

经验交流 ·

药物与行为干预相结合治疗原发性遗尿症

黄凯风,刘斌清,熊嗣玉

(中山大学附属第五医院儿科,广东珠海 519000)

[中图分类号] R694⁺.53 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2003)06-0563-02

遗尿症(enuresis)俗称尿床(bedwetting),是指小儿已达到膀胱控制排尿的年龄,而仍有不随意的排尿。其对象为 ≥ 5 岁儿童,睡眠状态下不自主排尿每周 ≥ 2 次^[1,2]。可分为原发性和继发性两大类。由于部分患儿有自发缓解的可能,而且无可靠方法预测小儿在什么时间可缓解,况且即使经过积极治疗,仍有5%~10%的原发性遗尿症(primary enuresis, PNE)患者将终身患病而不能治愈^[3]。本文报告用醋酸去氨加压素(desmopressin acetate, DDAVP,商品名为弥凝 Minirin)口服,结合若干项行为干预治疗临床确诊的70例PNE患儿,以观察其近期疗效。

1 对象与方法

1.1 对象

采用问卷方式,在珠海市3个区随机选择5所小学、2所幼儿园儿童(年龄 ≥ 5 岁),进行遗尿的流行病学调查,筛查出遗尿症患儿81例(其中包括丹麦籍7岁男童1名)。通过检测尿常规、中段尿培养、24 h尿量、夜尿量、夜尿渗透压、24 h尿钙定量、腹部平片、脊柱摄片、泌尿系统B超、夜尿钠排出量,及白天、夜间抗利尿激素水平测定,以除外继发因素。最后确诊PNE 70例为本组研究对象。其中男性43例(61.4%),女性27例(38.6%);年龄5~10岁28例(40.0%),11~15岁38例(54.3%),16~17岁4例(5.7%),平均年龄(10.5 ± 0.52)岁。其父母分别或同时有遗尿史者16/70例(22.9%)。

1.2 诊断标准

尿床从婴儿期开始,持续至5岁以上,未曾有过

6个月以上的不尿床期,即 ≥ 5 岁,每周尿床 ≥ 2 次,持续时间 ≥ 6 个月,并已排除继发性遗尿症。

1.3 治疗方法

药物治疗为:DDAVP 0.2 mg/片,含醋酸去氨加压素0.2 mg/片,辉凌(瑞典)制药有限公司生产,中华人民共和国卫生部药政管理局进口药品注册:BX980146。每晚睡前约1 h顿服0.2 mg,服3个月后减量维持至6个月,其间不得中断治疗。同时实施以下诸项行为干预:定时排尿建立条件反射、饮食调整、睡前控制饮水、闹钟叫醒、膀胱训练等。具体如下:服药的同时,定时督促小儿排尿以建立排尿条件反射;加强膀胱功能的锻炼,让患儿白天多饮水,尽量延长两次排尿间隔的时间,使膀胱容量逐渐增大,等到迫不得已时排尿,以提高膀胱括约肌的能力,成功时予以适当奖励;避免白天过度劳累,晚上早睡,入睡3 h后闹钟叫醒孩子排尿1次;晚餐少食过咸及高蛋白饮食,餐后少用甜饮,此为综合治疗不可缺少的部分。

2 结果

痊愈64.3%(45/70),症状完全缓解。其中5 d内起效18.6%(13/70),6~15 d起效34.3%(24/70),16 d以后起效、3个月内症状缓解11.4%(8/70)。好转25.7%(18/70)。无效10.0%(7/70),此7例患儿均收入我院再作全面、系统检查。结果,其中5例仍属PNE患儿,另2例则为继发性遗尿症(糖尿病1例、输尿管异位开口1例),转入相应科室治疗原发病。

DDAVP加行为干预治疗原发性遗尿症,本组病例总有效率90%。

[收稿日期] 2003-02-07; [修回日期] 2003-05-06

[作者简介] 黄凯风(1966-),男,大学,主治医师,主攻方向:心血管疾病。

3 讨论

小儿遗尿症在我国俗称尿床。过去往往属一种被人们忽视的疾病,现在该病逐渐受到关注并成为热点。遗尿症分为原发性和继发性。原发性遗尿症是指尿床从婴儿期开始,持续至5岁以上,未曾有6个月以上的不尿床期。而继发性遗尿症是指曾有6个月以上的不尿床期后再次出现尿床现象,往往继发于其他疾病。有资料显示,约有15%~20%的5岁或以上的孩子受到尿床的影响。根据日本学者报告,5岁儿童中受到尿床影响的占19%,随着年龄的增长,每年的下降率为15%,11岁时只占6%,但成人中还有0.5%~1%的人经常尿床,也就是说在原发性遗尿症中仍有5%~10%的患者终身患病不能痊愈。本组病例中,经DDAVP加行为干预治疗无效的占10%。说明该病不能听之任之,必须进行治疗。

复习近10年的相关文献,发现遗尿症是一个多病因的临床症状,涉及抗利尿素(ADH)夜间分泌不足^[3~7],膀胱功能障碍和睡眠觉醒障碍,且与遗传密切相关,而精神心理障碍绝大多数情况下是继发于遗尿症,是结果而非原因。刘亚兰等^[4]报告原发性遗尿症与血浆ADH的相关性研究,提出国内广东地区的PNE发病与夜间ADH分泌不足有关,与本文对病例的选择及治疗药物显效的结果是相吻合的。

虽然PNE的病因尚未完全明确,但是有证据显示遗尿儿童缺乏血浆中的抗利尿激素夜间分泌高峰,导致夜尿产生相对增多,超过膀胱容量,产生遗尿。抗利尿激素的类似物去氨加压素已经用于治疗夜遗尿症。口服0.2 mg去氨加压素(弥凝片)单剂可维持疗效7~10 h,可覆盖正常的睡眠周期。本组资料在3个月内达到痊愈45人(64.3%)。有关DDAVP对遗尿症的影响,除影响水的再吸收,下调

尿量外,甚至还有对机体唤醒系统(arousal system)的影响^[5]。

遗尿症患儿中常有家族史。双亲中有一个遗尿,则40%的小儿遗尿;双亲都遗尿,则77%小儿遗尿。双胞胎有更高的一致性。小儿和双亲的遗尿缓解年龄相似^[6],本组病例中部分病例存在的遗传因素与此学说是一致的。遗传研究发现,遗尿基因位于13号染色体的长臂上,是常染色体显性遗传。遗传基因很可能在膀胱平滑肌收缩中发生作用,并且可能引起肾小管重吸收机制异常^[5]。

行为疗法是患儿通过成功的学习才能纠正遗尿行为的,故在DDAVP治疗基础上加用行为干预可以提高和巩固疗效。

本文认为,DDAVP作为综合治疗措施中以药物治疗为主导的措施,其近期疗效是肯定,也是十分安全的,虽然长期超剂量服药有增加水钠潴留和低钠血症的危害,应用有效剂量的患者中还有可能出现头痛、恶心、胃痛、异常出血等副作用,但本组无一例因其不良反应而终止治疗。

【参 考 文 献】

- [1] 李炎唐. 泌尿外科高科技[M]. 北京:军事医学科学出版社, 1998, 172-173.
- [2] Norgaard JP, van Gool JD, Hjalmas K, Djurhuus JC, Hellstrom AL. Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children [J]. Br J Urol, 1998, 81(Suppl 3): 1-16.
- [3] 莫克俭. 夜尿症研究的进展[J]. 国外医学泌尿系统分册, 2000, 20(6): 139.
- [4] 刘亚兰,朱松杰,罗贵友. 原发性遗尿症与血浆ADH的相关性研究[J]. 临床儿科杂志, 2002, 20(4): 200-202.
- [5] 杨霖云. 小儿遗尿症临床诊治及研究现状[J]. 中华儿科杂志, 2000, 38(5): 335-336.
- [6] 林芃,林秀华. 小儿遗尿症的病因[J]. 医学综述, 2002, 6(4): 279.
- [7] 刘亚兰,朱松杰. 126例原发性遗尿症中的器质性病变分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2002, 4(2): 135-136.

(本文编辑:吉耕中)