

台中市醫師公會 九十六年度 學術演講會

主辦單位：台中市醫師公會

日期：2007. 1. 28

地點：署立台中醫院

講題：下泌尿道症候群－診斷及治療

下泌尿道是指腎臟、輸尿管以下的泌尿系統，就男性來講，除了膀胱還有攝護腺及尿道；女性除膀胱外就只有尿道，在下泌尿道裡常見的就是為泌尿道感染、尿路結石、腫瘤、神經性疾病、性功能異常、下泌尿道症候群、年齡老化等。

下泌尿道症候群為籠統的稱呼，症狀為頻尿、夜尿、尿急、尿失禁、小便困難等，症狀交互出現，臨床上變化差異大。

下泌尿道裡面最常見的是OAB(膀胱過動症)、IC(間質性膀胱炎)、CPPS(慢性骨盆腔疼痛)、BOO(膀胱出口阻塞)。

何謂膀胱過動症，ICS定義是尿急，不管有沒有尿失禁，通常合併有頻尿及夜尿。什麼是尿急呢？就是要解小便卻憋不住。膀胱過動症包括很多元素，最重要的是為尿急。要診斷膀胱過動症以前，需要把其病理、代謝問題可能性先去除，例如腫瘤問題、感染問題、攝護腺肥大等。

一般膀胱過動症分為二種類型，一為乾燥型，是不會失禁的，約佔三分之二；一為會失禁的，佔膀胱過動症的三分之一，盛行率在美國及歐洲均為17%。

在歐洲的研究顯示，年齡愈高所佔的比例就愈高，美國也是同樣的趨勢。所以會隨著年齡愈高而機會愈高，而且女性的比例又較男性高。

OAB對於生活品質的影響很大，包括生活上的限制及不方便，另外對性生活也會有問題，試想性行為到一半的時候，必須要上廁所，如此的性生活品質一定不好。

在社交生活上也會有影響，膀胱過動症的病人出遊第一件事一定是找廁所，如果沒有廁所不敢出去。膀胱過動症病人心理的分析，發現這些人都有自卑感，而且心理會很憂鬱，為什麼？因為沒辦法和正常人一樣過生活。一般人不容易了解這種疾病帶給病人的心理壓力。而且膀胱過動症的病人一定不敢喝水，尿的濃度就會增高，尿濃度增高就會有尿騷味，會造成生活品質的降低。

為何要治療膀胱過動症呢？研究指出，比較有膀胱過動症的病人與對照組的數值，在陰道發炎、皮膚感染、憂鬱、泌尿道感染、跌倒的比例偏高。膀胱過動症的病人因為急著解小便，因病人都屬老人家，老人家一急著小解，就會容易跌倒；或是晚上，因為這些病人常常晚上起來，走路一不小心就跌倒了，所以這種病會使骨折機率增加。生活品質就會影響。要治療膀胱過動症，原因之一是為了要降低這些併發症。

膀胱過動症的病因，最常見有三種理論：神經性、肌肉性、荷爾蒙，人要解小便是透過中樞神經，傳導到脊椎神經再傳導至膀胱。有膀胱過動症的病人，在中樞神經抑制的反應會降低，抑制下面反射的機轉降低了，所以會產生膀胱過動症。另外有可能是脊椎的axonal pathy way受到破壞以後，影響到週圍抑制物質的消失，所以會產生膀胱過動症。

另外一種就是反射pathy way抑制的強化，會造成膀胱過動症，上述病變常見於stroke、spinal cord injury、multiple selerosis病人，因而出現下泌尿道症候群。

在臨床上要診斷膀胱過動症有幾個方法：第一是病史、第二是身體檢查、第三尿液檢查(去除尿路感染、血尿、腫瘤的可能性)、第四膀胱尿量日誌、第五尿路動力學。

以泌尿科觀點來看，腫瘤、感染一定要排除，治療是完全不一樣，尤其要特別注意腫瘤的可能性。

如何處理病人呢！有 Behavioral intervention、Electric stimulation、Biofeedback、Drugs、Neuromodulation、Surgery 等方法。

一開始主要教育病人了解解剖及排尿機轉，病人了解之後配合上就會比較得心應手，從尿量記錄中可以跟病人溝通，而且調整他的飲水量跟小便的習慣，人的小便習慣是被養成的，如果在早期就可以改變他的小便習慣，就能走入正常的程序。從此就可以訓練定期排尿，還可以透過生理回饋的機制。最重要是增進中樞控制，因為這是心理因素的問題，抑制 premature 排尿反射，學習意識及非意識的反應，重要的是這是沒有傷害的，不用吃藥也不用手術的，在剛開始的時候是值得嚐試的，當然這是要花費時間。

電刺激的作用在於透過很小的探頭放在骨盆腔，刺激神經，讓神經不要過於敏感，同時利用生理回饋的機制，讓病人可以從電腦上控制及訓練自己的骨盆肌肉群。

15 個國家研究發現 bladder retraining 比無治療好，但沒有明顯發現 bladder retraining 比藥物來得有效，另外無足夠證據發現 electrical stimulation、pelvic floor exerciscs、biofeedback 完全有效，這關係到病人本身疾病的程度、病人的認知及做的過程所付出的精神。

有關於 OAB 的藥物作用在多種位置，會產生口乾、便秘、暈眩、頭痛，這是目前藥物治療在 OAB 裡的困境。

在臨床上遇到 OAB 的病人何時該轉給專科醫師看診呢？如果病人出現血尿、或是女性病人的 Vaginal prolapse、開過刀、合併結石、小便解不乾淨，如單純以 OAB 治療必然無法治療完全。

另外 BOTOX 目前在台灣已經開始做了，是利用 BOTOX 打到膀胱的黏膜及肌肉，有效率大約 67%~73%，但遺憾的是同打魚尾紋一樣，只有六到九個月的療效。

所以我們對 OAB 的結論是這樣：以臨床症狀為主的診斷，而且尿量記錄很重要，盛行率大概是 17%，病理機轉除了膀胱之外也有中樞神經的問題，目前還沒有辦法根治，治療方法是採取保守療法、行為療法、膀胱訓練法，藥物要注意它的有效率及副作用間的平衡，因 BOTOX 副作用低且有一定效果，可考慮之。治療目標為提升生活品質，至於比較侵犯的 Neuromodulation 等都很複雜，建議慎重考慮。

CP(慢性前列腺發炎)的定義就是在 pelvic region 的不舒服、疼痛，在 prostate massage 後並沒有細菌的存在。主要有 Penile pain、射精會痛、Low back pain、睪丸的疼痛、陰囊疼痛、小便尿急的感覺還有頻尿及不好解小便。

CP、CHF 的盛行率是差不多的。它所造成的生活品質影響不低於 DM 值得醫界重視。

CPPS 除了膀胱等問題外還結合了其它問題，這麼多問題結合在一起產生了臨床症狀，要如何診斷呢？要靠臨床症狀及病人的病史，膀胱有無腫瘤、CIS 及 IC 等。

治療第一要用抗生素，會有 40% 的改善率，以 fluroquinolones groups 效果最好，但價格較昂貴；甲型阻斷劑 type II 改善 40%、III A 改善 47%、III B 改善 58%，所

以對 type III B 效果最好；抗發炎藥物、免疫調節機制或 Elmiron 發現有不錯的效果；還有一些用比較強的神經痛阻斷劑這一類，但這一類太強了，所以臨床上不是很建議；病人因長期受疾病困，易產生對理憂鬱，所以會給予抗憂鬱劑的藥物。另外物理治療(如熱水浴、會陰按摩)生理電刺激或 BOTOX 均有不錯報告。

接下來跟大家介紹一個名詞 IC - 間質性膀胱炎，什麼叫間質性膀胱炎，其實就是 OAB 合併有疼痛，頻尿、尿急、下腹痛，臨床上就診斷它是一個 IC。

其實 IC 的診斷有不同方式，有人以臨床上症狀作為主要依據，有人以病理診斷，但是病理的切片沒有辦法診斷 IC，膀胱功能檢查也不能確立診斷，用膀胱鏡診斷是一個重要有根據的。NIDDK 的 criteria，比較嚴格。

但在臨床上如果要根據 NIDDK 研究標準，會誤失 60% 的病人，我們建議做膀胱鏡，可見 glomerulation 是診斷標準之一，我們叫流血淚膀胱。

膀胱為什麼有 IC，就是膀胱受到傷害，不管是 UTI 或其它破壞原等引起的連續反應，這是目前的機轉之一。

IC 跟 OAB 差別就在於有沒有痛，這個痛是 C-fiber 造成的。

到底要如何治療 IC？目前的治療結果差異相當大，對 IC 治療分為口服藥物、膀胱灌注、骨盆腔肌肉群治療、肉毒桿菌素膀胱黏膜注射、心身療法等等，也許有些病人單一療法即可，有的病人要合併 2 至 3 種方法，從比較沒有侵犯性的治療開始，希望能透過多層次療法把病人照顧好。

目前間質性膀胱炎台灣到底有多少人？在美國盛行率為千分之五，依人口數推算，台灣約 10 萬病人數，我們跟台北榮總、花蓮慈濟做過統計，病人族群特性為：平均年齡 45 歲、女性、已婚、教育程度低、收入較低及壓力存在。台中醫院泌尿科和熱心病友共同向內政部申請成立「台灣間質性膀胱炎關懷協會」希望透過關懷協會，希望提供病人更好的照護。

結論為：我們認為 CP/ CPPS、IC 可能是同樣的問題，對生活品質的影響很高，這些病目前都無法根治，早期診斷，提早預防，方為上策。