

1例糖尿病周围神经病变合并神经源性膀胱并发附睾-睾丸炎患者的护理体会

邱雪寒 吴爱荣 郭凤娥 韦翠翠*

同济大学附属养志康复医院

DOI:10.32629/carnc.v3i11.20835

[摘要] 总结1例2型糖尿病周围神经病变合并神经源性膀胱并发附睾-睾丸炎患者的护理过程。护理要点：护理团队通过多学科协作，实施了感染控制、间歇导尿、血糖管理及心理支持等个体化干预措施。经过综合护理，患者阴囊红肿疼痛明显缓解，残余尿量显著减少，血糖控制平稳，顺利出院。本文总结了此类复杂病例的护理要点，为临床提供参考。

[关键词] 糖尿病；周围神经病变；神经源性膀胱；附睾-睾丸炎；间歇导尿；护理体会

中图分类号：R473.5 文献标识码：A

Nursing Experience of One Patient with Diabetic Peripheral Neuropathy Complicated with Neurogenic Bladder and Epididymo-orchitis

Xuehan Qiu, Airong Wu, Feng'e Guo, Cuicui Wei*

Yangzhi Rehabilitation Hospital Affiliated to Tongji University

Abstract: This paper summarizes the nursing process of one patient with type 2 diabetic peripheral neuropathy complicated with neurogenic bladder and epididymo-orchitis. Key nursing measures: relying on multidisciplinary collaboration, the nursing team implemented individualized intervention strategies including infection control, intermittent catheterization, blood glucose management and psychological support. After comprehensive nursing intervention, the patient's scrotal redness, swelling and pain were significantly relieved, the residual urine volume was greatly reduced, and blood glucose was stably controlled, and the patient was discharged smoothly. This paper summarizes the key nursing points of such complex cases, so as to provide a reference for clinical nursing practice.

Keywords: diabetes mellitus; peripheral neuropathy; neurogenic bladder; epididymo-orchitis; intermittent catheterization; nursing experience

引言

糖尿病神经病变是糖尿病最常见的慢性并发症，临床主要分为弥漫性神经病变、单神经病变、神经根或神经丛病变三类。其中，弥漫性神经病变又可分为远端对称性多发性神经病变（Distal Symmetric Polyneuropathy, DSPN）与自主神经病变，而 DSPN 是最常见的类型。DSPN 主要表现为对称性多发性感觉神经病变，病变通常从下肢远端开始，逐渐向上发展，形成特征性的“袜套样”和“手套样”感觉异常，通常被称为糖尿病周围神经病变（diabetic peripheral neuropathy, DPN）^[1]。自主神经病变则可累及多个系统，包括心血管自主神经病变（Cardiac Autonomic Neuropathy, CAN）、胃肠道自主神经病变、泌尿生殖系统自主神经病变、排汗功能异常、无症状性低血压及瞳孔功能异常等；其中，泌尿系统自主神经病变的典型表现为夜尿、尿频、尿急、尿流速降低、尿潴留及尿路感染等，严重影响患者生活质量^[1-2]。神经源性膀胱的发生是由于控制膀胱的神经通路（从中枢神

经到外周神经）发生损伤或功能障碍，进而导致膀胱的储尿和排尿功能出现异常^[3]。

附睾-睾丸炎（epididymo-orchitis, EO）是指附睾及/或睾丸的急性炎症过程，临床上通常表现为阴囊一侧附睾突然出现疼痛和肿胀，其致病因素通常是尿道上行的性传播病原体或经泌尿道逆行感染的非性传播细菌，若延误诊治，感染可能扩散并发睾丸脓肿、睾丸梗死等并发症，严重时甚至可能影响生育功能^[4-5]。本文报道1例 DPN 合并神经源性膀胱并发 EO 患者护理经过，通过结合患者病情特点，制定针对性的护理方案，重点解决 EO 的感染控制、尿潴留的护理及间歇导尿插管困难的应对问题，加强病情监测及健康指导，有效改善患者临床症状，促进患者康复。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男，年龄 62 岁。主诉“双下肢乏力伴排尿困难 4 月”于 2025 年 11 月入住我院盆底康复科。患者无明显诱因

Clinical Application Research of Nursing Care

下出现左下肢剧烈疼痛,伴双下肢乏力,外院留置导尿,曾尝试拔管,自主排尿失败,排尿困难,诊断为“尿潴留”,后长期留置导尿,反复泌尿系感染,双肾积水,感染性休克,给予抗感染、抗休克、营养支持治疗。双下肢肌力减退,肌肉萎缩明显,站立、行走等活动受限,左下肢感觉减退,皮温较低,大便偶有失禁,体重变化不详。既往史:糖尿病病史十余年,口服二甲双胍、阿卡波糖,皮下注射胰岛素降糖;有高血压病史十余年,口服缬沙坦降压。入院查体:神志清,精神可,右侧附睾及睾丸红肿,触痛明显,MIT:双上肢肌力5级;下肢肌力减退;左下肢针刺觉、轻触觉较右侧减退;双下肢本体感觉减退;平衡功能:坐位平衡2级,立位平衡0级。日常生活中过度依赖。入院诊断:1.尿潴留合并尿路感染;2.2型糖尿病;3.神经源性膀胱;4.高血压病2级(高危)。

1.2 治疗及转归

患者入院后,临床采取综合治疗方案:药物治疗,头孢哌酮舒巴坦钠、左氧氟沙星胶囊抗感染治疗,同时对症处理EO等并发症;持续血糖、血压监测,调整降糖、降压用药方案,控制基础疾病,营养神经药物缓解神经病变症状;针对尿潴留,留取血标本及尿标本,感染得到控制,超声检查膀胱肾脏无异常,给予简易膀胱容量测定结果示:膀胱充盈速度30ml/min,膀胱充盈期感觉减退,输入280ml时未出现逼尿肌无抑制收缩,膀胱容量280ml,膀胱顺应性欠佳,排尿期见少量排尿,实施膀胱功能训练,后拔除留置尿管,制定饮水计划和每天导尿5次,导尿前30分钟给予诱导排尿,逐步过渡至自主排尿;医治护团队制定个性化康复训练方案,改善双下肢肌力及活动能力,康复治疗项目如物理治疗、作业治疗、理疗、传统针灸等。经针对性治疗及护理,患者感染症状完全控制,血标本及尿标本恢复正常,尿培养无致病菌生长;小便自主排尿,根据残余尿,每天间歇导尿1次排空膀胱;双下肢肌力提升,可在扶持下站立;患者及家属掌握疾病相关知识及自我护理技能,日常生活依赖程度降至轻度,顺利出院。

2 护理

2.1 感染防控护理,阻断感染进展

患者因DPN合并神经源性膀胱、长期留置导尿,加之糖尿病免疫功能低下,合并产气菌感染引发EO,感染扩散风险高,防控感染为护理核心。①规范抗感染用药:严格遵医嘱予头孢哌酮舒巴坦钠静脉滴注,观察药物不良反应;指导患者饭后口服左氧氟沙星胶囊,告知药物治疗的重要性,严禁擅自停药、减药。②精细化护理:留置导尿期间保持管路通畅,避免扭曲、受压、脱落,防止导管堵塞;每日用碘伏消毒尿道口及导尿管接口处2次,动作轻柔避免黏膜损伤;每周更换导尿管及引流袋,引流袋始终低于膀胱水平,操作严格执行无菌原则,防止交叉感染及尿液反流;附睾肿大给予软毛巾抬高附睾;药物浓氯化钠注射液温湿外敷附睾,促进水肿消退,增进舒适;保持阴囊皮肤清洁干燥,避免摩

擦。③感染指标监测:每日监测患者体温、血常规及尿常规,观察尿液颜色、性状、量,观察附睾肿大、疼痛及下腹部刺激症状变化,及时发现感染加重迹象并报告医生。

2.2 排尿功能护理,恢复自主排尿能力

针对神经源性膀胱致尿潴留、排尿形态异常,进行血标本及尿标本、超声检查,结果均正常,再行简易膀胱容量测定,采取阶梯式护理干预促进膀胱功能恢复。①拔管前逼尿肌训练:拔管前制定饮水计划和夹管训练计划,予夹管训练,每2-3小时开放导尿管1次,锻炼膀胱逼尿肌收缩功能。②拔管后排尿指导:拔管后制定饮水计划和排尿时间点,指导患者取舒适体位,放松心情,密切观察排尿情况,记录每日液体摄入量和摄入时间;指导患者及家属记录排尿日记,包括排尿量、排尿时间、排尿症状、日间和夜间排尿量。③间歇导尿规范实施:间歇导尿时使用无接触式导尿方法进行,确保导尿操作环境清洁明亮,注意保暖,保护患者隐私,插管时严格无菌操作,选择合适型号导尿管,动作轻柔;导尿后记录尿液量、色、性状,拔管后消毒尿道口;通常每4-6小时导尿一次,导尿次数及间隔根据患者排尿情况及残余尿量适当调整;注意观察导尿过程中患者的主诉及尿液的颜色、气味和量。④膀胱功能训练:指导患者每日规律饮水、定时排尿、诱导排尿,逐步延长排尿间隔,建立规律排尿反射,逐步过渡至自主排尿。

2.3 间歇导尿插管困难的针对性护理

患者因长期留置导尿致尿道黏膜充血水肿、存在尿道狭窄倾向,且双下肢活动受限无法配合,出现插管困难,需从心理、操作两方面干预。①心理疏导:向患者讲解间歇导尿的目的、操作流程及配合要点,缓解其紧张、恐惧情绪,争取主动配合,减轻插管时的躯体抗拒。与患者建立信任关系,提供温暖和支持;鼓励患者表达内心感受,倾听他们的需求并提供必要的心理支持,鼓励家属给予陪伴支持,促进患者心理健康。②体位与操作优化:插管前协助患者取仰卧屈膝分开体位,充分暴露操作部位,做好局部消毒;选择亲水尿管减少尿管与尿道黏膜的摩擦力,插管时动作轻柔缓慢,遇阻力时不可强行插入,调整角度后重试引导插管。③插管后护理:插管成功后缓慢引流尿液,避免膀胱快速排空引发不适;拔管后再次消毒尿道口,指导患者按饮水计划饮水,保持尿道黏膜湿润,减少尿道黏膜损伤。

2.4 疼痛护理,缓解多部位疼痛症状

患者存在EO及下肢神经病变所致的多部位疼痛,采用数字疼痛评分法进行系统化疼痛管理。①疼痛评估:每日评估患者疼痛部位、程度、性质、持续时间及诱发因素,记录疼痛评分,作为护理干预的依据。②药物止痛干预:若疼痛评分 ≥ 4 分,及时报告医生,遵医嘱予非甾体类抗炎药、营养神经止痛药物治疗;严格按剂量、时间给药,观察药物疗效及有无不良反应;指导患者规律服药,严禁擅自加量或停药。③非药物止痛辅助:指导患者通过放松训练、转移注

Clinical Application Research of Nursing Care

意力等方式缓解轻中度疼痛,针对下肢神经病变疼痛,配合肢体按摩、保暖等措施,减轻不适感。

2.5 肢体活动障碍护理,提升肢体功能

康复运动期间护理:根据评估结果制定个性化康复训练计划;康复训练时,注意保护患者的皮肤,避免发生皮肤摩擦破损;询问患者的感受,保持训练适当,循序渐进,确保治疗环境安全和舒适。康复训练方案:①被动训练:治疗师对患者进行双下肢关节活动,包括髋、膝、踝关节的屈伸、旋转,同时从远端向近端轻柔按摩双下肢,促进血液循环,防止肌肉萎缩加重。②主动训练:课后,护士指导患者在力所能及范围内进行床上抬腿、屈膝等主动动作,双手握住床头扶手尝试坐起、翻身,根据耐受情况逐步增加强度。③平衡训练:先在治疗师指导下进行坐位平衡训练,指导患者坐于床边或椅子上保持身体正直,练习左右转身、伸手取物;坐位平衡稳定后,在监护下进行立位平衡训练,依靠墙壁站立,逐步减少扶持,提升立位平衡能力。所有训练均安排专人监护,避免摔倒等意外发生。

2.6 用药与基础疾病护理,控制病情进展

患者合并糖尿病、高血压等多种基础疾病,用药复杂,需遵医嘱用药,加强病情监测。①降糖用药护理:指导患者正确掌握胰岛素注射方法、口服降糖药的服用时间及剂量;教会患者使用血糖仪,每日定时监测血糖,做好记录,根据血糖波动及时遵医嘱调整用药,确保血糖控制平稳。②降压及其他用药护理:遵医嘱服用降压药物,监测血压变化,告知药物禁忌及不良反应,给予低盐糖尿病饮食,保证营养摄入。③用药依从性教育:强调所有药物需规律服用,严禁擅自停药、减药,告知药物漏服、错服的危害,提升患者用药依从性。

2.7 健康指导与心理护理,提高自我护理能力

患者及家属缺乏疾病相关知识,且病情复杂、生活自理能力下降易产生负面情绪,需实施全面健康指导及人文关怀。①疾病知识指导:向患者及家属讲解DPN、神经源性膀胱、EO的病因、临床表现、并发症及预防方法,提高疾病认知。②自我护理指导:教会患者及家属间歇导尿操作、肢体康复训练的方法,指导尿道口护理、导尿管维护的要点;讲解饮食控制要点,合理搭配饮食,控制糖分、盐分摄入,规律饮水。③心理干预:主动与患者及家属沟通,了解其心理状态,鼓励患者表达内心感受;肯定患者康复过程中的每一次进步,增强其康复信心;指导家属给予患者情感支持,营造良好的康复氛围。④生活习惯:作息规律,合理饮食,按计划饮水,适量运动,注意清洁卫生。定期复查指导:告知患者出院后定期回院复查血常规、尿常规、血糖、膀胱超声及肢体功能,出现排尿异常、发热、肢体疼痛加重等情况时及时就医。

3 小结

本例男性患者DPN合并神经源性膀胱并发EO患者,护

理过程中注重个体化与全程动态调整:结合患者糖尿病病史、免疫低下、长期留置导尿及肢体活动障碍的特点,制定针对性护理方案,通过规范使用抗生素、严格无菌操作控制感染,采用膀胱功能训练、间歇导尿逐步恢复排尿功能,借助体位调整、心理疏导及充分润滑解决插管困难问题,同时同步开展疼痛护理、肢体康复训练及全面健康指导,形成多维度、个性化的护理体系^[6-8]。同时,加强患者及家属的健康指导,提高自我护理能力,有助于减少并发症复发,提高患者生活质量。本次病例证实,实施针对性、系统化的护理干预,能有效控制感染、恢复排尿功能、提升肢体活动能力,促进患者康复,为临床同类病例的护理提供了实践参考。

总之,DPN合并神经源性膀胱患者易并发泌尿系感染及肢体功能障碍,临床护理中需强化预防意识,重点关注感染防控细节及膀胱、肢体功能的协同康复,同时加强健康指导,提高患者自我护理能力,减少并发症复发,提高患者生活质量。

[参考文献]

- [1]何静,时立新,朱大龙等.国家基层糖尿病神经病变诊治指南[J].中华糖尿病杂志,2024,16(5):496-511.
- [2]高郁淇,任恒杰.结合保护动机理论的护理干预在糖尿病周围神经病变患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2023,35(22):176-177.
- [3]Adamec I, Skoric MK, Crnošija L, et al. Understanding neurogenic urogenital dysfunction and the clinical application of the EAN/EFAS/INUS NEUROGED guidelines. Auton Neurosci. 2025;260:103314.
- [4]Justice ED, Fricker J, Ross JDC, Kopa Z, Skerlev M, Patel R. The 2024 European guideline on the management of epididymo-orchitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025;00:1-8.
- [5]宋小洁,班志娟.膀胱扫描仪结合间歇性导尿在神经源性膀胱康复护理管理中的应用[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023,34(11):146-145.
- [6]严运红.集束化康复护理联合膀胱功能训练在脊髓损伤神经源性膀胱患者中的应用效果[J].智慧健康,2025,11(2):110-113.
- [7]刘雯.个性化间歇导尿方案在神经源性膀胱护理中的效果[J].智慧健康,2025,11(4):119-121.
- [8]何莺娟,李宗康.间歇性导尿在脊髓损伤患者神经源性膀胱护理中的应用研究进展[J].中国医药科学,2022,34(3):12.

作者简介:

邱雪寒(1985.12-),女,汉族,江苏宿迁人,本科,主管护师,研究方向为神经病变合并膀胱功能障碍的循证护理干预。