

## 第三国际尿失禁咨询委员会最终推荐意见:神经源性尿失禁部分

廖利民 鞠彦合

[关键词] 神经源性尿失禁;诊断;治疗;国际尿失禁咨询委员会(ICI)

中图分类号:R694 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2005)11-0881-02

[本文著录格式] 廖利民,鞠彦合.第三国际尿失禁咨询委员会最终推荐意见:神经源性尿失禁部分[J].中国康复理论与实践,2005,11(11):881-882.

由国际泌尿系疾病咨询委员会、世界卫生组织、国际尿控协会共同发起的国际尿失禁咨询委员会(International Consultation on Incontinence, ICI) 是全世界尿控领域的最高咨询结构。第 3 届 ICI 会议于 2004 年 6 月 26 ~ 29 日在摩纳哥召开,会议分 25 个小组全面深入地就尿失禁和便秘进行了文献分析,为全球该领域的临床与研究推荐了最新的指导意见。本文第一作者作为该委员会委员,现将本届 ICI 对神经源性尿失禁所推荐的指导原则介绍如下。

## 1 初始处理

1.1 初始评估 在评价神经源性膀胱尿道功能障碍患者尿失禁时,治疗方法依赖于对尿失禁产生机制的理解,而尿失禁的产生又取决于神经病变的位点。因此,神经源性尿失禁患者可分为如下 3 组:①外周病变:包括外周神经损伤,例如直肠、宫颈癌而行盆腔大手术之后的去神经改变,也包括脊髓下段损伤(圆锥马尾病变),如椎间盘突出等。②脑桥下中枢病变:骶

上-脑桥下脊髓病变(如创伤),应根据尿流动力学结果进行治疗,最初治疗应维持 8 ~ 12 周,然后重新评价或建议专家治疗。

③脑桥上中枢病变:如脑血管意外、中风、帕金森病、多发性硬化等。其中,外周神经损伤、脑桥下中枢病变 2 组患者应该由受过神经泌尿训练的专业人士进行治疗。

在初始评估时,

●体格检查可帮助鉴别 3 组患者,简单的神经学检查应列为常规。

●估计残余尿量被高度推荐,如发现大量残余尿,需进行上尿路影像学检查。

1.2 治疗 初始治疗适用于大量的脑桥上病变伴尿失禁的患者,如脑卒中患者。在初始评价时应了解患者的运动能力和合作能力,因为这两个因素决定治疗方法。

推荐的治疗方法为:行为疗法(包括定时排尿)和膀胱松弛药物。集尿器和导尿管可用于不能活动或不合作的患者。

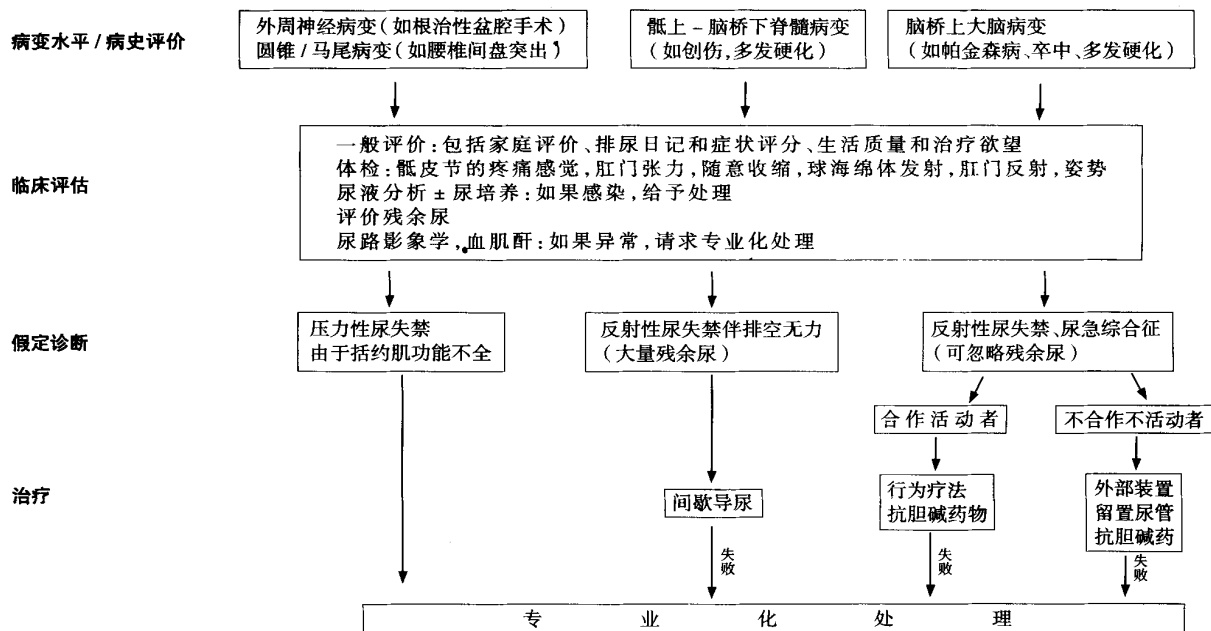


图 1 神经源性尿失禁的最初处理流程

作者单位:100068 北京市,北京博爱医院泌尿外科。作者简介:廖利民(1964-)男,硕士,主任医师,WHO 第 5 届国际前列腺增生咨询委员会委员,第 3 届国际尿失禁咨询委员会委员,国际尿控协会(ICS)尿动力学标准化委员会委员,国际脊髓学会(ISCOS)中国委员会副主任委员,ICARDP 脊髓损伤专业委员会副主任委员,中华医学会泌尿外科分会尿控学组副主任委员,《中华外科杂志》特约编委,《中华泌尿外科杂志》常务编委,主要研究方向:神经泌尿学、尿动力学、尿失禁。

## 2 专业化处理

**2.1 评估** 大多数外周病变或脑桥下中枢病变的患者需要专业评估和处理。在这些患者中,高度推荐尿动力学检查以了解膀胱和尿道功能。上尿路影像学检查在大多数患者中需要,一些患者可能需要更详细的肾脏影像或肾功能研究。

尿动力学可了解膀胱充盈功能,逼尿肌过度活动和神经源性压力性尿失禁是最常见的异常。在排尿时,括约肌过度活动和逼尿肌活动低下均可能导致排尿失败。

**2.2 治疗** 处理的原则是清楚的,虽然治疗方法很多。流程图详细描述了推荐的选择。

对于括约肌功能不全,推荐的选择是人工尿道括约肌植入术(AUS)、吊带(女性)和注射疗法。联合异常很常见,例如在脊髓脊膜膨出患者,尿失禁可能是由于逼尿肌过度活动和神经源性括约肌活动低下致压力性尿失禁联合作用的结果。同一患者残余尿可能是由于逼尿肌活动低下和功能性括约肌梗阻所致。膀胱尿道功能障碍的每一因素都需要处理,然而必须记住:保护上尿路功能是最重要的。

欲了解关于治疗的更加详细的内容,请参阅本咨询报告的相关章节。

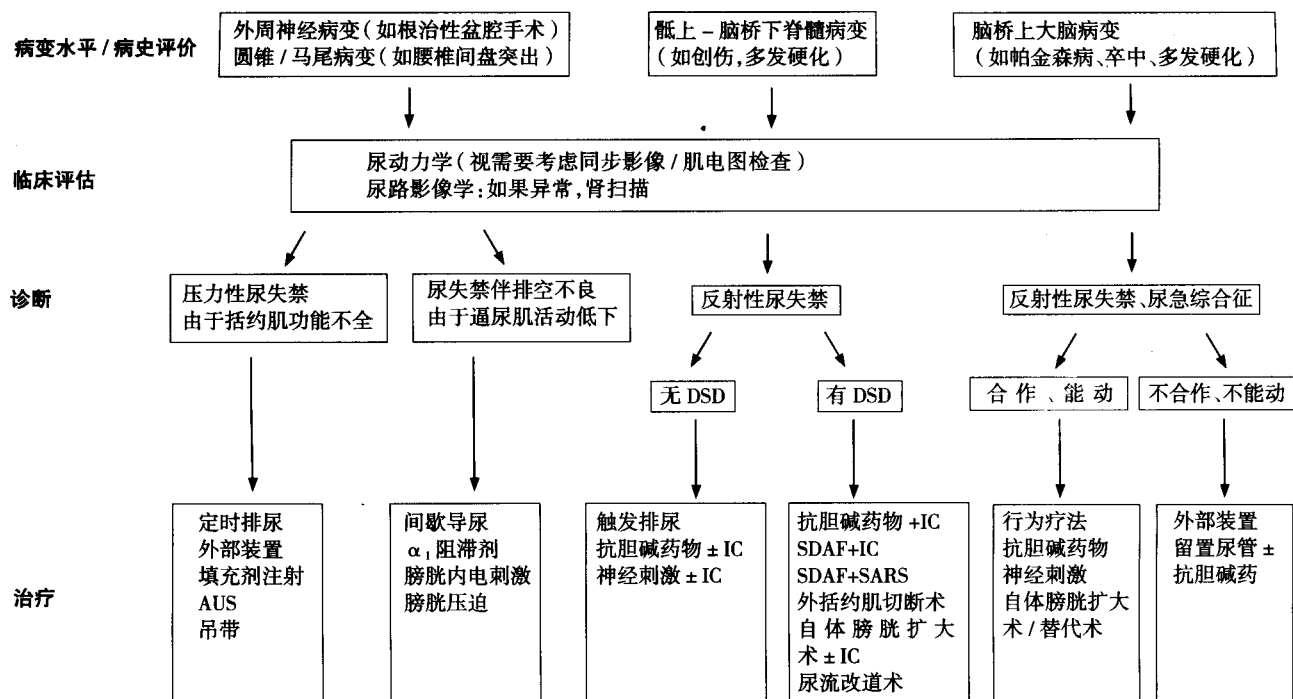


图 2 神经源性尿失禁的专业处理流程

注: DSD:逼尿肌-括约肌协同失调; SDAF:骶神经去传入术; IC:间歇导尿术; SARS:骶神经前根刺激; ±:可联合或单独使用; +:必须联合使用。

(收稿日期:2005-10-13)