

弥凝治疗小儿遗尿症 62 例临床分析

刘万清¹ 李淑林¹ 王敏²443500 湖北长阳县人民医院儿科¹

443001 三峡大学第一临床医学院 宜昌

中心人民医院儿科²

摘要 目的:观察弥凝治疗小儿遗尿症的临床疗效。方法:将 122 例小儿遗尿症患者随机分成两组,对照组 60 例和治疗组 62 例。对照组给予干床训练,治疗组在对照组基础上给予治疗组在对照组干床训练基础上睡前弥凝口服。弥凝用法为睡前服 0.1~0.2mg/日。2 个月 1 疗程,每 4 周随诊 1 次。随诊 3~6 个月。观察两组疗效及不良反应。结果治疗组治愈率高于对照组,对照组总有效率仅 46.7%,治疗组 96.7%,差异有显著性意义。追踪观察 3 个月,治疗组与对照组复发率有显著性差异。结论:弥凝治疗小儿遗尿症临床疗效好,复发少,不良反应少。关键词 遗尿症 弥凝 小儿
doi: 10.3969/j.issn.1007-614x.2012.05.049

小儿遗尿症目前多指≥5 岁小儿,每周至少 2 天夜间不自主排尿,且持续时间达≥3 个月的现象,而清醒状态下无此现象,排除其他疾病引起,临床上称为原发性遗尿症(PNE),俗称尿床,是儿童常见疾病,其发病率 9% 左右^[1]严重影响其身心健康^[2]。2006~2011 年采用 DDAVP 片剂治疗 PNE 患儿 62 例,现报告如下。

资料与方法

2006 年 3 月~2011 年 3 月收治 PNE 患儿 122 例,随机分为两组,治疗组 62 例,男 34 例,女 28 例;年龄 5~15 岁,平均 8.4 岁,遗尿频率和时间:1~3 夜/周 17 例(27.4%),4~6 夜/周 35 例(56.5%),7 夜/周 10 例(16.1%)。每夜尿床>2 次 25 例(40.3%)。前半夜(12pm 前)32 例(51.6%),后半夜 22 例(35.5%),不定时 8 例(12.9%)。对照组 60 例,男 30 例,女 30 例;年龄 5~15 岁,平均 8.1 岁。遗尿频率和时间:1~3 夜/周 15 例(25%),4~6 夜/周 33 例

(55.0%),7 夜/周 12 例(20.0%)。每夜尿床>2 次 18 例(30%)。前半夜(12pm 前)35 例(58.3%),后半夜 20 例(33.3%),不定时 5 例(8.3%)。两组性别、年龄、遗尿频率和时间等资料经统计学处理,差异均无显著性意义,具有可比性。

治疗:对照组为干床训练:①生活指导和心理辅导,如晚餐中勿过食蛋白质及盐类,晚餐后不宜饮水,睡前排尿等;②记录遗尿的日历表,如患儿不遗尿,奖予患儿一件奖品,鼓舞其信心;③鼓励患儿对尿床负责,与家长一起清理床铺等;④父母掌握患儿遗尿规律,在尚未尿床前亲自或闹钟唤醒其排尿,经反复训练,终使其能自觉醒来排尿;⑤鼓励患儿白天多饮水,憋尿直到不能耐受方排尿,并指导其排尿时,开始排尿、中断、再排尿、再中断,重复直至排空膀胱。治疗组在对照组干床训练基础上睡前弥凝口服。弥凝用法为睡前服 0.1~0.2mg/日。2 个月 1 个疗程,每 4 周随诊 1 次。随诊 3~6 个月。

疗效判断标准:治疗 1 个疗程遗尿次数较治疗前减少达 90% 以上。①有效:治疗 1 个疗程遗尿次数减少 50%~90%;②无效:遗尿次数减少<50%。③复发:显效或有效患儿,疗程结束后重新出现遗尿,且每周次数≥2 次。治疗结束后显效有效反应均追踪 3 个月,观察其复发率、治愈率。如由治愈变为改善或由改善变为无效计作复发。

统计学处理:应用 SPSS 11.0 统计软件对不同治疗组疗效进行比较 χ^2 检验分析。

结果

疗程结束时治愈率治疗组高于对照组,对照组总有效率仅 46.7%,治疗组 96.7%,差异显著性意义 $P<0.01$,见表 1。

表 1 两组总有效率比较(例)

组别	总数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	60	10	18	32	46.7%
治疗组	62	40	20	2	96.7%

追踪观察 3 个月,治疗组与对照组复发率有显著性差异 $P<0.05$,见表 2。

不良反应观察:62 例患者在服药期间 2 例轻度高血压,给予对症治疗好转,无恶心、呕吐及腹痛,无水肿等其他不良

反应,心率、尿常规、血常规、肝功能及肾功能均在正常范围内。

表 2 两组复发率比较(例)

组别	观察例数	复发例数	复发率
对照组	28	4	14.3%
治疗组	60	3	5%

注:与对照组比较 $P<0.05$ 。

讨论

目前认为,小儿神经内分泌异常导致的尿动力学改变是小儿遗尿症的重要原因。生理情况下夜间垂体后叶分泌的精氨酸加压素较多,其抗利尿作用可使尿量减少,若丘脑和垂体发育滞后使这一节奏发生紊乱,夜间精氨酸加压素不增多,则夜间尿量增加。同时遗尿症患者功能性膀胱容量常较正常儿童小,睡眠时膀胱极度活跃,自主收缩频繁且幅度大,从而使功能性膀胱容量进一步缩小,导致或加剧遗尿症的发生^[3]。

行为学综合治疗模式干床训练,其治疗重点均是通过学习夜间排尿控制技能而最终遗尿缓解,即在小儿夜间刚开始排尿时或将要排尿而尚未尿床前通过家长唤醒或闹钟等方法唤醒小儿,令其排尿,反复训练以期最终使小儿感受到尿意而自觉醒来排尿。此类方法 1~2 个月才起效但疗效巩固,治疗中弥凝起效快,增强了患者及其家属的信心,其后干床训练疗效较巩固而进一步提高了疗效和降低了复发率。医生需消除患儿及其家属的顾虑,并通过电话追踪和咨询与短时间随诊增强患儿及其家属的信心和治疗依从性,以保证治疗顺利。

综上所述,弥凝治疗小儿遗尿症的临床疗效好,不良反应少,安全性高,复发率低。

参考文献

- 李杰,陈春云,丁钰,等.6~16 岁儿童遗尿症的流行病学调查[J].中国全科医学,2003,6(10):846-847.
- 王惠梅,陆素琴.功能性遗尿儿童临床特征及其心理影响研究[J].中国儿童保健杂志,2002,10(5):326-327.
- 杨霁云.小儿夜间遗尿症发病机制及诊治进展[J].实用儿科临床杂志,2005,20(5):385-387.