

• 短篇论著 •

尿动力学检查在青年男性下尿路症状患者中的应用

倪梁朝 来永庆 陈月英 史本涛 关志忱

【摘要】 目的 评价尿动力学检查在青年男性下尿路症状(LUTS)患者中的临床应用价值。**方法** 回顾性分析 189 例 18~40 岁的青年男性下尿路症状患者的尿动力学检查资料。排除有糖尿病史、退行性神经系统疾病、泌尿系统外伤、手术史或急性尿路感染的患者。所有患者均接受多通道的尿动力学检查并对检查前后的诊断进行比较。**结果** 189 例患者平均年龄(29.1 ± 5.6)岁, 147 例(78%)有潴尿期症状, 而 121 例(64%)有排尿期症状。尿动力学检查前诊断主要有慢性前列腺炎/前列腺痛 37 例(20%)、神经源性膀胱 46 例(24%)、膀胱过度活动症 63 例(33%)和其他 43 例(23%)。104 例(65%)患者出现异常尿动力学检查结果, 包括膀胱顺应性降低 24 例(13%), 膀胱逼尿肌过度活动 87 例(46%), 逼尿肌-外括约肌协同失调 13 例(7%), 膀胱出口梗阻 57 例(30%)和逼尿肌活动低下/无收缩 32 例(17%)。**结论** 青年男性 LUTS 患者的流行病学病因多种多样; 临床诊断和治疗常依靠经验, 并不准确; 尿动力学检查在评价青年男性 LUTS 患者中具有重要价值。

【关键词】 尿动力学; 尿道疾病; 下尿路症状; 青年男性

下尿路症状(lower urinary tract symptoms, LUTS)在青年男性中很常见。但其临床诊断常常不准确, 而且为非疾病特异性的。导致青年男性出现 LUTS 的疾病包括慢性前列腺炎、前列腺痛、隐蔽性的神经源性排尿障碍和膀胱过度活动症等。这类患者接受经验性治疗, 如抗生素、抗胆碱能药物和(或) α 受体拮抗剂, 其治疗结果常不能令人满意^[1-3]。

其潜在的流行病学病因是多种多样的, 有学者推荐应用尿动力学评价青年男性 LUTS 患者^[4]。尿动力学检查已被证明对于明确诊断和指导治疗很有用^[1,4-7]。但在目前的临床实践中, 尿动力学检查在这些患者中仍未得到广泛应用。我们回顾性地研究了以往资料以评价尿动力学检查对青年男性 LUTS 患者的临床诊断和治疗价值。

一、资料与方法

1. 一般资料: 回顾性分析 2003 年 7 月至 2008 年 12 月北京大学深圳医院泌尿外科的尿动力学检查资料, 对 18~40 岁的青年男性 LUTS 患者资料详尽、病史齐全的进一步分析。根据病史、体格检查和辅助检查(如空腹血糖、尿常规、神经系统 MRI 等)资料排除有糖尿病史、退行性神经系统疾病、泌尿系统外伤手术史及急性尿路感染的患者。本组 189 例, 年龄(29.1 ± 5.6)岁(18~40 岁)。均无糖尿病史, 无明显神经系统病变, 无泌尿系统相关外伤手术史, 无急性尿路感染。其表现的症状包括: 147 例患者存在潴尿期症状(78%), 121 例存在排尿期症状(64%)。尿动力学检查前诊断包括慢性前列腺炎/前列腺痛 37 例(20%)、神经源性膀胱 46 例(24%)和膀胱过度活动症 63 例(33%), 其他 43 例(23%)患者无特异诊断, 仅简单地以 LUTS 表示。

2. 方法: 采用加拿大 Laborie Spindle View™ 尿动力检测仪进行尿动力学检查, 根据国际尿控协会标准进行具体操作及诊断^[8]。患者采取坐姿, 经尿道插入双腔测压导尿管, 记录残余尿量, 将直肠测压管置入直肠, 胶布妥善固定导管。膀胱测压时用生理盐水按 40 ml/min 或 60 ml/min 持续膀胱灌注, 连续记录潴尿期及排尿期膀胱压力变化及肌电图变化, 并计算逼尿肌压力, 膀胱测压完毕后嘱患者排空膀胱。

二、结果

尿动力学检查结果表明, 本组 189 例患者的最大膀胱容量为 89~487 ml, 平均(367 ± 94) ml; 最大尿流率时逼尿肌压力为 10.8~106.2 cm H₂O, 平均(36.5 ± 4.8) cm H₂O。其中尿动力学检查结果正常者 85 例(35%), 异常 104 例(65%)。潴尿期异常包括顺应性降低 24 例(13%), 逼尿肌过度活动 87 例(46%); 排尿期异常包括逼尿肌-外括约肌协同失调 13 例(7%), 膀胱出口梗阻 57 例(30%), 逼尿肌收缩力降低/逼尿肌无收缩 32 例(17%)。

三、讨论

青年男性 LUTS 患者与老年男性 LUTS 患者的表现迥然不同。老年男性 LUTS 患者的流行病学特征表明其潜在的病理特点主要为前列腺增生。因此, 接诊医师很容易得出一个很令人信服的诊断, 并不需要进行不必要的检查。无论如何, 青年男性 LUTS 患者的流行病学表现多种多样^[9]。基于病史和物理检查常常不能得出正确的临床诊断。尽管临床检查可能对于排除急性前列腺炎或前列腺癌有帮助, 但更多见的是, 临床检查未发现异常表现。诊断经常是经验性的, 很多患者被诊断为慢

性前列腺炎、前列腺痛、膀胱过度活动症或排尿功能障碍。治疗同样是经验性且不准确的。因为先入为主地认定进一步详细检查是可有可无的,因此经常不进行详尽的检查。通常不考虑进行决定性的外科手术治疗^[1-3]。

我们的资料确认,仅依靠临床评价对于准确诊断是不够的。大多数主诉有尿路刺激症状的患者实际上并没有逼尿肌过度活动。类似的,大多数主诉有梗阻症状的患者也没有膀胱出口梗阻。反之亦然,尿动力学检查证明为膀胱出口梗阻的大多数患者没有梗阻症状的主诉,尿动力学检查表现为逼尿肌过度活动的一些患者并没有尿路刺激症状。这与 Fusco 等^[4]的发现一致:尿动力学和主观症状的不一致强调了全面且早期的临床和尿动力学评价的必要性。患者的病史很显然并不能提供必要的有关流行病学病因的线索,这类患者的临床检查也常常表现为正常。

本研究中尿动力学检查前诊断有膀胱过度活动症 63 例(33%)、神经源性膀胱 46 例(24%)和慢性前列腺炎/前列腺痛 37 例(20%)。这三部分加起来占大多数(77%)的尿动力学检查前诊断。目前尚无任何证据能表明某例患者为膀胱过度活动症,而另一例有着相似临床表现的患者却是前列腺炎。这很可能是因为当临床印象不太确定时,这些诊断很方便应用。

本研究的 189 例患者在初次就诊和接受尿动力学检查期间存在明显的时间延迟,平均为 11.7 个月。这可能反映前期进行药物治疗(如抗生素,抗胆碱能药物或 α -肾上腺素能受体拮抗剂)的习惯性做法。只有当反复、多次药物治疗失败时,临床医师才对这些患者进行尿动力学检查。

尿动力学检查结果表明,我们的研究系列中大多数(65%)病例存在异常的尿动力学发现。尿动力学检查结果呈多样化,与尿动力学检查前诊断明显不同。事实上,只有 21%的尿动力学检查前诊断没有改变,这进一步突显了仅依靠临床评价获得正确诊断是多么困难。此外,诊断的变化使得改变处理措施变得非常必要。同样,这对于我们的大多数患者是必要的,特别是对于尿动力学诊断为膀胱出口梗阻而可能需要进行决定性的手术(如经尿道前列腺切除/膀胱颈切开)的患者。而对于那些尿动力学检查正常的患者,治疗主要是行为治疗、盆底锻炼和定时排尿,而不再采用检查前经验性的药物治疗。

我们对尿动力学检查资料进一步分析发现,57 例(30%)患者存在膀胱出口梗阻。与老年男性的流行病学最可能是良性前列腺增生(BPH)的情况不同,年轻男性患者颇为膀胱颈纤维化。其治疗的主要方法是 α -肾上腺素能受体拮抗剂,尽管其可以让一些患者得到部分缓解^[5],仍需要通过膀胱颈切开来获得决定性的缓解^[6]。

研究中 32 例(17%)患者表现为逼尿肌活动低下或无收缩。有学者研究指出,逼尿肌收缩受损是下尿路症状的原因之一^[7,9-11]。我们推测,这可能与患者存在某些潜在的影响逼尿肌收缩功能的疾病(如尚无发现的糖尿病)有关。

总之,本研究的结果表明尿动力学检查对 18~40 岁的青年男性 LUTS 患者的诊断和制定后续处理措施具有重要意义。相当一部分患者被发现存在异常的尿动力学表现。此外,尿动力学结果的异常差别很大,这反映了其潜在的病因多种多样。大多数患者在尿动力学检查后改变了诊断,其临床处理措施也随之变化。尿动力学检查对于获得更加准确的诊断很有价值,并有助于指导治疗。

参 考 文 献

- [1] Kaplan SA, Te AE, Jacobs BZ. Urodynamic evidence of vesical neck obstruction in men with misdiagnosed chronic nonbacterial prostatitis and the therapeutic role of endoscopic incision of the bladder neck. *J Urol*, 1994, 152: 2063-2065.
- [2] Nickel JC. Prostatitis: myths and realities. *Urology*, 1998, 51: 362-366.
- [3] Fusco F, Groutz A, Blaivas JG, et al. Videourodynamic studies in men with lower urinary tract symptoms: a comparison of community based versus referral urological practices. *J Urol*, 2001, 166: 910-913.
- [4] Webster GD, Lockhart JL, Older RA. The evaluation of bladder neck dysfunction. *J Urol*, 1980, 123: 196-198.
- [5] Woodside JR. Urodynamic evaluation of dysfunctional bladder neck obstruction in men. *J Urol*, 1980, 124: 673-677.
- [6] Norlen LJ, Blaivas J. Unsuspected proximal urethral obstruction in young and middle-aged men. *J Urol*, 1986, 135: 972-976.
- [7] Kaplan SA, Ikeguchi EF, Santarosa RP, et al. Etiology of voiding dysfunction in men less than 50 years of age. *Urology*, 1996, 47: 836-839.
- [8] Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 187: 116-126.
- [9] Nitti VW, Lefkowitz G, Ficazzola M, et al. Lower urinary tract symptoms in young men: videourodynamic findings and correlation with noninvasive measures. *J Urol*, 2002, 168: 135-138.
- [10] Wang CC, Yang SS, Chen YT, et al. Videourodynamic identifies the causes of young men with lower urinary tract symptoms and low uroflow. *Eur Urol*, 2003, 43: 386-390.

(收稿日期: 2011-05-23)

(本文编辑: 郝锐)

倪梁朝, 来永庆, 陈月英, 等. 尿动力学检查在青年男性下尿路症状患者中的应用 [J/CD]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2011, 5(12): 3621-3622.