

结直肠癌术后女性患者盆底康复管理的最佳证据总结

陈传勤¹, 单世涵², 王芳³, 何磊¹, 傅巧美⁴, 陈璐³

摘要: **目的** 检索并总结结直肠癌术后女性患者盆底康复管理的最佳证据, 为医护人员进行科学有效的盆底康复管理提供循证依据。 **方法** 计算机检索 2010 年 1 月至 2023 年 2 月国内外有关指南网站和数据库中结直肠癌术后女性患者盆底康复管理的文献, 对所纳入文献进行方法学质量评价后, 对证据进行汇总、分级并归纳主题。 **结果** 最终纳入 22 篇文献, 其中指南 4 篇、临床决策 5 篇、专家共识 2 篇、系统评价 8 篇、随机对照试验 3 篇, 提炼出 11 个方面、共 55 条最佳证据主题。 **结论** 总结的结直肠癌术后女性患者盆底康复管理的最佳证据切实可行, 医护人员可在多学科合作和循证基础上为结直肠癌术后女性患者提供标准化的结直肠癌术后盆底康复的管理与护理。

关键词: 结直肠癌; 女性患者; 盆底康复; 尿失禁; 盆腔器官脱垂; 性功能障碍; 循证护理; 证据总结

中图分类号: R473.6; R493 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.05.096

Summary of the best evidence for pelvic floor rehabilitation management in female patients after colorectal cancer surgery

Chen Chuanqin, Shan Shihan, Wang Fang, He Lei, Fu Qiaomei, Chen Lu. Department of Nursing, Gulou Clinical Medical School, Jiangsu University, Nanjing 210008, China

Abstract: **Objective** To search for and summarize the best evidence for pelvic floor rehabilitation management in female patients after colorectal cancer surgery, so as to provide evidence for medical staff to carry out scientific and effective pelvic floor rehabilitation management. **Methods** Chinese and foreign guidelines websites and databases from January 2010 to February 2023 were searched for articles of pelvic floor rehabilitation management in female patients after colorectal cancers surgery. The methodological quality of the selected articles was evaluated, and the evidence was summarized, graded, and classified into different topics. **Results** A total of 22 articles were selected, including 4 guidelines, 5 clinical decisions, 2 expert consensuses, 8 systematic reviews, and 3 randomized controlled trials. 55 best evidence topics from 11 aspects were identified. **Conclusion** The best evidence for pelvic floor rehabilitation management in female patients after colorectal cancer surgery is feasible. Medical staff can provide standardized management and nursing care for female patients after colorectal cancer surgery on a multidisciplinary and intervention basis.

Keywords: colorectal cancer; female patients; pelvic floor rehabilitation; urinary incontinence; pelvic organ prolapse; sexual dysfunction; evidence-based nursing; summary of evidence

2020 年, 全球癌症统计报告显示, 结直肠癌以每年新增 193 万病例成为全球第 3 大常见癌症, 也是第 2 位癌症死亡原因^[1]。手术已成为结直肠癌的首选治疗方式^[2], 大大提高了患者的生存率。然而, 由于直肠癌手术在离断和切除病变组织时, 可能损伤相应的神经肌肉, 可导致盆底功能障碍, 包括盆腔器官脱垂、大便失禁、尿失禁和性功能障碍, 严重影响患者的生活质量^[3-5]。60%~90% 的直肠癌患者会在术后出现肠道症状, 如排便紧迫感、排空障碍、排便频率增加等, 即低位前切除综合征 (Low Anteriorresection Syndrome, LARS), 阻滞术后康复进程^[6]。结直肠癌是女性较为高发的疾病^[7]。进行全生命周期的盆底功能障碍预防是目前女性保健的重要健康问题^[8]。因此, 对结直肠癌术后女性患者盆底功能进行研究与深入了解十分重要。目前国内外关于结直肠癌术后女性患者盆底功能障碍的干预措施大都基于症状和

经验的综合治疗, 缺乏系统化管理方案。鉴于此, 本研究系统检索国内外相关文献并进行证据整合, 旨在为临床护理人员针对结直肠癌术后女性患者盆底功能康复制定个体化的护理干预方案提供参考。

1 资料与方法

1.1 问题确立 采用 PICO 模式构建循证问题。①临床转化的目标人群为结直肠癌术后女性患者; ②干预方法包括盆底功能风险评估、影响因素筛查、盆底康复训练等; ③应用证据的专业人员为结直肠外科病房医护人员; ④结局指标为患者盆底功能、盆底器官脱垂、大便失禁程度、尿失禁程度、女性性功能等; ⑤证据实施场所为结直肠外科病房、社区、家庭、康复机构; ⑥证据种类为指南、临床决策、专家共识、系统评价、随机对照试验 (RCT)。

1.2 检索策略 根据“6S”证据模型^[9]进行检索。检索国内外指南网、数据库, 包括国际指南协作组、美国国立指南库、加拿大安大略注册护士协会、新西兰指南协作组、BMJ Best Practice、JBI 循证卫生保健中心数据库、Cochrane Library、UpToDate、PubMed、EMbase、中国知网、万方数据库、维普中文科技期刊数据库、中国生物医学文献数据库、中国医脉通临床指南网等。检索日期为 2010 年 1 月至 2023 年 2 月。中

作者单位: 1. 江苏大学鼓楼临床医学院护理系 (江苏 南京, 210008); 南京大学医学院附属鼓楼医院 2. 结直肠外科 3. 神经外科 4. 外科

陈传勤: 女, 硕士在读, 护师, 1154042564@qq.com

通信作者: 陈璐, gycc2011@126.com

收稿: 2023-10-19; 修回: 2023-12-27

文检索词:结肠癌,直肠癌,结直肠肿瘤,结直肠癌;女性;盆底,盆底康复,盆底肌,盆底肌肉,盆底功能,盆底肌功能,盆底功能障碍,盆底功能不良,盆腔器官脱垂;管理,护理。英文检索词:colon cancer,carcinoma of the rectum,colorectal neoplasms,colorectal tumor,colorectal cancer;female;pelvic floor,pelvic floor rehabilitation,pelvic floor muscle,pelvic floor function,pelvic floor muscle function,pelvic floor dysfunction,pelvic organ prolapse;management,nursing。

1.3 证据纳入和排除标准 纳入标准:研究对象为结直肠癌术后女性患者;语种为中文或英文。排除标准:不能获取全文和质量评价低的文献;同一内容重复发表的文献。

表 1 纳入文献基本特征

纳入文献	证据类型	证据来源	主题
NICE ^[13]	指南	PubMed	盆底功能障碍的预防和非手术治疗
NICE ^[14]	指南	PubMed	女性尿失禁和盆腔器官脱垂管理
Deffieux 等 ^[15]	指南	PubMed	盆底肌训练与康复
中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组 ^[16]	指南	医脉通	盆腔器官脱垂的中国诊治指南
Komesu 等 ^[17]	临床决策	UpToDate	盆底和下尿路疾病女性的性功能
Rogers 等 ^[18]	临床决策	UpToDate	女性盆腔器官脱垂的流行病学、危险因素、临床表现和处理
Martellucci ^[19]	临床决策	UpToDate	低位前切除综合征
Lukacz ^[20]	临床决策	UpToDate	女性尿失禁的治疗
Shifren ^[21]	临床决策	UpToDate	女性性功能障碍概述:流行病学、危险因素、评估
Abrams 等 ^[22]	专家共识	PubMed	评估和治疗尿失禁、盆腔器官脱垂和大便失禁
American Urogynecologic Society and American College of Obstetricians and Gynecologists ^[23]	专家共识	PubMed	女性应激性尿失禁的评价
Lin 等 ^[24]	系统评价	PubMed	结直肠癌手术后盆底肌训练治疗肠道功能障碍
Wu 等 ^[25]	系统评价	Web of Science	女性尿失禁或盆底功能障碍的肌电生物反馈
Visser ^[26]	系统评价	PubMed	低位前切除术后盆底康复
Dulskas 等 ^[27]	系统评价	PubMed	低位前切除术综合征的治疗
Fitz 等 ^[28]	系统评价	PubMed	生物反馈治疗女性盆底肌功能障碍
Diaz-Álvarez 等 ^[29]	系统评价	PubMed	知识获取以及口头指导对健康女性盆底肌肉收缩能力的影响
Vesentini 等 ^[30]	系统评价	PubMed	盆底和腹肌收缩在盆底功能障碍女性中的作用
Chan 等 ^[31]	系统评价	PubMed	盆底康复对结直肠癌前切除术后功能障碍肠道的疗效观察
Mathew 等 ^[32]	RCT	PubMed	术前盆底肌训练对盆腔器官脱垂手术妇女尿痛和结直肠肛门疼痛的影响
Nie 等 ^[33]	RCT	PubMed	盆底肌训练对改善妇女盆底功能障碍的疗效
Sacomori 等 ^[34]	RCT	PubMed	评估术前和术后盆底物理治疗肠道的有效性

2.2 证据概况与质量评价 ①指南。本研究纳入 4 篇指南^[13-16],纳入指南的 6 个领域标准化百分比分别为 73.8%~82.5%、63.2%~67.8%、58.5%~63.3%、62.7%~66.8%、55.3%~70.3%、52.6%~68.7%。2 篇^[13-14]为 A 级,2 篇^[15-16]为 B 级,总体质量较好,均纳入。②临床决策。5 篇临床决策^[17-21]总体质量可,均予以纳入。③专家共识。2 篇专家共识^[22-23]条目评价结果均为“是”,文献整体质量较高,故纳入。④系统评价。3 篇文献^[26,29,31]条目 1 和条目 4 评价结果为“不清楚”,2 篇文献^[28,30]条目 3 和条目 10 评价结果为“不清楚”,2 篇文献^[24,27]条目 4 和条目 10 评价结果为“不清楚”,其他条目均为“是”。1 篇文献^[25]条目 4 和条目 10 评价结果为“不清楚”,其他条目均为“是”。8 篇系统评价整体质量较高,予以纳入。⑤RCT。1 篇^[32]条目评价结果均为“是”;2

1.4 证据的质量评价 ①指南:采用英国临床指南研究与评价系统(AGREE II)^[10]评价。②系统评价或专家共识:采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心(2016 版)系统评价和专家共识评价工具^[11]进行评价。③RCT:采用 JBI 标准进行方法学质量评价。2 名进行证据评价的研究者均经过系统循证培训。若有意见分歧,通过小组讨论或第 3 名研究者协助确定。

1.5 证据汇总与分级 使用 JBI(2014 版)证据预分级系统^[12]进行等级划分。

2 结果

2.1 纳入文献基本特征 本研究经初步检索共获得文献 611 篇,经过剔除重复文献,根据纳入及排除标准阅读标题、摘要及全文后,最终纳入 22 篇文献^[13-34],纳入文献基本特征见表 1。

篇^[33-34]除条目 6 评价结果为“不清楚”,其余评价结果均为“是”。3 篇总体质量可,均纳入。

2.3 证据汇总及分级 提取结直肠癌术后女性患者盆底功能的评估、风险因素及管理方法的高级别证据,并进行主题汇总,最终形成 11 个方面、55 条证据,见表 2。

3 讨论

3.1 多学科团队协作 在进行初级评估时,包括由物理治疗师、膀胱和肠道团队成员及控尿顾问进行评估,获取女性当前和过去与盆底功能障碍相关的症状或障碍的一般病史^[13]。对初始和二次治疗无效的大便失禁,需要胃肠病学家、结直肠外科医生、泌尿妇科医生和/或多学科团队的专业会诊^[22]。但是,多学科团队成员的具体配置,目前还没有统一标准,建议医

疗机构根据患者病情以及医疗资源进行合理配置。

预主要局限在住院期间,建议加强与社区、家庭的延

此外,目前对于结直肠癌术后女性患者盆底功能的干

续与协同管理。

表 2 最佳证据汇总

项目	证据主题	证据等级
1. 组建团队	1. 盆底功能障碍的管理需要多学科专业人员的支持,由跨学科的健康团队提供干预方案 ^[33]	3
2. 识别危险因素	2. 可变危险因素: BMI>25 kg/m ² 、吸烟、缺乏锻炼、便秘、糖尿病。不可变危险因素: 年龄,有尿失禁、尿频或大便失禁家族史,妇科癌症和任何治疗方法,妇科手术,纤维肌痛,慢性呼吸道疾病和咳嗽 ^[13]	1
3. 盆底功能评估	3. 初级评估: 由物理治疗师、膀胱和肠道团队成员和控尿顾问进行评估,获取盆底功能障碍相关症状或障碍的一般病史 ^[13]	2
	4. 次级评估: 与盆底功能障碍相关的活动能力、个人护理问题的评估以及健康相关的生活质量评估 ^[13,22]	2
	5. 评估症状,建议通过有效的盆底问卷来评估膀胱、肠道、阴道和性功能 ^[22]	3
	6. 建议在 5 个阶段进行评估: 手术前、盆底康复前和之后,以及 3 个月和 1 年 ^[34]	3
4. 建立患者目标	7. 建议根据患者的症状及症状对生活质量的影 响进行个体化治疗来建立患者目标 ^[18]	3
5. 预防	8. 建议干预措施: 盆底功能解剖和相关概念、健康习惯、盆底功能训练指导以及将其融入日常生活 ^[13,29]	3
	9. 生活方式预防: 体育活动; 均衡饮食; 减肥; 戒烟; 便秘管理; 糖尿病管理 ^[13]	3
6. 盆腔器官脱垂		
识别危险因素	10. 危险因素包括: 产次、阴道分娩、衰老、肥胖、结缔组织异常疾病、绝经状态、慢性便秘、慢性咳嗽、子宫切除术等 ^[14,16,18]	1
评估	11. 阴道脱垂的女性建议使用盆腔器官脱垂量化系统 ^[35] 评估盆底肌肉的活动,评估阴道萎缩,排除盆腔肿块或其他病理; 对于盆腔器官脱垂的女性,建议使用有效的盆底症状问卷来帮助评估和决策 ^[14]	2
	12. 建议应用经验证过的中文版国际 A 类标准化问卷调查,如盆底功能影响问卷简表 ^[36] 、盆底不适调查表简表 ^[37] 、盆腔器官脱垂及尿失禁性生活问卷 ^[37] 和脱垂生活质量量表 ^[38] 了解症状的严重程度及对患者生命质量的影响 ^[16,18]	2
预防治疗	13. 建议为盆腔器官脱垂的女性提供生活方式预防: 如果女性 BMI>30 kg/m ² 进行减肥,尽量减少举重,预防或治疗慢性便秘和慢性咳嗽。对于有症状性盆腔器官脱垂量化 ^[35] 1 期或 2 期的女性,建议进行至少 16 周的盆底肌肉训练 ^[14,16]	3
	14. 处理可分为随访观察、非手术治疗和手术治疗,需要综合考虑患者意愿、脱垂部位及其程度、对生命质量的影响、合并症(包括认知和躯体障碍)、年龄、是否有生育要求、既往腹部及盆腔手术史、所选方案的受益及风险等因素 ^[16]	2
非手术治疗	15. 保守治疗包括使用阴道子宫托和盆底肌锻炼。建议对有症状性盆腔器官脱垂的妇女使用阴道子宫托,单独或结合有监督的盆底肌肉训练 ^[14,18,22,30,32]	1
	16. 对于有盆腔器官脱垂和阴道萎缩迹象的女性,建议使用阴道雌激素 ^[14]	1
	17. 妊娠期可新发盆腔器官脱垂或恶化,有症状的患者建议保守治疗,置入子宫托和/或进行盆底理疗 ^[18]	2
7. 尿失禁		
识别危险因素	18. 危险因素: 肥胖,含乙醇、咖啡因饮料和碳酸饮料,便秘,吸烟。盆底器官脱垂是排尿功能障碍常见的可逆原因 ^[20,22]	1
评估	19. 推荐国际尿失禁咨询问卷简表 ^[39] 用于患者尿失禁的基本评估。评估尿失禁和/或盆底器官脱垂女性的性功能,建议采用 POP-尿失禁性生活问卷 ^[40] 及其简化版 ^[37] 。在膀胱失禁或膀胱过度活跃的初步评估中建议使用膀胱日记 ^[14,17,22]	2
	20. 评估内容: 尿动力评估、残余尿评估、症状评分和生活质量评估 ^[14]	2
	21. 评估确定可能的尿失禁类型(压力性尿失禁、急迫性尿失禁和混合性尿失禁)有助于指导治疗 ^[20]	3
预防治疗	22. 建议初始治疗包括适当的生活方式建议、盆底肌肉训练、定期排尿方案、行为治疗和药物治疗 ^[22]	3
非手术治疗	23. 植入人工尿括约肌的女性建议术后随访,并确保在需要时复查。为手术治疗压力性尿失禁者提供 6 个月内的随访预约 ^[14]	2
	24. 保守的选择包括盆腔肌肉锻炼(包括或不进行物理治疗)、行为矫正、自控支持子宫托和尿道插入 ^[23]	2
	25. 建议对膀胱过度活动的妇女减少咖啡因的摄入,患有尿失禁或膀胱过度活动的妇女调整其液体摄入量 ^[14]	3
	26. 行为疗法: 为患有急症或混合性尿失禁的妇女提供持续至少 6 周的膀胱训练作为一线治疗。盆底肌肉训练作为压力性尿失禁的一线治疗 ^[14,32]	2
	27. 盆底肌训练应基于健全的肌肉训练原则,如特异性、超负荷进展、训练前确认的正确收缩,以及在重新评估和可能的专家转诊前使用“诀窍”的 12 周 ^[22]	3
	28. 盆底肌肉训练,建议监督盆底肌肉训练至少 3 个月,作为压力或混合尿失禁妇女的一线治疗 ^[14,20]	2
	29. 在尿失禁或盆底功能管理中,盆底肌肉训练联合肌电图-生物反馈比单独使用盆底肌训练能获得更好的效果 ^[25]	3
	30. 雌激素过少: 对于阴道萎缩并有压力性尿失禁或急迫性尿失禁的围绝经期或绝经后女性,建议阴道局部使用雌激素 ^[20]	2
8. 大便失禁		
识别危险因素	31. 潜在危险因素包括: 新辅助放疗、辅助放疗、术后化疗、低位吻合、全直肠系膜切除(相对于部分直肠系膜切除)、转流性造口、肠梗阻症状、吻合口并发症 ^[19,31]	1
评估	32. 初步评估,评估大便失禁的类型可能有助于确定病因 ^[22]	2
	33. 二次评估,多种肛肠检查,包括测压、肛门超声、磁共振、排便造影和神经生理学检查。如持续大便失禁,建议重复评估 ^[22]	2
	34. 肠功能结果建议通过评估工具进行测量,最常用的是肛门失禁评分系统 ^[41] ,但改良的克立夫兰失禁评分 ^[42] 、Vaizey 量表 ^[43] 和患者日记也被用于结果评估。建议通过低位前切除综合征评分 ^[44] 和纪念斯隆-凯特琳癌症中心肠道功能量表 ^[45] 评估低位前切除综合征患者 ^[19,31]	2
预防治疗	35. 建议在术前提供康复服务,以改善预后。内容包括盆底运动和其他旨在恢复术后盆底最大功能和避免低位前切除术综合征症状的技术。建议盆底肌肉训练作为一般成年人大便失禁治疗的早期干预措施 ^[19,24,34]	3
非手术治疗	36. 通过药物、经肛门灌洗、盆底康复、神经刺激治疗。治疗选择取决于症状的种类、严重程度和持续时间 ^[19]	2
	37. 药物: 处方药物大便软化剂,泻药,促动力剂,止泻药 ^[22]	2

续表 2 最佳证据汇总

项目	证据主题	证据等级
	38. 经肠灌注最大限度地提高肠道排空和最大限度地减少大便失禁,主要用于不完全消除、被动大便失禁或排便困难的大便失禁伴排便困难的患者 ^[22]	2
	39. 干预措施:1 次康复前治疗和 9~12 次盆底康复治疗,包括患者教育、盆底肌肉锻炼、盆底肌电图生物反馈及使用球囊探头的电容性和感觉直肠训练 ^[19,34]	2
	40. 初始治疗,建议进行患者教育和目标设定,定期实现完全排便,基于正确的时间、位置、触发和一致性 ^[22]	3
	41. 行为方法:对于有大便失禁的女性,指导饮食、排便习惯和厕所使用 ^[13]	3
	42. 建议在有大便失禁或低位前切除综合征患者中使用盆底康复训练,对于对饮食调整或药物无反应的患者,考虑手术前,建议盆底康复训练 ^[26,31]	2
	43. 盆底康复包括盆底肌肉训练、生物反馈训练和直肠球囊训练,已被公认为治疗大便失禁的标准技术 ^[27]	1
	44. 采用基于多学科的方法进行盆底肌肉训练,建议生物反馈疗法与盆底肌肉训练联合使用,以提高身体力量 ^[15,28,32-33]	2
	45. 对于不能进行有效的盆底肌肉收缩的女性,建议采用生物反馈技术或阴道锥辅助盆底肌肉训练 ^[13]	3
	46. 经肛门灌洗和盆底康复治疗 1 年后仍有重度 LARS 的患者建议加用骶神经刺激 ^[19,27]	3
	47. 轻度低位前切除综合征(评分<30)患者生存质量通常良好,且多数患者可接受针对 1 种或多种特定症状的药物治疗 ^[19]	2
	48. 重度低位前切除综合征(评分≥30)患者通常需要接受多模式治疗,包括每周 3~4 次或每日肛门灌洗联合盆底康复(包括生物反馈、盆底肌肉训练、球囊训练和电刺激)。应接受此类治疗 6 个月至 1 年,经重新评估不再有多重度的患者可采用药物治疗持续存在的症状 ^[19]	2
9. 性功能障碍		
识别危险因素	49. 危险因素:伴侣关系因素、疲劳和压力、年龄和绝经、精神障碍及其药物应用、妇科因素(妊娠与分娩、盆腔器官脱垂、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、绝经期泌尿生殖系综合征)、其他疾病(内分泌紊乱、高血压、神经系统疾病)、其他因素(激素类避孕药、物质滥用)。此外,下尿路功能障碍、肛门失禁和大便失禁均与性功能障碍相关 ^[17,21]	1
评估	50. 建议女性性功能障碍的评估包括获取病史和性生活史,应采集完整的病史,以识别可能影响性功能的合并症、药物以及与心理、亲密关系、生活方式或物质使用相关的问题 ^[21]	2
	51. 评估性功能的常规问卷:女性性功能指数 ^[46] 和性生活史量表 ^[47] 。评估性功能障碍的调查问卷 ^[17,21] ;性欲减退筛查量表 ^[48]	2
非手术治疗	52. 建议使用子宫托或盆底肌肉训练进行盆底器官脱垂的非手术治疗,可改善部分女性的性功能障碍 ^[17]	2
10. 健康教育	53. 建议早期进行针对性的教育干预以及口头指导,使患者了解盆底的位置和功能、与盆底功能障碍的关系、相关症状和体征,以及如何正确收缩和训练盆底肌肉 ^[29]	2
	54. 有针对性的健康教育和盆底肌肉训练结合瑜伽项目有助于缓解症状,改善盆底肌肉强度,提高 3 个月随访的生活质量 ^[33]	2
11. 随访	55. 在未来的研究中,迫切需要对选定的肠功能结果和生活质量指标进行标准化,建议进行长期随访 ^[31]	2

3.2 识别盆底功能障碍危险因素并进行盆底功能评估,以建立患者目标 对于盆底功能障碍可变危险因素,应予以患者相应的健康教育及措施以改变危险因素;对于不可变危险因素,应提前对患者实施积极干预和管理策略^[13]。进行盆底功能评估,包括初级评估和次级评估,初级评估获取女性当前和过去与盆底功能障碍相关的症状或障碍的一般病史。次级评估获取与盆底功能障碍相关的活动能力、个人护理问题以及健康相关生活质量^[13,22]。此外,通过有效的盆底问卷在 5 个阶段评估膀胱、肠道、阴道和性功能^[22,34]。根据患者的症状及症状对生活质量的影 响进行个体化治疗,从而建立患者目标^[18]。

3.3 遵循盆底功能障碍治疗原则,有序进行盆底康复管理 对于盆底功能障碍的患者,治疗原则首先预防治疗,其次非手术治疗,最后手术治疗,这需要综合考虑患者意愿、盆底功能障碍程度、对生命质量的影响、合并症(包括认知和躯体障碍)、年龄、既往腹部及盆腔手术史、所选方案的受益及风险等因素来进行处理。

3.4 对盆底器官脱垂、大便失禁、尿失禁和性功能障碍进行协同管理 研究显示,性功能障碍的危险因素有盆腔器官脱垂和失禁^[21]。随着盆腔器官脱垂加重,性功能通常会恶化^[17];与无症状性脱垂女性相

比,有脱垂症状的女性的验证问卷性功能评分更低,且更不太愿意性交;症状性脱垂常影响的性功能方面包括性唤起、性高潮和性交痛^[17]。下尿路功能障碍,例如尿失禁、膀胱过度活动综合征(尿急或尿频,伴或不伴失禁)和间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征,均与性功能障碍相关,采用盆底肌肉训练或子宫托来治疗尿失禁可能会改善性功能^[17]。肛门失禁(不自主排气和/或排便)和大便失禁(不自主排出粪便,不论固体或液体)可引起性功能障碍,也是回避性行为的原因之一^[17]。因此,评估症状时,最好是通过有效的盆底问卷来评估膀胱、肠道、阴道、性功能和性功能以及不适^[22]。

3.5 做好定期随访,提高依从性 盆底康复是一个长期的过程,盆底肌肉训练的有效性在很大程度上取决于患者的依从性。因此,进行长期随访与提高患者康复训练的依从性至关重要。

4 结论

本研究通过检索国内外结直肠癌术后女性患者盆底康复管理的证据,形成 11 个方面、55 条证据,可作为医护人员对结直肠癌术后女性患者进行科学有效的盆底康复管理的参考。本研究结果只是基于目前可获得的研究结论,仍然存在语种限制等局限性。未来将会进一步开展结直肠癌女性患者术后盆底康

复管理最佳证据的应用研究,推动证据在临床转化。

参考文献:

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global cancer statistics 2020; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. *CA Cancer J Clin*, 2021, 71(3): 209-249.
- [2] Wang X, Cao G, Mao W, et al. Robot assisted versus laparoscopic surgery for rectal cancer; a systematic review and analysis[J]. *J Cancer Res Ther*, 2020, 16(5): 979-989.
- [3] Sun X Y, Xu L, Lu J Y, et al. Robotic versus conventional laparoscopic surgery for rectal cancer; systematic review and meta analysis [J]. *Minim Invasive Ther Allied Technol*, 2019, 28(3): 135-142.
- [4] 卜旻淳, 曹先东, 周波. 直肠癌保肛根治术后低位前切除综合征危险因素分析及列线图预测模型构建[J]. *安徽医科大学学报*, 2021, 56(10): 1632-1636.
- [5] Yamaoka Y, Kagawa H, Shimi A, et al. Robotic-assisted surgery may be a useful approach to protect urinary function in the modern era of diverse surgical approaches for rectal cancer [J]. *Surg Endosc*, 2021, 35(3): 1317-1323.
- [6] Annicchiarico A, Martellucci J, Solari S, et al. Low anterior resection syndrome; can it be prevented? [J]. *Int J Colorectal Dis*, 2021, 36(12): 2535-2552.
- [7] Boone D, Ronson A, Karsh J, et al. Comparison of female sexual function index in patients with psoriatic and rheumatoid arthritis and healthy controls[J]. *Musculoskeletal Care*, 2019, 17(3): 226-230.
- [8] 何芳, 郭晓琴, 王倩, 等. 女性盆底功能障碍一级预防自我护理能力量表的编制[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(18): 31-35.
- [9] Dicenso A, Bayley L, Haynes R B. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model[J]. *Evid Based Nurs*, 2009, 12(4): 99-101.
- [10] Brouwers M C, Kho M E, Browman G P, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care[J]. *CMAJ*, 2010, 182(18): E839-E842.
- [11] 朱政, 胡雁, 周英凤, 等. 推动证据向临床转化(五) 证据临床转化研究中的文献质量评价[J]. *护士进修杂志*, 2020, 35(11): 996-1000.
- [12] 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[EB/OL]. [2023-06-01]. <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>.
- [13] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management[R]. London, 2021.
- [14] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women; management[R]. London, 2019.
- [15] Deffieux X, Vieillefosse S, Billecoq S, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum; recommanda-
- tions [Postpartum pelvic floor muscle training and abdominal rehabilitation; Guidelines][J]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2015, 44(10): 1141-1146.
- [16] 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组. 盆腔器官脱垂的中国诊治指南(2020年版)[J]. *中华妇产科杂志*, 2020, 55(5): 300-305.
- [17] Komesu Y M, Rogers R G. Sexual function in females with pelvic floor and lower urinary tract disorders? [EB/OL]. (2022-08-10) [2023-06-01]. https://www.uptodate.cn/contents/zh-Hans/sexual-function-in-females-with-pelvic-floor-and-lower-urinary-tract-disorders?search=Sexual%20function%20in%20females%20with%20pelvic%20floor%20and%20lower%20urinary%20tract%20disorders%3F&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- [18] Rogers R G, Fashokun T B. Pelvic organ prolapse in females epidemiology risk factors clinical manifestations and management[EB/OL]. (2022-04-28) [2023-02-01]. https://www.uptodate.cn/contents/zh-Hans/pelvic-organ-prolapse-in-females-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-management?search=Pelvic%20Organ%20Prolapse%20in%20Females%20Epidemiology%20risk%20factors%20clinical%20manifestations%20and%20management%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- [19] Martellucci J. Low anterior resection syndrome lars[EB/OL]. (2021-08-03) [2023-02-01]. https://www.uptodate.cn/contents/zh-Hans/low-anterior-resection-syndrome-lars?search=Low%20anterior%20resection%20syndrome%20lars&source=search_result&selectedTitle=1~63&usage_type=default&display_rank=1.
- [20] Lukacz E S. Female urinary incontinence treatment[EB/OL]. (2023-01-04) [2023-02-01]. https://www.uptodate.cn/contents/zh-Hans/female-urinary-incontinence-treatment?search=Female%20urinary%20incontinence%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- [21] Shifren J L. Overview of sexual dysfunction in females epidemiology risk factors and evaluation [EB/OL]. (2022-05-04) [2023-06-01]. https://www.uptodate.cn/contents/zh-Hans/overview-of-sexual-dysfunction-in-females-epidemiology-risk-factors-and-evaluation?search=Overview%20of%20sexual%20dysfunction%20in%20females%20epidemiology%20risk%20factors%20and%20evaluation&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- [22] Abrams P, Andersson K E, Apostolidis A, et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence[J]. *Neurourol Urodyn*, 2018, 37(7): 2271-2272.
- [23] American Urogynecologic Society and American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion; evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence

- in women before surgical treatment[J]. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 2014, 20(5): 248-251.
- [24] Lin K Y, Granger C L, Denehy L, et al. Pelvic floor muscle training for bowel dysfunction following colorectal cancer surgery: a systematic review[J]. *Neurourol Urodyn*, 2015, 34(8): 703-712.
- [25] Wu X, Zheng X, Yi X, et al. Electromyographic biofeedback for stress urinary incontinence or pelvic floor dysfunction in women: a systematic review and meta-analysis[J]. *Adv Ther*, 2021, 38(8): 4163-4177.
- [26] Visser W S, Te Riele W W, Boerma D, et al. Pelvic floor rehabilitation to improve functional outcome after a low anterior resection: a systematic review[J]. *Ann Coloproctol*, 2014, 30(3): 109-114.
- [27] Dulskas A, Smolskas E, Kildusiene I, et al. Treatment possibilities for low anterior resection syndrome: a review of the literature[J]. *Int J Colorectal Dis*, 2018, 33(3): 251-260.
- [28] Fitz F F, Resende A P, Stüpp L, et al. Biofeedback for the treatment of female pelvic floor muscle dysfunction: a systematic review and meta-analysis[J]. *Int Urogynecol J*, 2012, 23(11): 1495-1516.
- [29] Díaz-Álvarez L, Lorenzo-Gallego L, Romay-Barrero H, et al. Does the contractile capability of pelvic floor muscles improve with knowledge acquisition and verbal instructions in healthy women? A systematic review[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(15): 9308.
- [30] Vesentini G, El Dib R, Righesso L A R, et al. Pelvic floor and abdominal muscle cocontraction in women with and without pelvic floor dysfunction: a systematic review and meta-analysis[J]. *Clinics (Sao Paulo)*, 2019, 74: e1319.
- [31] Chan K Y C, Suen M, Coulson S, et al. Efficacy of pelvic floor rehabilitation for bowel dysfunction after anterior resection for colorectal cancer: a systematic review[J]. *Support Care Cancer*, 2021, 29(4): 1795-1809.
- [32] Mathew S, Nyhus M Ø, Salvesen Ø, et al. The effect of preoperative pelvic floor muscle training on urinary and colorectal-anal distress in women undergoing pelvic organ prolapse surgery: a randomized controlled trial[J]. *Int Urogynecol J*, 2021, 32(10): 2787-2794.
- [33] Nie X F, Rong L, Yue S W, et al. Efficacy of community-based pelvic floor muscle training to improve pelvic floor dysfunction in Chinese perimenopausal women: a randomized controlled trial[J]. *J Community Health Nurs*, 2021, 38(1): 48-58.
- [34] Sacomori C, Lorca L A, Martinez-Mardones M, et al. A randomized clinical trial to assess the effectiveness of pre- and post-surgical pelvic floor physiotherapy for bowel symptoms, pelvic floor function, and quality of life of patients with rectal cancer: CARRET protocol[J]. *Trials*, 2022, 22(1): 448.
- [35] Bump R C, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1996, 175: 10-17.
- [36] Barber M D, Walters M D, Bump R C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7)[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2005, 193(1): 103-113.
- [37] Rogers R, Coates K, Kammerer-Doak D, et al. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)[J]. *Int Urogynecol*, 2003, 14: 164-168.
- [38] Digesu G A, Khullar V, Cardozo L, et al. P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse[J]. *Int Urogynecol J*, 2005, 16(3): 176-181.
- [39] Avery K, Donovan J, Peters T I, et al. ICIO: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence[J]. *Neurourol Urodyn*, 2004, 23: 322-330.
- [40] Rogers R, Kammerer-Doak D, Villarreal A, et al. A new instrument to measure sexual function in women with incontinence and/or pelvic organ prolapse[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 184(4): 552-558.
- [41] Jorge J M, Wexner S D. Etiology and management of fecal incontinence[J]. *Dis Colon Rectum*, 1993, 36(1): 77-97.
- [42] Allgayer H, Dietrich C F, Rohde W, et al. Prospective comparison of short- and long- term effects of pelvic floor exercise/biofeedback training in patients with fecal incontinence after surgery plus irradiation versus surgery alone for colorectal cancer: clinical, functional and endoscopic/endosonographic findings[J]. *Scand J Gastroenterol*, 2005, 40(10): 1168-1175.
- [43] Frank L, Kleinman L, Farup C, et al. Psychometric validation of a constipation symptom assessment questionnaire[J]. *Scand J Gastroenterol*, 1999, 34(9): 870-877.
- [44] Emmertsen K, Laureberg S. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer[J]. *Ann Surg*, 2012, 255(5): 922-928.
- [45] Temple L K, Bacik J, Savatta S G, et al. The development of a validated instrument to evaluate bowel function after sphincter-preserving surgery for rectal cancer[J]. *Dis Colon Rectum*, 2005, 48(7): 1353-1365.
- [46] Meston C, Freihart B K, Handy A, et al. Scoring and interpretation of the FSFI: what can be learned from 20 years of use? [J]. *J Sex Med*, 2020, 17(1): 17-25.
- [47] Nowinski J K, Lopiccolo J. Assessing sexual behavior in couples[J]. *J Sex Marital Ther*, 1979, 5(3): 225-243.
- [48] Clayton A H, Goldfischer E R, Goldstein I, et al. Validation of the Decreased Sexual Desire Screener (DSDS): a brief diagnostic instrument for generalized acquired female Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD)[J]. *J Sex Med*, 2009, 6(3): 730-738.