

8

台灣尿失禁盛行率 之現況

陳淑月

中臺醫護技術學院 護理研究所

尿失禁和相關的下泌尿道症狀在婦女是常見的生理問題。國際尿禁制協會(International Continence Society, 以下簡稱ICS)將尿失禁定義為是一種情況(condition), 意指不自主地漏尿, 是客觀上可被察覺的, 而且會造成當事人社交或衛生上困擾之情況(Abrams et al., 1988)。由於盛行率的調查, 對尿失禁定義、研究對象的取樣、評估方法、以及研究設計都不同, 因而尿失禁盛行率的報告也很分歧。

尿失禁的類型與診斷

尿失禁診斷類型可分為下列五種：

(一)壓力性尿失禁(genuine stress incontinence)：指身體用力腹壓增加時，不自主地漏尿或滲尿，如咳嗽、打噴嚏、搬重物等。嚴重一點翻身就會漏尿，比較輕微的是嚴重咳嗽才會漏尿，又稱為應力性尿失禁，是尿失禁種類中最常見的一種。其嚴重程度的等級可歸類為以下四級：

第一級(輕度)：嚴重咳嗽、打噴嚏、搬重物、提重物、跳躍...

第二級(中度)：稍微咳嗽、大笑、跑步或快步走、爬樓梯、拖地...

第三級(重度)：走路、做家事(如洗碗、掃地)改變姿勢(如由站到蹲或坐...)

第四級(極嚴重)：休息狀態，如床上翻身...

壓力性尿失禁發生的原因是尿道括約肌閉鎖功能不全。懷孕、生產、更年期、骨盆底肌肉鬆弛、或曾接受根治性骨盆腔手術皆與壓力性尿失禁的發生有關；而骨盆底肌肉鬆弛是主因之一，故罹患尿失禁的婦女也可能伴隨子宮脫垂、膀胱或直腸膨出等問題；慢性咳嗽、肥胖會加重其症狀。

(二)急迫性尿失禁(urgency incontinence)：急迫性尿失禁指因強烈尿意感而發生尿急性漏尿的現象，患者主訴頻尿、尿急感、尿急性漏尿、夜尿等。其原因是膀胱肌不穩定，尿動力學檢查常呈現膀胱肌肉過度活動，故又稱膀胱過動症(overactive bladder)。常伴發生之內科問題有上運動神經元損傷，中風、多發性硬化症、老人痴呆等。患者若再加上行動不便、穿著的衣物不易穿脫、或廁所太遠、焦慮不安等，都會加重其症狀。

(三)混合性尿失禁(mixed incontinence)：混合性尿失禁指個案同時有壓力性尿失禁和急迫性尿失禁。

(四)滿溢性尿失禁(overflow incontinence)：指膀胱裝滿了小便，達到其膀胱的最大容量，而溢出的不自主滲漏尿。患者會滴尿、頻尿，或合併有壓力性尿失禁和急迫性尿失禁的症狀。

(五)功能性尿失禁(functional incontinence)：指因身體功能受損或認知上的問題而導致不自主滲漏尿，常伴隨老人痴呆、瞻妄、憂鬱、不活動等。

以上五種不同類型的尿失禁，各有不同的導因及盛行率，本文僅探討前三種診斷類型的尿失禁盛行率。

尿失禁盛行率

Yu,Chie,& Chiu(1994)調查818位18歲以上婦女“最近一年內有發生過尿失禁”者有23.1%；其中76.2%為輕微尿失禁，只是漏幾滴尿而已；16.4%中度漏尿，也就是褲底會濕濕的；7.4%嚴重漏尿，經常溼透內褲，甚至需用尿布。

表一：Sandvick尿失禁嚴重程度指標

發生頻率(A)	漏尿量(B)
1.一年內偶而發生n次	1.幾滴或少量
2.一個月內發生1-3次	2.中量或多於中量
3.一週內發生1-5次	
4.每天都發生	

註:Sandvick嚴重程度指標=A×B；可能的數據由小到大有1、2、3、4、6、8

廖媛美、劉玉秀和魏玲玲等(1999)以99位35歲以上(平均年齡48.9歲)之婦女為研究對象，發現“最近一年內有不自主漏尿情形”者有43.4%。其中72.5%屬於輕度的(自覺嚴重程度)，25.0%屬於中度的，僅有2.5%為重度。以上研究所稱之“自覺嚴重程度”是採用Sandvick嚴重程度指標，其計算是將「漏尿發生頻率」乘上「漏尿量」，發生頻率分4級，由1至4，數字愈大表示漏尿發生頻率愈高；漏尿量分2級，數字愈大表示漏尿

量愈多，因此兩者相乘後的分數範圍為1-8。得分1-2為輕度，3-4為中度，6-8為重度(表一)。

呂小娟、謝卿宏和張少同等(2003)調查3537位20-65歲成年婦女，發現有漏尿問題者，佔18.7%。此研究對尿失禁的定義是只要肯定回答下列七項之一者。

1. 現在有漏尿的困擾者。
2. 平日生活中有漏尿症狀者。
3. 因咳嗽、大笑、跑步、...等動作而漏尿者。
4. 肯定回答多久漏尿一次者。
5. 肯定回答漏尿情形有多久者。
6. 漏尿而對生活、工作、家庭、和心理造成影響者。
7. 曾因漏尿問題而去看醫生者。

Chen et al (2003)曾在中部地區以隨機抽樣法取得樣本，訪問了1247位婦女，其平均年齡為 43.2 ± 15.1 歲。結果發現不同定義下之尿失禁盛行率如下：

(一) 婦女自覺症狀：(僅就主訴症狀呈現)

婦女自覺有壓力性尿失禁、夜尿、頻尿、尿急感、尿急而漏尿、尿床等之盛行率，依序為35.0%、25.5%、21.1%、12.6%、9.1%、到2.7%。

(二) 尿失禁診斷類型：(以診斷類型加以歸類)

婦女自我知覺有壓力性尿失禁，有224位，佔18.0%；有膀胱過動症的，有232位，佔18.6%；混合性尿失禁，213位，佔17.1%。換言之，46.4% (578 / 1247) 婦女沒有任診斷類型的尿失禁。

(三) ICS標準：(尿失禁嚴重程度達社交上或衛生上的困擾者)

壓力性尿失禁：佔4.3% (53/1247)

膀胱過動症：佔2.4% (31/1247)

混合性尿失禁：佔1.8% (23/1247)

綜觀之，半數以上婦女有壓力性、急迫性、混合性三種診斷類型尿失禁中的一種。但其嚴重程度到有“困擾者”(ICS標準)很少，僅1.8%-4.3%，顯示半數以上婦女有尿失禁，但感到困擾的不多，這就是為什麼多數婦女即使有尿失禁也未就醫的原因之一。

影響尿失禁發生之因素

- 1、性別：年齡介於15到64歲的男人發生尿失禁的比率約為1.5%到5.0%，但婦女罹患尿失禁，則達10-30% (Fantl et al., 1996)。
- 2、年齡：年齡愈大愈易發生壓力性尿失禁，尤其是更年期。
- 3、懷孕生產：經陰道生產者比未曾經陰道生產者較常發生壓力性尿失禁，生產次數多者亦較常發生壓力性尿失禁。
- 4、抽煙、肥胖、長期便秘：身體質量指數高者，較易發生壓力性尿失禁。
- 5、工作需提重物者。
- 6、子宮陰道脫垂者。
- 7、曾接受婦科手術或尿失禁矯治手術。
- 8、其他疾病史：如糖尿病、高血壓。

婦女尿失禁求醫行為

罹患尿失禁婦女，卻只有不到四分之一的患者曾經就醫，有的不知道尿失禁是可醫治的，有的認為尿失禁是老化的自然現象，有的是不好意思就醫。然而，文獻指出，除比較嚴重的尿失禁需要以手術方式矯治外，大部分的尿失禁可以靠膀胱訓練及骨盆底肌肉復健得到改善，且其治癒或改善率高達60%至100%。所以，應鼓勵有尿失禁症狀的婦女就醫，以尋求改善之道(林、簡、陳，2003；黃、余、賴等，1997)。

參考資料

1. 呂小娟、謝卿宏、張少同(2003).台灣地區65歲以下婦女尿失禁盛行率調查。華岡理科學報, 20, 183-208。
2. 林淑燕、簡淑真、陳淑月(2003).應力性尿失禁及其對婦女心理成面之影響。中台學報, 14, 81-93。
3. 廖媛美、劉玉秀、魏玲玲(1999)。探討影響社區婦女尿失禁之相關因素及尿失禁對社區婦女身心社會之影響。新台北護理期刊, 1, 69-79。
4. 黃鈺雯、余宏政、賴明坤等(1997).應力性尿失禁婦女的心理社會衝擊與因應對策之探討。慈濟醫學, 9, 207-217。
5. Abrams P, Blaivas J.G, Stanton S.L., et al(1988): Standardization of terminology of lower urinary tract function. Neurorol Urodyn 7, 403-427.
6. Chen, G.D., Lin, T.L., Hu, S.W., Chen, Y.C., & Lin, L.Y. (2003). Prevalence and correlation of urinary incontinence and overactive bladder in Taiwanese women. Neurology and Urodynamics, 22(2), 109-117.
7. Fantl, J.A., Newman, D., Colling, J., DeLancey, J. O.L., Keeys, C., Loughery, R., McDowell, B.J., Norton, J., Ouslander, J., Schnelle, J., Staskin, D., Tries, J. Urich, V., Vitousek, S. H., Weiss, B. D., & Whitmore, K. (1996). Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management. (Clinical Practice Guideline, No. 2, 1996 Update). (AHCPR publication no.96-0682). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
8. Yu H.J., Chie, W.C., Chiu, T.Y. (1994). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in community-dwelling women in the Taipei area. J Urol ROC, 5, 24-31

