

早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理最佳证据总结

肖玉梅, 龚桂芳*, 邵幸儿, 黄丹媚, 余旺灵

广州市妇女儿童医疗中心妇科 广东广州

【摘要】目的 评价总结早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理的最佳证据, 为临床护理人员和管理者提供证据支持。**方法** 根据问题开发工具 PIPOST 确立早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理的循证问题, 系统检索 UpToDate 临床决策系统、英国国家医疗保健优化研究所 (NICE)、苏格兰院际指南网 (SIGN)、国际指南协作网 (GIN)、加拿大安大略护理学会网站 (RNAO)、美国国立癌症综合网络 (NCCN)、医脉通、欧洲泌尿外科协会网站 (EAU)、国际泌尿控 协会 (ICS)、加拿大泌尿外科协会 (CUA)、Cochrane Library、OVID-JBI、Pubmed、CNKI、中国万方共 15 个数据库从建库至 2021 年 6 月 5 日关于早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理的临床决策、循证指南、证据总结、系统评价、专家共识, 由 2 名研究者对文献质量进行评价, 并进行证据总结。**结果** 纳入 13 篇文献, 其中临床决策 2 篇, 循证指南 4 篇, 证据总结 4 篇, 系统评价 3 篇。从 13 篇文献中提取最佳证据 23 条, 总结为尿潴留风险评估、手术预防、膀胱引流方式的选择及管理、药物干预、膀胱康复技术、膀胱自我管理六大类。**结论** 早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理证据支持强, 临床医护人员应用证据时需结合临床情境有针对性的应用。

【关键词】 早期宫颈癌; 根治性子宫切除术; 尿潴留; 预防; 护理; 证据总结

【收稿日期】 2023 年 6 月 10 日 **【出刊日期】** 2023 年 7 月 16 日 **【DOI】** 10.12208/j.ijnr.20230255

Best evidence summary for prevention and management of urinary retention after radical hysterectomy for early cervical cancer

Yumei Xiao, Guifang Gong*, Xinger Shao, Danmei Huang, Wangling Yu

Department of Gynecology, Guangzhou Women and Children Medical Treatment Center, Guangzhou, Guangdong

【Abstract】 Objective To evaluate and summarize the best evidence of preventive nursing of urinary retention after radical hysterectomy for early cervical cancer, and provide evidence support for clinical nurses and managers. **Methods** According to the problem development tool PI POST, the evidence-based problem of prevention and nursing of urinary retention after radical hysterectomy for early cervical cancer was established. The system searches Up To Date clinical decision-making system, British National Health Care Optimization Institute (NICE), Scottish Inter hospital Guidance Network (SIGN), International Guidance Collaboration Network (GIN), Canadian Ontario Nursing Association website (RNAO), American National Cancer Network (NCCN), Medical Pulse, European Urology Association website (EAU), International Urology Association (ICS), Canadian Urology Association (CUA), Cochrane Library, OVID-JBI, Pubmed, CNKI and China Wanfang have 15 databases, from the establishment of the database to June 5, 2021, regarding the clinical decision-making, evidence-based guidance, evidence summary, systematic evaluation and expert consensus on the prevention and care of urinary retention after radical hysterectomy for early cervical cancer. Two researchers evaluated the literature quality and summarized the evidence. **Results** Thirteen literatures were included, including 2 clinical decisions, 4 evidence-based guidelines, 4 evidence summaries and 3 systematic evaluations. Twenty-three pieces of best evidence were extracted from 13 literatures, which were summarized into six categories: risk assessment of urinary retention, surgical prevention, selection and management of bladder drainage methods, drug intervention, bladder

第一作者简介: 肖玉梅 (1990-) 女, 四川遂宁, 汉族, 本科, 主管护师, 临床护士

*通讯作者: 龚桂芳 (1978-) 女, 广东广州, 汉族, 本科, 主任护师, 护士长

rehabilitation technology and bladder self-management. **Conclusion** The evidence of prevention and nursing care of urinary retention after radical hysterectomy for early cervical cancer is strong, and the clinical medical staff should apply the evidence in combination with the clinical situation.

【Keywords】 Early cervical cancer; Radical hysterectomy; Urinary retention; Prevention; Nursing; Summary of evidence

宫颈癌是女性生殖系统最常见的恶性肿瘤之一, 根据国家癌症中心 2019 年 1 月发布的数据显示: 我国每年新发病例 11.1 万^[1]。随着宫颈癌筛查技术的推广, 越来越多的宫颈癌在早期即被发现和治疗^[2]。当不需要或不建议保留生育能力时, 根治性子宫切除术结合双侧盆腔淋巴结切除是国际妇产科协会 Ia2-IIa 期宫颈癌的标准手术治疗方式^[3]。因手术涉及范围广, 术中切除宫旁组织和阴道旁组织时容易使支配膀胱、尿道括约肌和盆底筋膜肌肉的盆腔自主神经受损^[4], 术后常发生膀胱功能障碍, 早期表现为排尿后膀胱残余尿量增加、逼尿肌活动和膀胱感觉减弱, 患者不能自行排尿出现尿潴留^[5]。国外数据显示宫颈癌根治术后尿潴留发生率为 3.8%-21%^[6], 国内为 7.5%-44.9%^[7]。尿潴留发生后, 常常需要重置尿管或反复导尿, 增加患者尿路感染、再次就诊、再入院的发生率, 影响患者对治疗的满意度^[8], 同时也会对患者的生活质量产生负面的影响^[9]。本研究旨在通过循证方法, 系统检索国内外数据库, 汇总早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理的最佳证据, 为护理人员及管理者提供证据支持。

1 资料与方法

1.1 确立问题

本研究根据复旦大学 JBI 循证护理合作中心的问题开发工具 PIPOST^[10], 确立早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理的循证问题。研究对象 (P): 早期宫颈癌根治性子宫切除术患者; 干预措施 (I): I1: 尿潴留的评估; I2: 集束化尿潴留预防措施; I3: 集束化尿潴留护理措施; 实践者 (P): 早期宫颈癌根治性子宫切除术患者及家属、医护人员、临床管理者; 结局 (O): 尿潴留发生率、膀胱残余尿量、膀胱残余尿量 < 100ml 的时间 (天)、留置尿管总天数、导尿管相关泌尿系统感染的发生率、医护人员知晓率、早期宫颈癌根治性子宫切除术后预防护理流程; 场所 (S): 医院; 研究类型 (T): 临床决策、循证指南、证据总结、系统评价、专家共识。

1.2 证据检索策略

(1) 证据的纳入、排除标准 纳入标准: 研究人群为行根治性子宫切除术的早期宫颈癌患者, 研究内

容与早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留相关的评估、预防及护理方法, 文献的类型为临床决策、循证指南、证据总结、系统评价、专家共识, 语种类别为中英文, 按照 PICO 的原则纳入文献。排除标准: 非早期宫颈患者, 手术方式为非根治性子宫切除术, 文献类型为综述、会议记录、计划书, 无法获取原文的文献以及非中英文文献。

(2) 检索的数据库和专业团体网站 UpToDate 临床决策系统、英国国家医疗保健优化研究所 (NICE)、苏格兰院际指南网 (SIGN)、国际指南协作网 (GIN)、加拿大安全护理学会网站 (RNAO)、美国国立癌症综合网络 (NCCN)、医脉通、欧洲泌尿外科协会网站 (EAU)、国际尿控协会 (ICS)、加拿大泌尿外科协会 (CUA)、Cochrane Library、OVID-JBI、Pubmed、CNKI、中国万方。文献检索的时间为建库至 2021 年 6 月 5 日。

(3) 检索词和检索式 英文数据库采用主题词和自由词相结合的方式进行搜索, 检索式为 (cervical cancer OR Uterine Cervical Neoplasms OR early-stage cervical cancer OR radical cervical cancer resection OR radical hysterectomy) AND (urinary retention OR bladder function OR urination disorder OR Lower urinary tract symptoms OR Indwelling catheterization OR neurogenic bladder dysfunction) AND (evaluate OR prevention OR nursing OR train OR intervene OR nursing OR management); 中文数据库检索词: (宫颈癌或宫颈恶性肿瘤或早期宫颈癌或宫颈癌根治术或根治性子宫切除术) 和 (尿潴留或膀胱功能障碍或排尿障碍或下尿路症状或留置导尿或神经源性膀胱) 和 (评估或预防或训练或干预或或护理或管理)。

1.3 文献的评价标准

本研究由 2 名接受过循证护理系统培训的研究人员对纳入文献质量进行评价, 出现意见不同时由研究小组成员共同讨论、协商、最终决定是否纳入^[11]。指南根据 2012 年版的《临床指南研究与评价系统》(AGREE II)^[12]进行评价, 该量表包括 6 个领域, 23 个条目。每个条目按 1-7 分进行打分, 其中 1=很不同

意, 7=很同意, 计算出每个领域得分的标准化百分比, 由此判断指南的推荐等级。系统评价根据 AMSTAR 量表^[13]进行独立评价, 该量表分为 11 个条目, 每个条目分为“是、否、不清楚或未提及”进行判断。临床决策和证据总结的评价追溯相关原始文献, 根据研究类型采取对应的质量评价体系。由于最终纳入的文献类型不同、来源网站不同, 使用的证据分级系统不相同, 因此本研究统一使用 2014 版 JBI 证据预分级及证据推荐级别系统^[14]对纳入的证据进行 level 1-5 证据分级, 并确定推荐级别, 即 A 级推荐(强推荐)和 B 级推荐(弱推荐)。

2 结果

2.1 文献筛选流程及结果

通过上述 15 个数据库检索, 共获得文献 345 篇, 使用 Note Express 去重, 阅读摘要和文献标题, 筛选出与早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理相关的临床决策、循证指南、证据总结、系统评价、专家共识。再获取全文后仔细阅读, 排除不符合纳入标准的文献。文献筛选过程由两名研究人员独立进行。

最终本研究纳入 13 篇文献^[15-27], 其中临床决策 2 篇, 循证指南 4 篇, 证据总结 4 篇, 系统评价 3 篇。文献语言类别为 12 篇英文文献, 1 篇中文文献。文献筛选流程见图 1。

2.2 纳入文献的一般情况(见表 1)

2.3 纳入文献的质量评价结果

(1) 指南的评价结果(见表 2)

(2) 系统评价的质量评价结果(见表 3)

2.4 证据汇总

从纳入的 13 篇文献中最终获得 23 条证据, 对纳入的证据根据 2014 版澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心证据预分级和推荐级别系统进行等级划分。对来源于临床决策和指南的证据追溯其原始文献进行证据等级划分, 对来源于 JBI 数据库中的证据总结直接引用原有的证据级别及推荐等级。根据证据内容的相关性进行汇总, 最后由临床循证小组根据证据的 FAME 结构^[28]即可行性、适宜性、临床意义及效果对纳入的证据逐一进行审查。最后获得早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理最佳证据 23 条。见表 4。

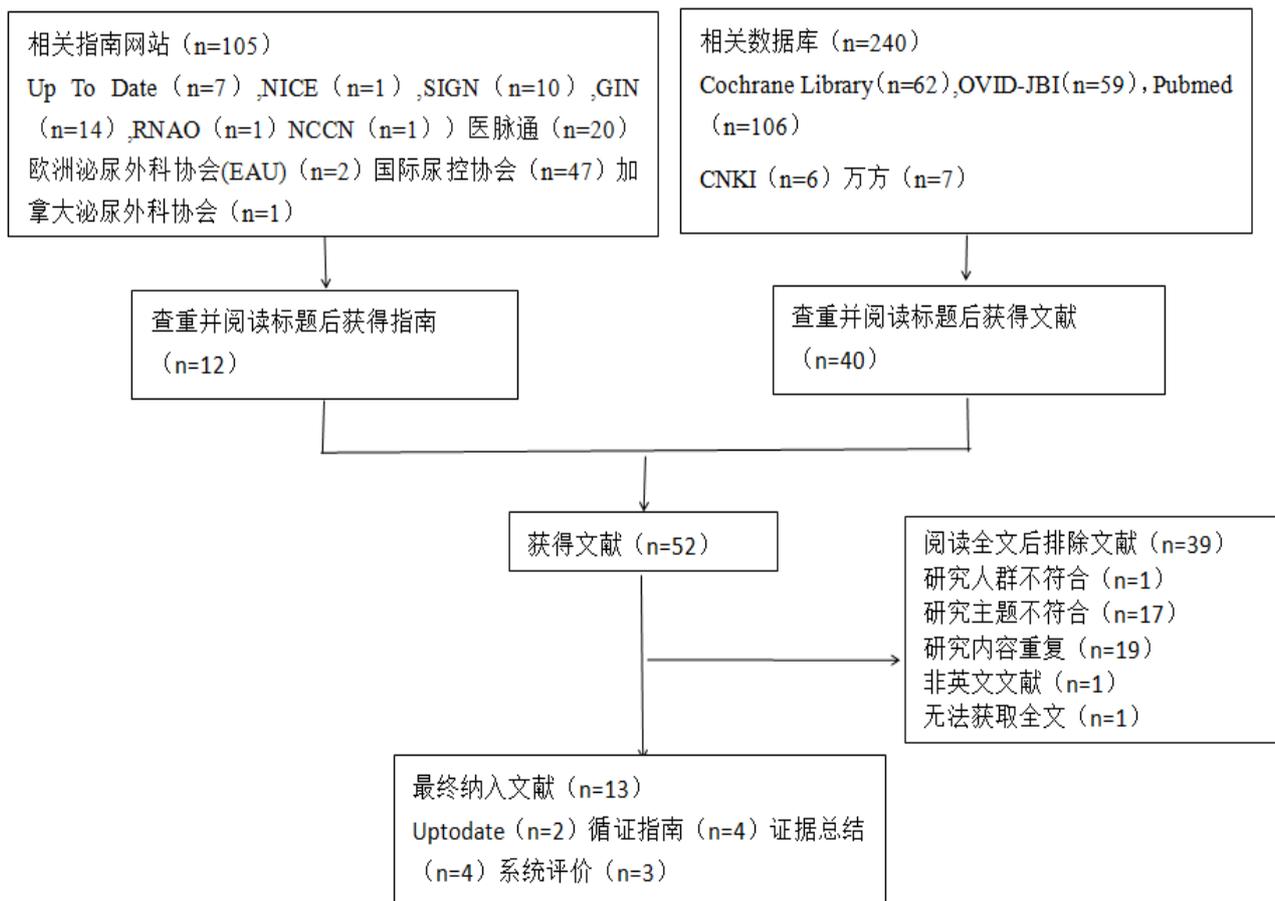


图 1 文献筛选流程

表 1 纳入文献的一般情况

文献	发表年份	来源	文献类型	主题
Chumnan Kietpeerakool et al ^[15]	2019	Cochrane	系统评价	早期宫颈癌 (Ia2 至 IIa 期) 妇女的保留神经的根治性子宫切除术与标准的根治性子宫切除术比较
B.Blok et al ^[16]	2021	EAU	循证指南	神经泌尿学指南
Alex Kavanagh et al ^[17]	2019	CUA	循证指南	神经源性下尿路功能障碍的诊断、管理和监测
Minooee et al ^[18]	2021	JBI	证据总结	术后尿潴留: 风险与防范
Minooee et al ^[19]	2021	JBI	证据总结	术后尿潴留: 评估与诊断
A Aue-Aungkul et al ^[20]	2017	Pubmed	系统评价	预防早期宫颈癌女性根治性子宫切除术后膀胱功能障碍的术后干预措施
Emily A Kidd et al ^[21]	2015	Cochrane	系统评价	住院成人短期膀胱引流 (间歇导尿、留置尿管与耻骨上插管)
Anthony J Schaeffer ^[22]	2021	Uptodate	临床决策	成人导尿管的放置和管理
Glen W Barrisford et al ^[23]	2020	Uptodate	临床决策	急性尿潴留
Soumya ^[24]	2021	JBI	证据总结	长期导管: 管理与护理
Pamaiahgari et al ^[25]	2021	JBI	证据总结	短期导尿管: 安全有效的使用
G.Bonkat et al ^[26]	2021	EAU	循证指南	泌尿系统感染
中国康复医学会康复护理专业委员会 ^[27]	2017	医脉通	指南	神经源性膀胱护理实践指南

表 2 指南质量评价

纳入的研究	各领域标准化百分比								
	范围和目的牵涉人员指南开发的严格性指南呈现的清晰性指南的适应性指南编辑的独立性 $\geq 60\%$ 的领域数 $\geq 30\%$ 的领域数推荐级别								
B.Blok et al ^[16]	90.3%	75.0%	84.5%	83.3%	77.8%	72.9%	6	6	A
Alex Kavanagh et al ^[17]	79.1%	70.8%	79.8%	79.1%	58.3%	66.7%	5	6	A
G.Bonkat et al ^[26]	93.0%	69.8%	80.4%	81.3%	73.6%	58.3%	5	6	A
中国康复医学会康复护理专业委员会 ^[27]	76.4%	32.3%	42.8%	78.1%	23.6%	16.7%	2	5	B

表 3 系统评价结果

项目	Chumnan Kietpeerakool et al ^[15]	A Aue-Aungkul et al ^[20]	Emily A Kidd et al ^[21]
是否提供了前期设计方案?	是	是	是
纳入研究的选择和数据提取是否具有可重复性?	是	是	是
是否实施广泛全面的文献检索?	是	是	是
发表情况是否已考虑在纳入标准, 如灰色文献?	是	是	未提及
是否提供了纳入和排除的研究文献清单?	是	是	是
是否描述纳入研究的特征?	是	是	是
是否评价和报道纳入研究的科学性?	是	是	是
纳入研究的科学性是否恰当地运用在结论的推导上?	是	是	是
合成纳入研究结果的方法是否恰当?	是	是	是
是否评估了发表偏倚的可能性?	是	是	是
是否说明了相关利益冲突?	是	是	未提及
总体评价	纳入	纳入	纳入

表 4 早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理最佳证据汇总

类别	证据内容	质量等级	推荐等级
尿潴留评估	1 医护人员应该了解与尿潴留发生的风险因素, 并能够识别高风险患者 ^[18]	level 5	B
	2 手术后短期尿管拔除后应进行患者膀胱的临床检查, 包括膀胱触诊和叩诊, 对于疑似尿潴留的患者首选膀胱超声筛查 ^[25]	level 5	B
手术预防	3 保留神经的根治性子宫切除术可以减轻术后的膀胱功能障碍 ^[15]	level 1	A
	4 早期以留置导尿为主, 可以采用经尿道或经耻骨上瘘道留置导尿的方式, 留置尿管可用于短期膀胱引流 (<3 周) ^[22,27]	level 5	A
	5 导尿管置入是一种无菌操作, 应由受过培训并有能力执行该操作的医护人员进行 ^[25,27]	level 1	A
	6 导尿管的材质选择: 有乳胶, 硅树脂, 塑料制成的, 因乳胶导管与尿道炎相关, 当需要长时间留置导管时, 建议使用硅胶导管 ^[22]	level 1	A
	7 导尿管尺寸的选择: 短期内留置导管通常选择 14 至 16 号, 女性建议使用较短的导管 ^[22]	level 5	B
	8 急性尿潴留减压率: 部分引流和钳夹不能减少短暂时血尿、低血压的并发症, 并且可能增加尿路感染的风险, 因此建议急性尿潴留患者应一次性、快速完全引流膀胱, 并记录尿液的初始排出量 ^[23]	level 1	A
	9 导尿管管理		
	①日常维护: 每天用肥皂水或清水清洁尿管周围足以满足日常维护 ^[22]	level 1	A
	②更换: 不建议常规更换留置尿管, 仅在临床必要时(感染、堵塞)或者根据厂家的建议更换 ^[24]	level 5	A
	③夹管: 短期导尿管患者不建议在拔除尿管前通过夹管进行膀胱训练 ^[17,25]	level 1	B
④冲洗: 尽量避免冲洗, 除非预测会发生阻塞(如前列腺或膀胱手术后可能出血), 采用密闭持续冲洗。为解除由凝块、黏液或其他原因造成的阻塞, 可采用间断冲洗法 ^[16,27]	level 5	A	
膀胱引流方式分选择及管理	10 导尿管相关尿路感染的预防		
	①带有预连接尿袋接头的导管放置降低了细菌定植的风险, 并应在可能的情况下使用, 引流袋和导管始终位于膀胱水平以下, 以避免从尿袋中逆行污染 ^[17]	level 1	A
	②留置导尿后, 建议使用密闭、防回流装置引流系统, 封闭系统的完整性破坏时应及时更换 ^[22]	level 1	A
	③涂有抗菌剂(呋喃西林、米诺环素或银)的导尿管不能减少导尿管相关尿路感染的发生, 长期使用还存在对抗菌药物耐药性和银毒性的担忧, 且价格昂贵, 不建议在尿袋中加入抗菌剂或者防腐剂 ^[17,22]	level 1	A
	④不建议使用预防性抗菌药物来预防导管相关性尿路感染 ^[26]	level 1	A
	11 恢复期, 应尽早拔除留置导尿管, 采取膀胱再训练、间歇性导尿等方法, 促进患者达到预期的康复目标, 当膀胱残余尿 <100ml 或为膀胱容量的 20%, 无其他泌尿系统并发症可考虑停止间歇导尿 ^[27]	level 1	A
	12 间歇性导尿是无法有效排空膀胱的神经源性膀胱患者的首选治疗方法, 优于留置导尿 ^[16,22,27]	Level 1	A
	13 清洁间歇性导尿和无菌间歇性导尿在无症状性菌尿和导管相关的尿路感染的发生率没有差异, 在医院推荐采用无菌间歇性导尿, 在家庭和社区, 推荐采用清洁间歇导尿 ^[22,27]	Level 1	A
	14 间歇性导尿的选择:		
	①考虑到医院感染的风险, 尽量选择一次性无菌的导尿管 ^[27]	level 5	A
②导尿管润滑: 首选亲水涂层导尿管, 有效减少尿道感染, 降低尿道损伤, 减轻患者插管不适和疼痛感 ^[26,27]	level 2	A	
③尺寸: 选择能足以自由引流但又能最大限度降低创伤的导管, 细腔导尿管应成为首选, 女性使用 12-14cm ^[16,27]	level 5	B	
④频率: 每天 4-6 次 ^[27]	level 5	A	
膀胱自我管理	15 与留置导尿管相比, 插入耻骨上导管可通过最大限度地降低尿路感染和无症状菌尿的风险来加速膀胱功能的恢复 ^[20,21]	level 1	A
	16 辅助膀胱引流方法(CIC、留置导尿或耻骨上导管)的选择应根据患者的运动功能、解剖限制、膀胱特征、既往泌尿系统并发症和生活质量进行个体化 ^[17]	level 5	A
	17 胆碱能药物, α -受体阻滞剂 ^[16,20,27]	level 1	A
	18 膀胱功能训练可有效治疗根治性子宫切除术后膀胱功能障碍 ^[20,27]	level 1	A
	19 针灸治疗 ^[20,27]	level 2	A
	20 外周临时电刺激: 胫神经刺激和经皮神经电刺激 ^[16]	level 3	B
	21 外周临时电刺激结合盆底肌肉训练和生物反馈 ^[16]	level 3	B
	22 饮水计划: 每日饮水量 1500-2000ml ^[27]	level 5	B
膀胱自我管理	23 排尿日记: 评估下尿路功能状况最简单的方法, 推荐详细记录排尿日记, 排尿日记记录时间为连续 7d ^[27]	level 5	A

3 证据描述

3.1 尿潴留风险评估

第 1-2 条证据来源于 JBI, 证据指出医护人员应该了解与尿潴留发生的危险因素, 包括麻醉方式、手术方式、手术持续时间、围手术期使用的药物等, 并能够识别尿潴留高风险人群并实施干预措施以预防术后尿潴留的发生 (B 级推荐)。同时手术后短期导尿管拔除后应进行患者膀胱的临床检查, 包括膀胱触诊和叩诊, 对于疑似尿潴留的患者首选膀胱超声筛查 (B 级推荐)。证据强调尿潴留的风险评估。目前, 国外学者预测尿潴留的发生主要是通过术后尿潴留危险因素、围手术期膀胱容量等来评估风险级别进行判定。国内对术后尿潴留的风险评估较少, 大多数研究主要集中在流行病学的调查和治疗方面, 关于尿潴留风险评估工具及风险评估模型有待进一步的研究。

3.2 手术预防

第 3 条证据来源于 2019 年一篇系统评价, 该系统评价纳入 4 项小型随机对照试验研究, 表明与接受标准根治性子宫切除术相比, 保留神经的根治性子宫切除术后膀胱功能障碍的风险降低 (A 级推荐)。但是没有足够的证据表明保留神经的根治性子宫切除术是否提供与早期宫颈癌患者标准根治性子宫切除术相当的肿瘤学疗效, 需要更多高质量的 RCT 研究来表明保留神经的根治性子宫切除术是否对早期宫颈癌女性的生存有益。因此, 手术操作者在决定早期宫颈癌手术方式时仍要慎重综合考虑是否保留盆腔自主神经。

3.3 膀胱引流方式的选择及管理

第 4-16 条共 13 条证据主要阐述早期宫颈癌根治性子宫切除术后膀胱引流方式的选择及管理, 主要包括留置导尿、间歇导尿和耻骨上膀胱导管三种方式。证据指出辅助膀胱引流方法 (清洁间歇导尿、留置导尿或耻骨上导管) 的选择应根据患者的运动功能、解剖限制、膀胱特征、既往泌尿系统并发症和生活质量进行个体化的选择 (A 级推荐)。

(1) 留置导尿

早期宫颈癌根治性子宫切除术后早期以留置导尿为主, 留置导尿方式可以经尿道留置尿管或者耻骨上瘘道留置尿管, 留置尿管可用于短期 (<3 周) 膀胱引流 (A 级推荐)。留置导尿为无菌操作, 应由受过培训并有能力执行该操作的医护人员进行 (A 级推荐)。导尿管材质的选择方面, 因乳胶导管与尿道炎有关, 当需要长期留置导尿管时, 建议使用硅胶导管 (A 级推荐)。导尿管尺寸, 短期内留置导管通常选择 14 至

16 French, 女性建议使用较短的导管 (B 级推荐)。因部分引流和钳夹不能减少短暂性血尿、低血压的并发症, 并且可能增加尿路感染的风险, 建议急性尿潴留患者应一次性、快速完全引流膀胱, 并记录尿液的初始排出量 (A 级推荐)。导尿管管理: (1) 每天用肥皂水或清水清洁导尿管周围足以满足日常维护 (A 级推荐)。(2) 不建议常规更换留置尿管, 仅在临床必要时 (感染、堵塞) 或者根据厂家的建议更换 (A 级推荐)。(3) 短期导尿管患者不建议在拔除导尿管前通过夹毕进行膀胱训练 (B 级推荐)。(4)

尽量避免冲洗, 除非预测会发生阻塞 (如前列腺或膀胱手术后可能出血), 采用密闭持续冲洗。为解除由凝块、黏液或其他原因造成的阻塞, 可采用间断冲洗法 (A 级推荐)。导尿管相关尿路感染的预防:

(1) 带有预连接尿袋接头的导管放置降低了细菌定植的风险, 并应在可能的情况下使用, 并保持引流袋和导管始终位于膀胱水平以下, 以避免从尿袋中逆行污染 (A 级推荐)。(2) 留置导尿后, 建议使用密闭、防回流装置引流系统, 封闭系统的完整性破坏时应及时更换 (A 级推荐)。(3) 涂有抗菌剂 (呋喃西林、米诺环素或银) 的导尿管不能减少导尿管相关尿路感染的发生, 长期使用还存在对抗菌药物耐药性和银毒性的担忧, 且价格昂贵, 不建议在尿袋中加入抗菌剂或者防腐剂 (A 级推荐)。

(2) 间歇导尿

恢复期, 应尽早拔除留置导尿管, 采取膀胱再训练、间歇性导尿等方法, 促进患者达到预期的康复目标, 当膀胱残余尿 <100ml 或为膀胱容量的 20%, 无其他泌尿系统并发症可考虑停止间歇导尿 (A 级推荐)。间歇性导尿是无法有效排空膀胱的神经源膀胱患者的首选治疗方法, 优于留置导尿 (A 级推荐)。间歇性导尿包括清洁间歇性导尿和无菌间歇性导尿, 清洁间歇性导尿和无菌间歇性导尿在无症状性菌尿和导管相关的尿路感染的发生率没有差异, 在医院推荐采用无菌间歇性导尿, 在家庭和社区, 推荐采用清洁间歇性导尿 (A 级推荐)。考虑到医院感染的风险, 尽量选择一次性无菌的导尿管 (A 级推荐)。首选亲水涂层导尿管, 有效减少尿道感染, 降低尿道损伤, 减轻患者插管不适和疼痛感 (A 级推荐)。尺寸: 选择能足以自由引流但又能最大限度降低创伤风险的导管, 细腔导尿管应成为首选, 女性使用 12-14cm (B 级推荐)。频率: 每天 4-6 次 (A 级推荐)。

(3) 耻骨上导管

与留置导尿管相比, 插入耻骨上导管可通过最大限度地降低尿路感染和无症状菌尿的风险来加速膀胱功能的恢复(A级推荐)。

3.4 药物干预

第17条证据来源于2017年系统评价:“预防早期宫颈癌根治性子宫切除术后膀胱功能障碍干预措施”、欧洲泌尿外科协会指南及中国康复医学会康复护理委员会神经源性膀胱护理指南。证据提到膀胱逼尿肌功能障碍是根治性子宫切除术后膀胱功能障碍的主要原因, 膀胱逼尿肌的收缩是由神经递质乙酰胆碱介导的副交感神经冲动刺激的, 使用胆碱能药物可有效预防术后尿潴留的发生(A级推荐)。使用 α 受体阻滞剂降低神经源性膀胱出口张力(A级推荐)

3.5 膀胱康复技术

第18-21条证据为尿潴留预防的膀胱康复技术, 主要包括膀胱功能锻炼, 针灸治疗, 外周临时电刺激结合生物反馈。证据指出膀胱训练以逼尿肌为目标, 旨在根据正常模式促进膀胱充盈和排空, 因此膀胱功能训练可有效治疗根治性子宫切除术后膀胱功能障碍, 是治疗神经源性膀胱的有效干预措施(A级推荐)。同时中医针灸可用于治疗妇科手术尿潴留(A级推荐)。外周临时电刺激: 胫神经刺激和经皮神经电刺激(B级推荐)。外周临时电刺激结合盆底肌肉训练和生物反馈(B级推荐)。

3.6 膀胱自我管理

第22、23条证据为膀胱自我管理方法。建议神经源性膀胱每日饮水计划为1500-2000ml(B级推荐)。排尿日记是评估下尿路功能状况最简单的方法, 推荐详细记录排尿日记, 包括有关排尿次数、排尿量、尿急频率发作的数据, 排尿日记记录时间为连续7d(A级推荐)。

4 结论

本研究总结了目前国内外关于早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防护理的相关证据, 最终提取整合得到23条证据, 包括尿潴留风险评估、手术干预、膀胱引流方式的选择及管理、药物干预、膀胱康复技术及膀胱自我管理6个方面。在研究前期阶段, 按照证据资源6s模型^[29]自上而下进行文献检索, 到系统评价层面时已获得足够数量的文献, 因此, 纳入的文献只包含临床决策、循证指南、证据总结以及系统评价, 排除原始随机对照试验研究。目前, 国内外有大量关于早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留发生原因及干预措施的研究, 但大多数研究为原始研究, 缺乏严

谨的设计和长期的随访数据支持, 尚未形成系统化、个体化的早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留的预防及管理流程。因此, 本研究旨在通过系统文献检索, 总结出最佳证据, 以建立早期宫颈癌根治性子宫切除术后尿潴留预防的规范的流程, 为早期宫颈癌根治性子宫切除术后患者提供循证证据支持, 改善患者预后和生活质量。因本次研究纳入的文献主要为英文文献, 临床护理人员和管理者在证据应用时需考虑到临床情境、患者个人喜好以及各个医疗机构的实际情况, 以促进证据更好的在临床应用。

参考文献

- [1] 谢锋, 隋龙. 宫颈癌筛查的现状与思考[J]. 实用妇产科杂志, 2020, 36(10): 721-723.
- [2] 宋丹, 孔为民. 早期宫颈癌患者保留生育功能的研究进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2015, 9(1): 17-20.
- [3] Verleye L, Vergote I, Reed N, Ottevanger PB. Quality assurance for radical hysterectomy for cervical cancer: the view of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Gynecological Cancer Group (EORTC-GCG). *Annals of Oncology* 2009, 20(10): 1631-8.
- [4] Sellers DJ, Chess - Williams R. Muscarinic agonists and antagonists: effects on the urinary bladder. *Handbook of Experimental Pharmacology* 2012, (208): 375 - 400.
- [5] Laterza RM, Sievert KD, Ridder D, Vierhout ME, Haab F, Cardozo L, et al. Bladder function after radical hysterectomy for cervical cancer. *Neurourology and Urodynamics* 2015, 34(4): 309-15.
- [6] 周静. 宫颈癌根治术后尿潴留的原因及预防护理进展[J]. 重庆医学, 2012, 41(15): 1545-1546.
- [7] 鲁媛媛, 张茹梅, 于悦, 等. 宫颈癌根治术后尿潴留相关因素的分析及防治措施[J]. 中国生育健康杂志, 2017, 28(1): 61-63.
- [8] Manchana T, Prasartsakulchai C, Santingamkun A. Long - term lower urinary tract dysfunction after radical hysterectomy in patients with early postoperative voiding dysfunction. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 2010, 21(1): 95 - 101.
- [9] Zhou W, Yang X, Dai Y, Wu Q, He G, Yin G. Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* 2016, 12(2): 938 - 44.
- [10] 朱政, 胡雁, 邢唯杰, 等. 不同类型循证问题的构成[J]. 护士进

- 修杂志,2017,32(21):1991-1994.
- [11] 胡雁,李晓玲,郝玉芳,等.循证护理学[M].北京:人民卫生出版社,2012:109-110.
- [12] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II :Advancing Guideline Development, Reporting and Evaluation in Healthcare[J]. Can Med Assoc J,2010,182(10): E839 -E842.
- [13] 熊俊,陈日新.系统评价/Meta 分析方法学质量的评价工具 AMSTAR[J].中国循证医学杂志,2011,11(9):1084-1089.
- [14] The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party.Supporting Document for the Joanna Briggs Institute levels of Evidence and Grades of Recommendation[J].The Joanna Briggs Institute .2014.
- [15] Chumnan, Kietpeerakool, Apiwat, et al. Nerve-sparing radical hysterectomy compared to standard radical hysterectomy for women with early stage cervical cancer (stage Ia2 to IIa).[J]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019.
- [16] Blok, B, et al. EAU Guidelines on Neuro-urology. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan Italy 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
- [17] Kavanagh A , Baverstock R , Campeau L , et al. Canadian Urological Association guideline: Diagnosis, management, and surveillance of neurogenic lower urinary tract dysfunction - Executive summary[J]. Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada, 2019, 13(6).
- [18] Minooee, Sonia. Post-operative urinary retention(pour):Risk and Prevention. 2021, Cited in: JBI EBP Database at
- [19] Minooee, Sonia. Post-Operative Urinary Retention: Assessment and Diagnosis. 2021,Cited in:JBI EBP Database at
- [20] Aue-Aungkul A , Kietpeerakool C , Galaal K , et al. Postoperative interventions for preventing bladder dysfunction after radical hysterectomy in women with early-stage cervical cancer[J]. Cochrane database of systematic reviews (Online), 2017.
- [21] Kidd E A , F Stewart, Kassis N C , et al. Urethral (indwelling or intermittent) or suprapubic routes for short-term catheterisation in hospitalised adults[J]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015.
- [22] Anthony J Schaeffer.Placement and management of urinary bladder catheters in adults[EB/OL].[2021-3-24].
- [23] Glen W Barrisford, Acute urinary retention[EB/OL].[2020-6-16].
- [24] Soumya.Long-Term Catheter :Management and Care .2021, Cited in: JBI EBP Database at Accessed June 19, 2021.
- [25] Pamaiahgari, Priyanka.Urinary Catheterization (short-term) : Safe and Effective Use. 2021,Cited in: JBI EBP Database at Accessed June 19, 2021.
- [26] G. Bonkat , R. Bartoletti, F. Bruyère et al.EAU Guidelines on Urological Infections. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan Italy 2021.ISBN 978-94-92671-13-4.
- [27] 中国康复医学会康复护理专业委员会. 神经源性膀胱护理实践指南(2017 年版)[J]. 护理学杂志, 2017, 32(024):1-7.
- [28] 王春青,胡雁.JBI 证据预分级及证据推荐级别系统(2014 版)[J].护士进修杂志,2015,30(11):964-967.
- [29] Dicenso A,Bayley L,Haynes RB.Accessing Preappraised Evidence:Fine-tuning the 5S Model into a 6S Model[J].Evid Based Nurs,2009,12(4):99-101.

版权声明: ©2023 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