

## 1 例原位新膀胱术后并发肠梗阻患者的护理

顾婷婷<sup>1</sup>, 冯薇<sup>2\*</sup>, 王慧玲<sup>1</sup>, 姜心宇<sup>3</sup>, 陈兴红<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 江苏大学医学院 江苏镇江

<sup>2</sup> 镇江市第四人民医院护理部 江苏镇江

<sup>3</sup> 盐城市第三人民医院泌尿外科 江苏盐城

**【摘要】** 总结 1 例膀胱癌行原位新膀胱术后并发肠梗阻患者的护理实践。护理要点：组建多学科团队模式下的个案管理小组，制定肠梗阻护理管理方案、术后早期新膀胱功能锻炼、出院后延续性护理、个体化心理护理。患者术后 22 天出院，随访 6 个月，患者恢复良好。

**【关键词】** 原位新膀胱术；结肠代膀胱术；肠梗阻；护理

**【收稿日期】** 2024 年 4 月 15 日

**【出刊日期】** 2024 年 5 月 24 日

**【DOI】** 10.12208/j.ijnr.20240095

### Nursing care of 1 patient with intestinal obstruction after orthotopic neobladder surgery

Tingting Gu<sup>1</sup>, Wei Feng<sup>2\*</sup>, Huiling Wang<sup>1</sup>, Xinyu Jiang<sup>3</sup>, Xinghong Chen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>School of Medicine, Jiangsu University, Zhenjiang, Jiangsu

<sup>2</sup>Nursing Department of the Fourth People's Hospital of Zhenjiang, Zhenjiang, Jiangsu

<sup>3</sup>Department of Urology, Yancheng Third People's Hospital, Yancheng, Jiangsu

**【Abstract】** To summarize the nursing practice of a patient with intestinal obstruction after orthotopic neobladder for bladder cancer. Key points of nursing: case management group under multidisciplinary team mode was established, nursing management plan for intestinal obstruction, early postoperative functional exercise of new bladder, continuous nursing after discharge and individualized psychological nursing were formulated. The patient was discharged 22 days after operation and followed up for 6 months. The patient recovered well.

**【Keywords】** Orthotopic neobladder; Bladder replacement with colon; Intestinal obstruction; Nursing

膀胱癌（BC）是全球第二常见的泌尿系统恶性肿瘤，全球发病率在逐年升高<sup>[1]</sup>。目前根治性膀胱切除术（Radical Cystectomy, RC）联合淋巴结清扫仍然是 BC 的推荐治疗方法<sup>[2]</sup>。原位新膀胱（orthotopic neobladder, ONB），是指截取自身部分肠段，通过输尿管再植与尿道吻合构建一个与原膀胱形态、功能相似的新膀胱<sup>[3]</sup>。临床实践中各种尿流改道术式中原位新膀胱通过尿道排尿符合人体正常生理结构，保留人体原有的正常排尿方式，无需腹壁造口，未改变与原先的排尿方式维持人体正常生理结构，提高患者自身形象及术后生活质量<sup>[4]</sup>。由于原位新膀胱手术操作过程较复杂、步骤繁琐，会导致一些不可避免的并发症，影响患者的预后。虽然近年来原位新膀胱已成为最常见的尿流改道方法，但肠梗阻依旧是原位新膀胱早期最常见的并发症之一<sup>[5]</sup>。因此，密切监测术后并发肠梗阻尤为重要。我科于 2023

年 07 月收治 1 例膀胱癌患者，行 RC+ONB，术后并发肠梗阻。经过 22 天密切监测各项指标，精心照护，患者肠梗阻症状缓解，恢复良好。现将护理体会报告如下。

#### 1 临床资料

患者男，51 岁，主诉“膀胱肿瘤电切术后 18 月，排尿不畅 1 月余”于 2023 年 7 月 11 日入住我院泌尿外科。既往有膀胱肿瘤手术史，入院 B 超显示，膀胱内实质占位残余尿量约 745ml。膀胱镜活检显示高级别尿路上皮癌。入科第二天做好术前肠道准备，口服甲硝唑每日三次。术前 2 天进食无渣半流质饮食；术前 1 天进食流质饮食口服恒康正清 2 盒用温水泡成 3000 mL 清洁肠道，做好术前肠道准备。肠道准备期间为患者提供营养支持遵医嘱补液，补充电解质，增加机体对手术的耐受力，术晨清洁灌肠。7 月 15 日在全身麻醉下行

\*通讯作者：冯薇

RC+ONB 术, 手术结束回病室后予心电监护, 氧气吸入, 禁食, 留置胃肠减压管、深静脉置管、尿管, 盆腔引流管 2 根, 记 24 小时尿量, 生理盐水持续膀胱低压冲洗, 碳酸氢钠溶液冲洗每日一次。其他予抗感染、止血、护胃、营养治疗, 肠外营养支持治疗, 密切监测病情变化。术后第 1 天密切监测生命体征及电解质变化, 协助患者间断半卧位休息, 予粗盐热敷腹部、行气通便贴辅助通气, 定时翻身拍背、抗血栓压力带使用、气压泵治疗, 积极预防并发症。术后第 3 天患者肛门排气并排便一次, 医嘱予拔除深静脉、胃肠减压并试饮水, 循序渐进协助患者下床活动。术后第 5 天, 患者诉腹胀、腹痛、肛门停止排气排便, 行 CT 检查示肠梗阻, 白细胞 ( $12.93 \times 10^9/L$ ), 蛋白 ( $59.3g/L$ )。请消化科、营养科联合会诊医嘱予胃肠减压, 并予奥曲肽皮下注射, 双歧杆菌三联活菌胶囊口服, 经亚胺培南抗感染、肠内及静脉营养支持、补充电解质、静脉输注蛋白患者症状好转。术后第 12 天患者间断性排气、排便, 仍诉腹胀不适复查 CT 示: 肠梗阻, 但较前好转, 医嘱予“3、6、9”灌肠, 继续对症处理。术后第 17 天患者复查腹部平片显示: 腹部散在性肠积气积液, 医生予拔出胃肠减压管, 指导患者试饮水, 循序渐进指导患者进食。术后第 22 天患者进食后未诉不适, 各项指标均正常, 患者恢复良好, 遵医嘱予出院。

## 2 护理

2.1 组建多学科团队模式下的个案管理小组, 制定肠梗阻护理管理方案

肠梗阻是 RC+ONB 术后常见并发症之一, 发病率在国内外均处于较高水平<sup>[6]</sup>。术后引起肠梗阻的原因较多包括: 低钾血症、术中大量失血、低蛋白血症、阿片类药物的使用等<sup>[7-8]</sup>。组建多学科团队模式下的个案小组针对以上问题, 定制具体护理方案。多学科团队模式下的个案管理小组成员共 10 名, 包括名 1 消化内科主任医师、1 名泌尿外科主任医师、1 名疼痛科主任、1 名营养师、1 名康复师、1 名心理师、3 名泌尿外科主管护师、1 名护理研究生。消化内科医生给予肠梗阻相关治疗措施包括: 禁食禁饮、胃肠减压、灌肠、抑制胃肠道分泌、调节肠道菌群等。泌尿外科医生予密切检测水、电解质变化, 根据血钾情况及时调整用药。疼痛科医生为患者的耐受程度提供个性化的疼痛的治疗方案, 通过转移患者注意力、放松身心松弛肌肉等方式降低患者对疼痛的敏感, 减少阿片类的药物使用。营养师根据患者 BMI 值及营养状况定制相关营养方案选择合适的肠外营养, 积极补充蛋白质促进肠蠕动的恢复。康复

师制定相关运动方案以及腹部按摩流程促进肠道通畅。心理师对患者心理状态进行评估, 做好负性情绪疏导, 提供相关心理支持。3 名泌尿外科主管护师负责患者基础护理, 遵医嘱提供相关治疗措施, 确保护理安全。1 名护理研究生整合汇总负责书写记录各项管理方案。个案团队小组成员互相协作共同制定肠梗阻护理管理方案并确保管理方案安全有效的实施。

### 2.2 术后早期新膀胱功能锻炼

术后新膀胱与原膀胱的生理结构存在差异, 与尿道外括约肌没有协同关系, 大脑皮层未建立新的排尿反射, 患者可能存在尿失禁的风险。有研究表明 RC+ONB 术后一年昼夜完全性尿失禁 (UI) 的发生率最低为 22%, 最高为 63%, 新膀胱患者的 UI 严重影响患者的生活质量<sup>[9-10]</sup>。有研究表明有效的膀胱功能训练可改善 ONB 术后患者的控尿率<sup>[11]</sup>。为了使患者适应新的排尿方式, 提高新膀胱的排尿功能和控尿能力, 提高患者术后的生活质量, 术后根据患者的恢复情况提供个性化地进行康复锻炼尤为重要。康复训练内容包括: 储尿功能锻炼、尿意训练、控尿功能锻炼和排尿功能训练<sup>[12]</sup>。

储尿功能锻炼: 每日定时进行膀胱充盈、排空训练, 逐渐增加储尿量, 以达到或接近术前正常膀胱储存容积。拔除导尿管前先试验夹闭尿管, 每天夹闭 1h 逐渐延长至 2-3h, 使新膀胱储尿量由少至多储尿量逐渐接近于 250ml, 3 天后拔除尿管, 指导患者多饮水每日饮水量达 3000ml, 拔除尿管后, 患者膀胱感到充盈, 指导患者如厕排尿, 家属在一旁陪护, 告知患者新膀胱储尿功能的重要性。

尿意训练: 排尿前放松心情, 排尿时选择一个安静的卫生间并听取流水声帮助患者建立排尿反射。选取蹲位或坐位如厕的姿势, 保持腹肌收缩。通过冥想控制意识结合外力作用帮助患者进行排尿, 逐渐建立排尿反射。有学者<sup>[13]</sup>指出排尿日记能够动态并具体、准确地记录患者每日自身排尿情况, 包括每次排尿的时间、每次的排尿量、两次排尿间隔时间、尿失禁情况和尿意感觉等, 患者通过记录恢复的过程, 主动成为自己排尿情况监测者与管理者, 鼓励患者参与自我护理。排尿日记记录患者排尿间隔时间由 1 小时 17 分延长到 3 小时, 尿量从 50ml 逐步扩大到 150ml。

控尿功能锻炼: 有研究表明<sup>[14]</sup>术后盆底肌锻炼 (PFMT) 是预防及治疗尿失禁的有效疗法。指导患者平躺、双膝弯曲, 快速收缩臀部的肌肉向上提肛, 紧闭尿道及肛门, 然后快速放松, 一收一放为一组动作, 连

续做 8-12 个快速收放会阴部肌肉运动后休息 10s, 再做 8-12 个缓慢式的收放会阴部肌肉的运动, 并保持 10s 收缩, 再放松 10s, 重复以上 3 个步骤, 每天练习 3-4 次, 每次做 20-30 组运动, 持续锻炼 15-20 周。术后早期进行 PFMT 可提高骨盆底肌的强度, 促使盆底肌神经功能恢复, 增强新膀胱控尿能力, 从而降低 ONB 术后 UI 的发生率<sup>[15]</sup>。

**排尿功能训练:** 指导患者定时定量排空膀胱, 帮助患者掌握腹压排尿技巧, 排尿时保持蹲位或者坐位, 排尿前多进行深吸气, 保持腹肌收缩, 同时双手大拇指放置在双侧髂嵴处, 其余四指放置在下腹部膀胱区, 遵循由缓到重的原则对膀胱区进行按压, 提升腹压, 将膀胱内尿液排空。同时指导患者进行有规律地腹肌锻炼, 3-6 次/天, 每次 10 min, 呼气时收缩腹肌, 保持 3s, 吸气时放松, 加强腹肌收缩力, 使患者在收缩腹肌时贮尿囊内的压力高于尿道闭合压, 顺利完成排尿过程<sup>[16]</sup>。

### 2.3 出院后延续性护理

原位新膀胱手术创伤较大且过程复杂, 术后较易出现相关并发症, 对患者的生理、心理、社会均产生较大的影响。患者出院后可能依旧存在一系列的问题, 与医院信息沟通反馈不及时, 健康需求无法得到满足。延续性护理将护理服务延伸到社区及家庭, 及时沟通解决患者存在的问题, 满足患者的健康需求<sup>[17]</sup>。能够有效增加膀胱癌术后患者对疾病的认知, 提高自我护理能力、降低相关并发症的发生率, 切实提高患者术后的生活质量, 让患者缓解负性情绪, 重新适应社会、返回社会, 体现了优质护理的理念。延续性护理方式较为多样包括家庭访视、电话随访、基于互联网平台的延续性护理服务<sup>[18]</sup>。家庭访视能够较直接地了解患者出院后的情况, 直接给患者提供面对面的健康指导及时解决健康问题, 有利于护患之间的信息交流, 提高患者的满意度。电话随访能够有针对性地为患者提供帮助, 对患者的饮食、新膀胱功能锻炼等进行指导, 提高患者的自我管理能力和生活质量。基于互联网平台可与患者建立微信群、公众号、QQ 群等多媒体方式, 及时沟通交流解决患者的健康问题、通过公众号定期向患者推送健康教育相关内容, 改变传统健康教育模式, 拉近了医患之间的距离, 动态了解患者的恢复情况并提供相关的健康教育。经过 6 个月的多种方式的延续性护理患者恢复良好, 未出现其他相关并发症, 患者的新膀胱功能、生活质量以及自我管理能力和自我护理能力都得到了提高。

### 2.4 个体化心理护理

患者膀胱癌术后存在焦虑、紧张、恐惧疾病复发等

负性情绪<sup>[19]</sup>, 术后又出现肠梗阻等早期并发症, 加重患者的心理负担。适度的紧张、恐惧是一种正常的心理反应, 如果超过正常范围就属于心理状态失衡状态, 提示需要对患者的心理状态进行积极的一系列干预, 患者行 RC+ONB 术后并发肠梗阻后出现腹痛、腹胀、肛门停止排气排便的症状, 加重了患者的焦虑、恐惧。护士向患者解释说明术后肠梗阻是常见的并发症之一, 讲解病因、治疗及预后等, 提高患者对疾病的认知, 消除患者对自身疾病的焦虑、恐惧等负性情绪; 及时将治疗后的效果及相关检查情况反馈给患者, 告知患者肠梗阻症状逐渐缓解, 增强其治疗信心; 解释使用药物的药理作用、新膀胱功能锻炼的必要性及重要性, 宣教预后情况, 缓解患者的心理负担; 通过与家属联合做好患者的心理疏导, 家属提供社会支持作用, 鼓励、支持、陪伴, 增强患者治疗疾病的积极性。经以上心理干预, 患者积极配合医护进行疾病相关治疗, 主动参与疾病的自我管理, 提高自我管理能力, 主动与医务人员沟通讲述自身疾病转归的感受。

### 3 小结

本例 RC+ONB 术后患者并发早期肠梗阻导致患者腹胀、腹痛、肛门停止排气排便, 延长患者的住院时间, 增加患者的经济负担。由于手术方式较为复杂且病情较重, 需积极治疗肠梗阻的同时兼顾新膀胱的功能锻炼。通过禁食禁饮、胃肠减压、灌肠治疗肠梗阻的症状联合外周静脉营养改善患者的营养状况, 促进患者恢复。新膀胱的功能锻炼改善患者尿失禁的症状, 提高患者术后的生活质量, 提升患者自我管理的能力。通过组建多学科团队模式下的个案管理小组, 制定肠梗阻护理管理方案、术后早期新膀胱功能锻炼、出院后延续性护理、个体化心理护理缓解患者的负性情绪等措施, 患者恢复良好, 肠梗阻症状好转, 新膀胱的容量增加及储尿时间明显延长, 逐渐建立形成排尿反射, 养成规律的排尿习惯。通过术后 6 个月的随访及延续性护理, 患者未再出现相关并发症, 术后自我管理能力和生活质量明显提高, 促进患者的身心健康。

### 参考文献

- [1] Compérat E, Amin MB, Cathomas R, et al. Current best practice for bladder cancer: a narrative review of diagnostics and treatments. *Lancet*. 2022;400(10364):1712-1721.
- [2] Witjes JA, Bruins HM, Cathomas R, et al. European Association of Urology Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Summary of the 2020 Guidelines.

- Eur Urol. 2021;79(1):82-104.
- [3] 杨飞亚,王文宽,刘赛,等. 高龄膀胱癌患者行腹腔镜根治性膀胱切除加尿流改道术临床经验总结[J]. 中华医学杂志,2019,99(14):1101-1105.
- [4] Kakizoe T. Orthotopic neobladder after cystectomy for bladder cancer. Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci. 2020;96(7):255-265.
- [5] Zhong H, Shen Y, Yao Z, et al. Long-term outcome of spiral ileal neobladder with orthotopic ureteral reimplantation. Int Urol Nephrol. 2020;52(1):41-49.
- [6] 王天威,杨荣,刘天遥等. 机器人辅助腹腔镜下根治性全膀胱切除术后并发症及其危险因素分析 [J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版), 2020, 14 (01): 8-11.
- [7] 丁佳蓉,朱逸琪,王良梅等. 机器人辅助腹腔镜根治性膀胱切除术后早期肠梗阻的风险因素分析 [J]. 现代泌尿外科杂志, 2022, 27 (02): 104-108+114.
- [8] 陈莉,汪涌,祝广峰等. 2020 年欧洲泌尿协会肌层浸润性膀胱癌诊断和治疗指南概要 [J]. 现代泌尿外科杂志, 2020, 25 (11): 1025-1029.
- [9] Fasanella D, Marchioni M, Domanico L, et al. Neobladder "Function": Tips and Tricks for Surgery and Postoperative Management. Life (Basel). 2022;12(8):1193. Published 2022 Aug 4.
- [10] Miao S, He Q, Zhang Y, et al. Management of urinary incontinence after radical cystectomy and orthotopic neobladder: A scoping review of international practices. Nurs Open. 2023;10(10):6618-6634.
- [11] Xiao CX, Zhang W, Lin BX. The Effect of Action Research on Neobladder Function Training in Patients with Orthotopic Ileal Neobladders: A Prospective Cohort Study. Urol J. 2021;18(5):525-529. Published 2021 Apr 28.
- [12] 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
- [13] 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.
- [14] Cho ST, Kim KH. Pelvic floor muscle exercise and training for coping with urinary incontinence. J Exerc Rehabil. 2021;17(6):379-387. Published 2021 Dec 27.
- [15] Alouini S, Memic S, Couillandre A. Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence with or without Biofeedback or Electrostimulation in Women: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):2789. Published 2022 Feb 27.
- [16] 赵新华. 强化排尿功能训练在根治性膀胱全切回肠原位新膀胱术后患者护理中的应用 [J]. 中国医药指南, 2023, 21 (20): 173-175.
- [17] 刘玉芹,杨倩蓉,杨锐等. 我国膀胱癌患者延续护理研究现状 [J]. 中西医结合护理(中英文), 2020, 6 (09): 252-256.
- [18] 刘慧宇,赵秋利,范硕宁. 癌症幸存者延续性护理的研究现状 [J]. 中国全科医学, 2020, 23 (12): 1566-1570.
- [19] 王小平,何芳,祝凡等. 膀胱癌术后患者恐惧疾病进展现状及影响因素研究 [J]. 护理学杂志, 2019, 34 (02): 52-55.

版权声明: ©2024 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS