

文章编号 1006-8147(2019)03-0285-03

论著

行为治疗在非溃疡性间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征患者中的应用

谢翠^{1,2}, 赵岳¹

(1. 天津医科大学护理学院, 天津 300070; 2. 天津医科大学第二医院泌尿外科, 天津 300211)

摘要 目的: 分析行为治疗对非溃疡性间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征(IC/BPS)患者的影响。方法: 回顾性研究我科自2016年1月-2018年1月收治的70例非溃疡性IC/BPS患者资料。患者均仅采用行为治疗, 内容包括调整饮食、排尿训练和盆底肌训练, 治疗周期共6个月。分别于治疗前及治疗后6个月对盆腔疼痛及尿频评分、日平均排尿次数、平均尿量等相关指标进行评价, 记录排尿日记与不良反应。结果: 52例患者完成治疗, 18例因其他原因中止本次治疗, 治疗后相关指标与治疗前相比均有改善, 并具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 行为治疗是治疗非溃疡性IC/BPS的有效、安全的疗法。

关键词 间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征; 非溃疡性; 行为治疗; 预后

中图分类号 R694

文献标志码 A

Efficacy of behavior therapy on patients with non-ulcer interstitial cystitis / bladder pain syndrome

XIE Cui^{1,2}, ZHAO Yue¹

(1. School of Nursing, Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China; 2. Department of Urology, The Second Hospital, Tianjin Medical University, Tianjin 300211, China)

Abstract Objective: To investigate the effect of behavior therapy on patients with non-ulcer interstitial cystitis / bladder pain syndrome. **Methods:** Seventy patients with non-ulcer IC/BPS treated in our department from January 2016 to January 2018 were retrospectively analyzed. All patients were treated with behavior therapy, including diet adjustment, urination training and pelvic floor muscle training, the treatment lasted for six months. The pelvic pain and frequency of urine frequency, the average daily urination times, and the average urine volume were evaluated before and after the treatment, the diary of urination and the adverse reactions were recorded. **Results:** Fifty-two patients underwent the treatment, and the treatment was terminated for 18 patients. The related indicators were improved compared with those before treatment, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Behavior therapy maybe an effective and safe treatment for patients with non-ulcer IC/BPS.

Key words interstitial cystitis/bladder pain syndrome; non-ulcer; behavior therapy; prognosis

间质性膀胱炎(interstitial cystitis, IC)是一种涉及整个膀胱壁的非感染性慢性炎症性疾病, 主要表现为迁延难治的尿频、尿急、下腹部或会阴区疼痛^[1]。膀胱疼痛综合征(bladder pain syndrome, BPS)是膀胱区反复疼痛、膀胱充盈后疼痛加重、伴有尿频等症状的综合征, 目前国际尿失禁咨询委员会认为IC是膀胱疼痛综合征的代表性病症。最新的流行病学研究表明, 女性发病率为52/10万, 年龄多在35.8~54.4岁^[2]。IC/BPS分为溃疡型和非溃疡型两种类型, 主要由膀胱镜检和膀胱黏膜活检来进行分型, 其中非溃疡型约占90%。

依据2011版AUA指南IC/BPS的治疗总原则, 先行保守治疗, 包括行为治疗和药物治疗, 效果欠佳

再行外科治疗^[3]。我科自2016年1月-2018年1月为70例非溃疡性IC/BPS女性患者实施行为治疗, 取得一定疗效, 现报告如下。

1 资料和方法

1.1 纳入标准与排除标准 纳入标准: (1) 患者及家属对本研究完全知情并同意; (2) 膀胱充盈后, 膀胱区出现疼痛或加重, 有尿频和尿急; (3) 膀胱镜检无黏膜溃疡, 麻醉下水扩张后可出现典型黏膜出血表现, 并行膀胱黏膜随机活检确诊, 排除其他病理病变。排除标准: (1) 患者清醒状态下最大膀胱容量>350 mL; (2) 膀胱注入100 mL气体或150 mL液体, 无急迫性排尿感; (3) 症状持续<6个月; (4) 每天清醒状态下尿频次数<8次, 夜尿<2次。 (5) 伴发其他下尿路及盆腔疾病等。

1.2 一般资料 本次回顾性分析70例女性患者, 年

作者简介 谢翠(1984-), 女, 硕士在读, 研究方向: 泌尿外科; 通信作者: 赵岳, E-mail: yuezhaohao35@hotmail.com。

龄 30~68 岁,平均年龄(48.89±8.58)岁,以 IC/BPS 的相关症状就诊,先经门诊初步诊断,然后行尿动力学检查、膀胱镜检和组织活检等明确诊断,再由两名以上专科护理人员对患者予以行为治疗内容的指导和相关护理。

1.3 治疗方法

1.3.1 调节饮食 避免饮用咖啡、酒水、苏打水等,避免食用辛辣刺激食物及人工甜味食品,避免食用含钾丰富的食物。同时要适当饮水,不过量饮水导致尿液过多。

1.3.2 膀胱训练 增强膀胱的憋尿功能,延长排尿间隔时间,在自身耐受前提下,逐步增加排尿间隔的时间,比如开始每 30~60 min 排尿 1 次,之后尝试着延长 15 min,如果间隔能稳定维持 2 周,接下来继续增加 15 min 间隔时间,目标是能够稳定间隔 2~4 h。出现尿急时可采取坐姿,保持心情平静,将注意力从膀胱转移,减少急迫感。通过自身意志力适当控制,同时也可规律收缩控制排尿的肌肉,抑制尿急感觉,缓解后再行排尿;同时每天记录排尿日记与不良反应。

1.3.3 盆底肌训练 护理人员指导患者准确定位盆底肌:(1)在排尿时试着中止和继续排尿过程,控制该活动的肌肉就是盆底肌;(2)让患者主动收缩肛门或阴道,使患者体会控制该活动的肌肉;(3)患者采取截石位,护理人员将食指和中指放入阴道,让患者收缩阴道 10 s,然后放松 10 s,如收缩时手指周围感觉到有压力增加,放松时压力消失,即为盆底肌收缩,如无明显感觉则引导患者正确收缩直至找到并记住^[4]。定位准确后,让患者完全掌握,每天至少进行 3 次盆底肌训练,收缩肌肉 5~10 s,然后放松 5~10 s,根据个人耐受情况,每次练习 15~20 次,每次收缩持续时间可逐渐延长至 10 s,放松时间和收缩时间相当,训练需持续数月。

1.4 评价指标 分别于治疗前及治疗后 6 个月对盆腔疼痛及尿频评分(pelvic pain and urgency frequency questionnaire, PUF)、平均排尿次数、平均尿量等相关指标进行评价。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件进行统计学分析,计量资料组间比较采用配对样本 *t* 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

52 例患者完成治疗,13 例转向药物和外科治疗,5 例因个人原因停止治疗。治疗后相关指标较治疗前均有改善并具有统计学意义($P<0.05$)(表 1)。治疗期间无明显的不良反应。

表 1 非溃疡性 IC/BPS 患者行为治疗前后各项指标变化情况($\bar{x}\pm s$)

Tab 1 All changes in indicators of the non-ulcer IC/BPS patients between pretreatment and post-treatment of 6 months after treatment($\bar{x}\pm s$)

组别	PUF 评分	平均排尿次数	平均尿量/mL
治疗前	20.54±3.47	19.33±4.70	85.59±32.85
治疗后	16.71±3.29	15.06±4.23	121.06±45.12
<i>t</i>	6.754	11.017	7.517
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05

IC/BPS 为间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征

3 讨论

IC/BPS 主要依据国际尿控学会制定的间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征诊断标准和欧洲间质性膀胱炎研究协会诊断标准来进行诊断^[5],目前该病确切病因和发病机制尚不明确,也无明确的根治性治疗手段,治疗以缓解患者不适症状、改善其生活质量等为主。指南要求先行保守治疗,然后过渡到外科治疗,最后才能考虑行膀胱切除等根治性疗法^[3]。

在明确诊断的早些时间,部分患者并不需要进行药物或者外科治疗,如果只出现一些较轻症状,如尿频、尿急等膀胱刺激征,膀胱区疼痛尚能忍受等,可以考虑采用相应的行为治疗^[6]。

2015 年美国尿控协会指南中说明通过下尿路患者日常行为的改变,可达到减轻症状的目的,医护人员应对合适的患者采取行为治疗,治疗内容包括改变患者生活方式、膀胱锻炼、盆底肌训练等多方面内容^[7]。IC/BPS 患者多数为门诊患者,可由专科医生为患者制定详细全面的行为治疗方案,再由专业护理人员按照方案为患者具体实施。

对患者进行健康教育,让患者认识到目前还没有一种理想的手段来治愈此病,改变自身行为对治疗具有重要作用,同时根据患者个体化情况,指导其建立适当的期望值,通过行为治疗来接近并达到目标。首先,饮食调整是基本的治疗方法,国内几项研究认为饮食不当是 IC/BPS 发生的潜在危险因素,采用不含致敏性食物的饮食,避免摄入可能加重症状的饮食如酒精、咖啡、柑桔类水果、碳酸类饮料、辛辣刺激食物、人工甜味食品、含钾丰富的食物等^[8],减少可能刺激膀胱的物质。同时每日根据自身情况控制饮水量,不过量饮水,良好的饮食对于避免疾病发作和控制症状有重要作用。在患者自身耐受前提下,锻炼膀胱憋尿功能,延长间隔时间,削弱尿急的感觉,减少排尿次数。让患者记录排尿日记,使患者对排尿情况的变化有较为直观的认识,有助于患者形成正确的排尿习惯。在尿意出现时,可通过转移注意力、改变体位等方式,尽量减弱患者尿急

感觉^[9]。患者规律进行膀胱训练,多数患者症状可以得到缓解。

IC/BPS 患者疼痛发生机制尚未完全清楚,有研究提示盆底功能障碍可导致膀胱壁神经性炎症和盆底肌张力异常增高,此二者可能是疼痛原因^[10]。疼痛主要位于耻骨上,可及腹股沟、阴道、直肠等处,反复发作,随膀胱充盈出现并逐渐加重,排尿后减轻。约 87% 的 IC/BPS 女性患者,伴有盆底肌功能异常^[11]。盆底肌正常收缩和舒张是改善症状的重要因素,盆底肌锻炼也在多个临床研究中得到应用。有报道,需要持续 2~3 个月锻炼才会有较明显效果,排尿症状及生活质量才得到改善,行为治疗时间与治疗效果呈正相关,因此最重要的是需要让患者正确有效并坚持长期的锻炼盆底肌^[12]。通过自身体会和控制,主动收缩和放松肌肉,使神经反射和肌肉活动恢复协调,从而缓解肌肉痉挛,进而有效的缓解各种相关症状。

本次研究中,对非溃疡性 IC/BPS 患者采用行为治疗,通过调节饮食去除潜在的刺激因素,进行膀胱锻炼逐渐延长排尿间隔时间,坚持盆底肌训练,改善了患者尿频尿急症状,有效减轻了患者的疼痛。患者行为治疗后各项指标明显改善,症状缓解率较好,无明显不良反应,患者耐受性良好、依从性较强,可尝试在医院门诊以及社区推广此简便易行的行为治疗,笔者也将进一步探索行为疗法在 IC/BPS 治疗中的应用。

参考文献:

- [1] Allen-Brady K, Rowe K, Cessna M, et al. Significant linkage evidence for interstitial cystitis/painful bladder syndrome on chromosome 3[J]. J Urol, 2018,199(1):172
- [2] Towner R A, Wisniewski A B, Wu D H, et al. A Feasibility study to determine whether clinical contrast enhanced magnetic resonance imaging can detect increased bladder permeability in patients with interstitial cystitis[J]. J Urol, 2016,195(3): 631
- [3] Hanno P M, Burks D A, Clemens J Q, et al. AUA guideline for the diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome[J]. J Urol, 2011,185(6): 2162
- [4] Burgio K L. Update on behavioral and physical therapies for incontinence and overactive bladder: the role of pelvic floor muscle training[J]. Curr Urol Rep, 2013, 14(5): 457
- [5] van de Merwe J P, Nordling J, Bouchelouche P, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal[J]. Eur Urol, 2008, 53(1): 60
- [6] 吴佳成,陆雅君,姜力.间质性膀胱炎治疗研究进展[J].疑难病杂志,2018(1): 95
- [7] Gormley E A, Lightner D J, Faraday M, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment[J]. J Urol, 2015,193(5): 1572
- [8] Friedlander J I, Shorter B, Moldwin R M. Diet and its role in interstitial cystitis/bladder pain syndrome(IC/BPS) and comorbid conditions[J]. BJU Int, 2012,109(11): 1584
- [9] Mattiasson A, Blaakaer J, Høye K, et al. Simplified bladder training augments the effectiveness of tolterodine in patients with an overactive bladder[J]. BJU Int, 2003, 91(1): 54
- [10] 田钰,廖利民.间质性膀胱炎治疗的研究进展[J].中国康复理论与实践,2013, 19(9): 856
- [11] Hanno P, Lin A, Nordling J, et al. Bladder pain syndrome committee of the international consultation on Incontinence[J]. Neurourol Urodyn, 2010, 29(1):191
- [12] Sangsawang B, Sangsawang N. Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: a randomized controlled trial[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2016,197:103

(2018-08-05 收稿)