱功能的应用价值[J].解放军护理杂志,2017,34(12):62-64.

[12] 周洁.排尿功能锻炼对膀胱癌手术后原位新膀胱排尿功能恢复的效果[J].护理实践与研究,2021,18(05):698-700.

[13] 刘金秀,张艳梅,王琳等.根治性膀胱全切除原位T型回肠新膀胱术后排尿功能的训练指导[J].现代预防医学,2011,38(07):1331-1332.

[14] 王蒙,何玮.腹腔镜下根治性全膀胱切除术加原位新膀胱术围手术期护理研究进展[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志,2015,7(05):305-308.

[15] Abufaraj M ,Dalbagni G ,Daneshmand S ,et al.The Role of Surgery in Metastatic Bladder Cancer: A Systematic Review[J]. European Urology, 2018, 73(4):543-557.

[16] 贺徐琳,刘永珍,刘晓青等.膀胱癌根治术后原位新膀胱排尿功能锻炼的研究进展[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(05):638-640.

[17] 孔桃红,张巧珍,凌冬兰等.21例子宫膀胱全切原位乙状结肠代膀胱患者膀胱功能训练的护理[J].中华护理杂志,2012,47(04):306-308.

[18] 郑亚华,费素定,陈丽君等.37例腹腔镜膀胱全切原位回肠代膀胱患者自主排尿功能的训练[J].中华护理杂志,2011,46(11):1077-1079.

[19] 朱建英,郑文婷,王筱慧等.提肛肌训练对前列腺电切术后暂时性尿失禁的影响[J].中华护理杂志,2002(11):13-15.

[20] 司龙妹,张佩英,张萌等.盆底肌训练防治前列腺癌根治术后尿失禁的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2020,55(12):1859-1864.

作者简介:

陆妍(1991—),女,汉族,江苏南京人,本科,南京大学医学院附属鼓楼医院,主管护师,泌尿护理。