

要重视神经源性膀胱的治疗

沈宏

[关键词] 神经源性膀胱;治疗;康复

中图分类号:R694 文献标识码:B 文章编号:1006-9771(2005)11-0913-02

[本文著录格式] 沈宏.要重视神经源性膀胱的治疗[J].中国康复理论与实践,2005,11(11):913-914.

在我国,神经系统疾患患者的神经源性膀胱问题,到目前没有得到包括泌尿外科医生在内的各科医生的充分重视,因神经源性膀胱所引起的一系列问题在神经疾患的康复期及稳定期却是影响患者生存期及生活质量的主要因素,早期正确地处理神经源性膀胱将最大限度地避免尿路并发症的发生,提高患者的生存质量。上世纪80年代前,美国的脊髓损伤患者急性期后的主要死亡原因是肾功能衰竭,而 Stover 等在1987年的统计显示,此后的主要死亡原因已变成了肺炎、事故及自杀,这主要归功于上世纪80年代后美国泌尿外科医生对此类患者神经源性膀胱的积极处理,他们通过各种治疗手段始终将膀胱内压维持在40 cmH₂O以下,同时减少残余尿,最大限度地避免了上尿路积水的发生^[1]。

位于美国德州医学中心的康复研究所(The Institution of Rehabilitation and Research, TIRR)目前在美国“十佳康复医院”中排名第2,它的脊髓损伤康复体系一直被美国教育部门视为典范。在德州 TIRR 共有14家医疗单位,作者有幸在休斯敦一家主要的 TIRR 进修学习了半年,主要内容就是如何处理神经源性膀胱。通过此次学习,我感到我国对神经源性膀胱的处理尚未得到重视,也有一些将来如何在此方面开展工作的感受,在此向同行交流,旨在共同提高我国神经源性膀胱的诊治

水平。

1 重视神经源性膀胱的处理,使其常规化

就脊髓损伤而言,1997年,De Vivo 报道美国每年新发生病例为10000人^[2]。结合我国人口老龄化及交通、建筑事故发生的绝对值增加,我国一定也会有大量的神经损伤患者,需要处理的神经源性膀胱患者也会大幅度增加,这是每位泌尿外科医生将面临的严峻问题。然而,目前对神经源性膀胱的处理在国内尚未得到广泛的重视,比如作者所在的四川大学华西医院,尽管是一大型的综合医院,但来泌尿外科求治的神经源性膀胱患者很少,即使有少量的病例,也只是简单的尿路并发结石的手术、造瘘及尿路改道手术,基本没对神经源性膀胱患者采取预防性的、针对性的常规处置方法。尽管医院设有较大的康复科,但两科的联系极少。我想,这样的状况在全国的医疗单位并不少见。另外,尽管针对神经损伤的患者,我国有专门的伤残军人医院及康复中心,但据了解,除少数的中心有专业的泌尿外科医生外,其余的均未开设泌尿外科,更不用说配备有处理神经源性膀胱经验的专业医生了。

在 TIRR 学习期间,作者有机会能够从门诊到住院部全面了解对就医患者的处理全过程,我的感受是,患者到 TIRR 来接受的康复治疗,是一全面、连续、完整的医疗过程。“全面”体现在每位患者从使用轮椅到每一功能肌肉的训练都会得到康复医生的指导性训练,当然包括请泌尿外科医生会诊处理膀胱问题,“连续”表现为对每位患者都将得到终身性的治疗,患者的依从性很好,也有专人负责通知患者的随访,尽管许多随访治

作者单位:610041 四川成都市,四川大学华西医院泌尿外科。作者简介:沈宏(1965-),男,四川西昌市人,硕士,副教授,主要研究方向:尿控和女性泌尿及神经源性膀胱。

疗在门诊进行;“完整”是指针对每一治疗措施,医生都会尽量使患者达到预期目标,很少半途而废,比如,就如何维持膀胱低压而言,医生会采用间歇性导尿、药物、注射、神经调节、尿液引流等方法来降低膀胱内压。就神经源性膀胱的处理而言,患者就医的第 1 天(一般在急性期发病 1~3 个月),康复医生除收集病史及制定每周详细的康复计划外,另一医疗重点就是帮患者联系泌尿外科医生进行神经源性膀胱的处理。泌尿外科医生第 1 次接触患者时,将对患者的泌尿系统进行全面的评价,其中最重要的一项是收集原始的尿动力资料,此资料一般为影像尿动力资料。根据检查结果,泌尿外科医生会立即给予相应处理。接受了早期处理的患者一般在 3 个月后随访,如患者执行医嘱良好(比如已能良好掌握间歇性导尿),尿失禁得到良好控制,常规尿动力检查示膀胱病变得到控制,随访时间改为 6~12 个月。所有患者均有一份随访时间安排,康复医生及泌尿外科护士也会到时给予提醒。我感到,在 TIRR,无论康复科医生或泌尿外科医生都对神经源性膀胱的处理给予相当的重视,他们对神经源性膀胱的治疗目的,除了保护肾功能外,还非常强调提高患者的生活质量,以能保持干燥,不带引流管为处理的理想目标。我所见到的患者大多数均能达到这一标准,他们中许多患者已有十余年的病史,其中较年轻的患者能从事工作的不在少数。

2 加快培养从事神经泌尿亚专业的泌尿外科医师

处理神经源性膀胱的医生应是接受过神经泌尿专门培训过的泌尿外科医生,这是因为神经源性膀胱的处理非常复杂。首先,神经系统损伤导致的膀胱功能障碍具有多样性,神经系统受伤后膀胱的逼尿肌的活动、逼尿肌顺应性、内外括约肌的协调性及膀胱感觉就分别有多种异常,其相互间的组合就更加复杂了;其次,目前治疗神经源性膀胱的各种疗法均无特效,需要根据病情变化调整治疗方案,比如药物的加量及更换、间歇性导尿的次数及时间调整、逼尿肌括约肌功能不协调(DSD)的处理、膀胱扩大及尿液引流的时机掌握等;再次,神经源性膀胱患者比一般患者更易出现并发症,要求经治医生能够正确处理;最后,此类患者的治疗期望值不一,加之部分患者存在部分精神因素,特别要求医生对这些患者的想法要有所了解,要有与患者充分沟通的思想准备及对所采用的治疗方法效果的准确评价。

在 TIRR,我见到有许多来自于德州大学休斯敦医学院的泌尿外科住院医生到泌尿门诊及尿动力检查室学习,并可直接参与对患者的处置,包括手术治疗。在 TIRR 还有不少 fellow(一般指在英、美研究机构或大学编制内领取资助的毕业生,区别于自己缴纳学费或申领助学金的硕士或博士研究生,也不同于博士后;有时也指本机构内高级团体的成员。这里应该指前者。——编者注)专门从事神经泌尿工作。

目前,我国尚无泌尿外科住院医师培训制度,现有泌尿外科医师也很少有机会得到神经源性膀胱诊治方面的培训。在

我国,此类患者的处理大多由从事尿控的泌尿外科医生进行。而目前我国的尿控学组成立才 7 年,真正对神经源性膀胱处理有较多经验的医生非常少,所以应加快培养神经泌尿亚专业的泌尿外科医师。此项任务最好由中华泌尿学会尿控学组等学术组织来承担。

3 医院应具有的专业人员及基本设备

尽管 TIRR 是一所从事康复的医院,没有开设泌尿外科,但它每周有 2 天的泌尿门诊,坐诊医生来自于休斯敦的其他医疗单位,均为从事神经泌尿及尿控专业的教授。它也没有开设手术室,所有手术患者均可由坐诊教授在其所在医院完成手术后再返回康复医院。但 TIRR 为来坐诊的教授提供了良好的影像尿动力检查设备,并为其配有尿动力检查技术人员及放射科医生,还有专门的办公室和病案室。

尽管在尿控学组的努力下,尿动力检查的开展在我国已有了长足的进步,但其运用大多限于对膀胱出口梗阻的常规检查及门诊排尿异常患者的筛查上,能常规开展影像尿动力检查的医院还较少,但这又是对神经源性膀胱患者进行处理的关键所在。所以我感到,应在有条件的康复中心及医院尽快开展影像尿动力的检查工作,并配置专门的检查技术人员及泌尿外科医生来从事神经源性膀胱的诊治工作。

4 社会家庭的关注及健全的保险制度

TIRR 在美国属于一所非盈利性的公立医院,它的发展大多来源于社会及个人捐赠,由此可以反应出美国社会对残疾人的关注。而我国的现况是多数神经疾患患者成为了家庭的负担,社会也有“瘫即废”的思想,要求对神经源性膀胱进行处理的患者很少,即使有治疗的愿望,也很难找到有实力的医院及神经泌尿专业的医生。医疗费用也是患者难以克服的困难。作者接触过较多的这类患者,因尿失禁而致的“尿臭”是其特点,基本没有社交活动,大多数患者最后死于肾功能衰竭。

神经源性膀胱的处理是一长期的过程,定期的随访检查、服药及可能的手术治疗将是一笔较大的医疗费用。在美国,保险制度比较完善,求治的患者可以基本不考虑医疗费用问题。而我国神经受损的患者多数经济则较困难,社会给予这些患者完善的保险是全面提高神经源性膀胱治疗水平,改善患者生存质量的关键。

致谢:感谢美国德州大学休斯敦医学院的 John C. Hairston 博士, O. Lenaine Westney 博士, Run Wang 博士对我在美学习期间提供的帮助。

[参考文献]

- [1] Stover SL, Fine PR. Epidemiology and economics of spinal cord injury[J]. Paraplegia, 1987, 25: 225 - 230.
- [2] De Vivo MJ. Causes and costs of spinal cord injury in the United States[J]. Spinal Cord, 1997, 35: 809 - 813.

(收稿日期:2005-10-07)