

麻子仁丸合补中益气丸佐治前列腺增生并急性尿潴留试拔导尿管疗效观察

陈怀, 朱慧平, 黄倩倩

汕头市中医医院外科, 广东 汕头 515031

[摘要] 目的: 观察麻子仁丸合补中益气丸佐治良性前列腺增生(BPH)并急性尿潴留(AUR)患者试拔导尿管(TWOC)的临床疗效。方法: 将92例BPH并AUR患者随机分为观察组和对照组各46例。对照组给予导尿并留置导尿管和常规西药治疗; 观察组在对照组治疗基础上加服麻子仁丸及补中益气丸。于72h后拔除导尿管, 能自行排尿者随访1周。结果: 总有效率观察组为78.3%, 对照组为58.7%, 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论: BPH并AUR患者口服麻子仁丸和补中益气丸, 可提高TWOC的拔管成功率。

[关键词] 良性前列腺增生(BPH); 急性尿潴留; 试拔导尿管; 中西医结合疗法; 麻子仁丸; 补中益气丸

[中图分类号] R697.33 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)07-0078-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.037

良性前列腺增生(BPH)是老年男性急性尿潴留(AUR)的最常见原因, BPH并发AUR是自然病程中的严重急性事件, 通常采用留置导尿管, 待AUR因素解除后择期拔管, 拔管能否成功直接影响后续治疗方案的选择。因留置导尿管时间超过3天有很高并发症(如血尿、感染、导尿管周围漏尿等)。近年来, 对BPH并AUR患者推荐试拔导尿管(TWOC), 即在留置导尿管1~3天内拔出导尿管^[1]。然而TWOC留置导尿管时间短, 膀胱功能未完全恢复, 成功率不理想。为提高TWOC的成功率, 笔者于2010年1月~2013年12月, 在常规治疗的同时, 应用麻子仁丸缓下通腑, 合用补中益气丸缓补中气治疗本病, 取得一定疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例均为本院就诊的老年男性患者, 共92例, 均为首次发作的突然排尿不出伴下腹胀痛患者, 均符合《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》^[2]中有关BPH并AUR的诊断, 符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]中癃闭的诊断。年龄58~84岁, 平均70.0岁; 前列腺体积($V=0.52 \times \text{前后径} \times \text{左右径} \times \text{上下径}$) $30.8 \sim 105.5 \text{ mm}^3$, 平均 52.7 mm^3 ; AUR时间8~30h, 平均16.3h; 潴留尿量(导出尿量)700~1800mL, 平均964.7mL。患者既往无前列腺手术史和体位性低血压病史, 近1月未曾服用过 α -受体阻滞剂, 无膀胱结石、泌尿系感染和全身重要器官功能不全。患者及家属要求门诊治疗, 经医生综合各方面条件考虑后可先行门诊治疗者。入选患者随机分

为观察组和对照组各46例。观察组年龄(70.22 ± 6.15)岁; AUR时间(16.5 ± 5.3)h; 前列腺体积(53.2 ± 16.2) mm^3 ; 潴留尿量(970.6 ± 216.4)mL。对照组年龄(69.63 ± 7.26)岁; AUR时间(15.9 ± 5.8)h; 前列腺体积(52.2 ± 18.0) mm^3 ; 潴留尿量(958.7 ± 199.5)mL。2组间年龄、AUR持续时间、前列腺体积和潴留尿量比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 ①导尿并留置导尿管, 日间歇开放, 夜间放开。②特拉唑嗪片, 每次1mg, 每天2次, 口服; 第4天开始每次2mg, 每天2次, 口服。③非那雄胺片, 每次5mg, 每天1次, 口服。④对症治疗和健康教育等。

2.2 观察组 在对照组治疗的基础上加服: ①麻子仁丸(太极集团生产), 每次6g, 每天2次, 口服, 以大便软、每天2次为度。②补中益气丸(九芝堂生产), 每次3g, 每天2次, 口服。

2组患者均在72h后去除导尿管, 拔管后能自行排尿者, 继续现有药物治疗, 并随访至少1周, 此后治疗参照《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》^[2]; 拔管后不能排尿者, 6h后再次留置导尿管或耻骨上膀胱穿刺造瘘。药物治疗用时可达1月。

3 统计学方法

采用SPSS13.0统计软件处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,

[收稿日期] 2014-02-16

[作者简介] 陈怀(1966-), 男, 副主任中医师, 主要从事中医泌尿、男性科临床工作。

组间数据比较采用独立样本 t 检验, 疗效比较采用 Chi-square 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 有效: 拔出尿管后能自行排尿, 随访 1 周无再次发生 AUR。无效: 拔出尿管后不能自行排尿, 或拔出尿管后虽能自行排尿, 但随访 1 周内再次发生 AUR。

4.2 治疗结果 所有患者完成临床观察, 拔除尿管后 70.65%(65/92) 的患者能自行排尿。随访 1 周, 对照组 2 例再次发生 AUR, 观察组无再次发生 AUR。总有效率观察组为 78.3%(36/46), 对照组为 58.7%(27/46), 2 组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

4.3 不良反应 对照组有 2 例发生一过性体位性低血压, 未经处理后缓解; 观察组无发生不良反应。

5 讨论

BPH 并 AUR 首选留置尿管, 待 AUR 因素解除后择期拔管, 拔管不成功者, 急性手术风险大, 一般先膀胱造瘘, 待膀胱功能有所恢复后再行择期手术; 拔管后能自行排尿者, 可先药物治疗, 随访病情变化, 并根据患者意愿选择继续药物治疗还是手术治疗, 与带导管的 BPH 手术相比, 无导管的择期手术治疗风险会明显降低。

BPH 并 AUR 患者留置尿管时间并无明确规定, 尿动力学检查显示, 47.4% 的 AUR 患者由梗阻引起, 28.9% 的患者由逼尿肌收缩无力引起, 23.7% 的患者为梗阻与逼尿肌收缩功能受损共同作用的结果^[4], 而留置尿管 3 周后约 96% 患者逼尿肌恢复其原有的特性和功能^[5]。故有专家指出, BPH 并 AUR 患者应留置尿管 3 周, 让膀胱有充分的时间休息^[6]。笔者临床体会也是留置时间长则拔管成功率高。然而, 留置尿管时间超过 3 天有很高并发症(如血尿、感染、尿管周围漏尿等)。近年来, 对 BPH 并 AUR 患者, 推荐 TWOC, 即在留置导尿管后 1~3 天内拔出尿管^[7]。笔者结合《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》推荐 BPH 并 AUR 留置尿管的拔管时间, 对门诊治疗的患者 72 h 后拔出尿管, 同时加服特拉唑嗪和非那雄胺。特拉唑嗪是 α_1 -受体阻滞剂可提高拔管成功率。非那雄胺短期使用可减少前列腺出血机会, 长期使用可缩小前列腺体积和延缓前列腺增生的进展^[8]。本研究对照组疗效与有关文献报导结果相近^[9]。

BPH 为慢性病, 以虚为本; AUR 为急性病, 以实为标。BPH 并 AUR 乃虚实夹杂之证, 适用攻补兼之法。中医学认为, 突发小便不通为暴闭, 乃标实之急症, 要尽快恢复排尿。根据肾主五液, 开窍于二阴; 通泻大便开后窍, 可给邪以出路。临床上, 有医家在没有导尿的情况下, 投生甘遂、生大黄和芒硝等, 在峻下通泻同时, 部分 BPH 并 AUR 患者恢复了排尿, 是谓“开后窍以启前窍”^[9]。笔者认为, BPH 并 AUR

患者留置尿管后, 虽然尿液能出, 但标实之证仍在, 因其势已缓, 可缓下通腑祛邪。麻子仁丸由麻子仁、白芍、枳实、大黄、厚朴、苦杏仁组成, 蜜和为丸, 是经方名药, 具有润肠泻热、行气通便之功, 作用安全可靠。

BPH 并 AUR 患者加用 α -受体阻滞剂虽可以有效地缓解尿道功能性阻力, 但在短时间内逼尿肌受损无法等到修复, 膀胱功能受损也是造成 TWOC 不成功和拔管后再次出现 AUR 的原因之一。中医学认为, 膀胱开阖有度, 为气化之功, 气虚亦会导致不能排尿。补中益气丸是《脾胃论》中补中益气汤方改为丸剂而成, 由黄芪、党参、甘草(炙)、当归、白术、升麻、柴胡和橘皮组成, 功能补中益气、升阳举陷。笔者选用丸剂, 一则使用方便, 二则丸剂较汤剂力缓, 适合老年体质。麻子仁丸和补中益气丸同用, 一缓下和一缓补, 缓下通腑给邪出路, 缓补中气以充正气, 去邪不伤正, 补虚而不留寇。

本观察在常规治疗基础上加服麻子仁丸和补中益气丸, 疗效优于单纯常规治疗($P < 0.05$)。提示 BPH 并 AUR 患者在常规治疗同时, 口服麻子仁丸和补中益气丸, 可提高 TWOC 的成功率, 有一定临床价值。

[参考文献]

- [1] 谈宜傲, 周林玉. 良性前列腺增生并发急性尿潴留研究进展[J]. 国际泌尿系统杂志, 2009, 29(5): 622-625.
- [2] 那彦群, 孙光, 叶章群, 等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 103-119.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 44-45.
- [4] 谢克基, 廖士明, 李涛, 等. 良性前列腺增生并急性尿潴留后的逼尿肌功能评估及其临床意义[J]. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27(5): 311-313.
- [5] Dubey D, Kumar A, Kapoor R, et al. Acute urinary retention: defining the need and timing for pressure-flow studies [J]. BJU International, 2001, 88(3): 178-182.
- [6] 杨培谦. 老年男性急性尿潴留[J]. 中国临床医生, 2006, 34(10): 3-5.
- [7] 王建业. 良性前列腺增生症的药物治疗进展[J]. 中华老年医学杂志, 2006, 25(11): 809-810.
- [8] 华立新, 吴宏飞, 眭元庚, 等. 哈乐在良性前列腺增生伴急性尿潴留中的应用[J]. 中华男科学杂志, 2003, 9(7): 510-511.
- [9] 要全保, 彭培初. “开后窍以启前窍”治疗癃闭探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(1): 60-61.

(责任编辑: 冯天保)