

患者感到气促和喘憋,但干预组患者在给予穴位按摩后均感觉不适症状减轻,并且均可以耐受;对照组有 2 例患者感觉气促难以耐受,并且需要增加氧流量和更改给氧方式。

2.2 2 组患者血氧饱和度、呼吸频率情况 见表 1。

表 1 2 组血氧饱和度、呼吸频率比较 $\bar{x} \pm s$

组别	血氧饱和度 (%)	呼吸频率(次/min)
干预组(n =21)	97.2 ± 2.2*	18.4 ± 2.4*
对照组(n =19)	94.8 ± 2.6	21.9 ± 3.6

注:与对照组比较,* P < 0.05

2.3 2 组患者肺部感染发生情况 干预组有 2 例(9.5%)患者术后发生肺部感染,对照组有 5 例(26.3%)患者术后发生肺部感染,其中 1 例转 ICU 进行呼吸支持治疗。2 组差异无统计学意义(P > 0.05)。

3 讨论

术后呼吸系统并发症是外科术后常见的并发症,在老年上腹部肿瘤患者术后尤其容易发生,并增加患者住院风险,肺炎和肺不张最为常见^[4],严重的可以导致呼吸衰竭,其原因很多,呼吸道分泌物的不能有效排除、呼吸肌(主要是膈肌)功能失常、以及血/气比例失衡可能是导致呼吸系统发生并发症的重要原因。术后因为疼痛、浅快呼吸、紧张及手术应激等导致患者不能有效的进行气体交换,导致血氧降低、肺部感染、肺不张等并发症。现有的研究发现,术后物理治疗(包括呼吸肌训练,正压通气等)在降低术后呼吸系统并发症的发生中起一定作用^[1,5],但是目前仍有一部分患者会发生较严重的并发症,对于如何预防 PPC 的发生,仍然在进行一系列的研究。结合目前关于 PPC 发病机制的理解,祖国传统医学可能在这一领域发挥一定作用。

传统医学认为肺主气,司呼吸,主宣发、肃降,能够维持机体正常的新陈代谢和气的升降出入运动。术后患者出现咳嗽、

咳痰、喘促气急等症,与肺的宣降失常有关,与中医肺气机逆乱的表现相似,肺为水之上源,能够通调水道、调节三焦水液代谢和气化功能,肺的功能失常,水液运行障碍则致痰饮,气促。尺泽“合主逆气而泄”,故可泻肺胃之逆气,治疗气机不利而引起的各种病证^[6];太渊为肺脏原气留止之处,宜治脾肺虚证,可用于肺脾气虚、升降失司之症^[7];鱼际理气清肺利咽喉^[8]。此三穴均为手太阴肺经腧穴,宣调气机,通调水道,可治疗气促、痰多等症,并位于体表,易于取穴按摩。我们应用按摩的方法来刺激这三个穴位,希望可以起到调节肺气机失调的作用,临床上也确实观察到通过穴位按摩可以改善患者排痰和气促症状,这种方法安全,实施简单,方便,易于临床推广,为防治老年肿瘤患者术后呼吸系统并发症的发生提供了新的思路和途径。关于穴位按摩防治术后呼吸系统并发症的具体机理及更好的穴位选择和刺激方法的选择方面,值得进一步临床应用和研究。

参考文献

- 1 Lawrence VA, Cornell JE, Smetana GW. Strategies to reduce postoperative pulmonary complications after noncardiothoracic surgery: systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2006; 144: 596-608.
- 2 林爱玲. 穴位按摩对肺心病患者血气分析影响的研究. *中国医疗前沿* 2008; 3: 33-35.
- 3 刘素蓉, 周颖, 陈云凤. 慢性阻塞性肺病患者急性期排痰的穴位按摩疗效. *现代预防医学* 2004; 31: 588-589.
- 4 Sachdev G, Napolitano LM. Postoperative pulmonary complications: pneumonia and acute respiratory failure. *Surg Clin North Am* 2012; 92: 321-44.
- 5 Smetana GW. Postoperative pulmonary complications: an update on risk assessment and reduction. *Cleve Clin J Med* 2009; Suppl 4: S60-65.
- 6 旷秋和. 尺泽穴的临床应用. *针灸临床杂志* 1999; 15: 56-57.
- 7 顾旭东, 翁国勤, 汤云仙, 等. 针刺太渊穴对肺通气功能障碍者肺功能即时效应的临床观察与探讨. *针灸临床杂志* 1994; 10: 29-31.
- 8 孙兰英. 指压鱼际穴止喘. *福建中医药* 1984; 28: 45.

(收稿日期: 2012-10-15)

doi: 10.3969/j.issn.1002-7386.2013.06.075

· 中医 · 中西医结合 ·

癃闭舒胶囊联合坦洛新对功能性膀胱出口梗阻所致排尿困难的疗效评价研究

王向东 刘胜 孙鹏宇

【关键词】 排尿困难; 膀胱出口梗阻; 逼尿肌收缩乏力; 癃闭舒胶囊; 坦洛新; 最大尿流率

【中图分类号】 R 694.2 【文献标识码】 A 【文章编号】 1002-7386(2013)06-0930-02

膀胱颈出口梗阻与膀胱逼尿肌收缩乏力是引起排尿功能障碍的两大因素,且膀胱颈出口梗阻本身亦可导致膀胱逼尿肌收缩乏力。为了解癃闭舒胶囊对膀胱颈出口梗阻所致逼尿肌收缩乏力患者的治疗作用,对我院 2008 年 7 月至 2010 年 7 月的 120 例膀胱颈出口梗阻致膀胱逼尿肌收缩乏力患者进行了随机对照研究,报告如下。

作者单位: 061000 河北省沧州市中心医院泌尿外科

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2008 年 7 月至 2010 年 7 月膀胱颈出口梗阻患者 120 例,随机分为 4 组(A 组、B 组、C 组和 D 组),所有入组患者均经尿流动力学检查证实存在膀胱颈出口梗阻并导致膀胱逼尿肌收缩乏力^[1]。所有患者均未留置尿管,平均年龄分别为(63 ± 13)岁、(64 ± 15)岁、(66 ± 14)岁和(63 ± 16)岁,平均身高(170 ± 6)cm、(168 ± 5)cm、(173 ± 4)cm 和(169 ± 5)cm,平均体重(65 ± 7)kg、(63 ± 7)kg、(64 ± 7)kg 和

(62 ± 7) kg, 男女比例均为 1:1, 治疗前的平均最大尿流率 (Q_{max}) 分别为 (12.2 ± 1.3) ml/s、(13.1 ± 1.5) ml/s、(11.9 ± 1.2) ml/s 和 (13.2 ± 1.4) ml/s。4 组一般资料具有均衡性。

1.2 分组与治疗 所有被纳入患者随机分为 4 组, 其中 A 组 (联合用药组) 30 例 给予癃闭舒胶囊 (石家庄科迪药业有限公司, 批号: 111117) 3 粒联合坦洛新 (昆明积大制药有限公司, 批号: 120906) 0.2 mg, 口服 2 次/d, 治疗 4 周; B 组 (癃闭舒治疗组) 30 例, 单用癃闭舒胶囊 3 粒口服 2 次/d, 治疗 4 周; C 组 (坦洛新治疗组) 30 例, 单用坦洛新 0.2 mg 口服 2 次/d, 治疗 4 周; D 组 (对照组) 30 例, 给予压腹排尿治疗 4 周。入组时剩余尿量 > 100 ml 者剔除。

1.3 统计学分析 多组间资料比较采用随机区组设计资料的方差分析和 SNK-q 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

全部 120 例患者在经过 4 周治疗后均获随访。A 组服药 4 周后 Q_{max} 平均改善 3.4 ml/s ($P = 0.007$); B 组服药 4 周后 Q_{max} 平均改善 2.7 ml/s ($P = 0.009$); C 组服药 4 周后 Q_{max} 平均改善 1.3 ml/s ($P = 0.01$), D 组 (对照组) 4 周后 Q_{max} 平均改善 0.2 ml/s ($P = 0.307$)。4 组 Q_{max} 改善值差异有统计学意义 ($P = 0.004$)。进一步通过多个均数间的多重比较, 可知 A 组与 D 组 ($P = 0.003$)、B 组与 D 组 ($P = 0.01$)、C 组与 D 组 ($P = 0.04$) 治疗效果有显著差异, 且 A 组与 B 组、C 组间治疗效果差异有统计学意义 (分别为 $P = 0.01$ 和 $P = 0.005$)。4 组患者随访中, 除 C 组有 1 例患者出现肝功能异常外, 其余均未发现不良反应发生。见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后尿流率参数比较

项目	n = 30 ml/s, $\bar{x} \pm s$				P 值
	A 组	B 组	C 组	D 组	
治疗前	12.2 ± 1.3	13.1 ± 1.5	11.9 ± 1.2	13.2 ± 1.4	0.004
治疗后	15.4 ± 2.7	15.5 ± 3.3	12.8 ± 1.7	13.3 ± 2.1	
改善值	3.4 ± 2.6	2.7 ± 1.9	1.3 ± 1.1	0.2 ± 0.8	
P 值	0.007	0.009	0.01	0.307	

3 讨论

正常排尿的维持有赖于正常力量的膀胱逼尿肌收缩与良好的膀胱出口通畅性。功能性膀胱颈出口梗阻包括神经源性逼尿肌—膀胱颈协同失调与非神经源性膀胱颈功能障碍, 后者亦称平滑肌括约肌协同失调和近端尿道梗阻, 其原因不明, 有可能在膀胱颈区肌肉异常排列, 逼尿肌收缩造成膀胱颈狭

窄^[1]。二者均能导致逼尿肌收缩力减弱而致排尿困难加重。

目前对于功能性膀胱颈出口梗阻虽已存在一整套的保守治疗及外科干预治疗方法, 但其仍存在诸多弊端, 特别是针对同时伴有逼尿肌肌力减弱这种老化膀胱尚无有效的措施。因此我们设计本方案, 以了解中西药在此方面的可能作用。

癃闭舒胶囊作为一种中成药, 于 1996 年经我国 SDA 批准开始运用于临床, 主治 BPH, 已有多项实验研究及临床观察证实^[2,3]。癃闭舒胶囊通过其重要成分补骨脂抑制前列腺组织增生, 改善排尿困难症状^[3]。它的另两种主要成分金钱草、海金沙的药理学作用为增加输尿管蠕动及膀胱逼尿肌收缩^[4]。有文献显示金钱草能增加输尿管平滑肌收缩, 从而治疗输尿管结石^[5]。

坦洛新为高选择性 α_{1A} 受体阻断药, 能有效松弛膀胱颈和前列腺的平滑肌, 缓解膀胱出口动力性梗阻, 研究显示长期使用坦洛新也能够维持稳定疗效^[1,2]。同时, 由于坦洛新的高选择性, 引起心血管系统不良反应的发生率也相对较低^[6]。

本研究设计目的是了解癃闭舒胶囊联合坦洛新能否改善患者的排尿症状及其可能机制。入选本研究的未留置尿管的逼尿肌肌力弱患者通过 4 周的服药治疗, 其 Q_{max} 的改善明显优于其余组, 由此推测癃闭舒胶囊联合坦洛新改善患者的尿流作用主要通过增加逼尿肌收缩力的同时松弛膀胱颈及前列腺平滑肌从而降低排尿阻力而获得, 但需进一步作尿动力学检查证实。癃闭舒与坦洛新两药联合应用, 对于膀胱颈出口梗阻引起的膀胱逼尿肌收缩乏力患者的尿流率改善具有显著疗效, 且其疗效优于单独应用两者中任何一种药物。

本研究结果为功能性膀胱颈出口梗阻所致逼尿肌肌力弱患者提供了一种可能的治疗方法。

参考文献

- 1 杨勇, 吴士良, 段继宏, 等. 前列腺重量与膀胱出口梗阻相关性的研究. 中华泌尿外科杂志, 1999, 20: 44-46.
- 2 董能本, 詹炳炎, 夏森森, 等. 补骨脂素抗良性前列腺增生的研究. 中华实验外科杂志, 2003, 20: 109-110.
- 3 黄小庆. 癃闭舒胶囊治疗前列腺增生症 56 例观察. 实用中医药杂志, 2002, 18: 4-5.
- 4 吴士良, 杨才胜, 段继宏, 等. 中药癃闭舒胶囊对逼尿肌肌力弱所致排尿困难的治疗机制. 临床泌尿外科杂志, 2010, 25: 464-468.
- 5 刘隽, 邹国林. 金钱草的研究进展. 唐山师范学院学报, 2002, 24: 8-10.
- 6 郑军, 邓晓洪, 欧平, 等. 盐酸坦洛新 (坦索罗辛) 治疗 BPH 的长期疗效观察. 临床泌尿外科杂志, 2009, 24: 239-240.

(收稿日期: 2012-09-18)

· 消 息 ·

本刊对统计学符号及统计学方法的要求

8 按 GB 3358-82《统计学名词及符号》的有关规定书写, 常用如下: (1) 样本的算术平均数用英文小写 \bar{x} (中位数仍用 M); (2) 标准差用英文小写 s ; (3) t 检验用英文小写 t ; (4) 卡方检验用希腊文小写 χ^2 ; (5) 相关系数用英文小写 r ; (6) 概率用英文大写 P (P 值前) 应给出具体检验值, 如 t 值、 χ^2 值、 q 值等)。关于资料的统计学分析: 对于定量资料, 应根据实验或调查设计类型和资料的条件选用合适的统计学分析方法, 不能盲目套用 t 检验和单因素方差分析; 对于定性资料, 应根据实验或调查设计类型、列联表中定性变量的性质和分析目的选用合适的统计学分析方法, 不能盲目套用 χ^2 检验。

本刊编辑部