

初产妇与经产妇妊娠期尿失禁转归情况研究

凌爱华¹, 闫郁²

1. 东南大学附属中大医院江北院区(南京市大厂医院), 江苏 南京 210043;

2. 东南大学附属中大医院, 江苏 南京 210043

摘要: **目的** 探讨妊娠期尿失禁(urinary incontinence, UI)初产妇与经产妇产褥期及产后 1 年自然转归情况。 **方法** 选取 2017 年 1 月至 2018 年 1 月东南大学附属中大医院住院分娩并接受产后随访的女性 600 例,其中,初产妇 349 例,经产妇 251 例,统计两组妊娠期 UI 发生情况,随访至产后 1 年观察其自然转归情况。 **结果** 600 例产妇产褥期 UI 总发生率为 35.67%,其中压力性尿失禁(stress urinary incontinence, SUI)最多(73.83%),UI 程度以轻、中度为主(92.99%),且多发生在妊娠晚期(78.04%)。初产妇组妊娠期 UI 率低于经产妇组($\chi^2 = 11.324, P < 0.05$),两组 UI 发生时间及严重程度构成差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组 UI 转归情况:在妊娠期 UI 患者中,初产妇产褥期 UI 好转率为 27.62%,低于经产妇组的 55.05%($\chi^2 = 16.561, P < 0.05$);产后 3、6 个月,经产妇组的缓解率分别为 54.29%、69.52%,与经产妇组的 59.63%、71.56%比较差异无统计学意义($P > 0.05$);产后 1 年,初产妇组的 UI 总好转率为 91.43%,显著高于经产妇组的 79.82%($\chi^2 = 5.821, P < 0.05$)。 **结论** 经产妇产褥期 UI 发生风险明显高于初产妇且产后远期转归更差,初产妇产褥期恢复效果相对较差但具有逆转性,远期康复效果较好。产妇在产后避免过早负重和使用腹压,做好产后保健操,促进盆底组织的修复

关键词: 妊娠期;尿失禁;初产妇;经产妇;转归

中图分类号:R173 **文献标识码:**B **文章编号:**1006-3110(2019)12-1486-04 **DOI:**10.3969/j.issn.1006-3110.2019.12.022

尿失禁(urinary incontinence, UI)是指尿液不能控制而自主地从尿道流出的现象,国际泌尿妇科协会(International Urogynecological Association, IUGA)和国际尿控协会(International Continence Society, ICS)将其分为急性尿失禁(urge urinary incontinence, UUI)、压力性尿失禁(stress urinary incontinence, SUI)、混合性尿失禁(mixed urinary incontinence, MUI)与其他类

作者简介:凌爱华(1973-),女,江苏靖江人,大学本科,主治医师,主要从事妇产科工作。

型 UI(other types of urinary incontinence, OUI)四种类型^[1]。妊娠与分娩是目前公认的女性 UI 发病危险因素,且以 SUI 较为多见,文献报道其发生率高达 18.6%~75.0%,虽无生命威胁,但严重影响患者的身心健康与生活质量^[2-3]。相关研究表明,有 UI 史的孕妇在产后 15 内再发 UI 的风险高出无 UI 史女性 2 倍以上,识别 UI 的危险因素并早期预防干预非常必要^[4]。但目前研究多集中于 UI 多项危险因素的分析,缺乏针对分娩史的研究,且国内研究报道较少涉及

综上所述,孤独症儿童父母心理健康状况较差,生活质量水平较低,家长职业、文化程度、家庭月收入是影响孤独症儿童父母生活质量的重要因素。应提高对孤独症儿童父母的关注,必要时对孤独症儿童父母进行心理干预,改善孤独症儿童父母心理健康状况,建立健全孤独症儿童的社会医疗保障体系,减轻孤独症儿童父母的经济压力,提高孤独症儿童父母生活质量,对促进孤独症儿童的康复具有积极意义。

参考文献

- [1] 武丽杰. 我国孤独症谱系障碍流行病学现状及趋势[J]. 中国实用儿科杂志, 2013, 28(8):571-576.
- [2] 樊越波, 揭晓锋, 邹小兵. 孤独症患病率回顾[J]. 中国儿童保健杂志, 2008, 16(4):439-440.
- [3] 李建华, 钟建民, 蔡兰云, 等. 三种儿童孤独症行为评定量表临床应用比较[J]. 中国当代儿科杂志, 2005, 7(1):59-62.

- [4] 赵莎, 徐宁安, 朱莎, 等. 孤独症谱系障碍患者基因组 DNA 甲基化水平的初步研究[J]. 实用预防医学, 2017, 24(7):801-803.
- [5] 周长虹, 邹华, 衡中玉, 等. 孤独症儿童父母的生活质量与应对方式相关性研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19(12):1113-1115.
- [6] 王新刚, 王俊凤, 于东岭. 孤独症儿童父母生活质量和应对方式的调查研究[J]. 中国健康心理学杂志, 2012, 20(7):1063-1064.
- [7] 李丽雅. 孤独症儿童父母创伤后成长状况及其影响因素的研究[D]. 天津:天津医科大学, 2015.
- [8] 曹丽敏, 于忻鑫, 郭雅丽, 等. 长春地区孤独症儿童家庭生活质量管理研究[J]. 中国多媒体与网络教学学报(电子版), 2017(6):319-321.
- [9] 周长虹. 孤独症儿童父母的心理健康状况及影响因素分析[D]. 青岛:青岛大学, 2007.
- [10] 秦秀群, 彭碧秀, 陈华丽. 孤独症儿童父母的社会支持调查研究[J]. 护理研究, 2009, 23(7):1725-1726.

收稿日期:2019-08-25

产后恢复情况的随访研究。随着我国“二孩政策”的全面开放,经产妇再次妊娠人数明显增加,分娩史是否影响再次妊娠时 UI 的发生及其远期转归值得探讨。本研究随访分析了初产妇与经产妇的妊娠期 UI 发生情况,并随访至产后 1 年观察其自然产后转归情况,旨在为妊娠及产后 UI 防治提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用便利抽样法抽取 2017 年 1 月—2018 年 1 月东南大学附属中大医院住院分娩并接受产后随访的女性 600 例为研究对象。纳入标准:(1)年龄 >20 岁;(2)单胎妊娠;(3)孕周 ≥ 13 周;(4)既往无盆腔手术史;(5)本地区常住居民且承诺产后配合随访与评估。排除标准:(1)孕前诊断为 UI 者;(2)具有肾脏疾病史、糖尿病病史、慢性咳嗽史、长期便秘史、脊柱手术史、泌尿系统感染史或现症者;(3)巨大儿、多胎妊娠;(4)先天性生殖系统发育异常者;(5)合并不稳定心绞痛、严重充血性心力衰竭及意识障碍者;(6)接受 UI 生物反馈疗法、电刺激或手术治疗者。所有受试者均知情同意并且签署知情同意书,研究获得医院伦理委员会审核批准。

1.2 研究方法 采用自行设计的一般资料调查问卷进行调查,由经专业培训的调查员询问调查所有受试者的年龄、身高、孕前体重、临产前体重、流产史、腹压增高史、孕期便秘情况、孕期盆底肌锻炼情况,计算孕前体重指数(BMI)=体重/身高(kg/m^2),计算孕期 BMI 增加值。查阅病历资料收集分娩孕周、分娩方式、新生儿体质量等情况。统计妊娠期 UI 发生情况,并于产后 6~8 周(产褥期)、3 个月、6 个月及 1 年进行追踪随访,观察妊娠期 UI 缓解情况。

1.3 诊断标准 根据 IUGA 和 ICS 对 UI 的诊断分型

标准^[1],分为 SUI、UII、MUI 和 OUI。SUI 定义为腹压增高状态(咳嗽、打喷嚏、大笑、运动等)下出现不自主漏尿,压力试验和指压试验呈阳性;UII 定义为尿急或突发难以控制的强烈尿意且尿液不自主流出,无特征性临床表现;MUI 定义为腹压增高时漏尿和尿急漏尿并存,压力试验、指压试验呈阳性;OUI 即排除腹压增高漏尿和尿急漏尿的其他类型漏尿,如无意识状态下、性交时、夜间睡眠时、体位变化时等情况下漏尿。根据国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷表简表^[5]进行 UI 程度评价,评价包括 UI 频率、漏尿量、UI 对生活质量的三个影响三个维度,总分 0~21 分,得分越高则 UI 程度越重,得分 1~5 分为轻度 UI,6~12 分为中度 UI,13~18 分为重度 UI,19~21 分为极重度 UI。

1.4 UI 疗效评价标准 根据主、客观评估拟定疗效标准:UI 缓解为 1 h 尿垫试验结果呈阴性,患者自述用力时尿失禁消失或尿液漏出量或次数降低;无效为 1 h 尿垫试验结果呈阳性,尿液漏出量或次数无变化甚至增加。

1.5 统计学分析 研究数据采用双盲录入 Epi data 建立数据库,采用 SPSS 19.0 版统计学软件进行统计学分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,比较经独立样本 t 检验;计数资料以百分率(%)表示,定性资料比较经 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较 初产妇组与经产妇组的孕前 BMI、孕期增加 BMI、负压增高史、流产史、孕期便秘、孕期盆底肌锻炼情况、分娩方式、分娩孕周及新生儿体质量比较,差异无统计学意义($P>0.05$);初产妇的年龄及孕次低于经产妇组($P<0.05$)。见表 1、表 2。

表 1 初产妇与经产妇的一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	孕次(次)	孕前 BMI (kg/m^2)	孕期增加 BMI(kg/m^2)	分娩孕周(周)	新生儿体质量(kg)
初产妇	349	27.82 \pm 3.36	1.33 \pm 0.37	24.21 \pm 2.16	4.11 \pm 0.51	39.15 \pm 1.54	3.29 \pm 0.37
经产妇组	251	30.66 \pm 4.12	2.78 \pm 0.85	24.09 \pm 2.03	4.15 \pm 0.55	38.91 \pm 1.42	3.35 \pm 0.39
χ^2 值		9.283	28.358	0.688	0.917	1.945	1.915
P 值		<0.001	<0.001	0.491	0.359	0.052	0.056

表 2 初产妇与经产妇的一般资料比较($n, \%$)

组别	例数	孕期便秘	腹压增高史	孕期盆底肌锻炼			分娩方式		流产史
				无	偶尔	经常	剖腹产	经阴道产	
初产妇	349	93(26.65)	52(14.90)	274(78.51)	54(15.47)	21(6.02)	94(26.93)	255(73.07)	51(14.61)
经产妇组	251	80(31.87)	25(9.96)	197(78.49)	42(16.73)	12(4.78)	81(32.27)	170(67.73)	50(19.92)
χ^2 值		1.942	3.184		0.551			2.013	2.937
P 值		0.163	0.074		0.759			0.156	0.087

2.2 两组妊娠期 UI 发生率及类型比较 全组 600 例产妇中, 共计 214 例 (35.67%) 妊娠期发生 UI, 其中, 158 例 (73.83%) SUI, 26 例 (12.15%) UUI, 22 例 (10.28%) MUI, 8 例 (3.74%) OUI。其中, 初产妇组妊娠期 UI 发生率低于经产妇组 ($\chi^2 = 11.324, P < 0.05$), UI 类型均以 SUI 居多, 见表 3。

表 3 两组妊娠期 UI 发生率及类型比较 (n, %)

组别	例数	SUI	UUI	MUI	OUI	合计
初产妇组	349	70(20.06)	18(5.16)	12(3.44)	5(1.43)	105(30.09)
经产妇组	251	88(35.06)	8(3.19)	10(3.98)	3(1.20)	109(43.43)
χ^2 值		16.939	1.367	0.123	0.063	11.324
P 值		<0.001	0.242	0.726	0.802	0.001

2.3 两组妊娠期 UI 发生时间及程度比较 全组 214 例妊娠期 UI 患者中, 仅 9 例 (4.21%) 出现于妊娠早期, 38 例 (17.76%) 妊娠中期, 167 例 (78.04%) 集中于妊娠晚期。116 例 (54.21%) 为轻度 UI, 83 例 (38.79%) 中度 UI, 仅 15 例 (7.01%) 重度 UI, 无极度重度 UI, 轻中度占比 92.99% (199/214)。初产妇组与经产妇组 UI 发生时间及程度比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 4。

表 4 两组妊娠期 UI 发生时间及程度比较 (n, %)

组别	UI 例数	发生时间			严重程度		
		妊娠早期	妊娠中期	妊娠晚期	轻度	中度	重度
初产妇组	105	4(3.81)	17(16.19)	84(80.00)	60(57.14)	40(38.10)	5(4.76)
经产妇组	109	5(4.59)	21(19.27)	83(76.15)	56(51.38)	43(39.45)	10(9.17)
χ^2 值			0.463			1.839	
P 值			0.793			0.398	

2.4 两组妊娠期 UI 好转情况比较 两组经盆底肌锻炼以及生物反馈电刺激等治疗, 初产妇产褥期 UI 好转率明显低于经产妇组 ($P < 0.05$), 产后 3、6 个月时两组累计好转率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但产后 1 年时初产妇组的累计好转率明显高于经产妇组 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组妊娠期 UI 好转情况比较 (n, %)

组别	例数	产褥期	产后 3 个月	产后 6 个月	产后 1 年
初产妇	105	29(27.62)	57(54.29)	73(69.52)	96(91.43)
经产妇组	109	60(55.05)	65(59.63)	78(71.56)	87(79.82)
χ^2 值		16.561	0.624	0.107	5.821
P 值		<0.001	0.430	0.744	0.016

3 讨论

UI 是 WHO 公布的全球最常见五大慢性疾病之

一, 有着“社交癌”之称, 而妊娠和分娩是育龄期女性 UI 的主要危险因素, UI 也是影响产妇心理健康、生理健康及心理健康的常见疾病^[6]。既往观点认为, 妊娠期 UI 对孕产妇泌尿系统功能远期影响较弱, 故对妊娠与分娩相关 UI 的研究多集中于产后^[7]。但近年来有研究发现, 部分患者的 UI 在产后 6~8 周仍未消失, 甚至持续存在^[8]。因此, 研究分娩史对再次妊娠时 UI 发生风险的影响非常必要。

本研究中, 妊娠期 UI 患病率达 35.67%, 以 SUI 居多, 占妊娠期 UI 总患病人数的 73.83%, 与既往报道相似^[9]。同时, 随着妊娠时间的延长, 孕妇 SUI 发生率呈升高趋势, 以妊娠晚期占比居多, 占 77.67%, 这与相关研究结论基本一致^[10]。分析其原因, 可能是由于随着孕周的延长, 子宫及胎儿在不断增大、增重, 其对盆底组织结构的压迫不断增加而引起其结构及功能异常, 加之激素分泌增多且到妊娠晚期达到高峰, 也容易影响盆底及下尿路结构, 从而诱发 UI^[11]。此外, 本组孕妇的孕期 UI 严重程度以轻中度为主, 占 92.56%, 考虑与本研究样本量较大、研究对象以初产妇居多、平均年龄小于经产妇等有关。已有多项研究表明, 妊娠期 UI 的发生危险因素主要与孕前超重、糖尿病、便秘、孕周及阴道分娩等有关, 但关于分娩史对再次妊娠时 UI 的影响尚存较大争议^[12-13]。Balik 等^[14]研究表明, 分娩史是再次妊娠时 UI 发生率较高的主要危险因素。也有研究认为, 妊娠期 UI 的发生率可随怀孕次数的增加而升高, 但 logistic 回归分析并未体现出其危险性, UI 的发生主要与年龄、孕前 BMI、孕期便秘及阴道分娩等有关^[15]。应伟英等^[16]对比研究显示, 初产妇与经产妇产后 42 d 时盆底组织结构与功能并无明显差异, UI 发生率差异无统计学意义。甚至有研究认为, 多产史是会阴 III 度损伤的保护性因素, 可能有利于降低产后 UI 发生风险^[17]。本研究结果显示, 251 名经产妇再次妊娠时 UI 发生率达 43.43%, 明显高于初产妇组的 30.09% ($P < 0.05$), 经产妇组再次妊娠期间 UI 发生率约为初产妇组的 1.44 倍数, 与 Lin 等^[18]研究结果一致, 提示经产妇较初产妇妊娠期间更容易发生 UI。分析其原因, 可能是由于经产妇在既往妊娠、分娩过程中多具有潜在盆底支持结构如筋膜、韧带、肌肉等损伤或具有产后 UI 史, 再次妊娠时受激素变化、盆底机械性压迫等因素的影响而进一步损伤产妇的控尿机制, 故较初次妊娠时可能具有更高的 UI 发生风险。但两组妊娠期 UI 的发生时间分布及严重程度并无明显差异 ($P > 0.05$), 可能是与两组产妇的 UI 类型不完全一致、耐受能力及康复能力差异等有关。

本研究中虽然初产妇组的妊娠期 UI 率低于经产妇组,但妊娠期 UI 初产妇在产褥期的好转率明显低于经产妇(27.62% vs. 55.05%, $P < 0.05$)。分析其原因,可能是由于初产妇在初次妊娠时盆底组织过分牵张、激素变化、经阴道产伤或产钳助产等导致的盆底组织损伤可能高于经产妇再次分娩所致新发损伤,故在产褥期初产妇 UI 更为多见。但在产后 3、6 个月时,初产妇组与经产妇组的 UI 累计率则差异不显著 ($P > 0.05$),提示初次分娩所致盆底组织损伤可能较经产妇更为明显,但多具有可逆性,随着时间推移可逐步修复。裘轶超等^[19]研究亦显示,初产妇产后近期盆底肌纤维损伤较经产妇更为明显,但远期表现则无明显差异,这与本研究结论相符。随访至产后 1 年时,初产妇 UI 缓解率累计达 91.43%,明显高于经产妇组的 79.82% ($P < 0.05$),与文献^[20]报道基本相符。提示对初产妇而言妊娠期持续至产后 UI 仍具有较好的可康复逆转性,而对经产妇而言妊娠期持续至产后的 UI 可能更难逆转或短期缓解后再次复发。分析其原因可能是由于经产妇在经历既往分娩史后所致潜在盆底组织损伤未获得完全修复,再次妊娠时在相关因素作用进一步加重盆底组织损伤,故随着胎儿娩出后重力及压迫因素暂时解除可改善 UI 症状,但潜在的盆底功能损伤可能在某些因素刺激下引起 UI 复发^[21],或其盆底损伤修复需要更长的时间,还有待进一步延长随访时间加以分析。

综上所述,经产妇妊娠期 UI 发生风险明显高于初产妇且远期好转率低于初产妇,初产妇 UI 产褥期恢复相对缓慢发生风险更高但多具有可康复逆转性,远期整体康复效果更好。加强妊娠期 UI 的防治对降低产后 UI 发生风险尤其是降低经产妇远期 UI 持续风险可能具有积极意义,这为妊娠期开展盆底肌功能锻炼提供了理论依据。

参考文献

[1] Bo K, Frawley HC, Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction[J]. *Neurourol Urodyn*, 2017, 36(2): 221-244.

[2] Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, et al. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review [J]. *Eur Urol*, 2014, 65(1): 79-95.

[3] Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment [J]. *Int*

Urogynecol J, 2013, 24(6): 901-912.

[4] Dolan LM, Hosker GL, Mallett VT, et al. Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery [J]. *BJOG*, 2003, 110(12): 1107-1114.

[5] Avery K, Donovan J, Peters TJ, et al. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence [J]. *Neurourol Urodyn*, 2004, 23(4): 322-330.

[6] 王建六, 张晓红. 女性盆底功能障碍性疾病的诊疗进展 [J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2008, 24(1): 30-33.

[7] Diez-Itza I, Ibanez L, Arrue M, et al. Influence of maternal weight on the new onset of stress urinary incontinence in pregnant women [J]. *Int Urogynecol J*, 2009, 20(10): 1259-1263.

[8] Daly D, Clarke M, Begley C. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, type, and risk factors [J]. *Int Urogynecol J*, 2018, 29(3): 353-362.

[9] 何建珍, 古慧贤, 欧有良, 等. 714 名初产妇孕晚期尿失禁发生状况及其影响因素研究 [J]. *重庆医学*, 2018, 47(12): 1603-1606.

[10] 刘晖, 叶真, 陈树强, 等. 孕妇压力性尿失禁发生情况及影响因素分析 [J]. *福建医科大学学报*, 2016, 50(5): 342-344.

[11] 郑文力, 郑斌娇, 陈双忠. 妊娠期压力性尿失禁与雌、孕激素受体表达的相关性分析 [J]. *中国妇幼保健*, 2016, 31(11): 2268-2270.

[12] 唐婷婷, 黄芳英, 蔡舒, 等. 孕期尿失禁流行现状及影响因素 [J]. *热带医学杂志*, 2018, 18(11): 1509-1513.

[13] Kok G, Seven M, Guvenc G, et al. Urinary incontinence in pregnant women: Prevalence, associated factors, and its effects on health related quality of life [J]. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2016, 43(5): 511-516.

[14] Balik G, Guven ES, Tekin YB, et al. Lower urinary tract symptoms and urinary incontinence during pregnancy [J]. *Low Urin Tract Symptoms*, 2016, 8(2): 120-124.

[15] 余霞娟, 罗丹, 陈玲, 等. 既往分娩方式对孕期压力性尿失禁的影响分析 [J]. *山东医药*, 2018, 58(6): 84-87.

[16] 应伟英, 毛雪琴, 饶乐英, 等. 产后妇女盆底肌功能的影响因素研究 [J]. *中国计划生育和妇产科*, 2015, 7(3): 66-68.

[17] de Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, et al. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery [J]. *BJOG*, 2001, 108(4): 383-387.

[18] Lin KL, Shen CJ, Wu MP, et al. Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women [J]. *Biomed Res Int*, 2014, 2014(9): 303697.

[19] 裘轶超, 张珂, 邱丽倩. 再生育妇女产后盆底肌康复状况观察与分析 [J]. *实用妇产科杂志*, 2017, 33(2): 101-104.

[20] 裘轶超, 张珂, 邱丽倩, 等. 妊娠期尿失禁患者产后自然转归 [J]. *现代妇产科进展*, 2018, 27(4): 290-292.

[21] 李美霞. 骨盆底电刺激对产后骨盆底功能的影响 [J]. *实用预防医学*, 2010, 17(5): 974-975.