

• 临床报道 •

健脾益肾兼化痰通瘀法治疗良性前列腺增生症致顽固性尿潴留 30 例

贾玉森* 杨静哲 代宏亮 张志杰

北京中医药大学东方医院,北京市丰台区芳星园一区 6 号,100078)

*通讯作者:jysen9702@yahoo.com.cn,(010)67689745

[摘要] 目的 观察健脾益肾兼化痰通瘀法治疗良性前列腺增生症(BPH)致顽固性尿潴留(UR)的临床疗效。方法 30 例 BPH 致顽固性 UR 住院患者给予健脾益肾兼化痰通瘀中药,每日 1 剂,分 2 次口服,治疗 2 周后判定患者临床疗效并对有效病例进行 3~35 个月随访观察复发情况。结果 19 例患者在治疗后恢复自行排尿,有效率为 63.3%。有效病例中 4 例复发。结论 健脾益肾法兼化痰通瘀治疗 BPH 致顽固性 UR 可在短期内恢复患者自行排尿,临床疗效肯定。

[关键词] 健脾益肾;化痰通瘀;良性前列腺增生症;顽固性尿潴留

急性尿潴留(AUR)是一种急性发作的膀胱充满尿液但尿液不能自行排出的症状,一般伴有疼痛。急性尿潴留的病因有多种,最常见的是良性前列腺增生症(BPH)^[1]。BPH 所致 UR 发生后,西医采取无菌导尿术,若拔除尿管后仍不能自行排尿者,考虑行手术治疗。但若患者年事已高,体质较弱,伴有多种内科疾病时,不能耐受手术或不愿手术,则导尿给患者带来了极大的痛苦,往往容易造成尿道黏膜的损伤,甚至引起尿路感染或合并结石、血尿等。我们采用中医药治疗 BPH 致顽固性 UR 患者 30 例,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准

BPH 诊断标准依据中华医学会泌尿外科分会 2009 年制定的《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》^[1]:①50 岁以上的男性,有提示膀胱出口梗阻(BOO)的下尿路症状(LUTS)及无任何特殊的除外指标。②综合病史、临床症状、前列腺触诊、尿流率测定及 B 超检查,并排除发生在前列腺部位的其他疾病。

顽固性 UR 诊断标准(自拟):①AUR 经尿道留置导尿 3~14 天;②拔除尿管前应用 α -受体阻滞剂治疗;③拔除尿管前 3 天先行定时夹管。经上述处理后,拔管后仍不能恢复自行排尿者则诊断为顽固性 UR。

1.2 中医辨证标准

脾肾不足兼痰瘀互结辨证标准依据《中药新药

临床研究指导原则》^[2]制定:①小便点滴不通,欲解不出;②伴见神气怯弱,气短懒言,面色萎黄,小腹坠胀,腰膝酸软;③舌淡暗或舌淡或舌暗,苔白腻或白腻微黄,脉涩或弦,尺脉较弱。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:符合上述诊断标准和中医辨证标准;合并较为严重的内科疾病而无法手术;年龄 65~95 岁;病程 1~20 年。

排除标准:①严重神经系统疾病、腰椎间盘突出症、椎管狭窄、下腹或盆腔手术或外伤等原因引起的神经源性膀胱功能障碍者。②合并有膀胱肿瘤、膀胱结石、前列腺癌、膀胱颈硬化症、输尿管间嵴或精阜增生、尿道狭窄者。③合并有严重肾积水或肾功能受损者。

1.4 一般资料

30 例观察病例均为北京中医药大学东方医院泌尿男科 2007 年 2 月至 2011 年 10 月住院患者。患者年龄 65~95 岁,平均年龄(77.7±7.50)岁,其中 65~70 岁 4 例,71~75 岁 5 例,76~80 岁 11 例,81~95 岁 10 例;病程 1~20 年,平均病程(8.3±5.4)年,其中 1~5 年 10 例,6~10 年 9 例,11~15 年 7 例,16~20 年 4 例;导尿时引流尿量小于 1000ml 18 例,大于 1000ml 12 例;并发血尿 5 例,并发感染 6 例;可能诱因中便秘 3 例,泌尿系感染和前列腺炎 4 例;前列腺重量 30g~145g,其中 30g~60g 14 例,61g~100g 11 例,101g~145g 5 例。

2 方法

2.1 治疗方法

采用健脾益肾兼化痰通瘀法治疗。处方:党参12g,白术12g,当归10g,陈皮10g,柴胡6g,枳壳6g,升麻6g,补骨脂10g,肉桂6g,黄芪15g,夏枯草12g,牡蛎30g,土茯苓12g,红花12g,莪术12g,牛膝12g,薏苡仁12g,王不留行12g。水煎,每日1剂,分2次口服,服用2周。在进行药物治疗的同时进行排尿训练,忌辛辣厚腻饮食、忌饮酒。

2.2 观察指标

中药治疗2周后拔除导尿管,观察恢复自行排尿情况,如患者恢复自行排尿,行B超测残余尿判定临床疗效。对于有效病例进行3~35个月的随访,观察复发情况。

2.3 疗效评定标准

疗效判定标准(自拟):服药2周后拔除导尿管,恢复自行排尿,残余尿量在60ml以内者判定为有效;仍不能恢复自行排尿或残余尿较多者为无效。

3 结果

3.1 患者临床疗效及复发情况

30例患者中19例在服药2周后恢复自行排尿,残余尿小于60ml,其中小于10ml者5例,11~30ml 8例,31~60ml 6例;9例在服药2周后未能恢复自行排尿,2例拔管后可自行排尿,但残余尿150~160ml,均判定为无效。有效率为63.3%。有效病例19例随访后有4例复发。

3.2 无效病例情况

无效11例,其中2例伴有心力衰竭,1例伴有脑梗死和心力衰竭,1例伴有脑梗死,1例伴有脑萎缩和糖尿病,1例伴有糖尿病和高血压,1例伴有营养不良性贫血。其中3例行尿动力学检查,2例提示膀胱感觉功能减退,膀胱逼尿肌收缩力明显减退,1例提示膀胱出口梗阻,逼尿肌功能良好。另8例因年事已高而未作尿动力学检查。其中2例选择了永久性耻骨上经皮膀胱造瘘,2例选择了经尿道前列腺切除术,5例选择了长期留置导尿,1例继续药物治疗配合间歇导尿。无效病例中有2例在出院以后死亡,1例80岁,死于脑出血脑疝,1例88岁,死于肺心病自发性气胸和心力衰竭。

4 讨论

BPH致AUR发生后,西医初始处理采取经尿道导尿或耻骨上经皮膀胱造瘘,1~3天后拔除导尿管。对于高龄患者,常伴心脑血管合并症,手术风险

大,属于手术禁忌症。如果患者年龄较轻(<65岁)、逼尿肌压力较高(>35cmH₂O)、导尿时引流的尿量<1000ml以及带尿管时间较长,则拔管的成功率较高^[4]。对于高龄患者来说,则拔管的失败率较高,其中多数患者需再次插管或反复插管。对于高龄患者的顽固性UR,除了前列腺本身充血水肿和 α -受体活性升高以外,膀胱过度充盈(或伴随着逼尿肌老化)导致的膀胱逼尿肌功能受损是主要原因。此时如果应用西药治疗,对于降低前列腺部尿道 α -受体张力是有效的,但对于膀胱逼尿肌功能的修复常无明显作用,故在高龄患者中应用后常常效果不好,而中医药在治疗上述顽固性尿潴留方面显示出了一定的优势^[3-9]。

本组30例患者,年龄偏大,其中76~95岁21例,占2/3以上,均为BPH致顽固性尿潴留,因多种因素而放弃手术治疗。患者表现为舌淡暗或舌淡或舌暗,苔白腻或白腻微黄,尺脉较弱,提示为脾肾不足,兼痰瘀互结所致,属于本虚标实之证,治宜健脾补肾,化痰通瘀。本组患者在应用上述方法治疗后,19例患者拔管恢复自行排尿,残余尿量均小于60ml,提示膀胱收缩功能部分恢复而进入代偿期,有效率为63.3%,临床疗效肯定。

参考文献

- [1]中华医学会泌尿外科学分会. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南2009版[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:104-111.
- [2]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第三辑)[M]. 1997:54-57.
- [3]马军. 双虎通关汤治疗前列腺增生致急性尿潴留21例[J]. 中国中医急症,2004,13(8):503.
- [4]张恩成,张健. 前列腺增生合并急性尿潴留辨治[J]. 江西中医药,2005,36(8):47-48.
- [5]要全保,彭煌,彭培初. 彭培初主任医师治疗前列腺增生尿潴留经验介绍[J]. 新中医,2006,38(12):11-13.
- [6]吴晋蒲,贾颖,薛云峰. 中药敷脐治疗前列腺增生引起的尿潴留60例[J]. 中医外治杂志,2006,15(6):29-30.
- [7]要全保,彭煌. 甘遂合通关汤加味治疗前列腺增生症致急性尿潴留临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志,2008,15(4):222-224.
- [8]杨珂. 中药保留灌肠治疗前列腺增生所致尿潴留临床研究[J]. 河南中医学院学报,2008,23(3):42-43.

[9]张波,何耀普. 针灸及中药治疗尿潴留35例[J]. 实用中医药杂志,2011,27(1):27.

(收稿日期:2012-04-11;修回日期:2012-10-10)

[编辑:侯建春]