文章编号:1000-5404(2008)14-1385-02

论著

62例帕金森病伴排尿困难患者临床处理

郭咏萍[1],蒋晓江[1],周红杰[1],王景周[1],姚国恩[1],李 玮[1],张远凤[1],葛成国[2] (第三军医大学大坪医院野战外科研究所:[1]神经内科,[2]泌尿外科,重庆 400042)

摘 要:目的 探讨帕金森病(Parkinson's disease, PD)患者的排尿功能紊乱的治疗。**方法** 分析临床PD合并排尿功能障碍患者共62例,其中55例出现急、慢性尿潴留者,均行尿流动力学检查,根据病情及部分尿流动力学检查结果,采取不同治疗方法。**结果** 留置尿管患者24例,其中拔除尿管后经口服α_1受体阻滞剂坦索罗辛可逐渐恢复自行排尿者17例,7例不能自行排尿患者采取清洁间歇性自家导尿术;经尿道前列腺汽化电切15例,耻骨上膀胱穿刺造瘘术13例;采用外部集尿器方法10例。**结论** 根据不同临床特点结合尿动力学检查采取相应治疗措施。

关键词: 帕金森病;排尿功能紊乱;尿流动力学检查;治疗
中图法分类号: R694.505 ;R699;R742.5 **文献标识码:** A

Management for Parkinson's disease patients with urine voiding dysfunction: report of 62 cases

GUO Yong-ping[1], JIANG Xiao-jiang[1], ZHOU Hong-jie[1], WANG Jing-zhou[1], YAO Guo-en[1], LI Wei[1], ZHANG Yuan-feng[1], GE Cheng-guo[2] (Department of Neurology, Institution of Surgery Research, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical management for Parkinson's disease patients complicated with urine voiding dysfunction. Methods Totally 62 cases of Parkinson's diseases complicated with urine voiding dysfunction were subjected, including 55 cases with acute and chronic urinary retention. Different treatment methods were employed according to the individual conditions and different results showed in urodynamic measurements that were performed in all subjects. Results Initially urethral catheterization and drug therapy (alpha1 receptor blockers: Tamsulosin) were used in 24 cases. Then after successful voiding trial, urethral catheter were removed in 17 cases without urinary retention. Seven patients who could not urinate without catheter adopted clean intermittent self catheterization (CISC), 15 patients accepted transurethral resection of the prostate (TURP), 13 patients used suprapubic catheters, and 10 patients received outer utensil for gathering the urine. Conclusion According to various clinical symptoms and urodynamics of parkinsonian patients with urine voiding dysfunction, proper therapeutic measures should be taken.

Key words: Parkinson's diseases; voiding dysfunction; urodynamic measurements; treatment

帕金森病(Parkinson's disease, PD)是一种常见的中枢神经系统变性疾病,有关帕金森氏病的真正病因尚不清楚。发病机制与黑质和蓝斑核内产生多巴胺的细胞发生退变有关。40%~70%的帕金森病患者出现排尿功能障碍,随疾病的严重程度加重[1],临床表现为下尿路症候群(lower urinary tract symptoms, LUTS):尿急、尿频、急迫性尿失禁、夜尿;排尿困难,急、慢性尿潴留。排尿困难属于排尿期功能异常,严重危害患者生活质量,且可同时合并尿频、尿急或充溢性尿失禁等症状,后期甚至出现肾脏功能损害,临床需积极处理,我们对2001-2006年PD合并排尿困难患者62例,就其排尿功能障碍采取不同处理措施,以期为临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2001年11月至2006年10月神经内科门诊及住院PD合并排尿困难患者62例,年龄(57.2±7.5)岁,病程(8.4±1.3)年,均服用左旋多巴类药物治疗,其中男性48例,女性14例,

作者简介:郭咏萍,女,山东省招远市人,医师,主要从事帕金森病、脑血管疾病等方面的研究,发表论文5篇。电话:(023)68757860,E-mail:kinghongyi@163.com
通信作者:葛成国,电话:(023)68757945,E-mail: kinghongyi@163.com
收稿日期:2007-07-09;修回日期:2007-11-02

按帕金森病 Hoehn and Yahr stages 1～5 级分级,2～4 级 53 例,占 85.48%,患者主要表现为尿路梗阻症状如:尿线细,排尿费力、夜尿、尿潴留,部分伴有不同程度的尿路刺激症状(尿急、尿频和尿失禁)。

1.2 尿动力学检查结果

应用 LABORY 尿动力仪,记录参数:测残余尿量、充盈期膀胱压力容积测定,排尿期压力－流率测定,膀胱容量,腹压漏点压及尿道压力测定,膀胱顺应性,逼尿肌压力,P-Q 图,括约肌肌电活动;怀疑压力性尿失禁者,需结合膀胱镜及膀胱尿道造影检查。依据国际尿控学会(ICS)规定的标准对其评价。

尿动力学提示逼尿肌无力 32 例,尿流率(8.7±2.2) ml/s,最大尿流率(9.7±1.7) ml/s;残余尿量 5～210(41.7±11.7) ml。

1.3 治疗方法

首先积极治疗 PD 原发病。根据不同病情及患者具体情况分别采取不同治疗方案:严重排尿困难,急、慢性尿潴留患者早期给予留置导尿;男性 PD 合并伴前列腺增生患者(BPH),采用药物或手术治疗的方法:口服药物 α_1 受体阻滞剂:哈乐 0.2 mg,1 次/d,口服,并行排尿日记,伴有膀胱出口梗阻(bladder outlet obstruction, BOO)明显者,行经尿道前列腺汽化电切术;顽固性逼尿肌无力者行耻骨上膀胱永久造瘘或长期采用清洁间歇导尿,压力性尿失禁采用保守治疗。全部病例均门诊随访。

2 结果

本组患者病程中出现急慢性尿潴留需留置尿管患者 55 例,其中拔除尿管后经口服 α_1 受体阻滞剂坦索罗辛可逐渐恢复自行排尿者 17 例;行经尿道前列腺汽化电切术 15 例,仍有 5 例患者 TURP 术后排尿困难症状改善不明显,尿动力学检查提示膀胱逼尿肌无力,经服用肾上腺素能受体兴奋剂如溴吡斯的明后自行排尿者 1 例;行耻骨上膀胱穿刺造瘘术永久尿流改道 13 例;10 例患者由于出现顽固性尿失禁而采用外部集尿器方法集尿。不能自行排尿患者采取清洁间歇性自家导尿术 7 例;8 例患者诉尿急尿频,尿动力检查结果结果提示膀胱顺应性正常,不存在 BOO,采取行为疗法:膀胱训练、延迟排尿、增加单次排尿量,结合口服药物如抗胆碱能制剂,改善尿路刺激症状,症状缓解或消退,随访无残余尿增多;经随访无肾功能损害。

3 讨论

排尿障碍使 PD 患者生活质量受到严重影响,本组患者 55 例病程中曾出现过急、慢性尿潴留症状,发病率高(55/62),且病情越重,下尿路症状的程度往往更严重,因此,强调积极治疗原发病 PD。尿动力学评估 PD 伴随排尿能障碍可提供客观依据,且可帮助鉴别多系统萎缩症。PD 患者尿动力学主要表现为逼尿肌无力、逼尿肌反射亢进、逼尿肌外括约肌假性协同失调[2];PD 可影响自主神经的节后纤维,因此 PD 可能同时存在周围神经病损。本组患者尿动力学主要表现为:逼尿肌无力,平均尿流率及最大尿流率低,残余尿量增多。老年男性 PD 患者存在有 BOO(绝大多数以 BPH 为主)者普遍[3],往往病情复杂,如出现最大尿流率明显降低,残余尿增多[4],其原因不但与帕金森病所致的逼尿肌收缩力功能障碍即功能性膀胱出口梗阻 BOO 有关,同时往往可能合并前列腺增生、膀胱颈部纤维组织增生引起的器质性 BOO[5]。此时解除梗阻,既缓解排尿困难,同时预防上尿路损害的发生,可考虑:①口服药物治疗:如 α_1 受体阻滞剂或 5α 还原酶抑制剂以改善排尿症状;②行前列腺电切术(TURP),须严格掌握手术指征,解除前列腺尿道梗阻,改善患者排尿障碍症状,也能明显降低抗胆碱能制剂等抑制逼尿肌收缩药物所致的合并症的发生率;但若患者合并尿道压力低,则外科切除前列腺后可能导致严重的压力性尿失禁,此类患者尽量选择保守治疗[6]。③伴有逼尿肌收缩力受损者,药物或手术疗效欠佳,治疗后可能残余尿量仍较多,或慢性尿潴留反复发作,后期出现充盈性尿失禁,这类患者需要严格随访,了解患者排尿状况和残余尿量,必要时采用间歇导尿的方法(clearing intermittence self urethral catheterization, CISC),我们认为,针对 PD 患者的神经性排尿功能障碍者或 TURP 术后仍不能自行排尿患者可长期采用 CISC,操作简便易掌握,患者在家中自行或籍助别人即可完成,显著提高患者生活质量;④如 PD 患者逼尿肌收缩力差,体弱而不能耐受手术或药物的副作用,自己或客观不具备自行导尿的条件,可考虑耻骨上膀胱穿刺造瘘长期留置导尿管。

PD 合并排尿功能障碍患者病情特殊,有时临床处理棘手,强调积极治疗原发病的同时,根据不同临床特点结合尿动力学检查采取相应治疗措施,其目的是保护肾功能和提高生活质量。

参考文献:

[1] SakakibaraR, Shinotoh H, Uchiyama T, *et al*. Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's disease[J]. Auton Neurosci, 2001, 92(1-2): 76－85.

[2] Wein A J. Neuromuscular dysfunction of lower urinary tract and its treatment[M]//Walsh P C, Retik A B, Vaughan E D, *et al*. Campbell's urology. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: WB Sounders,2001: 953－1006.

[3] 王升晗, 陈晓松, 孙玉成. 帕金森病的尿动力学表现及临床意义[J]. 生命科学研究, 2005, 9(2 Suppl): 95－98

[4] Homma Y, Gotoh M, Takei M, *et al*. Predictability of conventional tests for the assessment of bladder outlet obstruction in benign prostatic hyperplasia [J]. Int J Urol, 1998, 5(1): 61－66.

[5] 陈武平. 膀胱出口梗阻的诊断和治疗概况[J]. 右江民族医学院学报, 2005, 27(5): 735－736.

[6] 吴 娟, 廖利民. 帕金森氏病合并排尿功能障碍2例报道[J]. 中国康复理论与实践, 2005,11(11): 908－909

(编辑 栾 嘉)