

第十七章：尿失禁的性及心理問題的處理

Dr. WILLIAM HAN HOW CHUAN, Singapore

概論

尿失禁影響患者的生活質量。失禁患者的性及心理難題往往不受注意，亦缺乏適當處理。很多患者都在默默承受痛苦。治理失禁患者時，醫師應留意及處理相關的性及心理問題，以求改善患者生活素質。

引言

尿失禁即不隨意的尿漏出，是可客觀証實及足以構成社交或衛生問題的。這情況對患者生活質量影響深遠。受影響的不單社交，更包括工作及家居生活。近期的研究指出失禁會導致人際關係的惡化。

造成尿失禁病者性問題的可能構制有三。首先，失禁可直接構成先前不存在的性困難；其次，可能有先前存在但患者不承認的性問題；第三，性問題可能反映潛在的性衝突及情緒壓力。無論成因為何，檢查及治療尿失禁，都是重建理想性關係的先決條件。

心理壓力十分普遍。由於心理問題及尿失禁都是常見的情況，兩者同時發生並非罕見。心理問題與尿失禁的關係複雜。認清楚有心理問題的失禁病人很重要，因為他們往往對一般治療反應欠佳。

失禁患者性問題的發病率

超過一半性活躍的尿失禁婦女，由於失禁而患有性功能障碍；其中四分之一更於性行為中有失禁出現。Hilton 評估了連續於泌尿婦診所應診的 400 名婦女，在 324 性活躍者中，僅有 2 位主動提出性交時有失禁的特定投訴。在直接詢問下，有多 77 人(34%)承認有此問題。很多女性就此問題，即使對著醫生，仍感到羞於啟齒。

Sutherst 在他的失禁診所中向 103 名婦女進行調查。48 位承認有性問題。36 位減少而 12 位更完全停止了性行為。她們所提出的理由包括憂鬱、尷尬、性趣減低及交媾疼痛(dyspareunia)。交媾疼痛可由尿皮疹(urine dermatitis)或失禁手術做成。他又發現有逼尿肌不穩定的婦女性功能障碍的發病率要比有應力性失禁婦女為高。Virehout 及 Granotten 對 245 名尿失禁婦女作出研究。在八成性活躍者當中，34% 有性行為時失禁的病徵，因而對性關係有極負面的影響。

失禁患者的性問題

性問題可以影響性反應週期中任何階段。可以由於失去性慾或逃避性接觸而有性行為次數的減少。受影響婦女可能興奮減弱，不能達致高潮（性感缺失 anorgasmia），或交媾疼痛(dyspareunia)。男伴的性反應也可能受影響，做成性慾

喪失，早泄(premature ejaculation)及勃起功能障礙等。

缺乏性慾(libido)及自尊受損很易由於恐懼漏尿而出現，因為在伴侶進入時或高潮時漏尿都可能發生。Hilton 報告有應力性失禁婦女較易在伴侶進入時漏尿，而逼尿肌不？定者較易在高潮時失禁。Norton 及 Stanton 証明了逼尿肌不？定的婦女較之其他失禁婦女並無較多的精神毛病，但她們由於？狀難以預計，因而承受更大的心理困擾。她們更焦慮，懼怕不能預見及不能控制地，在性高潮時發生漏尿，因而對性接觸誠惶誠恐。

性功能障礙大部份病例，都會因臨事緊張而越弄越糟。性行為已不是在乎享受，而是祈求勿出亂子。失禁患者的性功能障礙涉及的因素實在太多。

失禁者的病史

很多失禁婦女都不會主動透露性問題的病史。她們常會神經過敏，尷尬及感到不安。她們不願提及，甚至斷言否認她們的性問題。在會見這些患者時，醫師要確保私？及保證守密。醫師要與患者建立和睦關係(rapport)，留心觀察患者身體語言，？話時的聲調及任何遲疑。醫師要用語簡明，詢問時容許自由暢談，體貼關懷地聆聽病者的訴？，避免有任何評價或批判。

雖然失禁可造成性問題，但仍需要探討患者有無之前是否已有性問題，因失禁而加劇。

失禁患者性問題的處理

在處理失禁病者時，應就病者性問題有充分討論。當失禁未能被身體治療消除時，醫師須要協助患者與伴侶接受障礙，學習如何提高性關係的質量。應同時會見患者及其伴侶，加強溝通。確保兩人坦誠開放交流感受。讓雙方了解對方在性行為中的喜惡。鼓勵雙方以真誠及建設性的態度談論彼此情緒，包括負面的。另一方面，可促進性活動的滿足感及歡愉更應分享。實行減少性行為中尿失禁的有效措施，如在性交前排清膀胱，用防水的床單，如有需要，一對伴侶可接受性治療師(sex therapist)的輔導。

Barber 報告了一項有關 343 名失禁婦女的研究。她們被隨機分為三組，分別接受雌激素治療，行為治療(包括膀胱訓練及盆底運動)或手術治療。(Burch 陰道懸吊術)。她們在治療前及治療後 3 個月及 6 個月回答性功能問卷。結果顯示性功能在手術後(p=0.02)及行為治療後(p=0.001)均有顯著改善，但雌激素治療則無任何分別。

大部份評估失禁手術療效的研究都採用客觀的尿動力學測試及泌尿徵狀問卷。手術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 名手術後的婦女中，13 名感到性生活有改善，35 名不變，而 5 名則轉差。改善原因，在性交時失禁得到治癒。轉差的原因，在後壁修補後引致的性交疼痛。Burch 陰道懸吊術提高了陰道前壁，因而引致後壁中段隆起。Haase 及 Skibsted 報告此情況不會引致嚴重的性交疼痛。Walter 及 Kamper 則分別報告了

手術後有 8% 及 17% 病者有性交疼痛。近年，TVT 已被廣泛應用於治療應力性失禁。Maaita 報告 57 例接受 TVT 的婦女，43 名仍性活躍，有六名失去性慾，但卻沒有病人投訴性交疼痛。

失禁病者的社會心理(Psychosocial)問題

尿失禁的心理後果也很重要。對失禁的不良反應可以轉化成患者生活及人格的一部份。患者因而常有憂鬱，就像其他長期病患者一般。很不幸，尿失禁的評估及治療經常受到延誤，使心理的困擾進一步增加。

有嚴重排尿徵狀，但檢查結果正常的患者，是一種獨特的處理上的難題。由於缺乏診斷，經驗治療的效果往往未如理想。病者通常被標籤為心身病者而作出治療。他們常可見到有頗嚴重精神病態。Macauley，報告應力性失禁病者可能因失禁而有心理問題。可是，有關的發病率不比其他身體疾病為高。

Obrink 指出接受手術治療應力性失禁的患者如同有主觀及客觀得到治癒時，在神經症及抑鬱的徵狀均有減輕。在主觀而非客觀得到治癒亦有同樣改善，但客觀而非主觀得到治癒的則仍會神經質及抑鬱。Rosenweig 亦報告了在主觀或客觀得到治癒的患者有統計上有意義的心理狀態改善。而手術不成功者心理狀態則無大轉變。

Straub 發現在實驗中情緒壓力足以誘發逼尿肌不穩定收縮。而工作及社交環境的壓力會將情況加劇及持續。Jeffocate 及 Francis 發現 246 名有緊迫性失禁的女性中有 61% 表現強迫性(obsessional)或抑鬱(depressed)。使用對疾病的社會心理適應計量表(Psychosocial Adjustment to Illness Scale)，有逼尿肌不穩定及感覺性尿急的婦女，較之有應力性失禁的婦女，受到更大的心理損害。可能是由於她們漏尿嚴重及難以預測，造成更大的情緒，社交及性活動的限制，因而更嚴重地損害生活素質。Moore 指出，心理受損的程度，與泌尿徵狀的嚴重性及漏尿量有密切關係。

逼尿肌不穩定的患者對綜合治療，包括教育、膀胱訓練、心理治療及藥物有一定反應。長期困擾患者的尿失禁是嚴重心理病態的成因。失禁的嚴重性與心理受損程度相關。有較大心理病態的患者通常對治療反應較差，成功治療尿失禁可改善心理困擾，而治療失敗時則會加強心理徵狀。

結論

社會心理及性問題在失禁患者中十分普遍。可惜病者往往羞於啟齒而醫師亦經常掉以輕心。要真正改善患者的生活質素，必須正面考慮這些問題，在尿失禁的例行治療之外，更要充分將這些問題解決。

參考文獻

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