



糖尿病による神経因性膀胱 文責：糖尿病内科 竹内龍男

糖尿病の合併症の一つに神経因性膀胱があります。進行すると排尿できなくなったり、二次的に腎不全を生じたりするため、見逃すことのできない病態です。

実際には、血糖コントロール不良のまま長期間経過して合併症が進んでしまった場合や、高熱で緊急受診され、尿路感染症が原因と推定された際の基礎疾患として認めることが多いです。

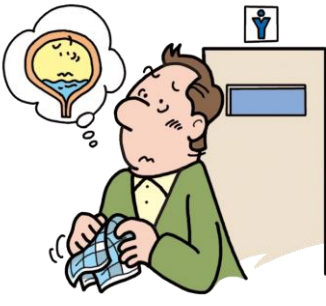
前回のかえで通信でも解説していますが、網膜症、腎症、末梢神経障害の三大合併症のうち、神経障害は最も早期に生じる頻度の高い合併症です。糖尿病性末梢神経障害は遠位対称性神経障害(足のしびれ、痛みなど)、自律神経障害、局所性神経障害(外眼筋麻痺など)に分類され、神経因性膀胱は自律神経障害に含まれます。膀胱には蓄尿と排尿という相反する機能があり、主に交感神経が蓄尿、副交感神経が排尿機能に関連します。排尿反射(膀胱の出口は緩み、膀胱は収縮)の中枢は脊髓の末端の仙髄に存在します。仙髄より中枢側の脳や延髄に上位の指令部位があり、排尿反射をコントロールしています。膀胱に尿がたまってくると情報は脊髓から脳に伝わりますが、上位の指令部位により排尿反射は抑制され、尿をためておくことができます。さらに尿がたまってくると尿意も強まり、いよいよ上位の指令部位から仙髄に命令が伝わり、排尿反射を生じて尿を排泄します。したがって仙髄より中枢側の病変では排尿反射のコントロールができなくなり、過活動型の神経因性膀胱となる一方、糖尿病の場合は排尿反射そのものがうまく生じなくなり、低活動型の神経因性膀胱となります。

徴候として、あまり自覚しておられないこともありますが、**感覚障害による尿意の低下、尿閉、尿失禁、排尿回数の減少、膀胱容量増大、膀胱収縮力低下、排尿後の残尿、続発する尿路感染症や水腎症、腎機能障害などがみられます。**治療は泌尿器科医と連携して行います。薬物療法に加えて膀胱カテーテル留置や間欠導尿により、残尿をできるだけ回避します。また、血糖コントロールはたいへん重要であり、積極的にインスリン等を用いて良好なコントロールを保つことで、排尿機能が徐々に回復することもまれではありません。なお、排尿機能の回復が不十分な場合、そのまま間欠自己導尿へ移行することもあります。

低活動型の神経因性膀胱の主な症状



尿閉



残尿



膀胱収縮力の低下



尿失禁