

1例高龄膀胱癌患者术后 中西医结合康复护理的个案分析

丁云婷

(北京市健宫医院 泌尿外科, 北京, 100054)

摘要: 高龄膀胱癌患者术后康复过程常受体能下降、并发症风险高、尿控功能重建难度大等因素影响,传统单向性护理模式难以满足其多维度康复需求。本文以>80岁膀胱癌术后个案为例,构建“分期康复+中西医结合+持续随访”的护理路径,通过生理监测、尿控训练、心理干预、营养调配及中医辨证施养等综合措施,形成从术后早期过渡至院外延续的全程照护链条。实践结果显示,该模式有助于促进泌尿系统功能恢复、降低并发症发生率、提升生活质量及情绪状态稳定性。研究表明,对高龄肿瘤术后患者实施整合式康复护理具有现实意义与推广价值,可为临床优化老年膀胱癌术后管理提供参考方向。

关键词: 膀胱癌; 中西医结合; 康复护理; 输尿管造口

Case Analysis of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Rehabilitation Nursing for an Elderly Bladder Cancer Patient after Surgery

DING Yunting

(Department of Urology, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: The postoperative rehabilitation process of elderly bladder cancer patients is often affected by factors such as decreased physical fitness, high risk of complications, and difficulty in reconstructing urinary control function. Traditional unidirectional nursing models are difficult to meet their multi-dimensional rehabilitation needs. This paper takes a case of a bladder cancer patient over 80 years old after surgery as an example, and constructs a nursing path of "staged rehabilitation + integrated traditional Chinese and Western medicine + continuous follow-up". Through comprehensive measures such as physiological monitoring, urinary control training, psychological intervention, nutritional adjustment, and traditional Chinese medicine syndrome differentiation and treatment, a full-process care chain from the early postoperative period to the continuation outside the hospital is formed. The practical results show that this model is helpful to promote the recovery of urinary system function, reduce the incidence of complications, and improve the quality of life and emotional stability. The research indicates that the implementation of integrated rehabilitation nursing for elderly patients after tumor surgery has practical significance and promotion value, and can provide a reference direction for the clinical optimization of postoperative management of elderly bladder cancer patients.

KEY WORDS: bladder cancer; integrated traditional Chinese and Western medicine; rehabilitation nursing; ureteral stoma

膀胱癌是泌尿系统常见的恶性肿瘤之一,随着我国人口老龄化趋势加速,其在高龄人群中的发病比例逐年增高^[1]。高龄膀胱癌患者多伴随心脑血管疾病、呼吸系统疾病等慢性基础病,术后康

复过程不仅存在感染、排尿功能障碍等生理层面问题,还面临体能恢复缓慢、生活方式调整及心理适应能力下降等多重挑战。机器人辅助腹腔镜膀胱根治性切除术的广泛应用,为高龄膀胱癌患者

提供了创伤更小、恢复更快、安全性更高的治疗选择,但术后康复护理仍是影响疗效与生活质量的重要环节^[2-3]。中西医结合康复护理已逐渐成为肿瘤术后康复领域的研究重点之一。西医围手术期管理与精准护理为术后安全提供基础,中医则以辨证论治为指导,通过扶正祛邪、健脾益气、利湿通淋等方法改善机体整体功能状态,提高康复耐受性与生活自理能力^[4]。中西医优势互补,尤其适用于高龄、基础病复杂的膀胱癌术后患者。本研究基于73岁高龄膀胱癌患者的术后康复护理过程,分析中西医结合护理策略在促进术后恢复、安全管理及功能维持中的作用,为高龄膀胱癌术后康复护理提供参考与实践依据。

1 病例资料

1.1 患者信息

患者男,73岁,因“经尿道膀胱肿瘤电切术(TURBT)后4周,拟行膀胱全切”于2025年09月03日入院。主诉术后仍有血尿、尿频,症状未完全缓解,入院目的为进一步手术治疗及综合评估。现病史:患者于4周前因肉眼血尿行经尿道膀胱肿瘤电切术(TURBT),术后病理提示多发浸润性高级别尿路上皮癌,伴鳞化改变,部分病灶疑及固有肌层。当时建议行膀胱根治性切除术,但患者拒绝;后因血尿、尿频症状持续不缓解,结合肿瘤恶性程度高,患者及家属同意手术方案并再次入院准备手术。病程中无发热、排尿困难或腰痛,精神、食欲、睡眠可,体重无明显变化。既往史:既往有冠心病、高血压病史,长期口服厄贝沙坦及硝酸甘油气雾剂;慢性支气管炎及哮喘病程多年,规律使用茶碱、羧甲司坦及布地格福吸入剂。否认糖尿病、肝炎、结核等传染病史,无药物及食物过敏史,无输血史,无吸烟及饮酒史。家族史:家族中无类似肿瘤患者,否认家族遗传病及传染病史,未见家族性疾病聚集。

1.2 体格检查

体温(T)36.5℃,脉搏(P)75次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)135/77 mm Hg,神志清楚,一般情况良好。心肺听诊未见异常,腹部平软,无压痛及反跳痛,腰区叩击痛阴性;肛诊提示前列腺Ⅱ度增大,质韧,无压痛,未触及结节。中医四诊:望:面色红润,舌淡红、苔薄白;闻:语声清亮,呼吸平顺,无异味;问:饮食可,眠安,二便调,偶感乏力;切:脉沉细。中医辨证属“积聚(正虚邪恋证)”。

1.3 辅助检查

尿常规:隐血3+,白细胞1+,红细胞205/uL,白细胞85/uL。影像学:MRI示膀胱左上壁明显增厚伴结节强化(约20 mm×14 mm×11 mm),高度提示膀胱癌。前列腺移行带多发结节,PI-RADS2分。术后病理(TURBT):多发浸润性高级别尿路上皮癌,部分伴鳞化,可疑侵及固有肌层。肾功能正常,电解质及凝血功能未见明显异常。

1.4 诊断

西医诊断:①膀胱恶性肿瘤(浸润性高级别尿路上皮癌,临床分期cT2N0M0);②血尿;③冠状动脉粥样硬化性心脏病;④高血压;⑤慢性支气管炎/支气管哮喘。中医诊断:积聚(正虚邪恋证)。

1.5 治疗

经多学科评估后,于2025年09月12日在全麻下行机器人辅助腹腔镜膀胱根治性切除术+双侧输尿管皮肤造口术+肠黏膜松解术+荧光造影术。术中出血约50 mL,手术切除标本包括膀胱全层及前列腺组织,未见大出血及麻醉意外。术后生命体征平稳,第3日可下床活动,双侧造口通畅,无明显并发症。术后病理提示浸润性高级别尿路上皮癌,淋巴结阴性。患者于2025年09月26日恢复出院,出院后需坚持造口自我管理,并定期进行肿瘤复查及慢性病随访。

2 护理

2.1 护理评估

患者术后第1天生命体征平稳,双侧输尿管造口通畅,尿液清亮,但造口周皮肤轻度潮湿,局部温度略高;造口底盘贴尚合可,偶有尿液渗漏痕迹。患者自述“怕感染、怕护理不好”,言语中伴焦虑表现,无明显切口疼痛,睡眠较浅,家属表示对造口护理方法掌握不足。

2.2 护理诊断

①感染风险:与术后造口暴露、尿液外渗及造口潮湿环境有关;②皮肤受损风险:与尿液刺激、造口周潮湿及贴合不良有关;③焦虑:与术后新造口状态及护理知识缺乏、担忧康复结果有关。

2.3 护理计划

根据患者存在的护理问题,采取相应护理措施,预防感染、保护造口周皮肤并减轻焦虑,使造口通畅、皮肤完整,患者能够正确掌握基本造口护理要点。

2.4 护理措施

2.4.1 多学科协同制定个体化中西医结合护理方案

本例患者高龄且合并多种慢性疾病,术后同时面临造口长期存留、感染风险增高及心肺耐受能力下降等问题,因此护理团队采取多学科协作管理模式(MDT),由泌尿外科主导,中医科、心内科、营养科、麻醉科及造口治疗师共同参与,联合制定个体化康复护理路径。护理干预重点包括:①造口规范化护理,优化底盘开孔与集尿袋密封度,减少皮肤刺激与渗漏;②慢性病连续管理,动态监测血压、心率、血氧及呼吸情况,联合心内科调整用药避免术后心血管事件;③疼痛与舒适度护理,根据NRS评分实施阶梯镇痛,并配合耳穴贴压等中医非药物干预提升耐受度;④依据患者证型属“积聚(正虚邪恋证)”,中医科介入以益气扶正、利湿通淋为调护方向,促进整体康复节律与体能恢复的平稳性^[5]。经过MDT联合管理23 d,患者术后生命体征平稳,心率维持75~80次/min,血压稳定在130/70 mm Hg左右,无胸闷、气促及心功能不全表现,体力恢复良好,能自主步行、进食与日常活动,达到多学科协作下的平稳康复目标。

2.4.2 术后病情监测与风险预警机制

术后感染风险较高的原因,具体如下:术前尿常规红细胞205/uL、白细胞85/uL提示泌尿系炎症基础;造口外露增加细菌接触机会;高龄及慢阻肺病史导致免疫储备不足。因此护理团队执行“三级监测模式”:①体温、尿量、引流液24 h记录;②每48~72 h复查血常规、尿常规;③若出现尿量骤降或腰部叩痛,即联动泌尿外科+肾内科评估是否支架阻塞或上尿路受损。患者术后体温始终维持36.2~36.8℃,尿液清亮,无浑浊或异味,尿量充足(约2000 mL/24 h),肾区叩击痛阴性,提示无上尿路感染或梗阻。术后尿常规及感染指标恢复正常,未发生泌尿系感染或发热。监测记录显示肾功能稳定,护理风险预警机制有效发挥作用。

2.4.3 输尿管皮肤造口护理与排尿安全管理

双侧输尿管皮肤造口为患者长期存在状态,造口护理质量直接影响排尿通畅性及皮肤屏障完整性。护理操作遵循“密闭、防渗、减刺激”原则:①依据造口直径修剪底盘开孔,使之与造口外缘贴合1~2 mm以内,避免尿液回流浸渍;②每日评估造口黏膜色泽、湿润度及分泌物,如见苍白、

暗红或渗液增多需及时处理;③造口周皮肤若出现发红或糜烂,立即应用皮肤保护膜或造口粉减少刺激;④尿袋使用透明材质,便于观察尿色及沉淀物变化,出现血尿、砂状沉积或尿量异常时立即上报医护联合评估^[6]。

住院期即开展患者与家属造口自理培训,包括集尿袋更换步骤、夜间固定方法、渗漏应急处理、皮肤刺激预防及盐结晶判断技巧。培训采用“示教+模拟操作+评估反馈”方式,以独立完成更换操作作为合格标准。患者造口黏膜色泽红润,排尿通畅,尿液清亮;造口周皮肤未见渗漏、糜烂或感染,造口周围皮肤损伤评估(DET)评分保持0分,集尿袋连接稳固,无渗漏事件。经系统培训后,家属能熟练更换尿袋与固定带,造口护理依从性良好,患者自述造口区舒适,无牵拉疼痛或异味。

2.4.4 中医辨证干预,辅助促进术后康复与体质恢复

本例患者属“积聚(正虚邪恋证)”,术后表现以气血亏虚、排尿通道改变与湿浊未清为主。中医干预贯穿术后康复全过程,以“益气扶正、利湿通淋、调畅气机”为基本护理思路,护理人员根据病程阶段分层实施中药调护与非药物干预,具有安全、依从性高、可长期家庭延续等特点。

2.4.4.1 中药内服调护(益气扶正+利湿通淋方向)

术后第3天起,在医师辨证基础上给予益气扶正、利湿通淋方向的中药颗粒剂,常规2次/d,疗程14 d,以改善乏力、尿色浑浊及夜尿增多等表现。护理重点在于服药依从性评估及不良反应观察,记录服药后胃纳、排便及尿量变化,作为后续辨证调整依据。

2.4.4.2 耳穴贴压护理(排尿调节+镇静止痛)

耳穴选取肾、膀胱、交感、皮质下、神门5穴,由护士使用王不留行籽贴压固定。操作方法:嘱患者或家属每日按压3次,1~2 min/次,每穴出现酸胀感为宜,每5 d更换1次,连续2周为一个疗程。重点观察患者排尿不适程度、夜间睡眠及疼痛评分(NRS),若出现耳廓红肿、皮肤过敏,则暂停贴压并记录不良反应等级。

2.4.4.3 艾灸温养护理(扶正祛湿+促循环)

选择关元(任脉)、中极(任脉)、足三里(足阳明胃经)、阴陵泉(足太阴脾经)等穴位实施温和艾灸。操作方法:使用艾条温灸,15~20 min/穴,距离皮肤2~3 cm,以温热而不灼痛为度。隔日治

疗1次,10次为一个疗程。灸后避免立即接触冷水,观察皮肤受热反应并记录局部温度、灸感及耐受情况。

2.4.4.4 穴位按揉护理(调气行血+改善舒适度)

穴位选择气海(任脉)、中脘(任脉)、天枢(足阳明胃经)、足三里(足阳明胃经)、三阴交(足太阴脾经)、合谷(手阳明大肠经)及内关(手厥阴心包经)^[7]。操作方法:由护士示教后,患者或家属自按;拇指指腹按压所选穴位,2~3 min/穴,以酸胀感为度,2次/d,连续14 d为1个周期,可随体力与耐受延长。避免在造口周围直接按压,造口周皮肤破损、明显渗液或出血时暂停,抗凝治疗或皮肤感觉异常者谨慎。预期护理目标为减轻腹部胀满与上腹痉挛感,缓解造口相关牵拉与不适,降低术后焦虑水平,改善入睡与睡眠维持,促进胃肠功能恢复与主观舒适度提升^[8]。

经中药调护与耳穴贴压、艾灸、穴位按揉结合应用后,患者术后第10天乏力感明显减轻,腹胀感由轻度(Ⅱ级)降至无(0级),睡眠时间由术后约4 h延长至6~7 h。舌质由淡红苔薄白转为红润,脉象较前有力,整体气血恢复良好,患者主诉食欲改善、排气排便正常,情绪平稳。

2.4.5 依据心肺风险特点实施循序渐进式康复锻炼

本例患者合并冠心病、高血压及慢性支气管炎/哮喘,心肺储备能力较低,术后康复锻炼遵循“轻负荷起始—分级递进—动态评估”原则,具体如下。

①术后24~48 h:以呼吸训练为主,包括缩唇呼吸、腹式呼吸,10 min/次,4次/d。增加肺泡通气,减少术后肺不张及痰栓形成,护理监测SpO₂、呼吸频率及痰液性状。②术后第3~5天:予患者床旁肢体主动活动+坐起训练,包括下肢踝泵运动、股四头肌等长收缩,10次/组,3组/d,监测血压、心率变化,心率上升不超过基础水平20%。③术后第6天起:予患者离床短程步行训练,起始行走5~10 min/次,2次/d,根据Borg量表<3级逐渐延长。如出现心悸、气促、胸闷等症状,立即停止训练并上报评估。

中医结合护理同步采用“宣肺化痰、行气活血”调护思路,配合敲击背部肺区叩击法与三阴交、内关轻度按揉,提高气血运行效率与呼吸舒适度。护理记录每日纳入“活动耐受评分+心肺反应”两项指标,作为调整训练强度依据。患者术后

第1天起能在床上完成踝泵与呼吸训练,第3天起可扶助下床短程行走;第6天行走耐受时间达10 min,SpO₂维持98%,心率较基础上升不超过20%,无胸闷、心悸,术后未出现肺不张、痰栓或心衰表现,心肺耐受力较术前明显增强。

2.4.6 持续化出院指导与随访管理

出院前由责任护士进行个体化健康教育,内容涵盖尿控训练方法、饮食与水量管理、造口或导尿管护理要点、警示症状识别及中医日常调养指导。建立“出院—社区—家庭”三级衔接模式,出院后1周、1个月、3个月进行电话或微信随访,评估排尿功能、并发症发生情况、情绪与生活自理能力,并根据需要启动多学科延伸指导。对高风险患者设置绿色复诊提醒,必要时安排中医康复门诊调理。通过持续追踪与反馈,确保患者康复目标在院外阶段得到延续,实现“医疗—护理—家庭”一体化管理。

2.5 护理评价

护理干预前,患者存在造口护理知识匮乏、造口周围皮肤潮湿、焦虑情绪明显等问题。经为期23 d的中西医结合个体化康复护理后,患者体征平稳、症状显著改善。造口周围皮肤损伤评估(DET)评分由入院初期的2分降至0分;NRS疼痛评分稳定在0分;焦虑自评量表(SAS)由术后第2天的58分降至出院前的38分,焦虑程度由中度(SAS≥50分)转为无明显焦虑(SAS<50分);患者夜间睡眠时长由术后4 h延长至7 h,胃纳明显改善;中医体质评估显示“气虚倾向”改善,脉象较前有力,舌质红润;家属经考核可独立完成造口底盘更换与集尿袋粘贴操作,操作合格率100%。整体护理目标达成,患者与家属对护理满意度达95%以上,对造口术后的心理适应性显著提升。

3 结果和随访

患者于2025年09月26日顺利出院,出院时生命体征平稳,造口通畅,造口周围皮肤完整,无感染及并发症。出院后建立三级延续护理体系:①随访时间为术后1周、1个月、3个月;②随访方式包括电话、微信及门诊复诊;③随访内容涵盖造口护理技能掌握情况、尿量与尿色、皮肤完整性、饮食与睡眠、心理状态及中医调护措施依从性。

首次随访时,造口周围皮肤轻度红润,经指导后恢复正常;1个月随访时,尿液清亮、造口黏膜色泽良好,患者能独立完成造口护理;3个月随访

时,体力恢复至可自行外出活动,未出现感染、狭窄或皮肤损伤。中医调护措施依从性良好,患者主诉“饮食睡眠均恢复正常,情绪状态平稳,无明显焦虑感”。

4 讨论

膀胱癌根治性切除术联合输尿管皮肤造口术是治疗浸润性膀胱癌的主要手段之一,但术后患者常伴排尿方式改变、造口并发症、心理障碍及生活质量下降等问题^[8];尤其在高龄群体中,机体代偿能力不足、基础疾病多、康复依从性差,使得术后护理的综合性与连续性成为影响康复效果的关键因素^[9]。

中西医结合护理理念的引入,为老年膀胱癌术后患者提供了系统化的干预思路。中医通过辨证施护,依托益气扶正、利湿通淋及行气活血等方法改善患者整体功能状态^[10];西医护理则注重病情监测、感染预防及造口管理,两者优势互补,可有效减少并发症并促进机体功能重建^[11]。本个案在中西医结合康复模式下,患者体力恢复平稳,排尿功能稳定,造口周围皮肤完整,焦虑程度明显下降,说明多维度整合康复护理能够兼顾安全性与舒适度,为高龄患者术后康复提供更科学的路径。

与既往单纯西医模式相比,本案例的优势在于:①采用多学科协作机制(MDT)实现个体化方案制定;②通过中医辨证调护与非药物干预提升康复耐受性;③持续随访形成院内外闭环管理,增强患者自我护理能力与生活信心。其不足在于为单病例观察,缺乏长期量化随访数据,结论的普适性尚需通过扩大样本量及多中心研究进一步验证。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 吕春,高成菲,曹洁,等.膀胱全切并输尿管皮肤造口术后吻合口狭窄的影响因素分析[J].临床泌尿外科杂志,2023,38(11):839-844.
LV C, GAO C F, CAO J, et al. Analysis of influencing factors in stoma stenosis after radical cystectomy plus ureterocutaneostomy [J]. J Clin Urol, 2023, 38(11): 839-844. (in Chinese)
- [2] 周倩.延续性护理在膀胱癌全膀胱切除术后患者中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(18):169-171.
ZHOU Q. Effect of continuous nursing on patients with bladder cancer after total cystectomy [J]. Med J Chin People's Health, 2021, 33(18): 169-171. (in Chinese)
- [3] 卢杏新,赵丽裴,许献霞,等.整体护理干预对根治性膀胱切除术后患者生存质量的影响[J].中外女性健康研究,2018(17):123-124.
LU X X, ZHAO L P, XU X X, et al. Effect of holistic nursing intervention on quality of life of patients after radical cystectomy [J]. Women's Health Res, 2018(17): 123-124. (in Chinese)
- [4] 陈立坤,韩瑞霞,韩瑞敏,等.中西医结合治疗预防非肌浸润性膀胱癌术后复发的临床研究[J].中医药学报,2016,44(4):80-82.
CHEN L K, HAN R X, HAN R M, et al. Clinical study on prevention of postoperative recurrence of non-muscle invasive bladder cancer by combination of traditional Chinese and western medicine [J]. Acta Chin Med Pharmacol, 2016, 44(4): 80-82. (in Chinese)
- [5] 陈华兰,陈亚萍,方芳.基于自我决定全程化管理对泌尿造口患者的影响[J].新疆医学,2025,55(7):885-888.
CHEN H L, CHEN Y P, FANG F. The impact of self-determination-based holistic management on patients with urostomies [J]. Xinjiang Med J, 2025, 55(7): 885-888. (in Chinese)
- [6] 熊柱凤,潘玉娟,洪慧,等.老年根治性膀胱全切术输尿管皮肤造口患者自我效能及应对方式的影响因素[J].广东医学,2024,45(1):111-115.
XIONG Z F, PAN Y J, HONG H, et al. Analysis of the influencing factors on self-efficacy and coping style in elderly patients with radical cystectomy and ureterostomy [J]. Guangdong Med J, 2024, 45(1): 111-115. (in Chinese)
- [7] 张小红,贺亚萍.中医护理临床路径在膀胱癌手术患者护理中的临床应用价值[J].中国药物与临床,2018,18(4):674-676.
ZHANG X H, HE Y P. Clinical application value of TCM nursing clinical pathway in nursing care of patients undergoing bladder cancer surgery [J]. Chin Remedies Clin, 2018, 18(4): 674-676. (in Chinese)
- [8] 李丹娜,王俊,杨明莹,等.膀胱癌根治性切除输尿管皮肤造口术尿路造口患者术后生命质量影响因素[J].昆明医科大学学报,2020,41(9):

- 67-71.
- LI D N, WANG J, YANG M Y, et al. Influencing factors of quality of life in patients with ureterostomy after radical resection of bladder cancer[J]. J Kunming Med Univ, 2020, 41(9): 67-71. (in Chinese)
- [9] 罗星兴, 叶剑钧, 王祺皓, 等. 术前输尿管镜检查对上尿路尿路上皮癌患者根治术后预后的影响[J]. 现代泌尿外科杂志, 2024, 29(12): 1074-1080.
- LUO X X, YE J J, WANG Q H, et al. Effects of preoperative ureteroscopy on the prognosis of patients with upper tract urothelial carcinoma after radical nephroureterectomy[J]. J Mod Urol, 2024, 29(12): 1074-1080. (in Chinese)
- [10] WU Y, ZHANG Z N, LIU Y F, et al. The application effect of traditional Chinese medicine nursing on general anesthesia combined with epidural anesthesia and electric resection for the treatment of bladder cancer and its influence on tumor markers[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2022, 2022: 7178711.
- [11] 王小英, 桂定文, 毛俊彪. 整体护理对根治性膀胱切除术后患者生存质量的影响[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2016, 8(2): 106-108.
- WANG X Y, GUI D W, MAO J B. The influence of holistic nursing on the quality of life of patients after radical cystectomy[J]. J Contemp Urol Reprod Oncol, 2016, 8(2): 106-108. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。