

第十七章：尿失禁的性及心理问题的处理

Dr. WILLIAM HAN HOW CHUAN, Singapore

概论

尿失禁影响患者的生活质量。失禁患者的性及心理难题往往不受注意，亦缺乏适当处理。很多患者都在默默承受痛苦。治理失禁患者时，医师应留意及处理相关的性及心理问题，以求改善患者生活素质。

引言

尿失禁即不随意的尿漏出，是可客观证实及足以构成社交或卫生问题的。这情况对患者生活质量影响深远。受影响的不单社交，更包括工作及家居生活。近期的研究指出失禁会导致人际关系的恶化。

造成尿失禁病者性问题的可能构制有三。首先，失禁可直接构成先前不存在的性困难；其次，可能有先前存在但患者不承认的性问题；第三，性问题可能反影潜在的性冲突及情绪压力。无论成因为何，检查及治疗尿失禁，都是重建理想性关系的先决条件。

心理压力十分普遍。由于心理问题及尿失禁都是常见的情况，两者同时发生并非罕见。心理问题与尿失禁的关系复杂。认清楚有心理问题的失禁病人很重要，因为他们往往对一般治疗反应欠佳。

失禁患者性问题的发病率

超过一半性活跃的尿失禁妇女，由于失禁而患有性功能障碍；其中四分之一更于性行为中有失禁出现。Hilton 评估了连续于泌尿科诊所应诊的 400 名妇女，在 324 性活跃者中，仅有 2 位主动提出性交时有失禁的特定投诉。在直接询问下，有多 77 人(34%)承认有此问题。很多女性就此问题，即使对着医生，仍感到羞于启齿。

Sutherst 在他的失禁诊所中向 103 名妇女进行调查。48 位承认有性问题。36 位减少而 12 位更完全停止了性行为。她们所提出的理由包括忧郁、尴尬、性趣减低及交媾疼痛(dyspareunia)。交媾疼痛可由尿皮疹(urine dermatitis)或失禁手术做成。他又发现有逼尿肌不稳定的妇女性功能障碍的发病率要比有应力性失禁妇女为高。Virehout 及 Granotten 对 245 名尿失禁妇女作出研究。在八成性活跃者当中，34%有性行为时失禁的病征，因而对性关系有极负面的影响。

失禁患者的性问题

性问题可以影响性反应周期中任何阶段。可以由于失去性欲或逃避性接触而有性行为次数的减少。受影响妇女可能兴奋减弱，不能达致高潮（性感缺失 anorgasmia），或交媾疼痛(dyspareunia)。男伴的性反应也可能受影响，做成性欲

丧失，早泄(premature ejaculation)及勃起功能障碍等。

缺乏性欲(libido)及自尊受损很易由于恐惧漏尿而出现，因为在伴侣进入时或高潮时漏尿都可能发生。Hilton 报告有应力性失禁妇女较易在伴侣进入时漏尿，而逼尿肌不稳定者较易在高潮时失禁。Norton 及 Stanton 证明了逼尿肌不稳定的妇女较之其它失禁妇女并无较多的精神毛病，但她们由于征状难以预计，因而承受更大的心理困扰。她们更焦虑；惧怕不能预见及不能控制地，在性高潮时发生漏尿，因而对性接触诚惶诚恐。

性功能障碍大部份病例，都会因临事紧张而越弄越糟。性行为已不是在乎享受，而是祈求勿出乱子。失禁患者的性功能障碍涉及的因素实在太多。

失禁者的病史

很多失禁妇女都不会主动透露性问题的病史。她们常会神经过敏，尴尬及感到不安。她们不愿提及，甚至断言否认她们的性问题。在会见这些患者时，医师要确保私隐及保证守密。医师要与患者建立和睦关系(rapport)，留心观察患者身体语言，说话时的声调及任何迟疑。医师要用语简明，询问时容许自由畅谈，体贴关怀地聆听病者的诉说，避免有任何评价或批判。

虽然失禁可造成性问题，但仍需要探讨患者有无之前是否已有性问题，因失禁而加剧。

失禁患者性问题的处理

在处理失禁病者时，应就病者性问题有充分讨论。当失禁未能被身体治疗消除时，医师须要协助患者与伴侣接受障碍，学习如何提高性关系的质量。应同时会见患者及其伴侣，加强沟通。确保两人坦诚开放交流感受。让双方了解对方在性行为中的喜恶。鼓励双方以真诚及建设性的态度谈论彼此情绪，包括负面的。另一方面，可促进性活动的满足感及欢愉更应分享。实行减少性行为中尿失禁的有效措施，如在性交前排清膀胱，用防水的床单，如有需要，一对伴侣可接受性治疗师(sex therapist)的辅导。

Barber 报告了一项有关 343 名失禁妇女的研究。她们被随机分为三组，分别接受雌激素治疗，行为治疗(包括膀胱训练及盆底运动)或手术治疗。(Burch 阴道悬吊术)。她们在治疗前及治疗后 3 个月及 6 个月回答性功能问卷。结果显示性功能在手术后($p=0.02$)及行为治疗后($p=0.001$)均有显著改善，但雌激素治疗则无任何分别。

大部份评估失禁手术疗效的研究都采用客观的尿动力学测试及泌尿征状问卷。手术造成的性交疼痛常被忽略。Haase 及 Skibsted 在一前瞻性的研究中指出，在 55 名手术后的妇女中，13 名感到性生活有改善，35 名不变，而 5 名则转差。改善原因在性交时失禁得到治愈。转差的原因，在后壁修补后引致的性交疼痛。Burch 阴道悬吊术提高了阴道前壁，因而引致后壁中段隆起。Haase 及 Skibsted 报告此情况不会引致严重的性交疼痛。Walter 及 Kamper 则分别报告了手术后有

8%及 17%病者有性交疼痛。近年,TVT 已被广泛应用于治疗应力性失禁。Maaita 报告 57 例接受 TVT 的妇女,43 名仍性活跃,有六名失去性欲,但却没有病人投诉性交疼痛。

失禁病者的社会心理(Psychosocial)问题

尿失禁的心理后果也很重要。对失禁的不良反应可以转化成患者生活及人格的一部份。患者因而常有忧郁,就像其它长期病患者一般。很不幸,尿失禁的评估及治疗经常受到延误,使心理的困扰进一步增加。

有严重排尿征状,但检查结果正常的患者,是一种独特的处理上的难题。由于缺乏诊断,经验治疗的效果往往未如理想。病者通常被卷标为心身病者而作出治疗。他们常可见到有颇严重精神病态。Macauley,报告应力性失禁病者可能因失禁而有心理问题。可是,有关的发病率不比其它身体疾病为高。

Obrink 指出接受手术治疗应力性失禁的患者如同有主观及客观得到治愈时,在神经症及抑郁的征状均有减轻。在主观而非客观得到治愈亦有同样改善,但客观而非主观得到治愈的则仍会神经质及抑郁。Rosenweig 亦报告了在主观或客观得到治愈的患者有统计上有意义的心理状态改善。而手术不成功者心理状态则无大转变。

Straub 发现在实验中情绪压力足以诱发逼尿肌不穩定收缩。而工作及社交环境的压力会将情况加剧及持续。Jeffocate 及 Francis 发现 246 名有紧迫性失禁的女性中有 61%表现强迫性(obsessional)或抑郁(depressed)。使用对疾病的社会心理适应计量表(Psychosocial Adjustment to Illness Scale),有逼尿肌不穩定及感觉性尿急的妇女,较之有应力性失禁的妇女,受到更大的心理损害。可能是由于她们漏尿严重及难以预测,造成更大的情绪,社交及性活动的限制,因而更严重地损害生活质量。Moore 指出,心理受损的程度,与泌尿征状的严重性及漏尿量有密切关系。

逼尿肌不穩定的患者对综合治疗,包括教育、膀胱训练、心理治疗及药物有一定反应。长期困扰患者的尿失禁是严重心理病态的成因。失禁的严重性与心理受损程度相关。有较大心理病态的患者通常对治疗反应较差,成功治疗尿失禁可改善心理困扰,而治疗失败时则会加强心理征状。

结论

社会心理及性问题在失禁患者中十分普遍。可惜病者往往羞于启齿而医师亦经常掉以轻心。要真正改善患者的生活质素,必须正面考虑这些问题,在尿失禁的例行治疗之外,更要充分将这些问题解决。

参考文献

1. Bates P, Bradley WE, Glen E. Standardisation of terminology of lower urinary tract function. *J Urol* 1979; 121:551-4.
2. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Wise BG, Cutner A. The impact of urinary incontinence on sexual function. *J Sexual Health*.
3. Sutherst JR. Sexual dysfunction and urinary incontinence. *B J Obstet Gynecol* 1979; 86:387-8.
4. Thiede HA, Thiede FK. A glance at the urodynamic database. *J Reprod Medicine* 1990; 35(10):925-31.
5. Korda A, Cooper M, Hunter P. Coital urinary incontinence in an Australian population. *Asia Oceania J Obstetrics and Gynecology* 1989; 15(4):313-5.
6. Hilton P. Urinary incontinence during sexual intercourse: a common but rarely volunteered symptom. *BJ Obstet Gynecol* 1988; 95:377-81.
7. Vierhout ME, Gianotten WL 1993. Unintended urine loss in women during sexual activities: An exploratory study. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 137(18):913-6.
8. Norton KRW, Bhat AV, Stanton SL. Psychiatric aspects of urinary incontinence in women attending an outpatient urodynamic clinic. *BMJ* 1990; 301:271-2.
9. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC. Continence program for women research group. *Obstet Gynecol* 2002 Feb; 99(2): 281-9.
10. Haase P, Skibsted L. Influence of operations for stress incontinence and/or genital decensus on sexual life. *Acta Obstet Gynecol scand* 1988; 67:659-61.
11. Walter S, Olsen KP, Frimodt-Moller C, Hald T, Hedjorn S. Urinary incontinence in women treated with colposuspension. *Ugeskr Laeger* 1975; 2979.
12. Kamper AL, Tikjob G, Bay Nielsen A. Colposuspension A. M. Burch. *Ugeskr Laeger* 1982; 144: 1921.
13. Maaita M, Bhaumik J, Davies AE. Sexual function after using tension-free vaginal tape for the surgical treatment of genuine stress incontinence. *BJU Int* 2002 Oct; 90(6):540-3.
14. Norton PA, MacDonald LD, Sedgewick PM, Stanton SL. Distress and delay associated with urinary incontinence frequency and urgency in women. *Br Med J* 1988; 297:187.
15. Maculey AK, Stern RS, Holmes DM, Stanton SL. Micturition and the mind: Psychological factors in the aetiology and treatment of urinary symptoms in women. *Br Med J* 1987; 294:540.
16. Obrink A, Fedor-Freyberg P, Hjelmkvist M. Mental factors influencing recurrence of stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1979; 58: 91.
17. Rosenweig BA, Hischke D, Thomas S, Nelson AL, Bhatia NN. Stress incontinence in women. Psychological status before and after treatment. *J Reprod Med* 1991; 36, 12,835-8.
18. Straub LR, Ripley HS, Wolf S. Disturbance of bladder function associated with emotional states. *JAMA* 1949; 141:1139-43.
19. Jeffcoate TNA, Francis VKA. Urgency incontinence in the female. *Am J Obstet Gynecol* 1966; 94:604-8.
20. Kelleher CJ, Khullar V, Cardozo LD. Psycho neuroticism and quality of life in healthy incontinent women. *Neurourol Urodyn* 1993; 12(4):393-4.
21. Moore KH, Richmond DH, Sutherst JR, Manasse P. Is severe wetness associated with severe madness in detrusor instability? *Neurourol Urodyn* 1992; 11(4):460-1.

Management of Sexual and Psychosocial Problems in Urinary Incontinence