

# 医学信息速递

## Medical Information Express

# 《膀胱过度活动症诊断治疗指南》解读

医学与信息部

2022-03-16



传递最有价值的医学信息

# 目录

## CONTENTS

### 01 指南简介

- 基本信息
- 指南摘要

### 02 指南重点内容

- 疾病简介
- 流行病学及病因机制
- 疾病诊断
- 疾病治疗

### 03 指南提示



1

指南简介



## 膀胱过度活动症诊断治疗指南



✓ 来源：《中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南》

✓ 出版时间：2019年

✓ 制定者：中华医学会泌尿外科学分会(CUA)

中国医师协会泌尿外科医师分会(CUDA)

中国抗癌协会泌尿男生殖系肿瘤专业委员会(CACA-GU)



## 指南摘要

- 本指南将帮助泌尿外科医师更好地了解**膀胱过度活动症**的概况、诊断和治疗。
- 指南参考文献来自于PubMed, Medline和Cochrane图书馆数据库, 重点是系统回顾、荟萃分析, 以及证据等级较高的随机对照研究, 尽可能引用采用高循证证据等级的文献。同时参考国际尿控协会(ICS)、美国泌尿学会(AUA)、欧洲泌尿外科协会(EAU)。



2

## 指南重点内容



# - 膀胱过度活动症诊断治疗指南 -





## OAB (膀胱过度活动症)

膀胱过度活动症(overactive bladder, OAB)被国际尿控学会定义为一种以尿急症(urgency)为特征的症候群, 常伴有尿频和夜尿症状, 伴或不伴有急迫性尿失禁, 没有尿路感染或其他明确的病理改变。

### 尿急症 (urgency)



是指一种突发、强烈, 且很难被延迟的排尿欲望。

### 尿频

指患者主观感觉排尿次数过于频繁, 一般认为日间(waking hours)排尿 $\leq 7$ 次为正常, 但这一数值受到睡眠时间和饮水习惯等诸多因素的影响。



### 急迫性尿失禁

急迫性尿失禁是指与尿急相伴随, 或尿急后立即出现的尿失禁现象。



### 夜尿症

指夜间(睡后到意图起床的时间)因尿意而觉醒排尿1次以上, 其原因可能为夜间多尿、夜间膀胱功能容量下降或睡眠障碍等。2次以上的夜尿称为具有临床意义的夜尿症。

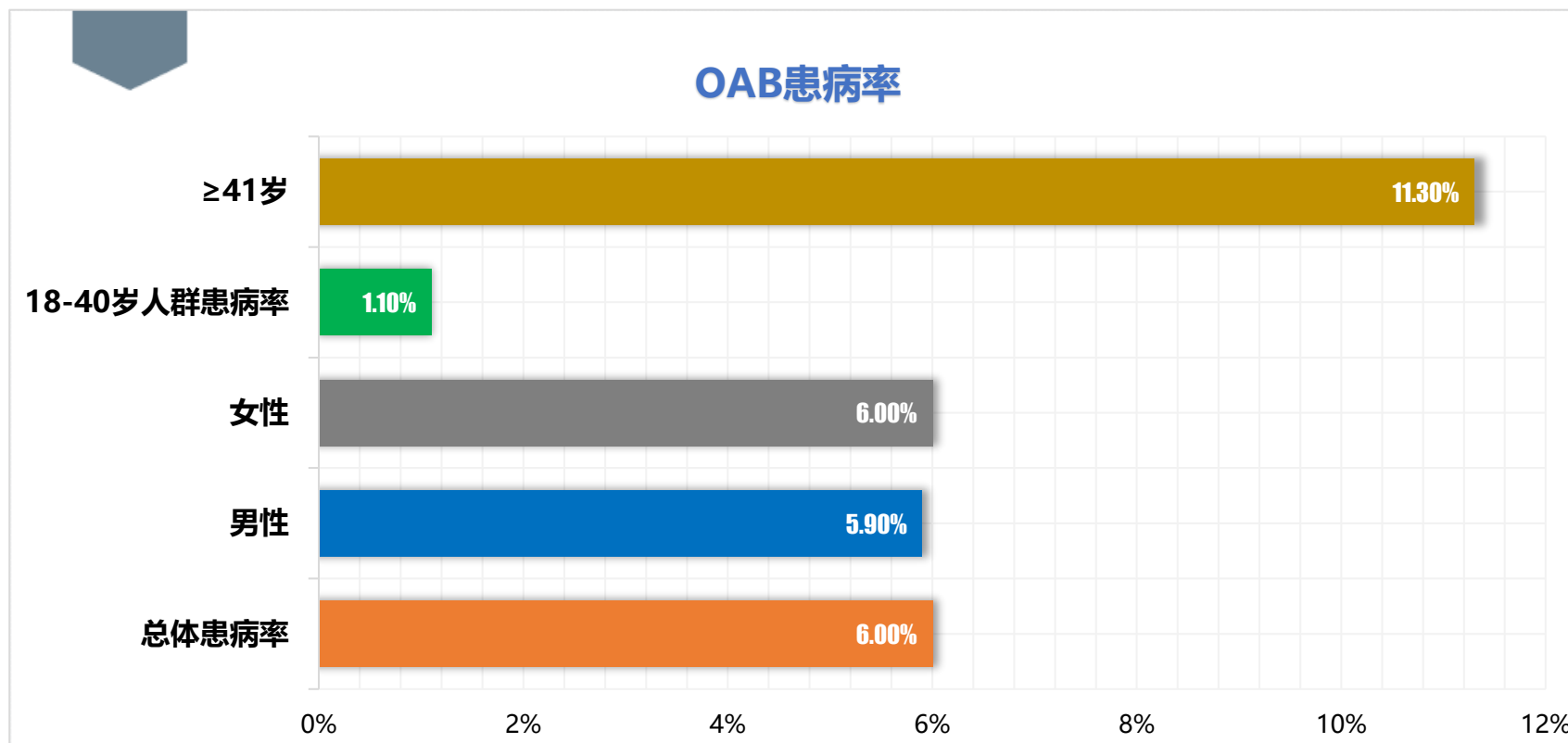


# - 膀胱过度活动症诊断治疗指南 -



# OAB（膀胱过度活动症）的流行病学

- 中国OAB的总体患病率为6.0%，其中男性患病率5.9%，女性患病率为6.0%。
- OAB整体患病率随年龄的增长明显增高。18~40岁人群OAB患病率为1.1%，41岁及41岁以上人群OAB的患病率为11.3%。



## 神经源性学说

认为OAB发生与神经系统病变有关。

## 肌源性学说

该理论认为OAB的发生与逼尿肌细胞本身兴奋性增加有关。

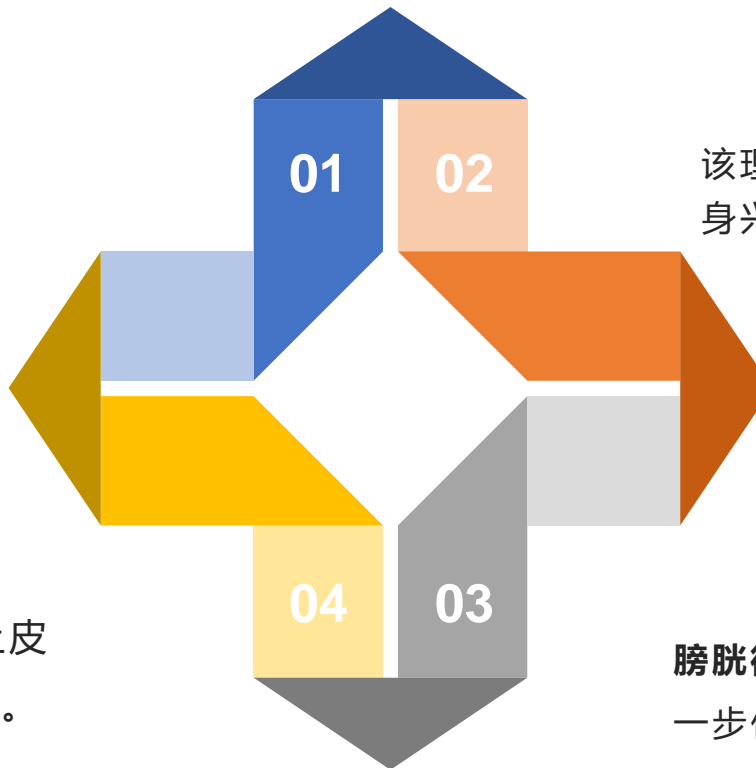
## 上皮源性学说

该理论认为OAB的发生与膀胱黏膜上皮中受体或其释放的神经递质变化有关。

## 上皮源性学说

**膀胱微动说：**这种局部逼尿肌微运动，进一步传播到膀胱壁，从而导致尿急的症状。

**膀胱-肠-脑轴学说：**即精神压力、负性情感等精神因素，会导致产生。



# - 膀胱过度活动症诊断治疗指南 -





采集病史是OAB患者诊断的最关键的第一步。当初步诊断不明确，需要对可能造成OAB症状的其他疾病进行进一步明确诊断时，可以选做泌尿系统超声、残余尿测定、CT/MRI、膀胱镜或尿流动力学检查。



## 病史和体格检查

**病史：**采集患者储尿期、排尿期、排尿后的临床症状、每日排尿情况、疾病史和用药情况等。

**体格检查：**包括一般体格检查和特殊体格检查。



## 症状问卷和排尿日记

**症状问卷：**评价患者症状严重程度和生活质量。

**排尿日记：**记录液体摄入的时间、量及类型，排尿的时间和量、是否有尿急或尿失禁发作和发作时间，推荐连续记录3~7天。



## 实验室检查

- 1、尿液分析
- 2、病原学检查
- 3、细胞学检查
- 4、血清PSA检查(男性50岁以上)



## 特殊检查

- 1、超声检查
- 2、尿流动力学检查
- 3、膀胱镜检查
- 4、其他影像学检查
- 5、其他检查



# - 膀胱过度活动症诊断治疗指南 -



## 生活习惯改变

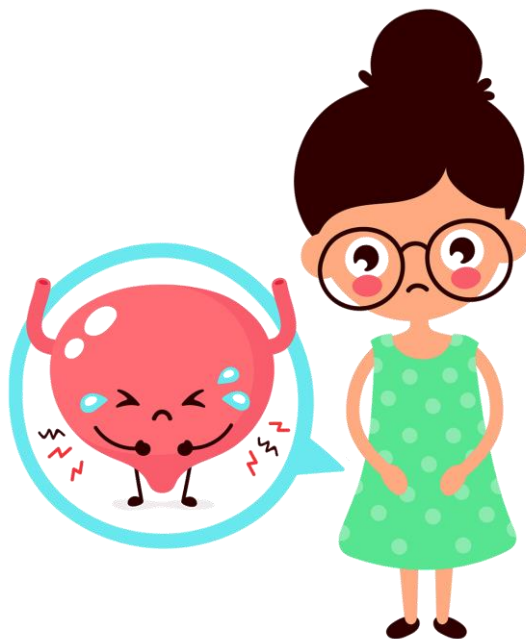
每日饮水量不超过2.5L，避免饮用茶、咖啡和酒精等可能加重症状的饮品。

肥胖患者需减轻体重。

如服用利尿药等影响膀胱的药物，评估是否需停药。

盆底肌训练改善压力性尿失禁。

存在漏尿的患者建议使用尿垫和卫生棉条。



## 膀胱训练

生物反馈辅助的盆底肌训练和盆底肌电刺激

经胫神经刺激疗法：过一个置于踝部内踝头侧的针状电极刺激骶神经丛进行治疗

## 行为干预及物理治疗

证据总结	证据级别	推荐等级
行为治疗，包括生活习惯的改变、膀胱训练、盆底肌训练，作为膀胱过度活动症的一线治疗	2	强烈推荐
经胫神经刺激疗法可以用于行为治疗效果不佳的患者	3	推荐





# OAB（膀胱过度活动症）治疗：药物治疗

- 膀胱过度活动症的药物治疗一般建议用药**2-4周后判断疗效**。
- 如果疗效满意，建议**持续用药3个月**。对于停药后症状复发的患者，建议长期用药。

	代表药物	机制特点
M受体阻滞剂	托特罗定	能够同时阻断M2和M3受体，对膀胱的亲合性高于唾液腺，减少了口干等副作用。
	索利那新	对膀胱M3受体亲合性较高，能够显著减少OAB患者的排尿次数、尿急及急迫性尿失禁等症状。
	丙哌唯林	<b>同时具有抗胆碱和钙拮抗作用，能够有效缓解尿频症状和减少24小时排尿次数。副作用较小，可以应用于对其他M受体阻滞剂不耐受的患者。</b>
$\beta$ 3受体激动剂	米拉贝隆	能诱导膀胱逼尿肌松弛，从而改善膀胱储尿功能，增加膀胱容量和延长排尿间隔，且基本不影响膀胱排空。



# 药物治疗的证据级别及推荐意见

证据总结	证据级别
M受体阻滞剂与 $\beta$ 1受体激动剂均可以改善OAB患者的症状	1a
<b>没有证据显示不同M受体阻滞剂之间的疗效存在差异</b>	1b
<b>提高M受体阻滞剂的剂量可以增加疗效</b> ，但也同时增加了不良反应的风险	1b
对于某些耐受性好的患者，可以提高索利那新的剂量以增加疗效	1b
$\beta$ 3受体激动剂的不良反应发生率与安慰剂相仿	1a
对于单用索利那新5mg效果不佳的患者，联合 $\beta$ 3受体激动剂受体激动剂比增加索利那新的剂量效果更佳	1b

推荐意见	推荐等级
对于行为治疗效果不佳的患者，可以选用 <b>M受体阻滞剂</b> 或 $\beta$ 1受体激动剂(米拉贝隆)	强烈推荐
M受体阻滞剂与 $\beta$ 3受体激动剂的联合治疗，优于任一单一药物的疗效	推荐



# 难治性OAB（膀胱过度活动症）的治疗

## 难治性OAB患者

是指行为治疗失败，单用M受体拮抗剂等药物治疗6~12周后疗效未达到预期或无法耐受口服药物不良反应的OAB患者。这些难治性OAB患者可从神经调节术或者肉毒素杆菌注射治疗等外科干预中获益。

方法	机制特点
骶神经调节(SNM)	通过对骶脊神经根进行电刺激来调节神经通路，从而治疗膀胱和(或)肠道功能障碍
膀胱壁内注射肉毒杆菌毒素 (botulinum toxin A)	通过干扰神经传导钙离子依赖性通道而发挥作用，阻断离子型通道将导致肌肉松弛和萎缩，这种干扰作用不会导致神经的退行性变化，是可逆的。
胫后神经刺激(PTNS)	它是一种间歇性治疗，疗效没有持续性治疗的SNM好。



# 逼尿肌过度活动伴收缩功能受损 (DHIC) 的诊治原则



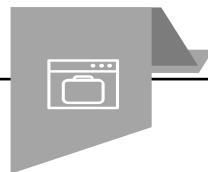
## 临床表现

- 临床表现为膀胱过度活动但不能完全排空。



## 发病率

- 在老年人群中更为常见。有报道70岁以上男性DHIC发病率为31.7%，女性为6%。



## 病因

- 其发病机制可能涉及年龄、肌肉病变、神经病变、尿路上皮功能障碍、膀胱缺血和膀胱炎症等。



## 诊断

- 缺乏统一标准。有文献将IDC定义为最大尿流率小于10ml/s，同时逼尿肌压力小于30cmH<sub>2</sub>O；将逼尿肌过度活动定义为在充盈期的期相性收缩，其中逼尿肌压力变化超过15cmH<sub>2</sub>O。



## 治疗

- 低剂量的抗毒覃碱类药物；
- 清洁间歇性导尿术；
- 其他护理措施；
- 米拉贝隆等。



3

指南提示



## 指南提示

- 药物治疗可以控制及缓解膀胱过度活动症患者尿频、尿急及急迫性尿失禁等症状。
- 膀胱过度活动症的治疗药物**M受体阻滞剂**和 $\beta$ 3受体激动剂。
- 其中M受体阻滞剂丙哌维林同时具有**抗胆碱**和**钙拮抗**作用，能够有效**缓解尿频症状**和**减少24小时排尿次数**。**副作用较小**，可以应用于对其他M受体阻滞剂不耐受的患者。



# 谢谢关注！

thanks for your attention.

