

托特罗定配合间歇导尿治疗脊髓损伤后膀胱过度活动症

刘洪举¹, 李 军²

(1. 贵州省骨科医院 康复医学科, 贵州 贵阳 550007; 2. 北京博爱医院 功能重建科, 北京 100068)

[摘要] 目的: 观察托特罗定配合间歇导尿治疗脊髓损伤所致膀胱过度活动症的临床效果。方法: 选择 46 例脊髓损伤致膀胱过度活动的患者予口服托特罗定及间歇导尿治疗 8 周, 比较治疗前后 24 h 尿失禁次数、尿失禁量和导尿量。结果: 治疗 8 周后, 患者平均每次导尿量由 (116.3 ± 14.7) mL 增加到 (218.5 ± 54.3) mL, 24 h 平均尿失禁次数由 (6.6 ± 2.7) 次减少到 (3.7 ± 2.1) 次, 24 h 平均尿失禁量由 (598.6 ± 265.7) mL 减少到 (402.5 ± 214.3) mL, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 托特罗定结合间歇导尿能有效治疗脊髓损伤所致的膀胱过度活动症, 增加膀胱容量, 减少漏尿次数。

[关键词] 托特罗定; 间歇导尿; 脊髓损伤; 膀胱过度活动症; 尿失禁

[中图分类号] R651.21; R694.54 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2014)01-0125-02

脊髓损伤(spinal cord injury, SCI)是指由于外界直接或间接因素导致脊髓损害,在受损害的节段出现各种运动、感觉和括约肌功能障碍,肌张力异常及病理反射等的相应改变。正常的排尿活动由脊髓反射中枢及交感、副交感神经共同参与,任何与排尿有关的神经受到损害后,引起的排尿功能障碍称为神经源性膀胱(neurogenic bladder, NB),是 SCI 的常见并发症,而膀胱过度活动症(overactive bladder, OAB)又是 NB 常见的一种类型,尿动力学上表现为充盈期逼尿肌无抑制性收缩和高膀胱压,对上尿路功能造成威胁,严重损害 SCI 患者的健康与生活质量^[1-2]。2013 年 3~6 月应用托特罗定口服结合间歇导尿治疗 46 例脊髓损伤后膀胱过度活动的患者,取得了较满意的疗效,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

选取功能重建科 2013 年 3~6 月收治的经查体、MRI 或 CT 检查诊断明确的脊髓损伤患者 46 例,男 34 例,女 12 例,年龄 (36.2 ± 6.26) 岁;病程为 2~29 个月,平均 (7.51 ± 4.63) 个月;颈髓损伤 22 例,胸髓损伤 16 例,腰髓损伤 8 例;完全性损伤 17 例,不完全性损伤 29 例。所有患者均并发有神经源性膀胱,经尿动力学测定为逼尿肌过度活动,排除严重肝肾功能不全、器质性尿路梗阻、严重的

泌尿系感染等疾病。

1.2 治疗方法

托特罗定口服:托特罗定(南京美瑞制药有限公司生产,国药准字 H20000602)每次 2 mg,早、晚各 1 次,共 8 周。间歇导尿:选择 12~14 号导尿管,防止因尿管过粗使括约肌松弛引起漏尿^[3];充分润滑导尿管,以防损伤尿道黏膜造成水肿,严格遵守无菌操作;在间歇导尿期间,重视会阴部的清洁护理,定期检查尿常规及尿培养,发现尿路感染及时处理。

1.3 观察指标

疗效指标:分别于治疗前后记录排尿日记,内容包括 24 h 尿失禁次数、每次尿失禁量、每次导尿量。安全性评估指标:观察有无不良事件如口干、心悸或其他不适等发生;每天监测血压,每周检测 1 次血常规,每 2 周检测 1 次肝肾功能及心电图,如有不良反应不能耐受者,停止治疗,退出本研究。

1.4 统计学分析

用 SPSS 12.0 统计软件进行分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,治疗前后数据比较采用配对 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 导尿量、尿失禁量、尿失禁次数

46 例 OAB 患者中有 43 例完成了本研究。在服

用托特罗定配合间歇导尿 8 周后,比较治疗前后平均每次导尿量、24 h 平均尿失禁量、24 h 平均尿失禁次数,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 OAB 患者治疗前后导尿量、尿失禁量及次数($\bar{x} \pm s$)

Tab. 1 Catheterization amount, urinary incontinence amount and times of OAB patients before and after treatment

指标	OAB 患者		P
	治疗前	治疗后	
导尿量 (mL/次)	116.3 ± 14.7	218.5 ± 54.3	0.008
失禁量 (mL/24h)	598.6 ± 265.7	402.5 ± 214.3	0.011
尿失禁次数 (次/24h)	6.6 ± 2.7	3.7 ± 2.1	0.010

2.2 并发症

有 16 例患者服药后出现口干症状,其中有 2 例不能耐受而退出研究,其余患者继续服药后症状逐渐缓解;另有 1 例患者出现心悸而退出本研究,未发现其他不良反应。43 例 OAB 患者在治疗期间血压、血常规、肝肾功能、心电图等结果未见明显异常。

3 讨论

OAB 是一种以尿急为特征,常伴有尿频及夜尿,伴有或不伴有急迫性尿失禁的独立综合征^[4]。临床上许多疾病伴有 OAB 的症状,由神经病变或损害引起的神经源性膀胱尿道功能障碍常伴有 OAB,即神经源性 OAB,国际尿控协会称之为逼尿肌反射亢进(detrusor hyperreflexia, DH),脊髓损伤是其常见病因。尿动力学表现为储尿期逼尿肌无抑制性收缩、膀胱低顺应性、膀胱压力升高及有效膀胱容量降低。神经源性 OAB 严重影响患者生活质量,如不及时治疗,将引起膀胱输尿管反流,损害上尿路功能,最终造成肾功能衰竭。

膀胱逼尿肌的收缩受胆碱能受体控制。目前 OAB 主要的治疗方法是 M 受体拮抗剂为主的药物治疗,药物治疗安全,相对便宜。托特罗定是一种竞争性的 M 受体拮抗剂,主要作用于膀胱壁和逼尿肌上的 M 受体,阻断乙酰胆碱与 M 受体结合,从而抑制逼尿肌不自主收缩,改善膀胱功能,使 OAB 患者的尿频、尿急等症状得以缓解^[5]。国内外多项研究表明托特罗定可有效治疗 OAB,有效

率约为 84.78%^[5-6]。本研究在给予托特罗定口服治疗的同时配合间歇导尿,通过间歇导尿来解决不平衡排尿。间歇导尿使膀胱间歇性扩张,可防止膀胱过度充盈,并规律排出残余尿量,以保持膀胱容量和恢复膀胱的收缩功能,使膀胱规律性充盈及排空接近生理状态,有效地防止泌尿系统和生殖系统感染的发生。间歇导尿已被国际尿控协会推荐为治疗神经源性膀胱功能障碍的首选方法^[7]。

本研究显示,46 例患者中除 3 人因不良反应退出外,其余 43 例患者通过 8 周的托特罗定口服及间歇导尿治疗后,每日尿失禁次数、每次尿失禁量较前减少,每次导尿量较前增加,说明逼尿肌无抑制收缩得到有效控制。药物不良反应发生率为 37%,主要表现为口干,症状大多较轻,可耐受。

综上所述,托特罗定联合间歇导尿可以有效治疗脊髓损伤所致的膀胱过度活动,可有效增加膀胱容量,减少漏尿次数。

4 参考文献

- [1] Pagliacci MC, Franceschini M, Di C B, et al. A multicentre follow-up of clinical aspects of traumatic spinal cord injury[J]. Spinal Cord, 2007(45):404-410.
- [2] Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. Standardization sub-committee of the International Continence Society. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society [J]. Neurourol Urodyn, 2002(21):167-178.
- [3] 吴碧珍,付细娥,张凤清,等.间歇导尿配合膀胱功能训练在神经源性膀胱康复中的应用[J].吉林医学,2013(10):1972-1973.
- [4] 宋波,杨勇,廖利民.膀胱过度活动症诊断治疗指南[M]//那彦群,孙光.中国泌尿外科疾病诊断治疗.北京:人民卫生出版社,2009:135-136.
- [5] Abrams P, Andersson KE. Muscarinic receptor antagonists for overactive bladder[J]. BJU Int, 2007(5):987-1006.
- [6] 李富林,叶向阳.托特罗定治疗膀胱过度活动症的疗效观察[J].中国现代药物反应,2009(14):130-131.
- [7] 陈亚平,杨延硯.视觉反馈排尿训练在治疗脊髓损伤后神经源性膀胱中的应用[J].中国康复医学杂志,2008(2):117.

(2013-10-06 收稿,2013-11-10 修回)

编辑:周 凌