



神经介入治疗带状疱疹引发尿潴留 2 例

常晓涛 彭 川 王雪瑶 周华成[△]
(哈尔滨医科大学附属第四医院疼痛科, 哈尔滨 150001)

带状疱疹 (herpes zoster, HZ) 是由潜伏在体内的水痘-带状疱疹病毒 (varicella zoster virus, VZV) 再次激活所致, 主要症状为病人皮肤出现沿神经分布的成簇状疱疹及相应皮损区疼痛等。此外, 因为发病部位不同, 临床症状表现各异, 如发生在面神经分布区可出现亨特综合征, 累及眼神经可能出现角膜溃疡^[1]。部分疱疹累及骶神经, 可能会出现排尿困难、尿潴留等排尿障碍。带状疱疹诱发尿潴留多见于 60~80 岁病人^[2]。普遍以药物治疗为主, 但常需要间歇性或留置导尿管。近期我科收治 2 例带状疱疹合并尿潴留病人, 分别采用常规治疗联合神经阻滞和脊髓电刺激治疗的新型综合治疗模式, 取得良好效果, 现报告如下。

1. 病例资料

病例 1: 男性, 74 岁, 于 10 日前无诱因出现排尿困难, 经泌尿系及盆腔检查未发现病因, 1 周前出现右侧会阴区及右臀部轻度阵发性针刺样跳痛, 体检发现右侧臀周及会阴部出现成簇红色丘疹及粉红色水泡, 疱液清亮, 局部皮肤痛觉过敏, 触诱发痛 (+)。诊断为 HZ, 经普通抗病毒药物治疗效果不佳, 因排尿困难于 1 周前插导尿管。病人伴发焦虑、睡眠欠佳, 严重影响日常生活, 入我科治疗 (见表 1)。病人有肠息肉切除史, 其余体格检查均无明显异常。

病例 2: 男性, 55 岁, 于半月前无明显诱因出现骶尾部及肛周疼痛, 2 天后于骶尾部 S₂-S₄ 区域偏右侧可见呈条带状分布的小水泡, 在当地医院诊断为“带状疱疹”, 给予抗病毒药、营养神经药及镇痛等治疗, 疱疹逐渐结痂, 疼痛明显缓解, 但存在轻中度排尿困难, 为求进一步治疗, 来我科就诊。病人既往身体健康, 有青霉素过敏史。体格检查肛周疱疹结痂, 触诱发痛 (+), 其余无特殊。病人治疗过程见表 2。

2. 讨论

据报道约有 3.5% 的急性带状疱疹病毒感染者会

出现尿潴留症状^[3,4], 其中绝大多数 (约 78%) 是骶部背根神经节被感染。S₂-S₄ 发出的盆内脏神经支配膀胱逼尿肌、抑制尿道括约肌, 是调控排尿过程的主要神经。对于 2 例病例, 可能是由于 VZV 侵犯骶神经引起阴部或盆丛神经受累, 导致其支配的膀胱、尿道功能障碍, 从而出现尿潴留。

本研究根据病人具体病情采取药物联合神经微创介入的综合疗法系统治疗。抗病毒药物选择了更昔洛韦, 该药物作用机制与阿昔洛韦相似, 但在有效率、疼痛缓解时间和结痂时间等方面更有优势^[5]。营养神经药物 (如神经生长因子) 可促神经分化和再生、营养神经及保护损伤神经, 对周围神经损伤的治疗具有近期疗效显著的特点。甲钴胺联合神经生长因子治疗周围神经损伤, 效果显著^[6,7]。注射用复方三维 B (II) 含有维生素 B₁、维生素 B₆、维生素 B₁₂ 的活性成份, 具有营养神经的作用, 其机制可能与神经调节有关。改善微循环药 (如前列地尔注射液) 具有扩血管和抗血小板聚集的作用, 可改善周围血液循环, 减轻带状疱疹后神经痛 (postherpetic neuralgia, PHN)。盐酸度洛西汀可用于 HZ 和 PHN 所致的急性疼痛, 且比三环类抗抑郁药能更好地耐受。

对于已经发生了尿潴留的病人, 首选导尿并留置导尿管以改善病人的尿潴留症状, 同时使用高选择性的 α -1 受体阻滞剂 (如坦索罗辛)。 α -1 受体阻滞剂可降低膀胱颈部交感神经紧张性, 缓解平滑肌的张力, 缩短留置尿管时间。在许多带状疱疹尿潴留的案例中都有应用, 疗效显著^[8,9]。在病例 1 留置尿管期间, 选择具有广谱抗菌作用的头孢克肟缓释片预防泌尿系统感染; 由于病例 2 具有过敏史, 选择盐酸左氧氟沙星注射液预防感染。

有研究表明早期多次硬膜外或椎旁阻滞均可快速缓解急性带状疱疹神经痛 (acute herpetic neuralgia, AHN) 的疼痛及预防 PHN 发生^[10]。椎管内给药有利于药物发挥最大效能, 减少全身用药的使用次数及总量。为了减轻激素的不良反应, 嘱病人口服骨

[△] 通信作者 周华成 zhouhuacheng@163.com

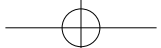


表 1 病例 1 带状疱疹及排尿障碍治疗过程

日期	处置	用法	用量	简述病程
入院第 1 天	更昔洛韦	静脉滴注	250 μg bid	实验室有关各项检查：尿常规：潜血（干化学）3 + 阳性、红细胞计 479.00/μl、红细胞（高倍视野）86.22/Hp；余基本正常。骶尾部 MRI 无异常。VAS 评分 3~4 抗病毒、营养神经、改善微循环及镇痛治疗。
	盐酸度洛西汀肠溶胶囊	口服	30 mg qd	
	前列地尔注射液	静脉注射	10 μg qd	
	鼠神经生长因子	肌肉注射	30 μg qd	
	帕瑞昔布钠	睡前静脉注射	40 mg qn	
入院第 2 天	骶管阻滞治疗		0.5% 利多卡因注射液 19 ml + 复方倍他米松注射液 1 ml	治疗同第 1 天方案，发现疱疹累及骶神经，神经损伤较重，排尿未见改善，请泌尿科会诊建议留置尿管，同时加用相关药物治疗。
	甲钴胺分散片	口服	0.5 mg tid	
	头孢克肟缓释片	口服	0.375 g bid	
	盐酸坦索罗辛胶囊	口服	0.2 mg qd	
	非那雄胺片	口服	5 mg qd	
入院第 4 日	留置尿管	-	-	疼痛中度缓解，停用帕瑞昔布钠。
	骶管阻滞治疗	-	0.5% 利多卡因注射液 19 ml + 复方倍他米松注射液 0.5 ml	
入院第 9 日	停用帕瑞昔布钠			病人疼痛明显缓解，局部皮肤结痂有所消退，痛觉过敏减轻。此时皮疹消失，停用更昔洛韦。但下肢水肿，排尿依旧困难。复查生化：总蛋白：56.7 g/L、白蛋白：33.9 g/L；下肢动静脉彩超：动脉小斑块形成，双下肢深静脉血流通畅。
	骶管阻滞治疗	-	0.5% 利多卡因注射液 19 ml + 复方倍他米松注射液 0.5 ml	
	停用更昔洛韦	-	-	
入院第 11 天	注射用复方三维 B (II)	静脉滴注	2 支 qd	肿瘤系列及肝脏 MRI 未见异常。营养神经同时联合针灸、光敏疗法治疗。
	神经妥乐平	肌肉注射	3.0 ml × 2 qd	
	单硝酸异山梨酯缓释片	口服	40 mg qd	
入院第 16 天	骨化三醇胶丸	口服	0.25 μg qd	病人疼痛明显缓解，尝试拔尿管失败，排尿仍困难。骶管阻滞治疗中含少量激素，为减轻激素的不良反应，口服药物防治。
	枸橼酸莫沙必利	口服	5 mg tid	
	骶管阻滞治疗	-	0.5% 利多卡因注射液 19 ml + 复方倍他米松注射液 1 ml	
入院第 20 日	注射用头孢哌酮钠唑巴坦钠	静脉滴注	2 g bid	病人有发热症状，血常规：白细胞计数：13.01 × 10 ⁹ /L、中性粒细胞百分数：86.41%、尿常规：潜血（干化学）(+++) 阳性、白细胞 (+++) 阳性，白细胞计数 616.0/μl、红细胞计数 342.0/μl，诊断为尿路感染。细菌培养及药敏试验头孢哌酮敏感，左氧氟沙星耐药。
入院第 23 日	拔除尿管	-	-	病人体温正常，无发热、寒战等症状，有尿感。遂拔除尿管，可自行排尿，疼痛完全消失。复查血常规、尿常规均已正常。
入院第 27 日	出院	-	-	病人原疱疹区疱疹彻底消退，疼痛完全缓解，排尿基本正常，无发热症状。停止医嘱，满意出院。

表 2 病例 2 带状疱疹及排尿障碍治疗过程

日期	处置	用法	用量	简述病程
入院第 1 天	全面体检	-	-	实验室有关各项检查及影像检查无特殊。VAS 评分 3
入院第 2 天	脊髓电刺激术	-	-	电极位于 L ₁ 后缘中点至 L ₃ 上缘，使电流完全覆盖病人疱疹皮损区。因病人拒绝服用镇痛药物，故仅抗感染及营养神经治疗。
	盐酸左氧氟沙星注射液	静脉滴注	0.2 g bid	
术后 1 日	注射用复方三维 B (II)	静脉滴注	2 支 qd	病人自述电流刺激区域可完全覆盖疱疹区域，排尿无力仍无明显改善。
	-	-	-	
术后 2 日	骶管阻滞治疗	-	0.1% 罗哌卡因 19 ml + 复方倍他米松注射液 0.5 ml	-
术后 7 日	-	-	-	排尿功能明显改善。
术后 8 日	拔出电极出院	-	-	病人排尿正常，拔出电极，满意出院。



化三醇胶丸和枸橼酸莫沙必利,既能促进细胞磷、钙重吸收,又可改善消化功能。病例1在入院后9天,疼痛明显缓解,在第23天,排尿功能恢复。

脊髓电刺激疗法在缓解慢性神经病理性疼痛、改善功能和总体生活质量方面是一种公认的、安全的、可逆的、有效的技术^[11]。对于骶神经病变引起功能障碍和疼痛,可以选择脊髓电刺激和外周神经电刺激。电刺激还可以改善逼尿肌和尿道括约肌协调性,促进膀胱神经的兴奋,进而改善膀胱机能^[12]。对于病例2,由于其常规治疗效果不佳,故选择脊髓电刺激疗法^[13]。单一神经电刺激可能无法全部覆盖疱疹区域,故选择经硬膜外间隙植入电极,主要刺激脊髓圆锥,电流可完全覆盖病人疱疹皮损疼痛区。术后7天,排尿功能明显改善。

带状疱疹相关性排尿障碍是一个短暂的良性过程,尽早介入治疗可以缩短病期,在疱疹痊愈之后,病人尿潴留症状也随之好转,与既往报道相符^[14]。Chen等^[2]报道423例病人HZ尿路功能障碍病人置管或导尿,恢复只需2天至8周,平均为16天。Park等^[15]报道20例病人平均恢复需要12天。但并无证据表明在没有任何干预措施的情况下,此病会自愈。对于老年男性来说,排尿困难应与前列腺相关疾病相鉴别。建议密切观察病人的临床表现,全面查体,完善相关检查,及早发现泌尿系统异常表现,以确定是否为神经炎相关性排尿障碍。治疗方案通常同HZ治疗,同时遵循个体化原则,采用介入手段和对症治疗效果更佳。

本研究病例治疗过程也存在不足,首先,硬膜外注射复方倍他米松作用可维持3~4周,临床治疗一般每次间隔7天,3~4次为一个疗程。而本研究病例使用激素间隔时间可能过短。其次对于留置导尿管期间的护理存在不足,发生了尿路感染,但发现相对及时,未发生严重事故。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 杨光宇,刘淼淼,肖怡庭,等.拉姆齐-亨特综合征病人脊髓电刺激植入术后病毒性脑炎1例[J].中国疼痛医学杂志,2021,27(11):872-874.
- [2] Chen PH, Hsueh HF, Hong CZ. Herpes zoster-associated voiding dysfunction: retrospective study and literature review[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2002, 83(11):1624-1628.
- [3] Cohen LM, Fowler JF, Owen LG, et al. Urinary retention associated with herpes zoster infection[J]. Int J Dermatol, 1993, 32(1):24-26.
- [4] Broseta E, Osca JM, Morera J, et al. Urological manifestations of herpes zoster[J]. Eur Urol, 1993, 24(2): 244-247.
- [5] 高胜利,史卫红,查翔远,等.更昔洛韦与阿昔洛韦对水痘患者抗水痘-带状疱疹病毒临床疗效的Meta分析[J].抗感染药学,2017,14(5):925-929.
- [6] 黄承夸,苏国生,韦文,等.甲钴胺联合鼠神经生长因子治疗外伤性四肢周围神经损伤的前瞻性研究[J].中华诊断学电子杂志,2017,5(2):111-114.
- [7] 黄承夸,苏国生,韦文,等.甲钴胺联合神经生长因子治疗周围神经损伤的技术创新与应用[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(21):87-89.
- [8] Grekin JA, Mehregan DA. Sacral zoster with a primary complaint of difficulty voiding[J]. JAAD Case Reports, 2017, 3(6):509-511.
- [9] Saito H, Ebashi M, Kushimoto M, et al. Elsberg syndrome related to varicella zoster virus infection with painless skin lesions in an elderly woman with poorly controlled type 2 diabetes mellitus[J]. Ther Clin Risk Manag, 2018, 14:1951-1954.
- [10] 唐硕,闫栋,崔敬碌,等.经椎间孔周围神经电刺激与脊髓电刺激治疗带状疱疹神经痛的疗效对比[J].局解手术学杂志,2017,26(7):505-508.
- [11] 王译肇,胡永生.脊髓电刺激治疗神经病理性疼痛的临床现状及进展[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(10):781-784.
- [12] 林盼,刘聪聪.神经电刺激联合间歇导尿治疗脊髓损伤后神经源性膀胱的临床效果[J].临床医学研究与实践,2019,4(19):16-17.
- [13] 孙承红,杨小龙,董庆鹏,等.短程程脊髓电刺激治疗亚急性带状疱疹神经痛[J].中国疼痛医学杂志,2021,27(4):308-311.
- [14] Chan JE, Kapoor A. Herpes zoster infection: a rare cause of acute urinary retention[J]. Can J Urol, 2003, 10(3):1912-1913.
- [15] Park BS, Kim JJ, Lee SJ. Comparison of recovery periods according to treatment modalities in zoster-associated voiding dysfunction[J]. J Korean Continence Soc, 2007, 11:36-40.