

DOI:10.3724/SP.J.1008.2008.01122

• 短篇论著 •

升膝汤联合 α -受体阻滞剂/巴氯芬治疗尿潴留导尿管依赖的疗效分析

A combined therapy with Shengxi decoction and baclofen for patients with urinary catheter-dependence

任吉忠[△], 高 轶[△], 刘玉杉, 徐丹枫, 瞿创予, 闵志廉

第二军医大学长征医院泌尿外科、全军泌尿外科中心, 上海 200003

[摘要] 目的: 评价升膝汤联合 α -受体阻滞剂/巴氯芬治疗尿潴留导尿管依赖状态的疗效。方法: 115例尿潴留导尿管依赖状态患者, 单纯应用升膝汤组 65例, 主药为中药煎剂, 2次/d; 升膝汤联合 α -受体阻滞剂/巴氯芬治疗组 50例, 应用升膝汤治疗同时加用 α -受体阻滞剂/巴氯芬, 治疗2周后复诊, 比较两组拔管成功率。结果: 107例解除导尿管依赖状态, 恢复自主排尿, 9例失败, 有效率为92.2%。单纯应用升膝汤治疗组拔管成功率为89.2%, 低于升膝汤联合 α -受体阻滞剂/巴氯芬治疗组(96.0%, $P < 0.05$)。两组患者均无明显不良反应。结论: 中西医结合治疗尿潴留导尿管依赖状态效果良好, 值得推广使用。

[关键词] 导尿管; 尿潴留; 升膝汤**[中图分类号]** R 691.5**[文献标志码]** B**[文章编号]** 0258-879X(2008)09-1122-02

腹部手术、前列腺手术及产科手术术后常规需要留置导尿, 一般短期可以恢复自主排尿, 拔除尿管, 但其中有部分患者虽反复导尿, 亦不能恢复自主排尿, 迁延数周甚至数月, 陷于导尿管依赖状态^[1-5], 延长了住院时间, 给医务人员、患者及其家属带来烦恼。目前临床上没有较好的治疗方法。我科自2000年12月至2007年5月采用中药汤剂升膝汤^[6]联合 α -受体阻滞剂/巴氯芬治疗尿潴留导尿管依赖状态, 取得较好疗效, 现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 2000年12月至2007年5月我科收治的115例导尿管依赖状态患者, 年龄25~92岁, 平均(45.6±3.9)岁, 男62例, 女53例。带导尿管时间15~75 d, 平均(20±1.2) d; 插导尿管次数3~13次, 平均(4.5±0.3)次; 既往针灸处理35例, 服抗生素100例, 服解痉剂(膀胱灵、黄酮哌酯、特拉唑嗪、酚苄明等)92例。原发病或诱因: 上腹部手术后22例; 下腹部手术后24例; 脊柱、四肢手术后28例; 脑血管意外后13例; 肺源性心脏病5例; 前列腺增生症术后8例; 饮酒后7例; 原因不明8例。

1.2 治疗方法 对其中有条件的70例患者进行全套尿动力学检查, 根据结果进行治疗, 对无条件检查者根据其临床诊断进行治疗。升膝汤治疗组($n=65$): 升膝汤以伸筋草、淮牛膝、王不留行为主药, 以黄芪、益母草、木瓜等随症加减(所有中药成分皆由我院中药房提供)。升膝汤煎剂, 2次/d, 服用7 d后, 拔除导尿管, 拔管前膀胱内注入2~3倍稀释的汞溴红溶液100~150 ml, 刺激膀胱黏膜, 嘱患者自行排尿。升膝汤+ α -受体阻滞剂/巴氯芬联合治疗组($n=50$): 升膝汤服

用方法同上, 同时加服 α -受体阻滞剂哈乐/巴氯芬^[7-8]。哈乐为安斯泰来制药有限公司, 巴氯芬由宁波天衡制药公司生产。两组患者年龄、性别具有可比性, 无统计学差异。

1.3 随访 2周后复诊, 观察其治疗效果, 对部分有条件的导尿管拔除患者及仍无法拔除导尿管的患者选择全套尿动力学检查复查, 根据结果对后者进行进一步的治疗。

1.4 统计学处理 计数资料以例数(95%可信限)表示, 对排尿成功率用平均百分率(95%可信限)表示, 行 McNemar 检验, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 疗效分析 115例患者中106例成功拔管, 成功率92.2%, 9例失败, 治疗效果良好。升膝汤治疗组65例, 其中服药后恢复排尿58例, 成功率89.2%, 疗效满意; 另7例拔管后排尿, 1周内又发生尿潴留, 仍留置导尿管。升膝汤+ α -受体阻滞剂/巴氯芬组50例, 服药后48例恢复排尿, 成功率96.0%, 疗效满意, 2例失败, 仍留置导尿。升膝汤+ α -受体阻滞剂/巴氯芬组患者拔管成功率高于单独升膝汤治疗组($P < 0.05$)。

2.2 治疗前后的尿动力学分析 治疗前行尿动力学检查70例, 均为逼尿肌无反射伴外括约肌痉挛(图1A), 治疗后明显好转(图1B)。对9例治疗失败者进行尿动力学检查, 2例属膀胱出口梗阻, 建议行解除梗阻手术; 7例属逼尿肌收缩无力, 给予吡啶斯的明等药无效, 建议改用间歇性自家导尿或膀胱造口术, 其中1例随访属骶髓血管畸形导致骶髓退变。

2.3 术后并发症 115例患者观察随访期间, 服用升膝汤者未发现任何并发症与服药后的不良反应, 无特殊不适, 服药顺应性良好; 服用 α -受体阻滞剂者, 16例中有5例有体位性

[收稿日期] 2008-02-22**[接受日期]** 2008-06-10**[基金项目]** 第二军医大学长征医院“三重三优”学科人才建设基金(2005405)。Supported by Key Superior Program of Changzheng Hospital (2005405)。**[作者简介]** 任吉忠, 硕士, 副教授、副主任医师, E-mail: 13818713739@vip.163.com; 高 轶, 硕士, 主治医师, E-mail: gaoyismmu@yahoo.com.cn[△]共同第一作者(Co-first authors)。

低血压表现,卧床休息症状即消失;服用巴氯芬者,34 例中有 4 例在服药后 3 d 内有口干表现,3 d 后自动消失。

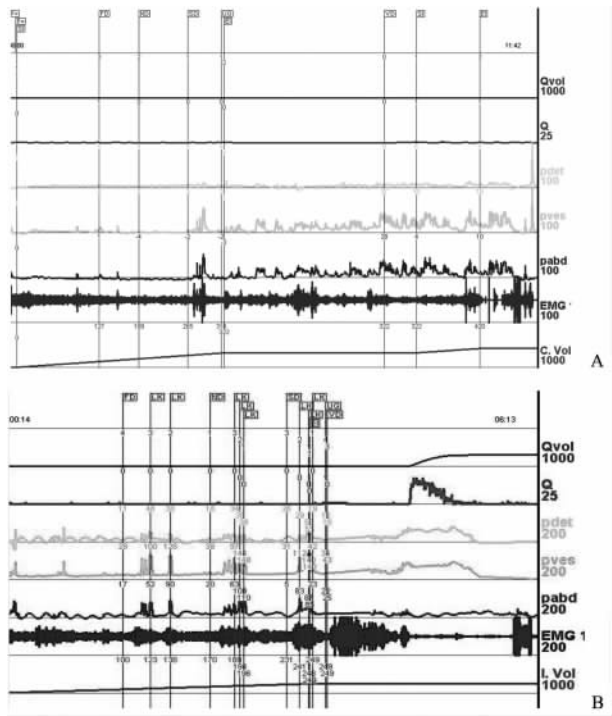


图 1 典型患者治疗前(A)、后(B)的尿动力学检查图
C Vol:膀胱灌注量;EMG:肌电图;pabd:腹腔压;pves:膀胱压;pdet:逼尿肌压;Q:尿流率;Qvol:排尿量

3 讨论

3.1 急性尿潴留的发生机制 急性尿潴留发生后,经各种处理(诱导排尿、更换体位、下腹部热敷、听流水音、服用解痉剂、针灸等)无效,并确定无明显严重梗阻性病变者,一次性或短期留置导尿是正确选择,导尿管拔除后多数可恢复自行排尿^[9-10],但仍有部分患者陷于导尿管依赖状态。急性尿潴留后导尿管依赖状态的原因可归为机械性和功能性两种。机械性原因最终需用外科手术解除,而功能性原因属于药物治疗范畴。功能性原因包括功能性梗阻及逼尿肌无力两种,对后者目前尚缺乏有效处理手段。巴氯芬属于 γ -氨基丁酸衍生物,作用于脊髓,对骨骼肌有解痉、镇静作用。功能性梗阻可发生于尿道平滑肌括约肌及横纹肌括约肌两平面,分别属于交感神经及体神经功能亢进, α -受体阻滞剂及巴氯芬有助于解除其亢进,利于拔除导尿管^[11-13]。本研究接受尿动力学检查的 53 例患者治疗前均存在逼尿肌无反射伴外括约肌痉挛,这说明陷入导尿管依赖状态的患者,功能性梗阻为主因,该类患者的处理应着重纠正此种排尿失常。

3.2 升膝汤治疗尿潴留的可能机制 伸筋草有祛风散寒、除湿消肿、舒筋活血等功用,临床用于消除肌痉挛有较好效果。淮牛膝,性平,味苦、酸,归肝肾经,偏于补肝肾,能利尿、通淋,可显著降低全血黏度,改善微循环障碍的血流动力学改变。益母草辛苦微寒,归心、肝、膀胱经,具有活血祛瘀、利尿消肿的功效,其提取物表现为与 α 及 β 受体阻滞剂相似的作用,但不能完全阻断。因此,能改善微循环、直接扩张外周

血管,降低血管阻力,有促进闭锁的毛细血管开放,降低血黏度和抗血液凝固作用,产生血流动力学改变。木瓜,性酸温,归肝脾经,具有舒筋活络、化湿和胃、镇痛的功效。黄芪,性甘微温,归脾、肺经,有补气利尿退肿作用,能促进人体血液循环和组织新陈代谢,从而改善局部血液循环,促进局部水肿、炎症的消散和吸收。因此,以伸筋草、淮牛膝及王不留行为主药,以黄芪、益母草、木瓜等随症加减组成的升膝汤,有缓解下尿路紧张、促进排尿通畅的功效^[6]。

本研究表明,对于使用解痉剂(膀胱灵、黄酮哌酯、特拉唑嗪、酚苄明等)等导尿管依赖状态无法解除者,可让患者服用升膝汤,其疗效良好;对于未使用过 α -受体阻滞剂/巴氯芬的患者,在服用升膝汤的同时,加用 α -受体阻滞剂/巴氯芬,其疗效稍好于单纯使用升膝汤。各种原因所致急性尿潴留,有较大比例患者并非由膀胱出口梗阻引起,如单纯服用 α -受体阻滞剂,则不能获得理想疗效,提醒临床医生不能仅据临床经验,出现尿潴留即考虑膀胱出口梗阻,此类患者可能会陷入导尿管依赖状态,给医生与患者带来很大困扰。

[参考文献]

[1] Klauser A, Frauscher F, Strasser H, Helweg G, Kölle D, Strohmeier D, et al. Age-related rhabdosphincter function in female urinary stress incontinence: assessment of intraurethral sonography[J]. J Ultrasound Med, 2004, 23: 631-637.

[2] Gutman S, Merrick G S, Butler W M, Wallner K E, Allen Z, Galbreath R W, et al. Severity categories of the International Prostate Symptom Score before, and urinary morbidity after, permanent prostate brachytherapy[J]. BJU Int, 2006, 97: 62-68.

[3] Fuchs P Ch, Bozkurt A, Johnen D, Smeets R, Groger A, Pallua N. Beneficial effect of corticosteroids in catecholamine-dependent septic burn patients[J]. Burns, 2007, 33: 306-311.

[4] 王玉芝. 留置尿管患者尿路感染的原因及预防[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2008, 29: 1278-1279.

[5] 邹 兰, 欧阳媛. 颈椎骨折患者长期留置导尿管的护理[J]. 实用医学进修杂志, 2006, 34: 114-115.

[6] 张紫星, 瞿创予. 升膝汤在下尿路功能障碍疾患中的临床应用[J]. 新医学, 1991, 22: 519.

[7] Blok B F, Holstege G. The central control of micturition and continence: implications for urology[J]. BJU Int, 1999, 83 Suppl 2: 1-6.

[8] Qu C Y, Zheng J F, Zhang X X. Modified phentolamine urethral pressure profile test in the urodynamic evaluation of lower urinary tract dysfunction[J]. Asian J Surgery, 1997, 20: 167-172.

[9] 张 易. 预防妇科术后尿潴留的研究进展[J]. 上海护理, 2007, 7: 57-60.

[10] 韩翠欣, 董晓瑜, 赵娇莲. 中老年妇女非手术性尿潴留的诊断及防治[J]. 职业与健康, 2007, 23: 1891-1892.

[11] 瞿创予, 任吉忠, 闵志廉, 朱有华. 膀胱过度活动症研究进展[J]. 中华泌尿外科杂志, 2002, 23: 380-382.

[12] 瞿创予, 郑家富, 孙颖浩, 许传亮, 杨 庆. 膀胱出口梗阻诊断标准的研究[J]. 临床泌尿外科杂志, 1999, 14: 457-459.

[13] Xu D, Qu C, Meng H, Ren J, Zhu Y, Min Z, et al. Dysfunctional voiding confirmed by transdermal perineal electromyography, and its effective treatment with baclofen in women with lower urinary tract symptoms: a randomized double-blind placebo-controlled crossover trial[J]. BJU Int, 2007, 100: 588-592.

[本文编辑] 贾泽军