

防己黄芪汤联合热水坐浴治疗良性前列腺增生术后留置尿管相关性膀胱过度活动症疗效研究

何 强 谢 波 王兴涛

桃江县中医医院 湖南桃江 413400

【摘要】目的 探究防己黄芪汤+热水坐浴联合治疗在良性前列腺增生(Benign prostatic hyperplasia, BPH)术后留置尿管相关性膀胱过度活动症(Overactive bladder, OAB)患者中的应用效果。**方法** 研究对象为本院2019年1月~2020年12月期间诊治的82例BPH术后留置尿管相关性OAB患者,按照抽签分组法将其分为甲、乙两组,甲组41例(托特罗定缓释片),乙组41例(防己黄芪汤+热水坐浴),比较不同治疗方案对患者的影响。**结果** 甲组总有效率为80.49%,乙组总有效率为95.12%,两者比较有统计学意义($\chi^2=4.100$, $P=0.043$);治疗前,两组患者膀胱痉挛次数及持续时间比较无统计学差异($P>0.05$);治疗后,乙组膀胱痉挛次数及持续时间明显低于甲组($P<0.05$);乙组并发症发生率(2.44%)明显低于甲组(14.63%),差异有统计学意义($\chi^2=3.905$, $P=0.048$);治疗前,两组FDV、MCC水平比较无统计学差异($P>0.05$);治疗后,两组逼尿肌功能均有明显改善,乙组FDV、MCC水平明显高于甲组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前,两组OABSS评分比较无明显差异($P>0.05$);治疗后,乙组白天排尿次数、夜间排尿次数、尿急症状、急迫性尿失禁等评分明显低于甲组($P<0.05$)。**结论** 对BPH术后留置尿管相关性膀胱过度活动症患者采取防己黄芪汤联合热水坐浴,可提升治疗效果,促进患者身体机能恢复,提高患者生活质量。

【关键词】 良性前列腺增生;留置尿管;膀胱过度活动症;防己黄芪汤;热水坐浴

【中图分类号】 R694

【文献标识码】 A

【文章编号】 1000-8039(2022)03-009-03

前言:

良性前列腺增生(Benign prostatic hyperplasia, BPH)是一种缓慢进展的前列腺良性疾病,多见于50岁以上中老年男性,患者临床表现为排尿期症状和储尿期症状,前者为尿踌躇、小便淋漓不尽、尿流无力、尿痛等,后者为尿频、尿急、夜尿,临床可通过手术治疗来改善患者的临床症状,提高患者的生活质量^[1-2]。但患者术后需长时间留置尿管,其会对膀胱产生刺激,诱发逼尿肌非自主性收缩,进而导致膀胱过度活动症(Overactive bladder, OAB),影响患者的术后康复效果,加剧急迫性尿潴留发生风险^[3]。西医主要运用M受体阻滞剂来缓解OAB影响作用,但其不良反应发生率相对较高,会影响患者用药依从性,为此应寻求一种更为安全、有效的治疗方案^[4]。随着中医治疗的普及推广,防己黄芪汤逐渐被应用于OAB临床治疗中,其可以改善西医治疗不足,降低用药不良反应,同热水坐浴联合治疗效果为人们所广泛认可^[5]。基于此,本研究将对我院BPH术后留置尿管相关性OAB患者进行分组治疗,进一步分析防己黄芪汤+热水坐浴对患者影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1月~2020年12月期间,我院诊治82例BPH术后留置尿管相关性OAB患者作为研究对象,按照抽签分组法将其分为甲、乙两组,每组各41例。其中甲组,年龄50~83岁,平均为(66.52±3.27)岁;BPH病程最短1年,最长病程11年,均值为(5.71±1.22)年;手术时间(108.65±21.34)分钟;留置导尿管时间(7.26±1.23)天。乙组,年龄51~85岁,平均为(66.78±3.54)岁;最短病程1年,最长病程12年,均值为(5.96±1.15)年;手术时间(110.39±22.07)分钟;留置导尿时间(7.39±1.28)天。对比两组基本资料,不具有差异性($P>0.05$)。

纳入标准:①均为BPH患者采取经尿道前列腺切除术治

疗,术后伴有留置尿管相关性OAB;②年龄≥50岁且≤85岁;③患者自愿且签署研究知情同意书。

排除标准:①伴有精神、认知障碍或无法配合研究者;②伴有心、肝、肾等严重功能障碍者;③对本研究采用药物过敏者;④逼尿肌功能减退者;⑤伴有泌尿系统肿瘤或严重感染性疾病者。

1.2 方法

甲组:口服托特罗定缓释片(产自:南京美瑞制药有限公司, H20070272, 4mg*7片/盒),每次4mg,每天1次。

乙组:防己黄芪汤+热水坐浴,药方组成为黄芪20克,防己12克,熟地12克,白术、陈皮、山茱萸、茯苓、泽泻各9克,金银花6克,用水煎制,每天一剂,早晚两次温服。选择专用坐浴盆,将其平稳放置,将开水、冷水相互调至40℃,维持温度在身体承受范围内,对于年龄较大患者由他人协助调节温度,一面造成烫伤,在水中加入一定量食盐,坐浴过程中不断添加热水来位置温度恒定,每次时间半小时左右,每天一次。

两组均连续治疗一周。

1.3 观察指标

(1)患者临床症状消失, OABSS分值降低超过75%,为治愈;患者临床症状明显减轻, OABSS分值降低51%~75%,为显效;患者临床症状有所减轻, OABSS分值降低20%~50%,为有效;患者临床症状无明显变化, OABSS分值降低不到20%,为无效。治疗总有效率=治愈(%) + 显效(%) + 有效(%)。

(2)记录甲、乙组治疗前后膀胱痉挛次数和持续时间,了解患者的病情变化情况。

(3)调查两组患者在用药期间是否出现口干、头晕、便秘等不良反应,计算、对比两组总不良反应发生率。

(4)对患者进行尿流动力学检查,在患者膀胱中注入生理盐水,当达到膀胱最大容积时叮嘱患者排尿,来测量患者初始尿意容量(FDV)和最大膀胱容量(MCC)。

(5) 运用膀胱过度活动症(OABSS)量表对两组患者进行评分, 其分为白天排尿次数、夜间排尿次数、尿急症状、急迫性尿失禁共四个部分, 其分值占比分别为 2: 3: 5: 5, 分值越高则患者临床症状越严重。

1.4 统计学处理

统计学 SPSS24.0 软件, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$)、t 检验,

计数资料 %、 χ^2 检验, $P < 0.05$, 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

统计两组患者临床治疗效果, 其中甲组总有效率为 80.49%, 乙组治疗总有效率为 95.12%, 两者比较有统计学意义 ($\chi^2=4.100$, $P=0.043$), 如表 1。

表 1: 两组患者治疗效果比较 [n (%)]

组别	例数 /n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
甲组	41	11 (26.83)	12 (29.27)	10 (24.39)	8 (19.51)	80.49 (33/41)
乙组	41	19 (46.34)	11 (26.83)	9 (21.95)	2 (4.88)	95.12 (39/41)
χ^2	-					4.100
P	-					0.043

2.2 膀胱痉挛次数及持续时间

治疗前, 两组患者膀胱痉挛次数及持续时间比较无统计学差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 乙组膀胱痉挛次数及持续时间明显低于甲组 ($P < 0.05$), 如表 2。

表 2: 两组患者膀胱痉挛次数及持续时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 /n	膀胱痉挛次数 (次/d)		持续时间 (h/d)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
甲组	41	3.52±0.61	1.47±0.36	0.69±0.11	0.21±0.06
乙组	41	3.63±0.59	0.62±0.09	0.71±0.12	0.10±0.03
t	-	0.830	14.667	0.787	10.500
P	-	0.409	0.000	0.434	0.000

2.3 不良反应发生率

乙组并发症发生率 (2.44%) 明显低于甲组 (14.63%),

差异有统计学差异 ($\chi^2=3.905$, $P=0.048$), 如表 3 所示。

表 3: 两组不良反应发生率比较 [n (%)]

组别	例数 /n	口干	头晕	便秘	不良反应发生率
甲组	41	3 (7.32)	2 (4.88)	1 (2.43)	14.63 (6/41)
乙组	41	1 (2.44)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.44)
χ^2					3.905
P					0.048

2.4 FDV、MCC 指标

治疗前, 两组 FDV、MCC 水平比较无统计学差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组逼尿肌功能均有明显改善, 乙组 FDV、MCC 水平明显高于甲组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 4 所示。

表 4: 两组 FDV、MCC 水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mL)

组别	例数 /n	FDV		MCC	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
甲组	41	105.63±23.54	123.85±23.39	185.26±30.12	216.57±30.15
乙组	41	106.12±22.07	167.31±23.67	186.24±30.28	269.62±30.33
t	-	0.097	8.363	0.147	7.943
P	-	0.923	0.000	0.884	0.000

2.5 OABSS 评分

治疗前, 两组 OABSS 评分比较无明显差异 ($P >$

0.05); 治疗后, 乙组白天排尿次数、夜间排尿次数、尿急症状、急迫性尿失禁等评分明显低于甲组 ($P < 0.05$), 如表 5 所示。

表 5: 两组治疗前后 OABSS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数 /n	白天排尿次数		夜间排尿次数		尿急症状		急迫性尿失禁	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
甲组	41	1.72±0.15	0.89±0.23	2.52±0.33	1.49±0.32	4.58±0.31	3.05±0.29	4.58±0.24	3.07±0.31
乙组	41	1.75±0.11	0.45±0.11	2.58±0.27	1.02±0.22	4.62±0.29	2.52±0.26	4.55±0.34	2.33±0.29
t	-	1.033	11.051	0.901	7.750	0.603	8.713	0.462	11.162
P	-	0.305	0.000	0.370	0.000	0.548	0.000	0.646	0.000

3 讨论

BPH 是男性衰老的一个正常现象, 对于病情较为轻微的患者可采用药物治疗, 对于中至重度症状患者则应行手术治疗来切除病变组织, 改善患者排尿困难问题^[6]。近些年随着人们健康意识提升, BPH 就诊率呈明显升高趋势, 越来越多患者选择手术治疗来消除疾病困扰, 术后留置尿管一个常规操作, 但因 BPH 患者长时间膀胱出口梗阻将大大增加 OAB 发生几率, 进而造成膀胱尿道功能异常以及膀胱不稳定收缩, 影响患者术后恢复效果^[7]。

OAB 是一组以尿频、尿急、夜尿为主要症状的综合征, 洗杰等^[8]学者的相关研究中表明前列腺体 $> 50\text{ml}$ 、IPSS 评分 ≥ 20 分、逼尿肌压力 $< 40\text{mmHg}$ 、残余尿量 $\geq 50\text{ml}$ 、最大尿

流率 $< 8\text{ml/s}$ 等因素均会增大 BPH 术后留置尿管相关性 OAB 风险, 因此对于存在以上因素的患者应加强重视, 实施针对性干预措施来预防其发生^[9]。OAB 不会威胁患者的生命安全, 但可能造成失眠、焦虑、抑郁等, 影响患者的正常生活, 延长患者的康复周期, 为此应作出及时有效治疗。托特罗定是临床治疗 BPH 术后留置尿管相关性 OAB 一种常用药物, 其属于 M 胆碱受体阻滞剂, 主要用于抑制膀胱逼尿肌收缩, 改善膀胱过度兴奋所导致的排尿症状, 口服后经肝脏代谢可生成活性代谢产物 5-羟甲基衍生物, 对 M 胆碱受体有高度选择性, 可有效减轻患者的机体不适症状, 但其用药期间易出现视物模糊、口干、头晕等副作用, 应合理控制用药时间和用药剂量^[10]。

中医将 OAB 归属为“淋症”范畴, 病位在膀胱, 其主要

是由于脾肾两虚、气化不利、膀胱开阖无常所引起,相关研究表明,中药方剂防己黄芪汤对于 BPH 术后留置尿管相关性 OAB 有良好的治疗效果,可以实现标本兼治、整体调节,改善患者的临床症状,提高患者逼尿肌功能,促进患者病情早日康复^[11]。防己黄芪汤由黄芪、防己、熟地、白术、陈皮、山茱萸、茯苓、泽泻、金银花等药物所共同组成,其中黄芪具有健脾利尿、补气固表之功效;防己可以祛风除湿、止痛行水;熟地能够补血滋阴,益精填髓;白术、陈皮可以补气健脾、燥湿利水;山茱萸能够补益肝肾、固精缩尿;茯苓能利水渗湿,健脾止泻,宁心安神;泽泻用于利水消肿;金银花用于清热解毒、疏散风热,诸药联合可实现益肾健脾、益气通淋的治疗效果^[12-13]。防己黄芪汤基础上配合热水坐浴,可以改善盆底肌血液循环,促进炎症的吸收,舒缓膀胱平滑肌,降低膀胱痉挛发作频率和持续时间,加快疾病康复速率^[14]。在本次研究中对我院患者分别采用不同治疗方案,结果发现:乙组治疗总有效率、不良反应发生率明显优于甲组;乙组膀胱痉挛发作频率和持续时间明显低于甲组;乙组 FDV、MCC 指标、OABSS 评分改善效果明显优于甲组,反映了防己黄芪汤联合热水坐浴治疗有效性,相较于西医治疗可以提升临床治疗效果,药物不良反应较低,具有安全性。

综上所述,对 BPH 术后留置尿管相关性 OAB 患者采取防己黄芪汤+热水坐浴联合治疗,可以促进患者临床症状恢复,改善尿流动力学指标,消除膀胱痉挛对患者的影响。

参考文献:

- [1] 孙智勇.经尿道前列腺电切术对良性前列腺增生症的临床治疗效果研究[J].中国现代药物应用,2021,15(05):56-58.
- [2] 彭英克.中西医结合治疗老年良性前列腺增生合并膀胱过度活动症的临床观察[J].中国民族民间医药,2018(12):89-91.
- [3] 马雪霞,樊帆,赖丽君,等.基于尿流动力学结果的前列腺增生合并膀胱过度活动病人术后排尿功能分期研究[J].全科护理,2020,018(001):55-58.

[4] 王冠群,刘毅东,孙杰,等.坦索罗辛与索利那新在轻、中度良性前列腺增生合并膀胱过度活动症患者中的应用效果[J].检验医学与临床,2018,15(09):45-48.

[5] 刘森.清淋方加艾灸治疗前列腺增生电切术后膀胱过度活动症疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,027(009):981-984.

[6] 包志强.经尿道等离子剝除术治疗良性前列腺增生症的临床疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,006(0A3):105-106.

[7] 徐夏霞,翁贵茗,冯黎建.盆底肌训练对前列腺术后膀胱过度活动症控制的效果研究[J].临床医药文献电子杂志,2019,006(019):74-75.

[8] 洗杰,黄多斌,王君勇.良性前列腺增生患者术后并发膀胱过度活动症的影响因素分析[J].临床合理用药杂志,2019,12(09):134-135.

[9] 宋洪明,杨伟.经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生合并膀胱过度活动症患者术后影响因素分析[J].中国实用医药,2020,15(26):75-77.

[10] 陈岚,梅雪峰,赵娟,等.通淋止血汤联合托特罗定治疗经尿道前列腺电切术后膀胱过度活动症临床疗效评价[J].四川中医,2019,37(11):136-139.

[11] 胡青,吕伯东,楼国光,等.电针联合防己黄芪汤治疗 TURP 术后膀胱过度活动症的疗效观察[J].中国现代医生,2021,59(14):32-35.

[12] 张蕊,王子承,蒋荣莉,王颖.防己黄芪汤加味治疗糖尿病肾病疗效及对患者糖脂代谢、氧化应激的影响[J].陕西中医,2021,42(08):1049-1052.

[13] 何莲花,栾慧杰,单宏颖,等.防己黄芪汤对 DBA/1 小鼠胶原诱导型关节炎及血管新生的影响[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(17):16-23.

[14] 李仁武,李思,申正日,等.防己黄芪汤联合热水坐浴治疗良性前列腺增生术后留置尿管相关性膀胱过度活动症疗效研究[J].陕西中医,2021,42(6):4.

(上接第 8 页)

势开始呈现年轻化^[4]。子宫肌瘤的致病因素当前还未形成统一机制,但大部分医学研究者认为,子宫肌瘤的发病机制与女性激素变化可能有相关关联。子宫肌瘤在临床治疗中需根据患者年龄、分娩方式及生育所需进行考虑,并根据患者实际状况采取针对性手术治疗方案,在常规治疗方式中,开腹手术是子宫肌瘤切除术常用治疗措施。以临床体积较小的子宫肌瘤类型来说,若子宫肌瘤因体积因素经 B 超难以被有效查出,其开腹手术能够通过手触方式发现子宫肌瘤的存在,且在直视下完成腹腔关闭,使子宫部位保持完好。

相对来说,开腹手术更适用于子宫肌瘤数量较多的条件下,但该手术方式会给患者造成较大创伤,且术中出血量较多,对患者腹腔极易造成不良影响。在我国临床医学开始广泛推崇微创手术方式后,腹腔镜手术治疗开始应用于子宫肌瘤手术治疗中,该手术方式与开腹手术相比,其能够有效达到微创手术治疗标准,并在手术治疗时能够完好的保留患者子宫腔,使患者生育系统防止破坏,同时,该手术方式能够缩减手术创伤面积,患者术后并发症发生率较低,且恢复时

间相对更快,术后恢复更为美观,因此临床手术治疗更为推荐。

经本文研究结果得出,观察组患者的术中出血量、体温恢复时间、术后排气时间、住院时间及术后病率均优于对照组患者,两组患者组间结果差异明显,具有统计学意义($P < 0.05$),

综上所述,针对子宫肌瘤患者实施腹腔镜下子宫肌瘤剔除术能够有效提高康复效率,缩减术后创伤面积,减少并发症的发生几率,临床应用具有较高安全性。

参考文献:

- [1] 王瑞敏,侯懿.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床疗效比较[J].重庆医学,2021,11(07):852-853.
- [2] 杨琳琳.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹子宫肌瘤剔除术临床疗效分析[J].中外医疗,2020,22(06):49-50.
- [3] 黄巧玲.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的临床效果比较[J].中国实用医药,2021,15(05):95-96.
- [4] 张林丽,孟敏,杨晓东.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的临床疗效对比[J].中国社区医师,2021,12(09):81+83.