

长期尿失禁的治疗临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/644/2021_2022__E9_95_BF_E6_9C_9F_E5_B0_BF_E5_c22_644817.htm 逼尿肌过度活跃的治疗从简单开始，如治疗外周水肿，调整液体摄入的时间和量，或在床边准备一便桶。但是，关键的治疗是行为治疗。膀胱的再训练方案，包括抑制急迫排尿的技术，能够延长排尿的间隔时间。例如，一位病人每3小时失禁一次，其训练方案为白天每2小时排尿一次，而在这2小时之间要抑制急于排尿的欲望。一旦病人能够白天控制排尿保持连续3天，则排尿间隔可延长1/2小时，依此进行，直到达到满意的结果或可节制排尿。还可加上生物反馈治疗，但其效果未明确。在无法进行再训练方案的病人，可采用一种迅速排尿的技术。它可使收容机构中的老年人尿失禁的频率降低高达50%。每隔2小时询问病人是否需要排尿，陪同回答是的病人去厕所，并在排尿后正性加强（避免负性加强）。在无反应的病人不应进行迅速排尿。如排尿日记表明是夜尿和夜尿性尿失禁，应明确其原因。心衰引起的多尿应当减少利尿剂的用量。压力梯度袜及白天抬高下肢可能对不伴心衰或低白蛋白血症（如静脉功能不全）的外周水肿有效。不是由于外周水肿引起的多尿可能对调整液体摄入，在傍晚时或晚间早一些服用快速作用的利尿剂有效。逼尿肌活动过度同时收缩能力下降及仅在高容量时引发杂乱收缩的病人，在睡觉前插管去除残余尿，增加膀胱的功能容积，可能会恢复节制排尿和睡眠。药物治疗可增进行为治疗的效果，但不能取代行为治疗，因为药物通常不能消除杂乱收缩。如果尿失禁发生在可预测的时间，可

预防性应用起效快的药物（如羟丁宁）。有时小剂量联合使用两种具互补作用的药物（如羟丁宁和丙咪嗪）可增加疗效，减少不良反应。有些药物可经膀胱内使用，但仅限于能自行插管的病人。所有的膀胱松弛药均可引起尿潴留。在其他疗法无效的尿失禁病人（如DHIC）及间歇性插管可行的病人，有意识地引发尿潴留和间歇性地插导尿管可能有用。增加膀胱成形术将一部分的肠管或胃与膀胱结合可提高其弹性从而增加膀胱容量。此疗法可用于难治性逼尿肌反射亢进的严重病例，尤其是膀胱收缩顺应性差的病人。体质虚弱的病人为反指征。难治性尿失禁病人可能需要尿垫和特制的内衣。有很多产品，并可根据病人的选择定制。阴茎套管可能对有些男性有帮助，但常引起皮肤破损，降低恢复节制排尿的动力，对阴茎小或卷缩的男性可能不可行。新型的体外收集器具可能对女性有效。逼尿肌过度活跃的病人不推荐使用尿道内插管，因为插管常可加剧收缩。如果必须要插管（如为了让顽固性逼尿肌过度活跃病人的褥疮愈合），应使用小的气囊以减少刺激和防止尿液从管周漏出。如果膀胱痉挛持续存在，可使用羟丁宁。老年人应当避免使用抗胆碱能不良反应较明显的药物（如颠茄栓剂）。流出道功能不全可因肥胖病人减轻体重，治疗相关疾病（如萎缩性阴道炎，咳嗽）和有时植入子宫托而减轻。盆腔肌肉锻炼（如Kegel锻炼法）常有效，特别是在有压力时锻炼。病人必须收缩盆腔的肌肉而不是大腿，腹部或臀部的肌肉，常需要再次教导，生物反馈法可能有用。在年龄 < 75岁的女性，治愈率达10%~25%，有效率在此基础上再加40%~50%，尤其是有动力，按照指导进行锻炼，接受书面指导和/或随访的病人。 > 75岁的女性能否达

到相似的疗效不知道。子宫托有不同的尺寸和形状，对希望延迟手术或手术有高风险性的病人可能有用。避孕隔膜可加重年轻女性的压力性尿失禁。塞子有时对老年女性有用。更新型的器具也可得到。非药物的其他治疗包括调整上厕所和液体摄入的方案以保持膀胱内尿量少于漏出的阈值。此法常适用于老年女性，因其括约肌功能不全常较轻微，是萎缩引起。使用 α -肾上腺素能兴奋剂（如苯溴丙胺太林25~75mg，每日2次）可能有效，尤其在雌激素同时应用。这些药物对括约肌本身功能不全的女性有效（见下文）。丙咪嗪10~25mg，每日1~4次适用于压力性和冲动性尿失禁且没有体位性低血压的病人。其他治疗方法失败或无法接受时，可能需要手术以矫正尿道活动过度。与其他膀胱颈悬吊术相比，前阴道缝合术治愈压力性尿失禁的效果较差。很多老年女性不能耐受Marshall-Marchetti-Kranze术，它需长时间的腹部手术及术后恢复时间延长。另一种从耻骨上进行的方法，即Burch阴道悬吊术，手术范围较小，可矫治阴道前壁松弛，且成功率很高。但是，在有些阴道活动度不够和容量不足的女性，此方法可加重阴道后壁薄弱，导致痛性尿淋漓和尿潴留。阴道膀胱颈悬吊术（如Pereyra，Stamey和Raz法）是相对比较小的手术，但其效果常不如Burch法持久。另一种方法（耻骨阴道悬吊术）常用于括约肌本身功能不全，其致病率较高，除了矫正尿道活动过度，更多可能发生慢性尿潴留。针对括约肌功能不全的其他治疗方法，特别是在前列腺切除术后的男性，包括植入一个人工的括约肌。根据病人的选择，大约70%的病人恢复了有节制的排尿，剩下的病人中，大多数每天只需1~2块尿垫，但有20%~40%的病人需要再次手术或

修正。另一种方法是在尿道周围注入膨胀剂。使用戊二醛交联的小牛胶原，短期的好转或治愈率在女性可达50%~95%，但在男性疗效要差得多。虽然使用膨胀剂很有吸引力（注入只需局部麻醉，短时间就能完成），但是通常需要多次注射才能成功。在年龄 > 75岁病人中的使用经验有限，有发生尿潴留（常需要插导尿管）的危险。在男性如所有其他干预措施均失败时，阴茎套管，阴茎钳，阴茎鞘（如McGuire假体，类似于运动支持物）或自行粘附的鞘（特别如衬有多聚凝胶或纤维素）可能有用。有为女性应用尿液收集的器具。薄型的超强吸收的多聚凝胶尿垫更容易吸收压力性尿失禁时漏出的少量的尿液。正在研究的电刺激是用于女性的一种有希望的疗法。男性流出道梗阻用 α -肾上腺素能阻滞剂（如哌唑嗪1~2mg，每日2~4次；特拉唑嗪1~10mg/d；多沙唑嗪1~8mg/d）治疗可缓解症状，改善排尿后残余尿，流出道阻力和尿流率。5 α -还原酶抑制剂非那雄胺（保列治）5mg/d可缩小前列腺的体积，但症状的改善要延迟数月后。有些研究者建议联合应用 α -肾上腺素能阻断剂，但这方面的证据尚缺。如果症状持续存在，可采用经尿道切除前列腺（TURP）或耻骨上或耻骨后前列腺切除术。其他方法（如膀胱颈切口双侧前列腺切除）使得手术减压可行，甚至最虚弱的病人。尿道支架是一种有希望的非药物干预措施，但缺乏长期随访资料。不良反应包括支架移动和尿急（常于数周或数月后消失）。有希望的经尿道的新技术包括微波高温治疗，激光治疗及针刺摘除，但缺乏长期的资料。女性有巨大膀胱突出的病人往往需要手术，如果同时存在尿道活动过度还应施行流出道悬吊术。如果有膀胱颈部功能不全或尿道关闭压力

< 10cm水柱，可能需采用不同的手术方法以免引起括约肌功能不全。原发性的膀胱颈部梗阻容易矫正，甚至是体质最虚弱的病人。尿道远端狭窄可予扩张或雌激素治疗。如果存在尿道口狭窄，有必要进行更广泛的干预，另外扩张可反复进行。然而，大多数扩张的女性并没有尿道狭窄但其逼尿肌活动低下，对这类病人，扩张常常无助，反而有害。逼尿肌活动低下的处理是减少残余尿，消除肾盂积水（如果存在）和预防尿脓毒症。首先，插管给膀胱进行 7~14天的减压，同时去除损害逼尿肌功能的可能因素（如粪便嵌塞，药物的不良反应）。如果减压不能完全恢复膀胱功能，加强排尿技术可能有帮助：两次排尿或作Crede动作（排尿时在耻骨上施压）或Valsalva动作。在抗胆碱能药物（如三环类抗抑郁药）引起膀胱收缩不良有不能停药的病人，乌拉胆碱40~200mg/d分次服用有时有用。应监测残余尿以便若乌拉胆碱无效即可停用。如果减压后逼尿肌无收缩，那么任何干预措施似都无效，病人应予间歇性插管或是放置尿道内导管。经常有症状性尿路感染或有心脏瓣膜异常或有矫形假体的病人，行间歇性插管治疗时可能应当给予抗生素或扁桃酸乌洛托品预防尿路感染；但这种预防方法对尿道内置管的病人无效。如果间歇插管在机构中进行，应采取无菌措施而不只是清洁，因为在这种环境下细菌的流行和致病力均很强。更多信息请访问：[百考试题医师网校](#) [医师论坛](#) [医师在线题库](#) [百考试题执业医师](#) 加入收藏 [100Test](#) 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com