

回肠代膀胱术后排尿功能训练指导

张希哲, 张钊华, 王玉英

[关键词] 回肠代膀胱术; 排尿功能; 功能训练

[中图分类号] R699.5 [文献标识码] B [文章编号] 1006-9771(2006)06-0552-01

[本文著录格式] 张希哲, 张钊华, 王玉英. 回肠代膀胱术后排尿功能训练指导[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(6): 552.

回肠代膀胱术后患者能否正常排尿直接影响手术效果。我们对 11 例术后患者进行系统排尿功能训练, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 对象 11 例膀胱癌患者均为男性, 年龄 45 ~ 62 岁, 平均 55 岁, 病理诊断为多发性移行上皮癌 9 例、膀胱腺癌 2 例, 术前尿道括约肌功能良好, 无尿失禁及尿道梗阻, 无肠道疾病史, 全部行根治性膀胱全切回肠代膀胱术。术后患者无肾及输尿管积水, 无返流、感染及残余尿。

1.2 方法 术后第 3 天开始, 以 1:5000 呋喃西林液缓慢冲洗膀胱, 每日 1 次, 防止黏液积聚成团堵塞尿路。术后第 7 ~ 8 天拔除一侧输尿管导管, 如无腰痛、发胀等症状, 增加导尿管引流量, 次日拔除另一侧导尿管; 如无漏尿, 次日拔除腹腔引流管。手术 2 周后留置导尿管定时开放, 开始每贮尿 50 ml 放尿 1 次, 以后逐渐递增贮尿容量, 直到 250 ml 左右放尿 1 次。每次放尿前让患者体会代膀胱充盈感, 放尿时收紧下腹部, 增加腹压或用手掌按压下腹部, 使尿液尽量排空, 训练代膀胱的贮尿和排尿功能。排尿后放松腹肌, 有规律地坚持提肛锻炼, 防止出现尿失禁, 每次维持 5 s, 使患者逐渐学会利用腹压自动排尿, 出院后仍保持定时定量排尿的习惯。在排尿功能稳定前常规测量残余尿。

2 结果

本组 11 例患者 1 例术后因肺转移死亡; 1 例因家庭纠纷意外死亡; 9 例获随访, 其中 2 例出现夜间沉睡后遗尿, 增加夜间排尿次数后纠正; 2 例拔管后出现轻度尿失禁, 经加强提肛锻炼纠正。

3 讨论

回肠代膀胱术是将回肠对折缝合形成球形代膀胱,

使蠕动波相互抵消。该术式具有以下优点: ①容量大; ②内压低, 可保护肾功能, 提高尿液的可控性; ③克服强烈蠕动引起的尿失禁及膀胱、输尿管返流, 有较好的膀胱顺应性; ④由于尿液从原尿道可控排出, 提高了患者术后的生活质量^[1]。代膀胱建立后, 原来的解剖结构和协调关系已不复存在, 代膀胱的收缩压主要依靠腹压完成, 所以必须进行贮尿排尿功能训练, 以恢复代膀胱的充盈感觉, 让患者学会利用腹压自动排尿, 养成定量排尿的习惯, 在大脑皮层建立新的贮尿排尿反射^[2]。提前或推迟排尿均会影响代膀胱的稳定, 提前排尿可使代膀胱容量越来越小, 排尿次数增加, 最终有可能丧失膀胱容量; 推迟排尿会扩大容量, 过度充盈造成代膀胱壁太薄, 丧失顺应性而产生残余尿, 甚至出现尿储留, 尿路感染。在排尿功能稳定之前, 应常规测量残余尿。多数患者经过严格训练, 拔管后排尿通畅, 无残余尿。如果残余尿少于 50 ml, 可让患者继续自己排尿, 并间歇性排尿后导尿, 以清除残余尿; 如残余尿多于 50 ml, 需重新插管留置导尿, 训练定量、定时排尿, 直至残余尿消失。若患者夜间沉睡后出现遗尿, 可采取增加夜间排尿次数的方法纠正。提肛锻炼是有规律地收缩提肛肌和耻骨尾骨肌, 借以加强尿道外括约肌的功能, 提高尿道内压力, 同时放松腹肌, 降低腹腔内压力或膀胱的压力, 防止出现尿失禁。本组中 2 例患者拔管后出现轻度尿失禁, 均通过该方法得以控制。

排尿功能训练必须通过患者的主动参与才能取得满意效果, 因此应首先帮助患者树立自信心, 积极配合训练。

[参考文献]

[1] 邱学德. 正位排尿的尿流改道术[J]. 国外医学: 泌尿系统分册, 1999, 19(4): 165-167.

[1] 梅骅. 泌尿外科手术学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 304.

(收稿日期: 2005-10-31 修回日期: 2006-01-09)