

• 论著 •

甘遂合通关汤加味治疗前列腺增生症致急性尿潴留临床研究

要全保¹, 彭煜²

(1. 上海交通大学附属第一人民医院分院, 上海 200081;

2. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海 200437)

【摘要】 目的 观察甘遂合通关汤加味对前列腺增生(BPH)急性尿潴留(AUR)的疗效。方法 将 105 例 BPH 致 AUR 患者随机分为两组, 对照组 53 例给予安慰剂治疗, 治疗组 52 例口服甘遂肠溶胶囊(含甘遂 0.9~1.8 g), 均单盲给药 1 次, 观察 6 h 内疗效; 治疗组 AUR 解除后继服通关汤加味 3 个月。结果 对照组有效率为 7.55%(4/53), 明显低于治疗组的 92.31%(48/52), 差异有统计学意义($P < 0.01$)。对有效病例随访 12 个月, 对照组和治疗组分别有 4 例、2 例患者复发 AUR。结论 甘遂能快速解除 BPH 所致 AUR, 通关汤加味可明显减少 AUR 复发。

【关键词】 甘遂; 通关汤加味; 前列腺增生; 尿潴留, 急性; 复发

中图分类号: R242; R697.3 文献标识码: A 文章编号: 1008-9691(2008)04-0222-03

A clinical observation of Gansui root (甘遂) and modified Tongguan decoction (通关汤加味) in treating acute urinary retention caused by benign prostatic hyperplasia YAO Quan-bao¹, PENG Yu². 1. Shanghai First People's Hospital Branch Affiliated to Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200081, China; 2. Yueyang Hospital of Integrative Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China

【Abstract】 **Objective** To observe the clinical efficacy of Gansui root (甘遂) and modified Tongguan decoction (通关汤加味) in the treatment of acute urinary retention (AUR) caused by benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods** One hundred and five patients were divided randomly into 2 groups: control group in which 53 cases were treated with placebo and treatment group in which 52 cases were treated orally with Gansui root (0.9 - 1.8 g in capsule, dissolved in intestine). The curative effects in 6 hours were observed. In the treatment group, after the AUR was relieved, the patients continued to take the modified Tongguan decoction for 3 months. **Results** The total effective rate was 7.55% (4/53) in control group and 92.31% (48/52) in treatment group ($P < 0.01$). The cases with therapeutic effect were followed-up for 12 months. There were 4 cases with recurrence of AUR in control group and 2 cases in treatment group. **Conclusion** Gansui root can relieve AUR caused by BPH quickly; modified Tongguan decoction can significantly decrease the recurrence of AUR.

【Key words】 Gansui root; modified Tongguan decoction; benign prostatic hyperplasia; acute urinary retention; recurrence

急性尿潴留(AUR)为急症,除导尿和膀胱造瘘术外,目前尚缺乏有效的保守治疗方法。我院采用峻下中药甘遂治疗前列腺增生症(BPH)所致 AUR,并用通关汤加味巩固治疗,效果理想,报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例:105 例 AUR 患者符合文献[1-2]标准,排除神经源性、高热、昏迷、外伤、前列腺癌等非 BPH 引起者。按照随机数字表法分为常规治疗对照组(53 例)和中药治疗组(52 例)。两组患者年龄、AUR 和 BPH 病史、入院前导尿时间、病情经统计学

基金项目:上海市科委科研资助项目(SWY-007(2001-61))

作者简介:要全保(1963-),男(汉族),河北省人,医学博士,副主任医师。

分析,差异无统计学意义(P 均 >0.05 ,表 1),有可比性。

表 1 两组患者一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	AUR 病史(次)	BPH 病史(年)	入院前导尿时间(周)
对照组	53	75.53±6.24	1.57±0.77	9.45±5.25	12.15±8.74
治疗组	52	76.87±8.13	1.86±0.79	10.63±6.79	13.37±10.92

1.2 方法:两组常规治疗相同。治疗组入院后立即拔除导尿管,并饮水 500~1 000 ml,2 h 内服用肠溶胶囊 4 粒(含甘遂 1.8 g,体弱者 0.9 g;对照组为安慰剂,两组均只给药 1 次)。服药前需少量进食,治疗组服药后可有 3~10 次水泻,小便随之通畅,如

泻下次数太多,可服一碗冷粥止泻,无效者立即转泌尿外科治疗。次日起治疗组再给予通关汤加味(黄柏 15 g,知母 12 g,龙胆草 9 g,山栀 9 g,肉桂 6 g,制大黄 9 g,凤尾草 9 g,荆芥 6 g,制麻黄 6 g)巩固治疗,药物加水 1 000 ml 煎至 600 ml,分两次饭后温服,每日 1 剂,连用 3 个月。

1.3 疗效判定:随访 12 个月,观察患者复发情况。检测治疗前后血、尿、粪常规,肝、肾功能,心电图,记录不良反应发生情况,进行安全性评价。疗效判定标准参照文献[1-2]制定:服药后 6 h 内顺利排尿者为有效;服药后 6 h 内未排尿或不能耐受者为无效。本研究经医院伦理委员会批准同意。

1.4 统计学分析:计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,行 *t* 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

对照组有效 4 例,无效 49 例,有效率 7.55%;治疗组有效 48 例,无效 4 例,有效率 92.31%,两组有效率比较差异有统计学意义($P<0.01$)。有效病例随访结果显示:对照组和治疗组分别有 4 例、2 例患者再次发生 AUR;治疗组有效患者均有 3~10 次水泻便,2 例服药后胃部不适,2 h 后可自行缓解。血、尿、粪常规,肝、肾功能,心电图无明显变化。

3 讨论

中医认为癃闭主要由气虚、血瘀、热结等因素引起膀胱气化不利、水道不通所致。峻下逐饮属于中医“下法”范畴,可开后窍以启前窍治疗 BPH 所致 AUR。首先,《素问·金匱真言论》云:“北方黑色,入通于肾,开窍于二阴。”肾主前后二阴,二阴在生理上密切相关,均为人体泻浊之器,是饮食水谷运化后糟粕的排泄出口,在病理上相互影响。肾阳不足可引起小便清长、频数,亦可引起大便完谷不化,五更泄泻;肾阴亏耗则小便短少,大便干结。所以在治疗前后二阴病时,可通过前后相互调节治疗,通大便治疗小便不通即所谓“开后窍以启前窍”法^[3]。其次,癃闭是里实标急之证,峻下逐饮乃治标救急之法。第三,尿闭非利水所能治,峻下逐饮、通利下窍才是有效治法。《灵枢·本输》篇说:“三焦者……实则闭癃,……闭癃则泻之。”明·张介宾《景岳全书·癃闭论治》云:“大小便俱不通者,必先通其大便,则小便自通矣。”癃闭之证,不同于小便生成减少之不利,而是因为尿路闭塞,小便无出路,利小便不但无助于治疗,反而徒增病势,使病情恶化,因此当另寻治疗途径,通大便可给邪以出路,缓解体内痰瘀邪浊的蓄积压力,通

畅下焦脏腑气机,同为肾所主的前窍也随之开启。虽然药性峻猛,但取效迅速,中病即止,反而会减少正气损耗。第四,根据张仲景有关痰饮的论述,结合 BPH 的病机特点,BPH 所致 AUR 属于中医“饮证”的范畴,潴留之尿液即停积于体内的饮邪,如同饮停胸胁之“悬饮”,癃闭乃饮停于膀胱,故可仿仲景悬饮治法。逐饮法适用于饮邪停积于体腔,如胸腔、腹腔、关节腔等而不得出,BPH 所致 AUR 实为饮停膀胱,邪无出路,故适用逐饮法治疗。峻下逐饮药甘遂苦寒有毒,入肾经,《本经》载其主治“大腹痼瘕,腹满,面目浮肿,留饮宿食,破癥坚、积聚,利水道”。李时珍谓其“逐水泻湿,能直达水饮窠囊隐蔽之处”^[4]。历代医家对甘遂的应用主要涉及悬饮、臌胀、水肿、痰饮、结胸、二便不通等证。本研究结果表明,峻下逐饮药甘遂治疗 BPH 所致 AUR 有明显疗效,起效迅速。

BPH 所致 AUR 多发于老年,除了增生的前列腺压迫膀胱颈出口引起下尿路阻塞外,部分患者膀胱逼尿肌收缩功能减退也是不可忽视的因素。缩小前列腺、解除其对膀胱颈出口的压迫梗阻虽为治本之路,但恐起效迟缓而不能适应急症需要,通启尿道,使小便排出是当务之急。甘遂等峻下逐饮药通过较峻烈排便动作对膀胱的刺激、逐饮消肿对膀胱颈出口肿胀的解除作用,增强膀胱逼尿肌功能,集多项作用于一法,故可收到明显快捷的临床效果。实验研究表明,甘遂可明显抗巴豆油小鼠耳廓炎症、增强电刺激大鼠膀胱逼尿肌的收缩功能^[5]。

通关汤加味方中黄柏味苦、性寒,归肾、膀胱经,《医学启源》称其“泻膀胱龙火,利小便热结,除下焦湿肿,补肾气”,为“阴中之阳”,“能泻膀胱,利下窍”,清肾中相火;龙胆草性沉而降,直达下焦而善清下焦湿热,同为君药。知母咸寒,有滋肾阴、清虚火之功效;栀子味苦、性寒,能泻三焦之火,共助君药清泻相火,为臣药。大黄味苦、性寒,有通腑泻浊之功效^[6],《大明本草》谓其能“泄壅滞水气,利大小便,可通后窍”,其水煎剂对膀胱逼尿肌的收缩活动有兴奋作用^[7];凤尾草能利尿泻火,使火从尿出;荆芥辛温发表,开上窍以提壶揭盖,合大黄即倒换散,《普济方·小便淋闭门》谓其治“无问久新癃闭不通,小腹急痛”;麻黄宣肺利水助肺治节,与荆芥同具辛散之性,有散结之功效,四药共为佐药。肉桂辛温入肾,引诸药入下焦,为使药,助肾阳气化,合黄柏、知母即通关丸,《兰室秘藏·小便淋闭门》谓其治热蕴膀胱、尿闭不通、小腹胀满。全方共奏滋阴补肾、清泻相火、通关散结之功效,对缩小前列腺体积,增加尿流率有效,

为缓则治本之法。本结果表明,在 AUR 解除后应用通关汤加味巩固疗效,1 年内仅复发 2 例。

参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准·癍团[M]. 南京: 南京大学出版社, 1995: 27-28.

[2] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 1279-1286.

[3] 要全保, 彭培初. “开后窍以启前窍”治疗癍团探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(1): 60-61.

[4] 李时珍. 本草纲目[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 11, 1215.

[5] 彭培初, 要全保, 彭煜, 等. 生甘遂快速解除前列腺增生急性尿潴留临床观察与实验研究[J]. 中国中医急症, 2005, 14(9): 841-842.

[6] 王笑微. 生大黄保留灌肠治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2007, 14(4): 250.

[7] 曾俊伟, 余梅, 骆亚莉, 等. 大黄对豚鼠离体膀胱逼尿肌条收缩活动影响的实验研究[J]. 中药药理与临床, 2005, 21(1): 27-29.

(收稿日期: 2008-02-22)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

原发性腹膜后肿瘤 68 例诊断和治疗

刘雅刚¹, 胡亚民¹, 胡亚力²

(1. 河北省沧州市中心医院普外二科, 河北 沧州 061001; 2. 沧州市人民医院, 河北 沧州 061000)

【关键词】 腹膜后肿瘤; 诊断; 外科手术; 肿瘤复发

中图分类号: R735.4 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2008)04-0224-01

原发性腹膜后肿瘤(PRPT)起源于腹膜后间隙的肿瘤, 不包括腹膜后实质性脏器肿瘤和转移性肿瘤。由于其位置隐蔽, 早期难以发现, 一旦确诊, 往往肿瘤已较大, 切除率低, 术后复发率高。临床少见, 但近年来发病呈增高趋势, 如何早期诊断、提高疗效和降低复发率是目前临床关注的问题。我院 1998 年 1 月—2007 年 12 月共收治 PRPT 患者 68 例, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 男 39 例, 女 29 例; 年龄 32~85 岁, 中位年龄 56 岁。首发症状: 腹部肿块 16 例, 腹痛、腹胀 20 例, 周围脏器受压 13 例, 阵发性高血压 1 例; 腹部触及肿块 36 例, 体检时偶然发现 9 例, 行其他手术探查时发现 1 例。

1.2 诊断与结果: 行超声 40 例次, CT 扫描 53 例次, 磁共振成像(MRI) 19 例次, 消化道钡餐或钡剂灌肠 9 例次, 静脉肾盂造影 19 例次, 选择性血管造影 16 例次。超声检查 77.5% 发现肿物, CT 检查 98.1% 发现肿物, MRI 检查全部发现肿物。选择性血管造影检查中 11 例提示腹部大血管受侵犯。病理分型: 良性 26 例, 恶性 42 例。

基金项目: 河北省沧州市科学技术研究与发展计划项目(07ZD260)

作者简介: 刘雅刚(1968-), 男(汉族), 河北省人, 副主任医师。

1.3 治疗方法及结果

1.3.1 恶性肿瘤术式: 一次手术完全切除 15 例, 部分切除 6 例, 联合脏器切除 14 例, 7 例因局部肿瘤浸润周围脏器和远处转移无法切除, 只进行了病理学检查。6 例肿瘤未能完整切除的主要原因为: 肿瘤浸润重要血管 2 例, 邻近脏器受累 1 例, 腹腔内广泛转移 3 例。3 例行肿瘤切除合并血管重建, 分别累及腹主动脉和下腔静脉, 均行血管部分切除加人工血管移植重建。术后多器官功能衰竭死亡 1 例, 其余患者如期出院。

1.3.2 良性肿瘤术式: 一次手术完全切除 22 例, 联合脏器切除 3 例, 1 例累及肠系膜血管行肿瘤切除并血管重建。

1.3.3 手术并发症及处理: 2 例术后出现肠痿者, 其中 1 例行手术修补, 1 例降结肠痿行横结肠造瘘后痊愈。

1.3.4 复发情况: 对 36 例患者进行了 3~60 个月的随访, 其中恶性肿瘤复发率为 53.8%(14/26), 再手术 11 例; 良性肿瘤复发率为 20.0%(2/10), 再次手术完全切除。

2 讨论

由于腹膜后腔隙大, 在肿瘤没有浸润和压迫周围器官前, 患者可无明显临床症状。所以, 发现腹部无症状性包块时要考虑 PRPT 的可能, 甚至可以首先考虑本病^[1]。本组中有 16 例(占 23.5%)的 PRPT 患者以无症状性包块为首发症状

而就诊, 36 例(占 52.9%)可触及腹部固定性肿块。因此, 临床工作中需对 PRPT 保持高度警惕。

影像学检查对 PRPT 确诊有重要的临床价值, 目前认为腹部超声是首选的检查方法, 但常因肠道气体而影响超声结果, 且其影像缺乏特征性, 从而限制了超声的诊断价值; 而 CT 和 MRI 检查是诊断 PRPT 较为理想的方法。CT 扫描能显示肿瘤的大小、部位、周围脏器及与大血管的关系, 有助于诊断及手术方案的确定。MRI 能多轴扫描, 可分辨管道密度、显示大血管, 诊断符合率较高。行手术切除是治疗 PRPT 的最有效方法, 治疗原则是尽早并彻底切除肿瘤及受累脏器、组织, 对术后复发者应争取再次手术。行部分切除和探查活检术的患者预后都差, 而且肿瘤切面出血难以控制, 可以形成致命性出血, 所以较少采用。

PRPT 术后复发率高的因素可能为: ①手术切除肿瘤不彻底; ②术中致肿瘤种植转移; ③恶性度高、复发率高。对复发者不要轻易放弃再次手术的机会, 再次手术时仍应遵守肿瘤整块切除的原则, 对已侵犯的脏器应尽量联合切除。

参考文献

[1] 蒋彦永. 原发性腹膜后肿瘤[M]//黄志强. 现代腹部外科学. 长沙: 湖南科技出版社, 1997: 663.

(收稿日期: 2008-05-26)

(本文编辑: 李银平)