

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

日本医師会雑誌（2007.01）136巻特別号2:298～299.

【腎・泌尿器疾患診療マニュアル 小児から成人まで】 その他の泌尿器疾患
高齢者の排尿障害 男性の排尿困難

柿崎秀宏

高齢者の排尿障害：男性の排尿困難

柿崎秀宏

高齢男性における排尿困難の主な原因は、前立腺肥大症、前立腺癌、神経因性膀胱であり、また頻度は少ないながら尿道狭窄、低活動性膀胱（膀胱の収縮力低下）が原因となることもある（表1）。一般臨床医の診療の対象となるのは前立腺肥大症のみであり、他の疾患の精査、初期治療は泌尿器科専門医に依頼すべきである。

初期評価

排尿困難を訴える高齢男性が受診した場合には、問診、尿検査、超音波検査、直腸診、PSA (prostate-specific antigen；前立腺特異抗原)採血検査を行うことが推奨される。

問診では、国際前立腺症状スコアを用いて下部尿路症状を定量的に評価することが望ましい。尿路感染のスクリーニングや血尿の有無の判定のためにも尿検査は必須である。下腹部に緊満した腫瘤を触知する場合には、尿閉の存在が示唆される。腹部超音波検査で、水腎症の有無を判定し、可能であれば残尿測定、前立腺容積を計測する。男性の排尿困難で水腎症を認める頻度は低いが、ときに下部尿路閉塞に起因する水腎症のために腎後性腎不全を呈する例があるため、水腎症の有無を確認することは重要である。前立腺癌の可能

性を検討するために、直腸診およびPSA検査を行うことが望ましい。前立腺癌がなくても、前立腺炎の存在や加齢そのものに伴ってPSAは上昇するが、PSAが4ng/mlより高い場合には、泌尿器科専門医への紹介を考慮すべきである。

問診にて、脳血管障害、脊椎・脊髄疾患、神経変性疾患、罹病期間の長い糖尿病などの既往・合併があれば、神経因性膀胱の可能性を考慮する必要がある。また、過去に検査や手術の際に尿道カテーテルを留置された既往がある場合には、尿道狭窄の可能性を考慮することも重要である。

初期評価で、尿路感染、血尿、水腎症を認める場合、残尿が多い場合（目安として100ml以上）、PSAが高値の場合には泌尿器科専門医を紹介する（図1）。これらの初期評価で異常を認めない場合には、 α_1 ブロッカーを用いた初期治療を開始する。

治療

高齢男性の排尿困難に対する初期治療の主体は、 α_1 ブロッカーによる薬物治療である。塩酸タムスロシン（ハルナール®）、ナフトピジル（フリバス®、アピシヨット®）、シロドシン（ユリーフ®）などの前立腺への選択性に優れ、心循環系への副作用の少ない薬剤を使用する。これらの薬剤の効果発現は比較的速やかである。8～12週間の投与ではほぼ最大の効果が期待できる。 α_1 ブロッカーで症状の改善が認められれば、その薬剤を継続する（図1）。 α_1 ブロッカーの長期効果についてはすでに多くのエビデンスがある。症状改善後の薬剤投与中止の目安は定まったものがないが、患者と相談のうえで休薬とし、症状の再発があれば投与再開というオプションもある。

表1 高齢男性における排尿困難の原因

1. 前立腺肥大症
2. 前立腺癌
3. 神経因性膀胱
4. 尿道狭窄
5. 低活動性膀胱

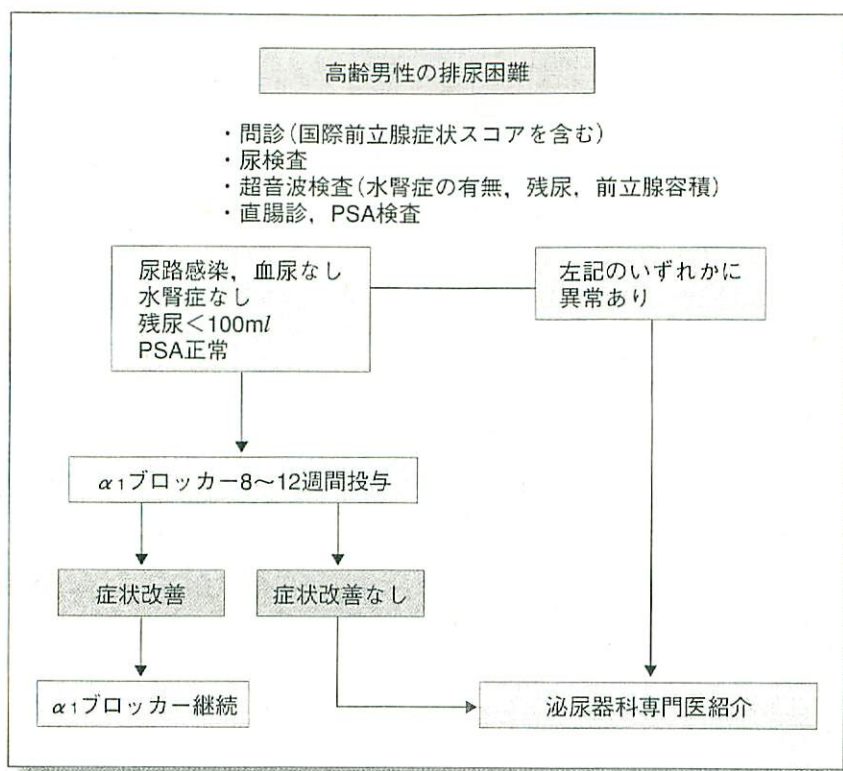


図1 診療アルゴリズム

α_1 ブロッカーにて排尿困難は改善したが、尿意切迫感、頻尿などの蓄尿症状(過活動膀胱の症状)が残存する場合もある。このような場合には、残尿が少ないこと(目安として50ml未満)を確認後、抗コリン薬の併用を考慮する。抗コリン薬は副作用として排尿困難が出ることがあるので、その使用にあたっては細心の注意が必要である。

泌尿器科専門医への紹介のタイミング

先述したように、初期評価で異常がある場合には、泌尿器科専門医に診断と治療方針の決定を依頼する。初期評価で異常がない場合には、 α_1 ブロッカーの投与を開始するが、8~12週間投与しても症状の改善がない場合には、いたずらに無効な薬剤の投与を継続することなく、泌尿器科専門医を紹介する。