

· 临床指南 ·

女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)

中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组

压力性尿失禁(stress urinary incontinence, SUI)是指喷嚏、咳嗽、大笑或运动等腹压增高时出现不自主的尿液自尿道口漏出;尿动力学检查表现为充盈性膀胱测压时,在腹压增高而无逼尿肌收缩的情况下出现不随意的漏尿。中国成年女性 SUI 的患病率高达 18.9%,在 50~59 岁年龄段, SUI 的患病率最高,为 28.0%。目前,国际上对尿失禁的治疗日益规范。中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组参考国际上相关的尿失禁诊疗指南,结合我国国情,在 2011 年制定了我国的“女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(试行)”^[1]。经过充分讨论,于 2016 年年末根据临床应用情况和研究进展在 2011 年指南^[1]基础上进行了修订,加以完善,形成了“女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)”。

一、诊断

SUI 的病理生理机制包括:(1)膀胱颈及近端尿道下移;(2)尿道黏膜的封闭功能减退;(3)尿道固有括约肌功能下降;(4)支配控尿组织结构的中枢神经系统功能障碍。

SUI 的诊断主要依据主观症状和客观检查,并需除外其他类型的尿失禁及膀胱疾病。

(一) SUI 的诊断

1. 基本病史和检查:(1)病史:包括全身状况, SUI 症状,漏尿次数及严重程度,泌尿系统的其他症状,其他病史(既往病史、月经生育史、生活习惯、活动认知能力、并发症和使用药物情况、盆腔手术史和放疗史等),患者预期的治疗效果。(2)查体:包括一般状态、全身检查、专科检查和神经系统检查。专科检查应了解外生殖器有无盆腔器官脱垂及程度;外阴部有无长期感染所引起的异味、皮疹;双合诊了解子宫位置、大小和盆底肌收缩力等;肛门指诊检查肛门括约肌肌力及有无直肠膨出。神经系统检查包括会阴感觉、球海绵体肌反射及肛门括约肌肌力的检查。

2. 初步评估:压力试验及指压试验,尿常规检查;尿常规检查阳性或存在下尿路症状者行中段尿培养检查,尿培养检查阳性者行药物敏感试验并进行抗生素治疗(以除外感染引起的排尿异常)。初步评估还包括工作和休息状态的 3 d 排尿日记(可准确记录患者的排尿情况、尿失禁状况和次数,并可作为治疗效果的评价手段),排尿日记的内容包括每次排尿的时间、排尿量,漏尿时间和类型。测量残余尿。有条件者可进行棉签试验和尿垫试验。

对于保守治疗失败的非复杂性压力性尿失禁(uncomplicated SUI)在行抗尿失禁手术前,研究证据表明,行上述初步评估与行尿动力学检查相比,并不影响治疗的效果^[2],因此,对于非复杂性 SUI 初次手术前仅需要进行上述 6 个方面的评估^[2]:(1)病史;(2)查体;(3)SUI 的证据;(4)评估尿道活动度(包括指压试验、棉签试验);(5)残余尿量的测量;(6)尿液分析。为了临床简化评估方法,2015 年提出了非复杂性 SUI 和复杂性压力性尿失禁(complicated SUI)。非复杂性 SUI 不必在术前评估尿动力学。见表 1。

若判定为表 1 中的复杂性 SUI,在施行手术前,建议进行尿动力学检查,必要时行膀胱镜、泌尿系统造影等检查。手术治疗前进行尿动力学等检查能避免误诊,并能除外急迫性尿失禁和混合性尿失禁,也能检测出尿道固有括约肌缺陷型(intrinsic sphincter deficiency, ISD) SUI,以提高手术的成功率^[2-4]。

(二) SUI 严重程度的评价

1. 临床症状主观分度:采用 Ingelman-Sundberg 分度法。轻度:尿失禁发生在咳嗽、喷嚏时,不需使用尿垫;中度:尿失禁发生在跑跳、快步行走等日常活动时,需要使用尿垫;重度:轻微活动、平卧体位改变时发生尿失禁。

2. 客观检查:采用尿垫试验,推荐 1 h 尿垫试验。试验时膀胱要充盈,持续 1 h,从试验开始患者不再排尿。预先放置经称重的尿垫(如卫生巾)。试验开始 15 min 内患者喝 500 ml 白开水;之后的

DOI:10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2017.05.001

通信作者:朱兰,100730 中国医学科学院北京协和医院妇产科, Email:zhu_julie@sina.com

表 1 非复杂性 SUI 和复杂性 SUI 的术前评估

类别	非复杂性 SUI	复杂性 SUI
病史	尿失禁,于用力、体力劳动、打喷嚏或咳嗽时 出现尿液不自主的流出 无反复发作的尿路感染 无抗尿失禁手术史 无盆腔大手术史 无排尿期症状	存在尿急、尿不尽、与尿潴留相关的尿失禁、膀胱功能不全 或持续性漏尿等症状 反复发作的尿路感染 既往有抗尿失禁手术史或复杂的尿道手术史 既往有盆腔大手术或根治性盆腔手术史 存在排尿期症状:排尿踌躇、尿线细、排尿中断、腹压排尿、尿线分叉、 排尿不尽感、短时间内重复排尿、排尿后漏尿、体位依赖性排尿 及排尿困难
查体	不存在影响下尿路功能的病史 查体未见超过处女膜环的阴道包块 无尿道畸形	存在神经源性疾病、控制不佳的糖尿病或老年性痴呆 查体存在超过处女膜环的阴道包块或已知盆腔器官脱垂 存在泌尿生殖道瘘或尿道憩室
评估尿道活动度	伴有尿道高活动度	不伴有尿道高活动度
残余尿量	<100 ml	≥100 ml
尿常规或尿培养	无尿路感染或血尿	-

注:-无此项;SUI:压力性尿失禁

30 min,患者行走,上下 1 层楼的台阶。最后 15 min,患者应坐立 10 次,用力咳嗽 10 次,原地跑步 1 min,拾起地面物体 5 次,再用自来水洗手 1 min。试验结束时,称重尿垫,要求患者排尿并测量尿量。漏尿量≥2 g 为阳性。轻度:2 g≤漏尿量<5 g;中度:5 g≤漏尿量<10 g;重度:10 g≤漏尿量<50 g;极重度:漏尿量≥50 g。

3. 尿失禁对生命质量影响的问卷调查:国际上建议使用以患者为主导的调查问卷客观评价尿失禁对生命质量的影响。尿失禁对生命质量的影响建议使用中文验证的尿失禁影响问卷简表(incontinence impact questionnaire short form, IIQ-7), IIQ-7 为国际尿失禁专家咨询委员会(International Consultation on Incontinence, ICI)2005 年提出的,属 A 级证据。尿失禁对患者性生活的影响建议使用盆腔器官脱垂-尿失禁性生活问卷简表(pelvic organ prolapsed- urinary incontinence sexual questionnaire-12, PISQ-12), PISQ-12 为 ICI 2005 年提出的,属 B 级证据。

(三) SUI 的分型诊断

分型诊断并非必须,但对于临床表现与查体不甚相符,以及经初步治疗效果不佳的患者,建议进行尿失禁的分型诊断。主要分为尿道高活动型 SUI 和 ISD 型 SUI。可以通过尿动力学检查结果进行分型。

腹部漏尿点压(abdominal leakage point pressure, ALPP)结合影像尿动力学检查进行分型: I 型 SUI: ALPP≥90 cmH₂O (1 cmH₂O=0.098 kPa); II 型 SUI: ALPP 60~90 cmH₂O; III 型 SUI: ALPP≤60 cmH₂O。

I 型和 II 型为尿道高活动型 SUI, III 型为 ISD 型 SUI。

以最大尿道闭合压(maximum urethral closure pressure, MUCP)进行分型: MUCP>20 cmH₂O (或>30 cmH₂O) 提示尿道高活动型 SUI; MUCP≤20 cmH₂O (或≤30 cmH₂O) 提示 ISD 型 SUI。

二、非手术治疗

ICI 和英国国家卫生和临床医疗优选研究所(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)建议对尿失禁患者首先应进行非手术治疗^[5-6]。非手术治疗也可用于手术前后的辅助治疗。非手术治疗具有并发症少、风险小的优点,可减轻患者的尿失禁症状^[7]。

1. 生活方式干预:又称行为治疗,包括减轻体重,尤其是体质指数(BMI)>30 kg/m²者,戒烟,减少饮用含咖啡因的饮料,避免或减少腹压增加的活动。

2. 治疗便秘等慢性腹压增高的疾病。

3. 盆底肌训练:盆底肌训练(pelvic floor muscle training, PFMT)又称为 Kegel 运动。NICE 建议,在治疗师指导下的至少 3 个月的 PFMT 作为对 SUI 患者和以 SUI 为主的混合性尿失禁患者的一线治疗(A 级证据)。PFMT 应达到相当的训练量,才可能有效。可参照如下方法实施:持续收缩盆底肌(即缩肛运动)不少于 3 s,松弛休息 2~6 s,连续做 15~30 min,每天重复 3 遍;或每天做 150~200 次缩肛运动。持续 3 个月或更长时间。应在训练 3 个月 after 门诊随访,进行主客观治疗效果的评价。PFMT

可采用生物反馈方法,疗效优于单纯医师口头指导患者的 PFMT。文献报道,PFMT 的短期有效率可达 50%~75%^[8-10]。但 PFMT 存在依从性差、训练技巧不易掌握的缺点。NICE 建议孕妇进行 PFMT 以预防产后尿失禁(A 级证据)。

4. 盆底电刺激治疗:盆底电刺激通过增强盆底肌肉的力量,提高尿道闭合压来改善控尿能力。但不作为治疗 SUI 的常规方法。对于不能主动收缩盆底肌的患者可采用生物反馈和盆底电刺激的方法,可联合 PFMT 应用。治疗效果与 PFMT 相当。

5. 药物治疗:药物治疗可减少患者的漏尿次数,改善生活质量^[11]。(1)选择性 α_1 肾上腺素受体激动剂:有盐酸米多君等。禁忌证:严重器质性心脏病、急性肾脏疾病、嗜铬细胞瘤或甲状腺功能亢进的患者。持续性卧位高血压患者和过高的卧位高血压患者不应使用本品。不良反应:卧位和坐位时的高血压,主要发生于头皮的感觉异常和瘙痒,皮肤竖毛反应,寒战,尿潴留和尿频。因不良反应较大,不建议长期使用。(2)阴道局部雌激素治疗:对绝经后妇女,阴道局部雌激素治疗可以缓解部分绝经后 SUI 症状及下尿路症状。

三、手术治疗

中国的妇科盆底学组专家经过全面的文献检索及严格的分析认为,手术对于大多数 SUI 患者具有长期、确定的疗效。但手术对患者有一定的创伤,并且存在术后排尿困难、尿急、脏器损伤等风险,因此,在制定手术方案时,应告知患者可选择的手术方式及每种方式的利弊和风险、手术所需时间、住院时间、可能发生的并发症及并发症的处理,同时,要考虑到患者的生育计划,由医师和患者共同决定手术方式。

非手术治疗效果不佳或依从性不好的患者可选择手术治疗,重度 SUI 患者可直接选择手术治疗,可以行尿道中段悬吊带术(mid-urethral slings)、经腹耻骨后膀胱颈悬吊术等手术^[12-13],盆腔器官脱垂伴有 SUI 需行盆底手术者,可同时行抗 SUI 手术^[14-15]。NICE 不推荐阴道前壁修补、阴道旁修补及针刺悬吊术作为 SUI 的术式(A 级证据)。

存在以下情况时应慎重选择手术治疗及手术方式:(1)如果患者存在以急迫性尿失禁为主的混合性尿失禁,应先采用药物治疗,如症状明显改善,患者满意,则可不手术治疗;抗急迫性尿失禁药物治疗效果不佳,提示患者为 SUI 为主的混合性尿失禁,可进行手术治疗。(2)对于合并尿道阴道瘘、尿

道侵蚀、术中尿道损伤和(或)尿道憩室的 SUI 患者,均不能使用合成吊带。建议这类患者可使用自体筋膜或生物吊带。(3)SUI 合并逼尿肌功能减退、尿潴留、膀胱容量小的患者慎重选择抗尿失禁手术^[14-15]。

(一)阴道无张力尿道中段悬吊带术

阴道无张力尿道中段悬吊带术(tension-free vaginal tape)主要分为经耻骨后路径和经闭孔路径两种方式完成。经耻骨后路径阴道无张力尿道中段悬吊带术有自下而上、自上而下路径完成吊带的放置。该手术方法已成为一线的治疗 SUI 术式。抗 SUI 和治疗盆腔器官脱垂的手术可同时进行,但在吊带拉紧前应完成脱垂修补手术。对于合并重度脱垂的患者,未提示存在隐匿性尿失禁的患者,目前不建议进行预防性抗尿失禁手术^[14-15]。

1. 经耻骨后路径:NICE 建议将其作为 SUI 的首选治疗术式(A 级证据)。穿刺方向多为“下→上”,也可以为“上→下”。适应证:(1)尿道高活动型 SUI;(2)ISD 型 SUI;(3)以 SUI 为主的混合性尿失禁。

7~11 年随访的治愈率为 80%~90%,对以 SUI 为主的混合性尿失禁的治愈率约为 80%。抗尿失禁手术如同时进行盆腔器官脱垂的手术修复,抗尿失禁手术具有与单独行抗尿失禁手术相似的效果。手术的主要并发症为膀胱损伤,需注意在吊带手术结束之前,必须进行膀胱镜检查。此外,手术并发症还有出血、排尿障碍、尿潴留、泌尿系统感染、吊带暴露和侵蚀等问题。

2. 经闭孔路径:穿刺方向分“外→内”和“内→外”两种方式。经闭孔路径阴道无张力尿道中段悬吊带术的治疗效果与经耻骨后路径相似。适应证:(1)尿道高活动型 SUI;(2)以 SUI 为主的混合性尿失禁。

由于手术路径的改变,降低了膀胱和髂血管损伤的风险,术中可酌情施行膀胱镜检查。并发症与经耻骨后路径相似,但与经耻骨后路径相比,术后可发生下肢疼痛等并发症。循证证据(5 年长期随访的结果)表明,经闭孔路径和经耻骨后路径,远期疗效两者无显著差异^[16]。

3. 阴道单切口微小吊带手术:为近年来在经耻骨后路径及经闭孔路径阴道无张力尿道中段悬吊带术的基础上,发展的 1 种更微创、体内放置吊带更少、无身体皮肤切口的治疗方法。短期随访的治愈率为 50%~90%,远期效果尚待验证。

手术治疗方法还有自体筋膜悬吊术(*autologous fascial sling*)。自膀胱颈及近端尿道下方将膀胱颈向耻骨上方向悬吊并锚钉,固定于腹直肌前鞘,以改变膀胱尿道角度,固定膀胱颈和近端尿道,并对尿道产生轻微的压迫作用;吊带材料主要为自体筋膜,也可同种移植物、异体或异种移植物。初次手术的治愈率为 82%~85%;用于复发后再次手术的患者时治愈率为 64%。

(二)耻骨后膀胱颈悬吊术

进行 Cooper 韧带悬吊的 Burch 手术为耻骨后膀胱颈悬吊术的代表,曾为治疗 SUI 的“金标准”术式。Burch 手术经耻骨后将膀胱颈及近端尿道两侧的阴道壁缝合悬吊于 Cooper 韧带,以上提膀胱颈及近端尿道,从而减少膀胱颈的活动度。术后总体治愈率为 68.9%~88.0%,仍被认为是治疗有效的方法之一^[17]。有开腹及腹腔镜两种途径完成,腹腔镜进入耻骨后间隙的路径有腹膜内和腹膜外路径两种;腹腔镜与开腹的治愈率基本相似。NICE 建议开腹耻骨后膀胱颈悬吊术可作为治疗 SUI 的方法之一,而腹腔镜耻骨后膀胱颈悬吊术治疗 SUI 应由有经验的内镜医师在综合性医院施行(A 级证据)。

适应证:尿道高活动型 SUI。常见的并发症有发热、泌尿系统感染、膀胱损伤、术后排尿障碍、输尿管损伤、逼尿肌不稳定。

系统综述表明,开腹膀胱颈悬吊术和自体筋膜悬吊术对 SUI 的短期疗效是相同的,5 年的疗效膀胱颈悬吊术略差。但是,自体筋膜悬吊带术较开腹膀胱颈悬吊术有更高的手术并发症风险,尤其是排空障碍和术后尿路感染^[13,17]。

治疗 SUI 也可以采取膀胱颈旁注射填充剂,明胶醛交叉连接牛胶原蛋白及碳珠等材料可作为填充剂。填充剂注射应注意过敏反应。膀胱颈旁注射填充剂的治疗有效率随时间延长而下降,远期疗效较差,患者通常每 1~2 年需要再次进行治疗。适应证:(1)ISD 型 SUI;(2)不能耐受其他抗尿失禁手术的患者。

四、治疗后随访

1. 随访时间:推荐术后 6 周内至少随访 1 次,建议长期随访。

2. 手术疗效评价的内容和指标:手术疗效评价分为:治愈:咳嗽等腹压增高情况下无漏尿;改善:咳嗽等腹压增高情况下有漏尿,1 h 尿垫试验漏尿量较治疗前减少 $\geq 50\%$;无效:咳嗽等腹压增高情况下有漏尿,1 h 尿垫试验漏尿量较治疗前减少<

50%。(1)主观指标:即患者使用问卷进行的自我评价,包括经中文验证的 IIQ-7 和 PISQ-12。(2)客观指标:当患者为改善和无效时建议排尿日记、1 h 尿垫试验及尿动力学检查。

3. 并发症随访:对 SUI 的术后随访中必须观察和记录近期和远期并发症。近期并发症包括排尿困难、尿潴留、尿急、急迫性尿失禁(术前已存在或新发)、感染、发热、脏器损伤、死亡等。远期并发症包括吊带侵蚀、尿瘘、疼痛、性功能障碍等。观察和记录手术并发症时,建议采用国际妇科泌尿协会(IUGA)推荐的“类别-时间-部位(category, time and site, CTS)”编码分类系统^[18]。

中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组参与讨论“女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)”的专家组成员:郎景和(中国医学科学院北京协和医院)、朱兰(中国医学科学院北京协和医院)、宋岩峰(南京军区福州总医院)、张晓薇(广州医科大学附属第一医院)、王建六(北京大学人民医院)、马庆良(上海中医药大学附属曙光医院)、童晓文(上海市同济医院)、华克勤(复旦大学附属妇产科医院)、罗新(暨南大学附属第一医院)、韩劲松(北京大学第三医院)、鲁永鲜(解放军总医院第一附属医院)、马乐(首都医科大学附属北京妇产医院)、杨欣(北京大学人民医院)、胡丽娜(重庆医科大学附属第二医院)、刘培淑(山东大学齐鲁医院)、许学先(武汉大学人民医院)、金杭美(浙江大学医学院附属妇产科医院)、谢静燕(南京市第一医院)、黄欧平(江西省妇幼保健院)、李际春(宁夏医科大学总医院)、夏志军(中国医科大学附属盛京医院)、王鲁文(郑州大学第三附属医院)、吴氢凯(上海市第六人民医院)、李兆艾(山西省妇幼保健院)、黄向华(河北医科大学第二医院)、龚健(无锡市妇幼保健院)、刘青(甘肃省妇幼保健院)、古丽娜(新疆医科大学第一附属医院)、王彦(山东省烟台毓璜顶医院)、徐惠成(第三军医大学西南医院)、李怀芳(上海市同济医院)、孙智晶(中国医学科学院北京协和医院)。执笔专家:朱兰(中国医学科学院北京协和医院)、孙智晶(中国医学科学院北京协和医院)

参 考 文 献

- [1] 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组. 女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(试行)[J]. 中华妇产科杂志, 2011, 46(10):796-798. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2011.10.023.
- [2] Committee Opinion No. 603: Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment [J]. Obstet Gynecol, 2014, 123(6):1403-1407. DOI: 10.1097/01.AOG.0000450759.34453.31.
- [3] Agur W, Housami F, Drake M, et al. Could the National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines on urodynamics in urinary incontinence put some women at risk of a bad outcome from stress incontinence surgery? [J]. BJU Int, 2009, 103(5):635-639. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2008.08121.x.
- [4] Renganathan A, Duckett J, Nayak K. Female urinary incontinence - urodynamics: yes or no? [J]. J Obstet Gynaecol, 2009, 29(6):473-479. DOI: 10.1080/01443610903003142.

- [5] Abrams P, Andersson KE, Brubaker L. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence[M]//Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al. Incontinence. 3rd ed. Paris: Health Publications Ltd, 2005: 1589-1630.
- [6] National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary incontinence in women, guidance[M]. London: NICE, 2015: 21.
- [7] Freeman RM. Initial management of stress urinary incontinence: pelvic floor muscle training and duloxetine[J]. BJOG, 2006, 113 Suppl 1:10-16. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00878.x.
- [8] Hay-Smith EJ, Bø BLC, Hendriks HJ, et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2001(1):CD001407. DOI: 10.1002/14651858.CD001407.
- [9] Wilson PD, Bo K, Bourcier A, et al. Conservative management in women[M]//Abrams P, Khoury S, Wein A. Incontinence. Paris: Health Publications Ltd, 1999:579-636.
- [10] Labrie J, Berghmans BL, Fischer K, et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence[J]. N Engl J Med, 2013, 369(12):1124-1133. DOI: 10.1056/NEJMoa1210627.
- [11] 李龙坤. 女性压力性尿失禁诊断治疗指南(2007)[M]//那彦群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南. 北京:人民卫生出版社, 2007.
- [12] National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women, clinical guidance[M]. London: NICE, 2013: 8.
- [13] Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, et al. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence[J]. Eur Urol, 2012, 62(6):1118-1129. DOI: 10.1016/j.eururo.2012.09.023.
- [14] Leach GE, Dmochowski RR, Appell RA, et al. Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence[J]. J Urol, 1997, 158(3 Pt 1):875-880.
- [15] Dmochowski RR, Blaivas JM, Gormley EA, et al. Update of AUA guideline on the surgical management of female stress urinary incontinence[J]. J Urol, 2010, 183(5):1906-1914. DOI: 10.1016/j.juro.2010.02.2369.
- [16] Lavelle ES, Zyczynski HM. Stress Urinary Incontinence: Comparative Efficacy Trials[J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2016, 43(1):45-57. DOI: 10.1016/j.ogc.2015.10.009.
- [17] Lapitan MC, Cody JD. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016(2):CD002912. DOI: 10.1002/14651858.CD002912.pub6.
- [18] Haylen BT, Freeman RM, Swift SE, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) & grafts in female pelvic floor surgery[J]. Int Urogynecol J, 2011, 22(1):3-15. DOI: 10.1007/s00192-010-1324-9.

(收稿日期:2017-01-01)

(本文编辑:沈平虎)

·消息·

奥赛托星-缩宫素鼻喷雾剂临床应用有奖征文通知

奥赛托星-缩宫素鼻喷雾剂作为国内唯一的促排乳化学药品,能加速泌乳启动,维持充足泌乳。同时,其能促进子宫收缩,保持张力,使人工流产手术时术者有清晰的手感,降低风险,防止过度吸刮造成的宫腔粘连、漏吸或人工流产不全,并能及早排出残留的绒毛和蜕膜组织,减少药物流产出血时间和出血量。目前已在临床广泛使用。奥赛托星-缩宫素鼻喷雾剂可自行反复多次使用,符合哺乳时每日多次高频率使用的特性;可带回家使用,克服了缩宫素半衰期短,无法长期维持子宫收缩的缺陷;无针剂注射的疼痛;无创给药,使用方便。

为了更好地交流奥赛托星-缩宫素鼻喷雾剂的临床应用经验,《中华妇产科杂志》编委会与四川美科制药有限公司联合举办“奥赛托星-缩宫素鼻喷雾剂临床应用有奖征文”活动。

1. 征文内容:奥赛托星-缩宫素鼻喷雾剂用于促排乳、产后出血及产后、人工流产后、药物流产后子宫收缩复旧等方面的研究,以及在用法用量方面更高效、更科学的研究。

2. 征文要求:①凡未在公开出版物上发表的论文均

可投稿。②征文内容侧重于临床应用,论著、病例报告、综述均可。写作规范请参照《中华妇产科杂志》稿约。临床应用论文需附中英文摘要并标引关键词;病例报告要求资料真实、完整。③请注明作者姓名、职称、单位及科室、通信地址、邮政编码、联系电话及电子邮箱。所有征文均请通过中华医学会网站(<http://www.cma.org.cn>)投稿给《中华妇产科杂志》,请在文题末括号注明“(奥赛托星征文)”字样。

3. 评选方法及奖励:根据论文的科学性、真实性、设计水平等进行评审。前瞻性研究优先考虑。由《中华妇产科杂志》编委会组织妇产科专家组成的评审委员会对论文进行评审,评选出:一等奖1名(奖金5 000元);二等奖3名(奖金3 000元);三等奖6名(奖金1 000元)。获奖论文经审核符合录用标准的将被推荐在《中华妇产科杂志》刊登。所有符合征文要求的论文将编入《中华妇产科杂志》编委会与四川美科制药有限公司共同出版的《奥赛托星-缩宫素鼻喷雾剂临床应用文集》。

4. 截稿日期:2017年6月30日,以投稿时间为准。论文请自留底稿,恕不退稿。欢迎广大妇产科临床工作者踊跃参加本项活动。