



妇科主治医师考试:《答疑周刊》2019 年第 29 期

问题索引:

一、【问题】请简述压力性尿失禁的临床表现有哪些?

二、【问题】请简述压力性尿失禁如何诊断?

三、【问题】请简述压力性尿失禁如何治疗?

具体解答:

一、【问题】请简述压力性尿失禁的临床表现有哪些?

几乎所有的下尿路症状及许多阴道症状都可见于压力性尿失禁。腹压增加下不自主溢尿是最典型的症状,而尿急、尿频,急迫性尿失禁和排尿后膀胱区胀满感亦是常见的症状。80%的压力性尿失禁患者伴有阴道膨出。

临床常用简单的主观分度。

I 级尿失禁:只有发生在剧烈压力下,如咳嗽、打喷嚏或慢跑。

II 级尿失禁:发生在中度压力下,如快速运动或上下楼梯。

III 级尿失禁:发生在轻度压力下,如站立时,但患者在仰卧位时可控制尿液。

二、【问题】请简述压力性尿失禁如何诊断?

以患者的症状为主要依据,压力性尿失禁除常规体格检查、妇科检查及相关的神经系统检查外,还需相关压力试验、指压试验、棉签试验和尿动力学检查等辅助检查,排除急迫性尿失禁、充盈性尿失禁及感染等情况。无单一的压力性尿失禁的诊断性试验。

1. 压力试验(stress test):患者膀胱充盈时,取截石位检查。嘱患者咳嗽的同时,医师观察尿道口。如果每次咳嗽时均伴随着尿液的不自主溢出,则可提示 SUI。延迟溢尿,或有大量的尿液溢出提示非抑制性的膀胱收缩。如果截石位状态下没有尿液溢出,应让患者站立位时重复压力试验。

2. 指压试验(Bonney test):检查者把中、示指放入阴道前壁的尿道两侧,指尖位于膀胱与尿道交接处,向前上抬高膀胱颈,再行诱发压力试验,如压力性尿失禁现象消失,则为阳性。

3. 棉签试验(Q-tip test):患者仰卧位,将涂有利多卡因凝胶的棉签置入尿道,使棉签头处于尿道膀胱交界处,分别测量患者在静息时及 Valsalva 动作(紧闭声门)时棉签棒与地面之间形成的角度。在静息及做 Valsalva 动作时该角度差小于

15° 为良好结果, 说明有良好的解剖学支持; 如角度差大于 30°, 说明解剖学支持薄弱; 15° ~ 30° 时, 结果不能确定(图 23-12)。

4. 尿动力学检查(urodynamics): 包括膀胱内压测定和尿流率测定, 膀胱内压测定主要观察逼尿肌的反射以及患者控制或抑制这种反射的能力, 膀胱内压力的测定可以区别患者是因为非抑制性逼尿肌收缩还是 SUI 而引起的尿失禁。尿流率测定可以了解膀胱排尿速度和排空能力。

5. 尿道膀胱镜检查(cystoscopy)和超声检查可辅助诊断。

三、【问题】请简述压力性尿失禁如何治疗?

1. 非手术治疗 用于轻、中度压力性尿失禁治疗和手术治疗前后的辅助治疗。非手术治疗包括盆底肌肉锻炼、盆底电刺激、膀胱训练、 α -肾上腺素能激动剂(alpha-adrenergic agonist)和阴道局部雌激素治疗。30%~60%的患者经非手术治疗能改善症状, 并治愈轻度的压力性尿失禁。产后进行 Kegel 锻炼对产后尿失禁的妇女有所帮助。

2. 手术治疗 压力性尿失禁的手术方法很多, 有 100 余种。目前公认的“金标准”术式为耻骨后膀胱尿道悬吊术和阴道无张力尿道中段悬吊带术。因阴道无张力尿道中段悬吊带术更为微创, 现已成为一线手术治疗方法。压力性尿失禁的手术治疗一般在患者完成生育后进行。

(1) 耻骨后膀胱尿道悬吊术: 手术操作在腹膜外(Retzius 间隙)进行, 缝合膀胱颈和近端尿道两侧的筋膜至耻骨联合(Marshall-Marchetti-Krantz 手术)或 Cooper 韧带(Burch 手术)而提高膀胱尿道连接处的角度。Burch 手术应用稍多, 有开腹途径、腹腔镜途径和“缝针法”。手术适用于解剖型压力性尿失禁。手术后 1 年治愈率为 85%~90%, 随着时间推移会稍有下降。

(2) 阴道无张力尿道中段悬吊带术: 除解剖型压力性尿失禁外, 尿道内括约肌障碍型压力性尿失禁和合并有急迫性尿失禁的混合性尿失禁也为该手术适应证。悬吊带术可用自身筋膜或合成材料。合成材料的悬吊带术现已成为一线治疗压力性尿失禁的方法, 术后 1 年治愈率在 90%左右, 最长术后 11 年随访的治愈率在 70%以上。

以 Kelly 手术为代表的阴道前壁修补术方法简单, 通过对尿道近膀胱颈部折叠筋膜缝合达到增加膀胱尿道阻力作用, 一直为治疗压力性尿失禁的主要术式。但

解剖学和临床效果均较差，术后 1 年治愈率约 30%，并随时间推移而下降，目前已不再作为治疗压力性尿失禁的有效术式。



妇科主治医师考试：《答疑周刊》2019 年第 29 期（word 版下载）

〔医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任〕

