

视觉反馈排尿训练治疗神经源性膀胱的临床分析

石胜柳

昆明医科大学第一附属医院 650032

〔摘要〕目的 探究视觉反馈排尿训练治疗神经源性膀胱的临床效果。方法 选择本院收治的神经源性膀胱患者 89 例，将患者进行随机分组，对照组采用常规康复方式，研究组在常规康复的基础上进行视觉反馈排尿训练，比较两组患者治疗前后的最大膀胱压、残余尿量和尿路感染发生率。结果 研究组的最大膀胱压高于对照组 ($P < 0.05$)，残余尿量少于对照组 ($P < 0.05$)，尿路感染的发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 视觉反馈排尿训练治疗神经源性膀胱时，能够显著提高治疗效果，减少尿路感染，推荐临床应用。

〔关键词〕视觉反馈排尿训练；神经源性膀胱；尿路感染

〔中图分类号〕R694 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 03-035-02

由于控制排尿功能的神经系统或周围神经出现损伤，引起膀胱功能障碍的疾病称为神经源性膀胱炎，主要表现为排尿困难、尿潴留、尿失禁等泌尿系症状，其可诱发泌尿系感染、结石等并发症，输尿管反流易引起肾盂肾炎、肾积水、肾衰竭等。目前对于该病尚未有较好的治疗方法。本研究选择 89 例神经源性膀胱炎患者作为研究对象，观察视觉反馈排尿训练治疗神经源性膀胱的临床效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择本院于 2017 年 1 月至 2018 年 8 月收治的神经源性膀胱炎患者 89 例，将患者随机分为两组，对照 44 例，男 25 例，女 19 例，年龄 18-68 岁，平均 (41.23 ± 4.84) 岁；研究 45 例，男 24 例，女 21 例，年龄 19-69 岁，平均 (41.59 ± 4.67) 岁；两组患者基本资料无显著差异 ($P > 0.05$)，可对比。

1.2 方法

对照组采用常规康复治疗，针对患者的病情制定膀胱训练方案，指导患者定时饮水及排尿，并将排尿时间及尿量进行记录，通过膀胱括约肌的控制训练、针灸、排尿反射训练等进行康复训练，患者残余尿量大于 100 毫升时，需对患者留置导尿管或进行间歇导尿，患者每日进行膀胱训练时间需大于 30 分钟。

研究组在常规康复治疗的基础上加入视觉反馈排尿训练：开启导尿管与视觉反馈设备，连接测压管和导尿管，根据要求保持

患者膀胱内的液体容量，嘱咐患者尽力排尿，通过测压管内的液注变化观察膀胱内压的变化，每天治疗 25 到 30 次，两次之间需保证充足的休息时间，总共历时 30 分钟。根据患者的排尿障碍设定针对性的训练方案：对于尿潴留、无法自主排尿的患者，需将灌注液量设置为安全容量的 80% 到 90% 左右；对于有自主排尿、残余尿量大于 100 毫升的患者，需将灌注液量设置为安全容量的 20% 到 25%；对于有自主排尿、但排尿时间长且尿流中断的患者，需将灌注液量设置为安全容量的 80%、60%、40%、20%；对于留置导尿管的患者，需采用 0.05% 的碘伏对尿道口进行消毒，每日两次，三天更换一次尿袋。

1.3 观察指标

(1) 每日记录患者的膀胱压、残余尿量、安全容量等指标，同时定期检查尿常规、尿液细菌培养，观察患者是否出现尿路感染，计算尿路感染发生率。

1.4 统计学分析

用 SPSS20.0 分析数据，计量资料 ($\bar{x} \pm s$)、计数资料分别行 t 检验、 χ^2 检验对比。 $P < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 比较两组最大膀胱压、残余尿量

两组患者治疗前的最大膀胱压及残余尿量无明显差异 ($P > 0.05$)，治疗后研究组的最大膀胱压大于对照组 ($P < 0.05$)，残余尿量少于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1：两组最大膀胱压及残余尿量对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	最大膀胱压		残余尿量	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=44)	33.24 ± 8.56	48.35 ± 7.62	352.16 ± 89.56	94.36 ± 9.26
研究组 (n=45)	33.45 ± 8.32	64.58 ± 9.69	354.89 ± 88.67	124.57 ± 10.67
t	0.117	8.810	0.145	14.252
P	0.453	0.000	0.443	0.000

2.2 比较两组尿路发生率

研究组的尿路感染发生率低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2：两组尿路感染发生率对比 (n, %)

组别	例数 (n)	发生 尿路感染	未发生 尿路感染	尿路感染发生率 [n (%)]
对照组	44	6	38	13.6%
研究组	45	1	44	2.2%
χ^2				4.000
P				0.046

3 讨论

神经源性膀胱炎的发病机制尚未完全明确，目前认为影响其

发病的因素有脊髓或颅脑损伤、中枢神经手术、先天性疾病如脊髓脊膜膨出、药物如阿托品、一些疾病如糖尿病、震颤性麻痹症等。该病的治疗多是对患者的排尿功能进行康复训练，常规康复训练的针对性较差，患者缺乏直观感受，康复效果不佳；视觉反馈排尿训练能使患者通过视觉感受刺激自主神经感知膀胱内液量，形成排尿反射。本次研究显示，两组治疗前的最大膀胱压及残余尿量无明显差异 ($P > 0.05$)，治疗后研究组的最大膀胱压高于对照组 ($P < 0.05$)，残余尿量少于对照组 ($P < 0.05$)，表明视觉反馈排尿训练相比常规康复训练，更能提高神经源性膀胱炎的治疗效果；研究组的尿路感染发生率低于对照组 ($P < 0.05$)，

(下转第 37 页)

更年期综合症 (climacteric syndrome) 系指由于更年期精神心理、神经内分泌和代谢变化,所引起的各器官系统的症状和体片综合症候群。

男性更年期综合症: 男性更年期由睾丸功能退化所引起的。而睾丸的退化萎缩是缓慢渐进的,性激素分泌减少也是缓慢的,精子的生成在更年期也不完全消失,而男性更年期来得较晚,出现的时间很不一致,发病年龄一般在 55~65 岁左右,临床表现轻重不一,轻者甚至无所觉察,甚者影响生活及工作,患者感到很痛苦。

女性更年期综合症是指由于卵巢功能衰退,缺乏雌激素分泌而引起植物神经系统功能失调的症候群。

各类患者出现临床症状的发病机制如下:

(一) 血管舒缩综合征: 绝经后 1~5 年间发生率 75~85%。25 岁行双卵巢切除后,患者 1~6 年后的发病机率 76%。

血管舒缩综合征,系指因雌激素或雄激素匮乏、植物神经功能障碍,所引起的,以阵发性发作的发热、潮红、全身或局部疼痛和心悸等为主的临床表现。

潮热不适的发病机理:

①下丘脑视前区促性腺激素释放激素 (GnRH) 神经元与相邻体温调节神经元 (Thermoregulatory neurons) 有直接地突触和神经连结,故 GnRH 神经元功能变化将波及后者。

②绝经后雌激素缺乏,反馈性地引起去甲肾上腺素活性增强,从而激发 GnRH 的释放活性神经连结引起散热机能 (heat loss mechanism) 的活跃。潮热发作与 GnRH 波动性和去甲肾上腺素活性波动有关;

③中枢神经系统和下丘脑内多巴胺和 B-内啡肽能活性降低。

(二) 各器官系统衰老性疾病

1 性征退化和性器萎缩: 外阴干枯、阴毛脱落、白色病损、外阴瘙痒、继发感染、性功能减退、膀胱、直肠膨出、子宫脱垂等。部分妇女出现多毛、脂溢、痤疮等男性化征象。

2 乳房萎缩、下垂,乳头乳晕色素减退: 乳房坚挺性减弱,组织软塌。

3 皮肤粘膜: 干枯、多皱、毛发脱落、色素沉着和老年斑、易发皮肤病。几千、咽喉炎和声音嘶哑。

4 心血管系统: 包括高血压、动脉硬化和冠心病,栓塞性疾病发生率随绝经后年龄增长而增高。 ≤ 55 岁妇女冠心病发生率低于同龄男性 5~8 倍。

治疗措施

一、性激素疗法即雌/孕激素替代治疗。

(一) 指征: 血管舒缩综合征、骨质疏松症、萎缩性阴道炎、早绝经、复发或顽固性泌尿道膀胱炎; 脂蛋白血症 (Lipoproteinaemia)。

(二) 禁忌症: 栓塞病史、慢性肝肾功能不全、性激素依赖性肿瘤 (了子宫肌瘤、内膜痛、乳房痛、卵巢癌)、卟啉症 (Prophyria)、严重高血压、糖尿病、严重静脉曲张、嗜烟、不能坚持长期随诊者。

(三) 慎用情况: 子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫内膜增生史、高催乳素症、尚未控制的糖尿病及严重高血压、有血栓形成倾向、胆囊疾病、癫痫、偏头痛、哮喘、系统性红斑狼疮、乳腺良性疾病、乳腺癌家族史。

(四) 疗效: 雌孕激素治疗,可显著地改善精神、躯体症状,遏制潮红、明显改善骨质疏松症; 降低骨折率。

(五) 临测和随诊: 重点是防止子宫内膜增生过长和痛变、乳腺增生反应和全身代谢异常变化。凡接受性激素替代治疗者,应每 3 个月门诊复查或信访 1 次。6 个月 1 次妇科检查,以及必要的超声和内膜活检。乳房检查注意有无小叶增生或肿块,并注意心、肝、胆、血液功能的监测,定期复查性激素。

4 结果

两组治疗效果、住院时间、住院费用的对比: 从治疗效果、住院时间、住院费用等进行比较,激素治疗组明显优于常规治疗组。

(上接第 33 页)

高度凝固的状态,所以可以缓解异常子宫出血,达到治疗效果,并且改善了月经增多的情况。

综上所述,在放置宫内节育器初期出现异常子宫出血使用妈富隆的效果明显,可改善月经增多的情况,有效改善异常子宫出血,可临床应用推广。

[参考文献]

[1] 张惠琴. 妈富隆治疗上环后异常子宫出血的临床效果分析 [J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2017, 4(17):61-62.

[2] 陈延斌. 妈富隆治疗皮下埋植术后异常子宫出血的效果观察 [J]. 中外医学研究, 2017, 15(33):169-170.

[3] 刘兰香. 妈富隆与妇康片治疗上环后异常子宫出血临床疗效与安全性对比 [J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2018, 5(03):67-68.

[4] 张娟. 妈富隆治疗上环后异常子宫出血的临床效果及不良事件发生率分析 [J]. 中国社区医师, 2018, 34(15):85+87.

[5] 王建敏. 妈富隆在治疗青春期内分泌失调性异常子宫出血的临床分析 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(1):59-60.

(上接第 34 页)

[参考文献]

[1] 李婵秀, 吴坚, 梁煊友等. 牙冠延长术后冠修复的牙周膜应力分析 [J]. 临床医学工程, 2013, 20(9):1110-1112.

[2] 袁冬, 刘树军. 应用改良冠延长术桩核冠修复上颌磨牙冠根折的临床观察 [J]. 北京口腔医学, 2016, 24(5):276-279.

[3] 拜合提亚尔·马合苏提, 阿不拉江·吐尔地. 磨牙冠延

长术在固定义齿修复中的应用效果评价 [J]. 医药前沿, 2016, 6(17):122-123.

[4] 李婵秀, 黄南楠, 吴坚等. 下颌第二前磨牙牙冠根折行牙冠延长术并桩冠修复后牙本质应力的三维有限元分析 [J]. 山东医药, 2015, (44):80-82.

[5] 陈芳, 韦纪英, 张君等. 牙冠延长术中牙根暴露量对患牙远期疗效的影响 [J]. 重庆医学, 2014, (9):1044-1046.

(上接第 35 页)

表明视觉反馈排尿训练能够减少并发症的发生,提高治疗有效率。

综上,视觉反馈排尿训练治疗神经源性膀胱时,能够提高治疗效果,同时降低尿路感染的发生率,推荐临床应用。

[参考文献]

[1] 齐冰, 李响. 视觉反馈排尿训练治疗脑卒中患者神经源性膀胱的临床观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(19):33-35.

[2] 唐建锋. 频电刺激治疗结合视觉反馈排尿训练在治疗脊髓损伤后神经源性膀胱尿潴留疗效观察 [J]. 中国妇幼保健研究, 2017, 28(S1):666.

[3] 齐冰, 李响, 姜慧强. 视觉反馈排尿训练治疗神经源性膀胱疗效及安全性观察 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(29):146-147.

[4] 刘澜涛. 膀胱功能训练对神经源性膀胱排尿障碍的疗效观察 [J]. 医学理论与实践, 2016, 29(7):963-964.