

女性尿道综合征 31 例临床治疗分析

张鲁忠¹, 徐 勇¹, 冯 佩¹, 董国勤²

[摘要] 目的 探讨女性尿道综合征的治疗效果。方法 31 例患者, 其中 21 例进行了尿动力学检查, 均有尿动力学异常。治疗上采取心理、行为、药物等方面综合治疗。结果 治疗总有效率为 87%。结论 尿动力学检查是女性尿道综合征诊断和治疗依据, 女性尿道综合征的治疗应采取综合治疗。

[关键词] 女性; 尿道综合征; 尿动力学检查; 综合治疗

[中图分类号] R695

[文献标识码] B

[文章编号] 1681-102X(2008)06-0454-02

女性尿道综合征(FUS)是泌尿科门诊的常见病。自 2005 年 10 月~2007 年 12 月, 笔者采用综合疗法治疗 FUS 31 例, 取得了较为满意的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

111 一般资料 本组 31 例女性患者, 年龄 24~71 岁, 平均 41.5 岁, 多为中年已婚妇女。病程最短 3 个月, 最长 10 余年。临床特点为反复出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状, 3 例出现排尿困难、耻骨上疼痛不适等症状。大多数患者都经过较长时间单一抗生素治疗而效果不佳。尿常规正常, 或有少量红白细胞, 镜检每高倍视野不超过 10 个, 中段尿细菌培养全部阴性。全部病例分别经静脉尿路造影、CT、超声、膀胱镜等检查排除了泌尿系统的器质性病变(尿道狭窄、尿道口周围解剖异常等未被纳入本治疗组中)。本组中 21 例患者进行了尿动力学检查, 均发现有尿动力学异常表现, 且同一患者存在多个异常表现, 包括: 尿道压增高 11 例, 不稳定膀胱 7 例, 膀胱逼尿肌力减退 4 例, 尿道压降低 3 例, 逼尿肌括约肌不协调 5 例。

112 治疗方法 FUS 多采用综合治疗。

11211 一般治疗 给予健康指导和心理辅导, 减轻其紧张、焦虑情绪, 树立战胜疾病的信心; 嘱其注意休息, 局部温水坐浴, 锻炼身体, 增强体质。

11212 行为治疗 每日提肛运动, 可以随时随地锻炼; 坚持膀胱功能训练, 延时排尿, 定时排尿, 渐次延长排尿间隔等。

11213 药物治疗 分析患者的不同状态, 尤其是尿动力检查情况, 采用个体化治疗方案治疗。尿道压增高、不稳定膀胱多用 α 受体拮抗剂如盐酸坦洛新缓释

胶囊, 抗胆碱药托特罗定(舍尼停)。尿道压降低、逼尿肌括约肌不协调常用雌激素如尼尔雌醇, 中成药癃闭舒胶囊(石家庄科迪药业有限公司生产)。

11214 疗效评定标准 临床治愈: 尿路刺激症状消失, 正常饮水状况下排尿间隔 3~4 h, 每次排尿量大于 300 ml。显效: 尿路刺激症状基本消失, 正常饮水状况下排尿间隔 2 h 左右。有效: 尿路刺激症状改善。无效: 症状基本无变化。

2 结果

31 例患者中, 临床治愈 5 例, 占 16%; 显效 17 例, 占 54.8%; 有效 5 例, 占 9.6%; 无效 3 例, 1 例失去随访。总有效率为 87.0%, 而 21 例经尿动力学诊断的患者治疗仅 1 例无效, 总有效率达 95.2%。

3 讨论

FUS 是指以反复发作尿频、尿急、尿痛, 尿液检查无明显异常, 尿液培养阴性为临床特征的一组综合症候群。这类女患者常突然发病, 无明显规律, 可就诊于泌尿科、妇科、内科门诊。FUS 发病机制不十分明确, 目前其发病病因存在争论, 可能有如下几种: (1) 精神因素; (2) 神经因素; (3) 感染因素; (4) 尿道口解剖因素; (5) 雌激素失调。既往一些临床医生对本病认识不足, 加之门诊患者杂多, 缺少系统检查, 简单按尿路感染给予抗生素治疗, 疗效并不佳。近些年来由于尿动力学研究的发展, 人们对其认识逐渐深入, 一些学者注意到 FUS 患者大多数有尿动力学异常改变, 如宋波等^[1]对 676 例 FUS 患者进行尿动力学检查, 发现尿动力学异常者 543 例, 分为膀胱压增高、尿道压增高、膀胱无力、尿道压下降四大类, 共 13 种表现; 李金华等^[2]报道 160 例 FUS 患者的尿动力学检查有膀胱逼尿肌收缩无力/减弱 55 例, 膀胱出口梗阻 37 例, 膀胱尿意感觉异常 110 例等表现。随着一些有特定病因和特定治疗的疾病被认识, FUS 范围逐渐减小。并倾向于用某些反映

作者单位: 1 201411 上海, 上海市奉贤区奉城医院泌尿外科

2 200010 上海, 上海市第九人民医院泌尿外科

膀胱尿道功能异常的尿动力学名称作为诊断、分类和治疗依据^[3]。故 FUS 应排除明确的器质性疾病,根据尿动力学检查结果,开展针对性治疗。

本组 31 例患者未能全部行尿动力学检查,但治疗全部是围绕尿动力学的辨证施治,综合治疗,总有效率为 87.0%。分析如下:(1)精神刺激可能影响膀胱内压和膀胱收缩,人们常可体会到由于精神紧张而出现短时间尿频。心理治疗能缓解患者紧张情绪,消除患者疑虑,树立战胜疾病的信心。(2)膀胱训练可让患者重新学习和掌握控制排尿的技能;打断精神因素的恶性循环,降低膀胱的敏感性^[4]。但是单纯膀胱训练效果较差,因为治疗开始患者即被要求延长排尿间隔时间,会增加下腹胀痛不适,而产生疑虑,难以坚持下去。膀胱训练加上尿动力学方面药物治疗,在治疗初期就能缓解膀胱训练时的痛苦,使患者能够树立信心,坚持治疗,从而达到重建下尿路功能。(3) α_1 受体拮抗剂,可通过阻断膀胱颈部、尿道平滑肌细胞的 α_1 受体而降低膀胱颈、尿道压力,迅速改善排尿症状。适合于膀胱颈出口部梗阻、或尿道压力高者。抗胆碱药对膀胱逼尿肌有较强的抑制作用,能有效地治疗特发性不稳定膀胱和逼尿肌反射亢进所致的尿频、尿急和急迫性尿失禁。托特罗定(舍尼停)是强有力的抗胆碱药,对膀

胱有一定的选择性^[5],临床上较多应用。绝经后妇女的雌二醇水平低下,导致尿道上皮萎缩,减低平滑肌弹性,减低尿道 α_1 受体敏感性,使尿道舒缩功能减弱,尿道张力明显减退,故补充雌激素能减轻 FUS 症状。癃闭舒胶囊系纯中药制剂,由补骨脂、山慈菇、海金砂、金钱草、琥珀等组成,祖国医学认为其具有利水通淋、活血化瘀等功效。现代药理学研究表明,癃闭舒胶囊的有效成分补骨脂素、黄酮、海金砂素等能增强膀胱逼尿肌肌力,加强排尿动力,显著改善最大尿流率(MFR)^[6],适合于膀胱收缩无力患者,临床观察有一定效果。单纯抗生素治疗不满意,但坚持(可能数月)服用小剂量抗生素,可防治尿路感染。

[参考文献]

1 宋波,郭乃勉.女性尿道综合征诊治十年回顾.中华泌尿外科杂志,1994,15(3):199.
2 李金华,周家杰.尿动力学检查在女性尿道综合征上的应用.现代泌尿外科杂志,2000;5(4):203.
4 那彦群.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南.北京:人民卫生出版社,2006,6.
5 吴阶平,顾方六,郭应禄,等.吴阶平泌尿外科学.济南:山东科学技术出版社,2004,1303-1304.
6 吴士良,段继宏.中药癃闭舒对逼尿肌肌力弱患者的治疗作用研究.中国男科学杂志,2004,18(增刊):27.

(编辑:陆 华)

YL - 1 型颅内血肿微创穿刺针治疗慢性硬膜下血肿 92 例体会

文传志

[摘要] 目的 探讨微创穿刺针治疗慢性硬膜下血肿的方法。方法 对我院利用 YL - 1 型微创穿刺针治疗 92 例慢性硬膜下血肿进行回顾性分析。结果 91 例一次性治愈,1 例二次穿刺治愈。结论 YL - 1 型微创穿刺针治疗慢性硬膜下血肿疗效好,具有简单、省时、创伤小的特点。

[关键词] 微创穿刺;慢性硬膜下血肿

[中图分类号] R651.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1681 - 102X(2008)06 - 0455 - 02

我科从 2003 年 9 月 ~2007 年 9 月应用 YL - 1 型颅内血肿微创穿刺针(北京万特福公司生产)治疗慢性硬膜下血肿 92 例,取得较好疗效,现将资料报告如下。

1 资料与方法

111 一般资料 本组病例 92 例,其中男 61 例,女 31 例,年龄 31 ~82 岁,平均 67.2 岁,有头痛、头昏症状者 82 例,有神经定位体征 22 例,有明确头部外伤史者 84 例,无明确外伤史者 8 例。所有病例均经 CT 证实,血肿多位于额颞顶部,其中右侧 34 例,左

作者单位:404000 重庆,重庆市万州区中西医结合医院神经外科