

## 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<sup>[1]</sup>。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<sup>[2]</sup>。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. 正位排尿的尿流改造术[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)