

膀胱過動症的認識與衛教

台北馬偕紀念醫院家庭醫學科 黃馨儀 林信惠

前言

有些人來到診間，主訴白天上班時一直跑廁所，影響工作效率；有些人晚上因一直起來小便而睡不好；有些人尿液來了完全忍不住，必須要趕快找到廁所；還有一些人在走到廁所前，就不小心尿溼在褲子上。當病患來到我們診間，訴說著有以上這些症狀時，在各種鑑別診斷中，也別忘了想到可能是膀胱過動症 (Overactive bladder, OAB) 的表現。

簡介

膀胱過動症，不是一種特定的疾病，而是一種症狀的症候群，影響病人的生活品質與工作效率。如果沒有讓病人了解這個症候群，有可能會讓他們覺得自己的症狀一直都沒有好轉而到處求醫，浪費醫療資源。膀胱過動症的盛行率不論是在美國、台灣，大概都是在16-17%之間¹；隨著年紀的增加，盛行率也跟著提升，60歲以上的膀胱過動症盛行率，也提高到28%²。膀胱過動症會有的表現，如表一所示，這些症狀，可以單獨或合併出現。

鑑別診斷

在診斷病人他們可能有膀胱過動症之前，必須要把其他常見的可能疾病先一一排除。

1. 代謝性疾病方面：病人是否有糖尿病多吃、多喝、多尿的症狀；或可能是腦下垂體分泌的抗利尿激素不足而造成的尿崩症。
2. 泌尿道方面的問題：泌尿道感染、泌尿系統的結石問題，或有間質性膀胱炎的可能性。
3. 神經學方面：腦血管病變或脊髓損傷造成的頻尿或尿失禁的症狀。

表一 膀胱過動症的症狀

頻尿	一整天(醒著時)解尿次數 8 次以上
夜尿	晚上起來解尿 2 次或 2 次以上
尿急	突然產生強烈解尿的感覺無法忍耐
急迫性尿失禁	想解尿時來不及到廁所就尿出來

評估與診斷

當病人有這些症狀出現的時候，可以先建議病人完成「膀胱過動症自我檢測表」。膀胱過動症自我檢測表，如表二所示。

如果總分大於等於8分，代表病人有膀胱過動症，而且這些症狀已經影響到了他們的日常生活品質。告知病人患有膀胱過動症的時候，可以讓他們知道，這其實是一個常見的疾病，只是容易被忽略。

膀胱過動症，是膀胱過度敏感或異常收縮的現象，在開始介入治療之前，可以先請病人開始記錄「解尿日記」，一個專屬於自己喝水、解尿量以及頻率的紀錄，讓病人以及醫生可以更了解一天24小時內，病人在哪一段時期最困擾，以及與飲水的量、時機有沒有關連。解尿日記，也可以記錄下來當作日後治療成果的比對。解尿日記的表格如表三。

解尿日記將一整天的時間區分為3個時段：06:00-18:00、18:00-24:00、24:00-06:00，請病人把自己的起床時間、上床睡覺時間記錄下來，將病人的生活習慣納入解尿日記裡面一併評估，並記錄一天喝水的量。上廁所的量如果不方便用c.c.數計算，可以改成少/中/多量來

表二 膀胱過動症自我檢測表

症狀	完全沒有 0	略微 1	有些 2	相當 3	很大 4	極大 5
白天頻尿？						
令人不適的尿急感？						
稍有預警或無預警的突然尿急感？						
意外的少量尿失禁？						
夜尿？						
夜間因不得不排尿而醒來？						
無法控制的尿急感？						
與強烈排尿感相關的尿失禁？						
如果測驗者是男性，需要在總分後再加上2分						

表三 解尿日記

	尿量(量/c.c.)	喝水量(量/c.c.)	尿急感(有/無)	漏尿(有/無)
6:00-7:00				
7:00-8:00				
8:00-9:00				
9:00-10:00				
10:00-11:00				
11:00-12:00				
12:00-13:00				
13:00-14:00				
14:00-15:00				
15:00-16:00				
16:00-17:00				
17:00-18:00				
18:00-19:00				
19:00-20:00				
20:00-21:00				
21:00-22:00				
22:00-23:00				
23:00-24:00				
24:00-6:00				

讓病人方便紀錄。而尿急感、漏尿的有無，可以用打勾來記錄。透過詳細的解尿日記，可以知道不同病人會遇到的不同狀況和症狀，進一步與他們討論接下來的治療。

膀胱過動症的第一線治療 — 行為治療

膀胱過動症的第一線治療是行為治療，行為治療的內容包含：膀胱再訓練、骨盆底肌肉運動、飲食習慣改變、減重³。

1. 膀胱再訓練的內容包含：健康成人在白天的時候，大約是3-4小時會排尿一次，如果病人還沒有到達這個時間，就已經去廁所很多次，建議病人要學習抗拒尿急的感覺，逐漸延長排尿間隔。膀胱再訓練的目標為幫助增加膀胱的容積、減少解尿急迫感、減少膀胱逼尿肌活動性過強。
2. 骨盆底肌肉運動：包含了凱格爾運動，可以幫助提升病人的骨盆肌力，不論是站著、坐著、平躺，都可以夾緊球做相對應的運動，有夾著球可以明確幫助骨盆肌力的收縮，感受度會更好，每次做10-15下，每一天做4-5次，部分患者持之以恆做了2個月的骨盆底肌肉運動後，頻尿、尿失禁等等的症狀會有改善。
3. 飲食習慣的改變：盡可能避開會影響膀胱的食物，包含了咖啡、含有咖啡因的飲品、碳酸飲料、柑橘類水果、人工代糖、辛辣食物等。
4. 減重：針對肥胖族群，則會建議減重，體重的減少可以幫助降低腹內壓力，減少對膀胱

的施壓；統計的資料顯示若減少體重8%，約可以改善每周一半的尿失禁比例，讓生活品質提升^{4,5}。

行為治療安全性高、且幾乎沒有副作用，不過需要病患主動參與，認知功能必需足夠了解，才能達到最好的效果。行為治療的成效需要時間的累積，不會短時間見效，且幫助症狀完全消失的機率大概25~30%⁶⁻⁷。

膀胱過動症的第二線治療 — 藥物治療

行為治療之後的第二線治療是藥物的介入，主要分為兩類：抗毒蕈鹼(antimuscarinic)類、乙三型交感神經刺激劑(β_3 -adrenergic agents)⁸。

1. 抗毒蕈鹼(antimuscarinic)類包含：Darifenacin, Fesoterodine, Solifenacin, Tolterodine, Trospium, Oxybutynin，可以幫助減少膀胱收縮、增加膀胱容積、減輕解尿急迫感，而副作用以便祕、口乾最為常見。
2. 乙三型交感神經刺激劑(β_3 -adrenergic agents)的藥物包含：Mirabegron，可以抑制膀胱收縮，口乾、便秘等副作用比較少見，但有造成高血壓、鼻咽發炎、泌尿道感染的風險。

兩類的藥物治療，都有可能增加尿液滯留的風險，醫師在使用藥物的同時，也建議要定期評估殘餘尿量，在減少頻尿、尿失禁等症狀的同時，也要小心尿液滯留帶來的泌尿道感染風險。

進入手術治療前的再次評估

當行為治療、藥物治療都沒有辦法減緩病人的症狀時，在轉介病人去外科做侵入性的治療之前，必需要先再次評估病人的解尿狀況，有沒有可能現在的症狀是因為有新的問題產生？像是前面介紹的新診斷的糖尿病、泌尿道感染、結石、腦血管或是脊髓的問題等，在確認沒有以上的新問題後，可以轉介病人到泌尿科做進一步的評估，與醫師討論病人是否適合侵入性的外科治療。侵入性的治療是第三線的治療，並不是每一位病人都適合，需要再與泌尿科醫師做充分的溝通後再做決定。

膀胱過動症的第三線治療 — 侵入性的手術治療

隨著科技愈來愈進步，泌尿科醫師治療膀胱過動症的手術也有更多選擇。

1. 膀胱擴張術：以大約100cm水壓讓膀胱保持撐大，維持約15分鐘。也可以用導尿管將玻尿酸溶液灌注到膀胱內，停留一個小時後，再流出，以每周兩次，連續六周為一個療程。膀胱擴張術可以幫助膀胱容積增大，但長期維持的效果有限。
2. 膀胱內肉毒桿菌的注射：將100單位的肉毒桿菌分成20個注射點，注射到膀胱黏膜下，可以幫助膀胱肌肉層的放鬆，讓膀胱容量增大，但隨著肉毒桿菌的代謝，容量增大的效果減退，需要視病患的臨床症狀，做重複性的注射。
3. 膀胱擴大整形術：可以將膀胱的肌肉層剝

開，又不破壞膀胱的黏膜，藉此可以幫助增加膀胱容量。如果膀胱已經進展成攣縮變型，則需要切開膀胱，再用病患自身的一段小腸或大腸來整形縫合，增加膀胱的容量，也減少膀胱不穩定收縮的機會。

結語

隨著年紀的增長，有愈來愈多的長者受到頻尿、夜尿、尿急、急迫性尿失禁症狀的困擾，醫師可以幫助病患對於「膀胱過動症」有更多的認識。第一線會以安全、幾乎沒有副作用，成效也很好的行為治療開始。第二線才會進展到抗毒蕈鹼(antimuscarinic)類、乙三型交感神經刺激劑 (β_3 -adrenergic agents)藥物的治療，再給予藥物治療的同時，也要時時幫病人留意藥物的副作用，以及注意尿液滯留的風險。而最後一線的治療是泌尿科的侵入性治療，包含有：用水壓擴大或是注入玻尿酸溶液的膀胱擴張術、膀胱內肉毒桿菌的注射或是膀胱擴大整形術。再進入手術治療之前，會建議病人諮詢泌尿科醫師做詳細的溝通，再選擇適合自己的術式。

參考文獻

1. Stewart W, Van Rooyen JB, Cundiff G, et al: Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003; 20(6): 327-36.
2. Yu HJ, Liu CY, Lee KL, et al: Overactive bladder syndrome among community-dwelling adults in Taiwan: prevalence,

- correlates, perception, and treatment seeking. *Urol Int* 2006;77(4):327-33.
3. Milne JL: Behavioral therapies for overactive bladder: making sense of the evidence. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2008; 35(1): 93-101; quiz 102-3.
 4. Kaya S, Akbayrak T, Beksac S: Comparison of different treatment protocols in the treatment of idiopathic detrusor overactivity: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2011; 25(4): 327-28.
 5. Subak LL, Wing R, West DS, et al: Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med* 2009; 360(5): 481-90.
 6. Burgio KL, Goode PS, Johnson TM et al: Behavioral versus drug treatment for overactive bladder in men: the Male Overactive Bladder Treatment in Veterans (MOTIVE) Trial. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(12): 2209-16.
 7. Arruda RM, Castro RA, Sousa GC, et al: Prospective randomized comparison of oxybutynin, functional electrostimulation, and pelvic floor training for treatment of detrusor overactivity in women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19(8): 1055-61.
 8. Ouslander JG: Management of overactive bladder. *N Engl J Med* 2004; 350(8): 786-99.

