

30

虛弱老人的尿失禁 照護概說

蔡娟秀
慈濟技術學院 護理系

隨著年齡的老化，年長者的排泄功能也會隨之改變。雖然失禁是老年個案常見的功能障礙，但是並不是老化的必然現象。縱使如此，失禁卻會對老年個案造成身體、心理、社會及經濟上的影響。可惜的是，老年個案對於失禁的問題多採諱疾忌醫的態度，比較傾向以自我應變的方式來處理，而失去治療的契機。其實，大多數的失禁多事可以被妥善治療及控制的。如果不善加控制，失禁容易造成跌倒、心理抑鬱等對老年人生活品質有極大影響的合併症，或造成家屬照護的重大負荷。有鑑於此，失禁指導員應充分瞭解老年個案的排尿生理的改變、常見功能異常、評估及處理方式，才能給予老年病患個別化的指導，解決老年個案的困擾。

老年人排尿功能之變化

泌尿生殖系統和排尿功能有直接相關的身體系統，而其他相關會影響排泄的系統則有肌肉骨骼及神經系統及循環系統。青年型的排尿障礙多由系統的結構或功能異常所引起，但是，隨者年齡的老化，因為身體活動功能障礙，或其他非排尿系統因素，而產生問題的比例也隨之增加。因此，在處理老年人的排尿障礙問題，必須進行整體性的評估，才能有效的解決問題。

隨著年齡的增長，由於腎皮質(cortex)的流失，腎實質也會逐漸變小，一般而言，到了八十歲時，腎實質會減少25%。約有35%的腎絲球會產生硬化，老化的腎絲球會變的較大，基底膜也會顯得較為肥厚，所以腎絲球過濾率也會隨著下降。值得注意的是肌酸酐並非評估老年個案的腎功能最主要指標，因為肌肉質塊會隨著年齡的增長而減少，因此間接也造成肌酸酐及血中尿素氮之下降。以肌酸酐廓清率來測量老年個案的腎絲球過濾率是比較準確的方法，計算的公式： $\text{肌酸酐廓清率} = \{(140 - \text{年齡}) * \text{公斤體重}\} / (72 * \text{血中肌酸酐值})$ 。如果上述的公式要用來計算女性個案，則要再乘上0.85

一般而言，正常成人的肌酸酐廓清率約為85-125ml/min/1.73m²，而老年個案則會減至96.9±2.9 ml/min/1.73m²左右。尿液的稀釋與濃縮，及排除過多的水分是腎小管的最主要功能。隨著年齡的增長，老年個案調節水分及電解質的能力也隨之下降。此外，排泄藥物的能力也會隨之改變，而且隨著輸送能力的下降，老年個案尿糖的排泄閾值也隨之提高。因此，老年個案可能已有高血糖的情形，但在尿液中卻無尿糖反應。

具體而言，隨著年齡的增長，調節血量及組織間液成分及濃度的能力也隨著下降，年輕時，每日的水分調節有一定的規律(diurnal rhythm)

，年齡較長之後，這樣的規律消失便會造成老年夜尿(Nocturia)。此外，亨利式環、遠端腎小管及集尿管對抗利尿激素 (Antidiuretic hormone, ADH)的反應，也會隨著年齡增加而降低敏感度，因此，老年個案對於禁食、限水等相關醫療處置及發燒、嘔吐及腹瀉等會造成體液不平衡的危機也隨之增加。

最後，腎臟的分泌功能也會逐漸的退化，而造成高血鉀及低血鈉之情形。總之，老化的腎臟調節的能力會跟著下降，不過因為人類只保留50%的腎臟功能便足夠應付日常所需，所以正常的老化並不會對有腎臟方面的問題。但是要注意的是，隨著年齡的增長，腎臟的過濾、排泄及再吸收的能力也會隨之下降，下降的腎絲球過濾率會使得經腎臟排泄的藥物排出率下降，而再吸收功能下降的結果使老年個案較易有水中毒及電解質不平衡之問題。

經過了腎臟的過濾、再吸收之後，過多的水分及水溶性的廢物便會經由輸尿管到下泌尿道。下泌尿道最主要有膀胱及尿道所組成。隨著年紀的增加，膀胱逼尿肌肥厚，彈性也隨之下降，膀胱的儲尿量也會下降至250到300毫升。此外，膀胱彈性下降也會造成無法完全排空膀胱，因此老人個案的餘尿量也容易增加。控尿的另一關鍵在於內外括約肌的控制。尿道內括約肌是由自主神經來控制，而外括約肌則是由體神經來控制。隨著膀胱尿量的增加，尿道內的壓力也會慢慢的上升，尿量增加愈多，尿意感也愈強烈，再此時若尿道壓力無法大於膀胱內壓(如括約肌鬆弛、逼尿肌過於敏感、腹壓增加急尿道平滑肌萎縮)，就很容易造成漏尿。而老年男性則因為前列腺的肥大，很容易造成尿道口的狹窄，進而妨礙排尿。最後，大腦皮質在控尿上，也扮演了重要的角色。年老的個案尿意感的產生較晚，但是漲滿感較快，因此常會有急尿的情形，而且也較容易產生夜尿。

老年人排尿的相關問題

雖然老化會影響排尿系統的機能，但是正常的老化並不會造成尿失禁。尿失禁泛指尿液不自主流出，造成老年人尿失禁的因素包含病理學的影響、外在因素的影響、內在因素的影響(Cheater,1996)。一般將老人尿失禁分為暫時性尿失禁(transient incontinence)、明確性尿失禁(established incontinence)以及神經性尿失禁(neurogenic incontinence)三類。這種分類的方式雖然會有重複的情形，但是此種分類有利於對尿失禁的瞭解(Marilyn,2001)。以下將針對老人尿失禁的分類逐一介紹：

一、暫時性尿失禁(transient incontinence)

暫時性尿失禁是現今健康照護系統最常見的問題，其發生與許多因素有關，但當這些因素解除後，此問題自然就消失。暫時性尿失禁常見的導因包括譫妄(Delirium)、感染(Infection)、發炎(Inflammation)、萎縮性陰道炎與尿道炎(Atrophic vaginitis and urethritis)、藥物(Pharmaceuticals)、精神問題(Psychological conditions)、活動受制(Restricted mobility)以及大便填塞(Stool impaction)，可藉由尿布(DIAPPERS)這個字，來增進我們對暫時性尿失禁導因之記憶(Resnick,1996)。表一為暫時性尿失禁之誘因與處置。

二、明確性尿失禁(established incontinence)

明確性尿失禁是不可逆的，一般是因泌尿道或神經系統產生病理變化或不可逆性認知功能障礙所造成(Brandeis, Baumann, Hossain, Morris, & Resnick,1997)。北美護理診斷協會與AHCPR依據國際尿失禁協會(International Continence Society)將明確性尿失禁分類為壓力性尿失禁(stress incontinence)、急迫性尿失禁(urge incontinence)、滿溢性尿失禁(overflow incontinence)、反射性尿失禁(reflex incontinence)、功能性尿失禁(functional incontinence)。這些型態尿失禁有可能混合的出現在個案身上，尤其在老年人更是普遍。

表一：暫時性尿失禁之誘因與處置

誘因	處置
下泌尿道影響因素	
尿道感染(頻尿、急迫、解尿困難)	抗菌製劑治療
萎縮性陰道炎/尿道炎	
懷孕/陰道生產/會陰切除術	雌激素治療
前列腺切除	行為療法
大便填塞	行為療法 去除填塞物；攝取足夠水分與纖維；使用軟便劑或緩瀉劑
尿液形成增加	
代謝(高血糖、高血鈣)	控制好血糖；治療高血鈣
體液攝取過多	減少水分的攝取
體液容積過度負荷	
靜脈功能不全引發水腫	穿著支持性襪子；抬高腳；限制鹽分的攝取；使用利尿劑
充血性心臟病	醫療處置
如廁能力受損	
譫妄	
慢性疾病、損傷或約束導致活動受限	診斷、治療急性混亂之誘因
精神病	定時如廁；使用替代物品；改變環境
藥物副作用	
利尿劑(多尿、頻尿、急迫)	移除約束；適當藥物治療或非藥物治療
咖啡因	
抗乙醯膽鹼製劑(尿滯留、滿溢性尿失禁、大便填塞)	改變治療方式；減少藥物劑量或修正服藥方法
抗憂鬱劑(抗乙醯膽鹼作用、鎮靜)	
抗精神病(抗乙醯膽鹼作用、鎮靜、僵硬、活動受限)	
鎮靜/安眠/中樞抑制劑(鎮靜、譫妄、活動受限、肌肉鬆弛)	
麻醉止痛劑(引發尿滯留、大便填塞、鎮靜、譫妄)	
α腎上腺素阻斷劑(尿道鬆弛)	
α腎上腺素製劑(尿滯留)	
β腎上腺素製劑(尿滯留)	
鈣離子阻斷劑(尿滯留)	
酒精(多尿、頻尿、急迫、鎮靜、譫妄、活動受限)	

摘自Pires, M.(2000).Bladder Elimination

表二、尿失禁的導因與型態

型態	描述	相關特質	病理變化	導因
壓力性尿失禁	腹內壓突然上導致尿失禁；少至中量的漏尿	一般發生於白天；較少產生夜尿	尿道括約肌不全；尿道不穩定	女性子宮脫垂；尿道括約肌軟弱或受損
急迫性尿失禁	突然想解尿，來不及走到廁所，就尿出來；中至多量的漏尿	頻尿、夜尿；恥骨上可能出現不適	逼尿肌不穩定	中樞神經受損；脊髓路徑受抑制；局部泌尿生殖系統障礙
滿溢性尿失禁	間斷或持續滲尿且同時伴隨有過度漲滿膀胱	用力解尿，且排尿速度緩慢；日夜皆會發生	膀胱出口阻塞或逼尿肌機能不足	前列腺肥大、膀胱頸阻塞、尿道阻塞；糖尿病引發逼尿肌機能不足；抗乙酰膽鹼製劑/抗痙攣製劑
反射性尿失禁	脊髓反射導致突發性尿失禁	排出大量尿液；有時有排尿的感覺	排尿中樞受破壞，以及薦椎以上神經傳導受到阻斷，導致排尿反射不受意識控制	腦腫瘤、腦損傷、腦血管意外、巴金森氏症、脊髓腫瘤、脊髓受損、多發性硬化症或脊髓病變
功能性尿失禁	由於身體、認知、心理或環境的因素，造成個案無法及時到達適當的地點如廁	伴隨著其他醫療問題、精神疾患或有害刺激物	膀胱、尿道功能正常	活動、認知功能受損；難接近廁所；憂鬱、生氣、敵意或精神分裂症

修編自Wyman, J. F. (1988). Nursing assessment of the incontinent geriatric outpatient population. *Nursing Clinics of North America*, 23, 178-179. ; 蔡(1999)・尿失禁護理・長庚護理，10(2),60-63。

老年人排尿問題之評估

將近有70%的老年人尿失禁是可以被改善的，然而有很多的老年人不好意思或不願意說出自己的問題，而且有些老人認為尿失禁是老化的—部份。因此，護理人員應熟練尿失禁的評估技巧，以即早發現、解決老年人尿失禁之問題。以下將針對尿失禁評估內容來介紹：

一、病史詢問：

瞭解過去病史(如糖尿病、中風、曾做過子宮切除術表、基本病史)、平時攝液量、攝液種類、服藥情況、活動情況、生殖或認知功能等(表三)。

表三、病史之內容

- 1.漏尿的量
- 2.尿失禁的特性：急迫性，緩慢性，滲尿，滴尿，運動、咳嗽、打噴嚏或彎腰時會漏尿
- 3.尿失禁相關的症狀：解尿困難、頻尿、夜尿、感覺缺失、陰道產生分泌物或癢、血尿
- 4.漏尿的型態：次數、漏尿相關活動
- 5.過去及現在病史：神經性疾患、糖尿病、中風、充血性心臟病、靜脈功能缺失
- 6.泌尿生殖/婦產科病史：生產史、手術史、擴張、放射、重複性泌尿道感染
- 7.用藥
- 8.液體攝取：液體攝取量、型態、次數
- 9.排便習慣：排便頻率、排便性質

摘自Houston, K. A.(1996).The patient with bladder dysfunction.

二、身體評估：

身體評估需測量身體功能、認知並做生殖系統、腹部和直腸檢查。認知功能評估可使用簡易智能量表(Mini-Mental status Exam)來進行評估，資料所得可提供我們瞭解個案是否有能力感受排尿、是否有能力如廁或參與治療活動。另外視診個案會陰部皮膚、生殖器外觀和骨盆器官脫垂情況，並觸診陰部前壁；腹部檢查需執行腹部外觀的視診、腹部的觸診；直腸檢查需做會陰部感覺測試、括約肌張力測驗、檢查有無糞便嵌塞和直腸腫塊(表四)(林，1999；Cheater,1996；Marilyn,2000)。

三、測量餘尿

建議所有尿失禁的個案多應該測量餘尿，餘尿測量可利用單導或腹部超音波來測。然而沒有明確的文獻可證實正常膀胱餘尿的最大量與最小量。根據AHCPR的建議，當餘尿小於50cc代表膀胱可以完全排空，餘尿大於200cc則顯示膀胱無法排空(林，1999；Marilyn,2000)。

四、尿液分析

尿液分析檢查是診斷尿失禁最簡單的方法之一。這項檢查雖然簡單卻常被忽略，因一般以為尿路感染者應主訴小便痛，但事實不然。作尿液分析需取中段尿，否則不能收集到乾淨的尿液。尿液檢查發現感染，將尿路感染治療後，失禁症狀則可完全消失(林，1999；Marilyn,2000)。

表四、尿失禁身體評估

認知和情感狀況 <ul style="list-style-type: none"> • 心智狀況 • 情緒 • 動機
活動力評估 <ul style="list-style-type: none"> • 手部靈巧度(如廁脫衣服的能力) • 步態和平衡(行走速度、輔助器的使用)
神經評估 <ul style="list-style-type: none"> • 局部症狀 • 巴金森氏症
腹部評估 <ul style="list-style-type: none"> • 腹部疤痕 • 膀胱漲 • 恥骨上柔軟 • 腹部腫塊
生殖評估 <ul style="list-style-type: none"> • 皮膚狀況 • 感染象徵 • 球海綿體肌反射 • 女性 萎縮性陰道炎、骨盆鬆弛或其他異常狀況
直腸評估 <ul style="list-style-type: none"> • 括約肌張力 • 大便填塞 • 直腸腫塊 • 男性 前列腺的大小
壓力試驗(漲滿膀胱) <ul style="list-style-type: none"> • 仰臥和站立
其他 <ul style="list-style-type: none"> • 充血性心臟病徵狀

摘自Wyman, J. F.(1988). Nursing assessment of the incontinent geriatric outpatient population. Nursing Clinics of North America,23,178-179.

五、相關性檢驗

當懷疑個案膀胱出口阻塞、順應性差及尿液滯留時，可測量血液中的尿素氮及肌酐酸來協助診斷。此外，這些檢驗抑是診斷神經性膀胱最基本的檢查方式。尿液細胞學並非診斷尿失禁常見之檢查(林，1999；Marilyn,2000)。

老年人排尿問題的照護

一、行為療法照顧指引----(圖一)

在尿失禁的行為療法中，有兩大治療的主軸：一、骨盆底肌肉的運動及訓練；以及二、膀胱再訓練和排尿習慣的重建。骨盆底肌肉的運動及訓練主要強化肌肉控尿功能；膀胱的再訓練及排尿習慣重建主要在重新訓練習慣不良及失調的膀胱，建立起穩定的排尿常規。護理人員處於促成行為治療的重要地位，故以下將針對行為治療的照顧提出說明：



圖一：虛弱老人的失禁進展圖

(一)、骨盆底肌肉的運動及訓練

骨盆底肌是由外在肌肉群(external group of muscle)、泌尿生殖膈膜(urogenital diaphragm)、提肛肌群(Levator ani group)所組合而成的，其中最重要的支持肌肉就是提肛肌，此肌肉是由三塊肌肉群所共同組成的，包括恥尾肌(pubococcygeal muscle)、腸尾肌(ileococcygeal muscle)、尾底肌(coccygeal muscle)，此外恥尾肌纖維延伸進入尿道、陰道、直腸，形成尿道內壁、陰道內壁、直腸內壁的一部份，故可以維持尿道括約肌及肛門括約肌的張力，在正常狀況下，可使膀胱尿道維持在正常位置。骨盆底肌肉鬆弛時，膀胱及尿道會脫垂下來。而且當壓力增加時，壓力只傳到膀胱而不傳到尿道，導致尿道壓小於膀胱壓，形成壓力性尿失禁的現象。藉執行骨盆肌運動(凱格爾運動，Kegels exercise)來強化骨盆底肌，可有效治療尿失禁的方法。骨盆底肌肉運動的步驟：第一步在確認骨盆肌，請個案感覺在憋尿時骨盆肌的收縮，並觀察腹部、臀部或大腿肌肉有無明顯收縮的情形，或者請個案將食指放入陰道內以確認骨盆肌

的收縮。第二步請個案執行骨盆肌得收縮10秒，重複此動作並每日執行30-80次，持續兩個月以上可見效果，但對老年婦女則建議較長時間來訓練。第三步則請個案在操作骨盆肌運動時配合不同姿勢(如躺、坐、站)練習，並將骨盆肌運動融入日常生活中。

骨盆底肌肉運動可搭配生物回饋(biofeedback)的使用，在尿失禁的行為治療上越來越重視(圖三)。生物回饋進行時，將探測裝置在陰道內、肛門內或肌肉表面，探測骨盆底肌肉及腹肌活動性。此時配合骨盆底肌肉運動之操作，可將骨盆肌的活動結果清楚的讓個案了解，藉此提供個案視覺的回饋，它不但可輔助學習骨盆底肌肉運動，並可提高個案執行的動機。



圖三：陰道生理回饋儀

(二)、膀胱再訓練和排尿習慣的重建

膀胱再訓練和排尿習慣的訓練方式，適用範圍很廣，包含(1)虛弱老人的排尿訓練法；(2)憋尿族常有的少喝頻尿症的喝水訓練法；(3)無張力膀胱的間歇導尿法。開始排尿訓練之前，必須先針對老人失禁的情形，有一個通盤性的了解。和排尿再訓練有關的常見老人尿失禁有(1)膀胱肌肉過動造成的急迫性尿失禁；(2)膀胱逼尿肌無力所造成的頻尿、漏尿且併有解不乾淨症狀；(3)四肢虛弱乏力所造成的功能性尿失禁；(4)藥物及醫療處置所併發的失禁及(5)失智症患者因大腦功能退化所引起的排尿障礙。接著，要排除其他非泌尿道因素所造成的排尿障礙及尿失禁

。容易造成排尿障礙的藥物很多。例如，老年人如果平時就有前列腺肥大的問題，可能會因為因為綜合感冒藥或咳嗽藥水的副作用，忽然解不出尿來，餘尿過多。因此，如果換藥或更換處方後有解尿不暢、漏尿、頻尿等相關症狀，須立即和醫師討論藥物相關的作用及副作用，避免對長者虛弱的膀胱造成傷害。此外，急性泌尿道感染、陰道炎、大便嵌塞、嚴重的循環不良、譫妄、喝太多具有利尿作用的飲料及慢性病的早期(例如：糖尿病及中風)，都會使得虛弱的老人出現漏尿或解不順暢等排尿症狀，最好儘早矯正。

如果，上述情形都已矯正，病人仍有漏尿、頻尿或解不乾淨之情形，就可以開始排尿訓練。排尿訓練可以分為兩大種類：針對意識清楚長者設計的膀胱再訓練；以及針對失智症及長期臥床無法獨立行走的病患所設計的定期解尿計畫。

1. 敏感性或過動的膀胱的膀胱再訓練(bladder retraining):

針對社區中老人常見的敏感性或過動的膀胱，所引起的頻漏尿長者，可以給予膀胱再訓練。針對敏感性過動的膀胱訓練，首先需請病人紀錄至少3天的排尿日誌，以了解病人的排尿習慣。日誌最好以每小時為一單位，詳實紀錄喝水量、自解尿量、漏尿次數及時間、漏尿的原因(如咳嗽)等。排尿日誌的內容可以用來分析病人的不良解尿習慣，及有無喝水過少的情形。年老的個案通常有不自覺喝水減少的情形，很多長者以喝豆漿及湯為主要的喝水量。如果扣除湯及稀飯，每天的飲水量少於1000毫升，就很容易造成尿液過濃的情形。此時須鼓勵病患多喝水，以漸進式的方式，每週增加250至500毫升，淡化尿液，最好每天可以喝到2500毫升的水分(限水病患除外)。在喝水尚未增加前，不宜輕易的請病患延長解尿間隔，以免造成個案下泌尿道發炎復發。增加喝水量之後，個案排尿量會急速增加，如果喝水量與尿量差異過大，則須注意觀察有無餘尿過多或循環代謝不良的情形。如果一切進行順利，在增加喝水量的第二週，就可以開始矯正不良的排尿習慣。針對解尿小於150毫升的情形加以了解，尤其是兩次排尿間隔小於1小時的小量排尿，需加以

矯正。此時，可以配合骨盆底肌肉運動的快速收縮，來控制敏感的膀胱。接下來，則是逐漸拉大解尿間隔時間，最後希望可以達成病患的單次解尿量均大於250毫升，白天解尿間隔大於2小時的目標。

表五：排尿紀錄單之範例

排尿記錄單														
姓名：施××					病歷號碼：U100XXXXXX									
日期(第一天):8月29日					日期(第二天):8月30日					日期(第三天):8月31日				
時間	尿量	喝水量	急尿感	漏尿	時間	尿量	喝水量	急尿感	漏尿	時間	尿量	喝水量	急尿感	漏尿
7-8		300			7-8		300			7-8		300		
8-9		300			8-9	100	300			8-9		300		
9-10					9-10		300			9-10				
10-11		300			10-11					10-11				
11-12	100	300			11-12		100			11-12	200			
12-1		300			12-1		300			12-1		500		
1-2					1-2	100				1-2	100			
2-3	200				2-3					2-3				
3-4		300			3-4					3-4				
4-5					4-5					4-5				
5-6					5-6					5-6		300		
6-7	200	300			6-7					6-7	100			
7-8					7-8		300			7-8				
8-9	100				8-9	200	100			8-9	100	300		
9-10					9-10					9-10				
10-11					10-11					10-11				
11-12					11-12					11-12				
睡眠 CC/次	700,600 500,150	4次			睡眠 CC/次	500,400	2次			睡眠 CC/次	200,900 350	3次		

2. 移除尿管後的膀胱再訓練

對於拔除長期導尿管的病人，排尿訓練的方式則以重建膀胱尿意感及增加存尿量為主。首先，須排除急性泌尿道發炎的狀況。不同於敏感性膀胱的頻尿，很多放導尿管的病人本來就有解尿困難，或是有餘尿過多的情形，因此預防膀胱過漲是首要考量。所以，一開始的步驟，便是定時帶個案解尿，以白天兩小時一次，上床前一次，晚上四小時一次為原則。要仔細記錄解尿、漏尿及喝水量的情形，注意有無解尿困難及過度頻尿之情形。在喝水正常的情形之下，八小時自解尿量少餘240毫升，餘尿量大於200毫升，則要在每次解尿後，使用間歇導尿法，直至於尿量少於150毫升為止。如果1-2週仍有餘尿量過多之情形，則須進一步

的檢查下泌尿道的功能。如果是過度頻尿的個案，在確認餘尿量小於50毫升之後，便可仿製第一種膀胱再訓練的方式，增加儲尿量。

3. 針對重度臥床及失智老人的定期解尿訓練(schedule voiding)

就算是重度失能或是失智的老人都不應該長期浸潤在濕尿布之中，為此一訓練的主要訴求。除了對長者的舒適及自尊有重度的傷害外，濕尿布更是褥瘡、感染的元兇。因此，尿布應是長者預防漏尿的防護措施，而不是長者的隨身馬桶。國外的研究報告顯示，老人的控尿退化是漸進的，如果再開始漏尿時，不以積極的態度訓練，而為了照護者的方便，包上尿布，則老人的漏尿很容易就會惡化為解尿而不知。因此，對於虛弱的老人，可以用較經濟型的尿布，配上定期協助個案如廁的方法，來減輕個案對尿布的依賴。定期的方式有兩種，一為配合長者原有的解尿習慣協助如廁；或是每兩小時定時協助如廁兩種。前者較適合居家照護的老人，後者則適合機構是照護的老人。此外，如果能配合行為療法，鼓勵長者保持尿布乾爽，成效會更好。

總之，失禁雖然是困擾老年病患及家屬的問題，但是『與尿布共舞』絕對不是老年生活的必然。骨盆底肌肉的運動及訓練與排尿再訓練可以改善絕大部分老人排尿障礙的困擾，照護老年病患的人絕對不可忽視此利器的潛力。

二、藥物治療

治療尿失禁的藥物可為分二類：一類治療尿道括約肌閉鎖不全；另一類則治療逼尿肌過度活動。尿道括約肌閉鎖不全的治療藥物為 α 腎上腺素以及雌激素。 α 腎上腺素作用於尿道 α 腎上腺接受器，可促使尿道平滑收縮，進而提高尿道阻力。停經婦女補充雌激素可以恢復尿道黏膜、增加血管張力、提高膀胱尿道口阻力，進而改善應力性尿失禁。在臨床上， α 腎上腺素與雌激素通常會合併使用以達到最大功效。抗膽鹼激素與抗痙攣製劑可治療逼尿肌過度活動，藉由鬆弛膀胱，增加膀胱容積。這些藥物都有副作用，例如：口乾、便秘、視力模糊、姿位性低血

壓等，所以使用的時候應該從低劑量開始。

三、外科治療

當非侵入性的治療措施無效時，才應考慮外科治療。對於使用骨盆底運動來治療壓力性尿失禁無效的婦女來說，其可能經歷陰道或恥骨上治療程序來恢復排尿。前列腺切除是治療前列腺阻塞引發尿失禁唯一方法。

四、其他方式及輔助器具

間歇性導尿已廣泛的為醫界所接受，其用以治療任何原因引起的滿溢型膀胱。病人或看護者以清潔的方式，於固定時間(通常四個小時間隔)導尿，此法可減少尿失禁、尿路感染、尿結石，甚至降低尿毒的發生。長期放置導尿只用於患者對各種措施都證實無效時，長期放置導尿管易引起尿路感染，尿管阻塞，尿結石及尿路瘻管等。恥骨上膀胱造瘻與放置導尿管相較唯一的好處是減少經由尿道放置導管衍生的後遺症，但增加了瘻管周圍皮膚病變機會。陰道內支撐物其目的在於防止因骨盆底肌肉筋膜鬆弛而引起之器官托垂，某些產品對於減少尿失禁的頻率也有效果，但長期使用易有陰道感染，子宮頸糜爛，瘻管產生等後遺症，因此只建議其他方式無法施行者使用。尿液吸收產品：如墊片，衛生棉，尿布等。是目前最普遍使用於消極對抗尿失禁的方式。我們並不建議於尿失禁發生初期使用此類產品，以免養成依賴性，延緩最佳治療時機。如非不得已必須使用，應勤加更換並注意保持會陰皮膚乾燥。

