

前,患者往往有尿急症状,部分患者在尿动力检查中并不表现出 DO,因此是否可诊断为 OAB 也存在争议。这类患者可能存在膀胱传入神经过敏或中枢对传入信号处理功能异常的情况,对这类患者单纯给予传统的抗胆碱能制剂往往效果不佳,治疗需因人而异,结合不同病因分别处理,如考虑传统的膀胱训练方法或三环类抗抑郁药物等。

一些 OAB 症状可能同其他疾病引发的症状并存,如混合性尿失禁患者,同时存在压力性尿失禁及急迫性尿失禁症状,应力引发的漏尿往往会触发尿急及急迫性尿失禁,当压力性尿失禁治愈后,尿急等症状也会得到缓解。其他盆底器官功能障碍也可以引发 OAB 症状,如尿道过度活动、盆底疼痛、盆底脱垂等。针对原发疾病的治疗往往会使 OAB 症状得到治疗,如尿道吊带术及盆底肌会阴部注射 A 型肉毒毒素注射会使部分诊断为 OAB 的患者症状得到缓解。

3 OAB 概念需要改进

OAB 概念的提出一方面方便了医患间及相关医疗服务人员间的沟通,为疾病诊疗及学术交流提供了统一的称谓^[7];另一方面概念过分强调了某一器官(膀胱)或某一症状(尿急)在症状群中的主要地位,可能会忽略其他原因引起的相关症状,从而限制甚至误导诊疗过程。二、三十年前泌尿学界曾经流行的“前列腺综合症”(prostatism)的概念,同样过度强调了前列腺在一组下尿路症状中的地位,实际上很多症状为尿道及盆底等原发因素引起,学术界将其修正后统称

为下尿路综合症(lower urinary tract symptoms, LUTS)。最新观点认为 OAB 并非一种疾病,而为一系列症状的表现形式。笔者认为可将 OAB 的概念改成尿急-尿频综合症(urgency-frequency syndromes),这样即明确了诊疗,同时方便了学术界交流。

参考文献:

- [1] ABRAMS P, CARDOZO L, FALL M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society[J]. *Neurourol Urodyn*, 2002, 21: 167-178.
- [2] STEWART WF, VAN ROOYEN JB, CUNDIFF GW, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States [J]. *World J Urol*, 2003, 20: 327-336.
- [3] IRWIN DE, MILSOM I, KOPP Z, et al. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries[J]. *BJU Int*, 2006, 97: 96-100.
- [4] TIKKINEN KA, TAMMELA TL, RISSANEN AM, et al. Is the prevalence of overactive bladder overestimated? A population-based study in Finland[J]. *PLOS One*, 2007, 2(2): e195.
- [5] WANG Y, XU K, HU H, et al. Prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life of overactive bladder in China[J]. *Neurourol Urodyn*, 2011, 30: 1448-55.
- [6] ZINNER NR, OAB. Are we barking up the wrong tree? A lesson from my dog[J]. *Neurourol Urodyn*, 2011, 30(8): 1410-1411.
- [7] ABRAMS P. Response to OAB, are we barking up the wrong tree? A lesson from my dog[J]. *Neurourol Urodyn*, 2011, 30(8): 1409.

(编辑 王 玮)

· 争鸣园地 ·

文章编号: 1009-8291(2013)01-0076-02

膀胱过度活动症定义之我见

廖利民

(中国康复研究中心北京博爱医院泌尿外科, 北京 100068)

关键词: 膀胱过度活动症; 定义; 辩证; 发展

中图分类号: R694 文献标志码: A

一直以来我喜欢用辩证法来指导临床实践。这次同样地, 当面临错综复杂的“OAB 之争”时, 应用辩证法的观念和思维进行分析, 一切将迎刃而解。我非常赞赏两位年轻学者的继承性思维和批判性思维, 这是对医学问题的科学态度。

收稿日期: 2012-11-09

修回日期: 2012-12-10

作者简介: 廖利民(1964-), 男(汉族), 医学博士, 教授、主任医师, 研究方向: 神经泌尿学与尿动力学, E-mail: lmliao@263.net

1 辩论促使 OAB 定义日趋完善

就现行 OAB 定义而言, 确实存在很多不完善、不准确、甚至矛盾之处, 但是这并不能否认构成 OAB 的尿急、尿频、急迫性尿失禁等下尿路症状的存在, 因为临床患者中确实大量地存在着这些症状。在 2012 年北京国际尿控协会(ICS)第 42 届年会上, 关于 OAB 定义的辩论将促使 ICS 标准化委员会采取进一

步行动修订现行的 OAB 定义。在 ICS 新的 OAB 定义问世以前,现行的 OAB 定义将在临床实践中继续使用。

2 发展的观点有助于正确理解现行 OAB 定义

运动是物质的根本属性,而向前的、上升的、进步的运动即是发展。对现行 OAB 的概念理解与定义制定也经历了一般事物的发展历程,因此应该以发展的眼光来看待 OAB 概念与定义。现行 OAB 概念与定义的缺陷从某种意义上讲并不取决于此概念的提出者与推崇者,而是取决于当今对储尿/排尿生理研究的局限性,在此领域有很多科学问题尚未明了。相信随着对下尿路神经生理、储尿与排尿皮层中枢控制、排尿相关感觉传导与控制等科学研究的进展,以及 OAB 概念临床应用中所发现的问题与积累的经验,现行 OAB 概念与定义必将日趋完善。另外,目前还没有人能够提出比现行 OAB 定义更为完善、理想和被广泛接受的新定义,相信这样的概念和定义一旦问世,必将取代现行 OAB 定义,这正是事物发展的必要过程。

3 临床研究和处理 OAB 的正确方法是由表及里

世界上的任何事物都是现象和本质的对立统一,透过现象把握其本质是科学的基本任务;因此,很难同时把握现象和本质。从目前 OAB 领域的科学研

究现有水平来说,OAB 是一组以尿急症状为特征、可包含尿频、急迫性尿失禁和夜尿的症状复合体,逼尿肌过度活动、下尿路感觉传入通路异常、皮层中枢处理感觉传入能力异常、尿道及盆底功能异常、下尿路神经支配异常、前列腺增生等伴发疾病的存在、以及下尿路老龄化改变等均是产生这些症状的本质和原因。无论原因何异,所产生的 OAB 症状均会干扰患者的生活质量,因此必须进行处理。在临床实践中,首先由 OAB 症状入手,分析产生症状的可能原因,同时给以症状恰当的治疗,符合临床医学的一般原则。如同临床处理发热患者一样,很难想象能够容忍患者体温长时间持续 40℃ 度以上而不作降温处理、却要等待发热原因的完全明了再作处理;临床常规的处理方法是“双管齐下”:在降温的同时积极寻找并处理发热原因。OAB 的临床处理与此有很大的相似之处。目前美国泌尿外科学会(AUA)及中华泌尿外科学会(CUA)等专科学会均制定了 OAB 临床指南,在临床实践中遵循这些指南具有重要的现实意义。

总之,现行 OAB 定义及以此为基础制定出来的临床指南对于临床上认识及处理尿急、尿频、急迫性尿失禁等症候群总体上是成功的,并且推动了该领域的科学研究进展、缓解了 OAB 患者的痛苦。相信随着科研的继续深入、临床经验的积累,OAB 的概念与定义必将进一步趋于完善。

(编辑 王 玮)

(上接第 72 页)

配合是手术成功的重要环节。对嗜铬细胞瘤患者术前需要 α 受体阻滞剂控制血压,扩张血管床,给予充分扩容,术中严密监测中心静脉压和桡动脉压,开放 3 条输液通道^[7],保持血压平稳,操作中避免过度挤压肿瘤^[8]。⑦术前对肾上腺肿瘤定性和定位诊断很重要。通过 CT、MRI 等多能定位,能明确肿瘤情况,评估手术难度,决定手术方案。术前根据肿瘤包膜的完整性、肿瘤与肾、下腔静脉、腹主动脉的关系以及手术者腹腔镜技术的熟练程度来制定手术方案是必要且合理的。

总之,采用腹腔镜手术治疗肾上腺肿瘤与传统开放手术相比具有手术时间短、患者术后恢复快、术后引流管留置时间较短及输血率较低等优点。目前对肿瘤体积较小、解剖层次清晰的良性病变。腹腔镜手术已成为治疗肾上腺肿瘤的金标准,是治疗肾上腺占位疾病的首选方法。

参考文献:

- [1] GAGNER M, LAROIXA, BOLTE E, et al. Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma[J]. N Engl J Med, 1992, 327 (10): 1033.
- [2] 张旭,傅斌,郎斌,等. 后腹腔镜解剖性肾上腺切除术[J]. 中华泌尿外科杂志, 2007, 28(1): 5-8.
- [3] SMITH CD, WEBER CJ, AMERSON JR. Laparoscopic adrenalectomy new gold standard [J]. World J Surg, 1999, 25(4): 389-396.
- [4] HENRY JF, SEBAG F, IACOBONE M, et al. Results of laparoscopic adrenalectomy for large and potentially malignant tumors [J]. World J Surg, 2002, 26(8): 1043-1047.
- [5] 高新. 微创泌尿外科手术与图谱[M]. 广州: 广东科学技术出版社, 2007: 248-249.
- [6] 王勤章, 丁国富, 王新敏, 等. 后腹腔镜手术在肾上腺疾病中的应用[J]. 临床泌尿外科杂志, 2005, 20(9): 521-523.
- [7] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 1680-1690.
- [8] 马潞林. 泌尿外科腹腔镜手术图谱[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 100-101.

(编辑 王 玮)