

# 儿童夜间遗尿症诊治指南

许传亮 宋奇翔 方祖军 吕坚伟 李惠珍 宋波 孙颖浩

## 一、前言

夜间遗尿症是一种儿童和青少年的常见病症,其一方面会对患儿的心理发育和社会行为造成影响,使他们更容易产生自卑心理和逆反行为;另一方面还会给患儿家长带来压力和困扰。但值得提出的是,由于缺乏对遗尿症患儿的系统性评估和治疗,该病的治疗效果并不理想。随着我国科学技术的发展和文化教育的普及,夜间遗尿症正逐渐得到重视,因此,建立一套符合我国国情的规范的夜间遗尿症诊断和治疗体系意义深远。

## 二、制定本指南的目的和意义

儿童夜间遗尿症在泌尿外科和儿科门诊中并不少见,为进一步规范对它的诊治,需要一套独立的儿童夜间遗尿症的诊治指南。近年来,国内外学者对本病的发病机制和临床治疗做了大量的研究,本指南涵盖了最新的研究成果与进展,旨在为中国泌尿外科医师对儿童夜间遗尿症的诊断和治疗提供指导意见。

## 三、制定本指南的程序和方法

本指南编写团队利用 Pubmed 数据库和中华医学学期刊网搜索并筛选出近 10 年的相关文献,参照循证医学系统 Oxford 论文评判标准进行了标准分级,另外还参考《坎贝尔泌尿外科学》第 10 版,并结合我国国情编写了本指南。

## 四、概述

### (一) 相关术语及定义

夜间遗尿症(nocturnal enuresis):目前对于其界定年龄和发生频率国内外及不同学科间仍存在争议。根据国际儿童尿控协会于 2006 年制定的定义:夜间遗尿症为年龄 > 5 岁,无中枢神经系统病变的

儿童,在睡眠中出现不自主的漏尿现象,至少每周 2 次并持续  $\geq 3$  个月<sup>[1-3]</sup>。在一些儿科学指南中其界定年龄为 3 岁。现已将夜间尿失禁(nocturnal incontinence)和其他原因引起的夜间尿床(bedwetting)统称为夜间遗尿症<sup>[1]</sup>,其又分为单症状夜间遗尿症和复合症状夜间遗尿症。

1. 单症状夜间遗尿症(monosymptomatic nocturnal enuresis):仅有夜间遗尿而无合并其他下尿路症状。根据遗尿出现的特点,可进一步分为原发性和继发性遗尿症<sup>[2]</sup>。原发性遗尿症(primary enuresis):指症状自幼持续存在(无症状期不超过 6 个月)的遗尿症<sup>[1]</sup>。继发性遗尿症(secondary enuresis):指曾有过至少 6 个月的无症状期而后再次发生的遗尿症<sup>[1]</sup>。

2. 复合症状夜间遗尿症(nonmonosymptomatic nocturnal enuresis):指除夜间遗尿症状外还合并下尿路症状或膀胱功能障碍,包括日间尿频、尿急、尿失禁、排尿困难或下尿路疼痛等<sup>[1,4]</sup>。

### (二) 本指南的适用范围

本指南仅适用于单症状夜间遗尿症患儿。对于合并下尿路症状的复合症状夜间遗尿症的诊治不在本指南之列。

### (三) 流行病学特点

近年来有关儿童夜间遗尿症的流行病学调查报告中,不同国家和种族的患病率略有不同。英国的一项流行病学调查结果显示,在 13 973 例儿童(年龄 4.5 ~ 9.5 岁)中,4.5、7.5、9.5 岁儿童的遗尿症患病率分别为 8.0%、3.0%、1.5%,其中男性患儿较女性多见<sup>[5]</sup>。如按照每个月至少有 1 个晚上发生尿床的标准来统计,6、10 岁儿童及青少年夜间遗尿的发生率分别为 10%、5% 及 0.5% ~ 1.0%<sup>[6-8]</sup>。美国一项流行病学调查结果显示,5 ~ 17 岁的 10 960 例儿童中,遗尿症的总患病率为 10.6%,5 岁为 33.0%,8 岁降为 18.0%,17 岁降为 0.7%<sup>[9]</sup>。非洲 5 ~ 16 岁的 1 575 例儿童调查结果显示,遗尿症患病率为 12.95%<sup>[10]</sup>。在亚洲,韩国 7 ~ 12 岁的 12 570 例儿童中遗尿症总患病率为 10.6%,7 岁为

DOI:10.3760/ema.j.issn.1000-6702.2015.11.001

作者单位:200433 上海 第二军医大学附属长海医院泌尿外科(许传亮、宋奇翔、李惠珍、孙颖浩);上海复旦大学附属华山医院泌尿外科(方祖军);上海交通大学附属仁济医院泌尿外科(吕坚伟);第三军医大学附属西南医院泌尿外科(宋波)

通信作者:宋波,Email: songb-mr@vip.sina.com.cn;孙颖浩,Email:sunyh@medmail.com.cn

20.4%, 12 岁降为 5.6%<sup>[11]</sup>。另外,在患有先天性身体缺陷、智力发育迟缓及心理疾患的儿童中,遗尿症更为常见,且疗效差,症状持续存在。

我国香港对夜间遗尿症发病率的调查结果显示,在 5.0、7.5 和 9.5 的儿童中遗尿每周超过 3 次的发生率分别为 7%、3% 和 2%<sup>[12]</sup>。国内文献报道河南省 11 799 例 5~15 岁儿童中,遗尿症总发病率为 4.07%,5 岁的患病率为 11.83%,12 岁时降为 1.72%,15 岁时降为 1.21%,男性和女性的患病率均随年龄的增加而降低,有明显的下降趋势,男性总体患病率显著高于女性<sup>[13]</sup>,总体与国外报道的结果类似。

#### (四) 病因及发病机制

夜间遗尿症的发病原因尚不明确,目前被认为是由多种因素共同导致<sup>[14-16]</sup>。

1. 睡眠觉醒功能障碍:指在进入睡眠状态后,膀胱充盈所产生的神经冲动不能唤醒患儿,患儿在非清醒的睡眠状态下排尿,为夜间遗尿症最重要的发病机制。“夜间尿意——觉醒”是一个随发育而逐渐完善的生理过程,正常人在达到一定年龄后这一神经机制发育成熟,从而在有尿意后诱导大脑觉醒并起床排尿。若中枢神经系统发育滞后,导致脑桥排尿中枢和大脑皮质未能有效地参与排尿反射,使“夜间尿意——觉醒”这一机制存在缺陷,从而出现患儿在睡眠状态下排尿的现象。导致参与这一过程的中枢神经系统发育滞后的具体机制不详,主要有以下两种可能因素:①膀胱充盈所产生的神经冲动不足,不能诱导觉醒;②睡眠过深,未能觉醒。

2. 夜间多尿:部分遗尿症患儿的肾脏在夜间产生大量的尿液,超过了最大膀胱容量。可能与夜间垂体分泌抗利尿激素不足有关。

3. 膀胱功能异常:主要是夜间逼尿肌过度兴奋所引起的膀胱容量减小,导致排尿次数多,而每次尿量少。

4. 家族遗传:约 62% 的遗尿症患儿的父母或其他亲属曾有过类似病史,说明本病可能有遗传倾向。

5. 其他:糖尿病、抑郁症及睡眠呼吸暂停等也可能与遗尿症相关。

#### 五、诊断与评估

单症状夜间遗尿症患儿除遗尿外无其他症状,因此在诊断中病史采集极为重要,必要时可行查体和实验室检查。

##### (一) 病史询问(推荐)<sup>[2,17]</sup>

1. 了解患儿的一般情况,包括健康、发育情况

及是否合并精神疾病。

2. 夜间尿床的严重程度如何,包括发生的时间及频率。

3. 是否合并其他症状,包括日间的尿频、尿急、排尿困难或尿失禁症状等。

4. 是否合并夜间多尿,平日饮水量和饮水习惯如何。

5. 是否合并肠道症状,如便秘或大便失禁等。

6. 遗尿是否对患儿的心理和日常行为产生影响,是否影响社交、学习及家庭关系。

7. 患儿夜间睡眠如何,睡眠中是否有严重的打鼾或呼吸暂停。

8. 询问家长目前应对患儿夜间遗尿的措施,包括夜间唤醒患儿排尿的方法(未唤醒、定时唤醒还是随意唤醒)。

##### (二) 查体及其他检查<sup>[2,17-18]</sup>

1. 推荐的检查项目:①泌尿生殖系统查体;②尿常规、泌尿系超声及残余尿量测定。

2. 可选的检查项目:若怀疑遗尿合并其他疾病,如胃肠道症状、体格智力发育异常和/或糖尿病,或疑有神经系统疾病等,可继续完善以下检查:①特殊查体,如神经系统检查、直肠指检;②其他检查,包括血常规、血生化、尿动力学、骨盆平片、脊髓 MRI 检查等。

##### (三) 问卷调查(可选)<sup>[3]</sup>

1. 临床症状评估量表(clinical managemet tool, CMT),见表 1。

2. 至少 3 d 的排尿日记。

#### 六、治疗

由于单症状夜间遗尿症患儿一般无器质性病变,治疗时应首先给予正确的教育和引导。本病可呈自限性,部分患儿随年龄的增加症状可逐渐消失,因此,对于 6 岁以前的患儿一般可不采取药物或其他特殊治疗。

##### (一) 教育和引导(推荐)<sup>[2-3,17,19]</sup>

1. 首先要强调夜间尿床不是孩子的错,避免其因此而受到指责,鼓励患儿进行正常的学习和生活。

2. 保证患儿的每日正常液体摄入量(表 2),日间不必限制其饮水,睡前 3~4 h 可适当减少液体入量。

3. 教育并监督患儿养成良好的排尿习惯(4~7 次/d),对于患儿的排尿尽量避免不必要的提醒。

4. 建议家长用日历详实记录每晚遗尿出现与否及发生次数,以便医生评估病情和判断疗效。

##### (二) 正确的夜间唤醒方法(推荐)

表 1 儿童单症状夜间遗尿症临床症状评估量表

|                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
| 夜晚是否有尿床?                   | 有 | 无 |
| 一晚尿床 ____ 次。一月中有 ____ 晚尿床。 |   |   |
| 年龄 ≥ 5 岁                   | 有 | 无 |
| 出现以下症状提示合并膀胱功能异常           |   |   |
| 日间是否有漏尿现象?                 | 有 | 无 |
| 小便漏出打湿内裤,出现在排尿前或排尿后? ____  |   |   |
| 间歇性发生还是持续性发生? ____         |   |   |
| 打湿的频率: ____ 次/d。           |   |   |
| 出现此症状有多长时间? ____           |   |   |
| 是否有尿频? 平均排尿 ____ 次/d。      | 有 | 无 |
| 是否有突发的难以憋忍的排尿感觉?           | 有 | 无 |
| 排尿前是否有等待?                  | 有 | 无 |
| 排尿是否费力?                    | 有 | 无 |
| 排尿时是否有尿线变细或中断?             | 有 | 无 |
| 是否有尿路感染史?                  | 有 | 无 |
| 是否有尿路和脊髓的疾病或发育畸形?          | 有 | 无 |
| 其他合并症                      |   |   |
| 排便是否正常?                    | 有 | 无 |
| 有无便秘(大便次数 ≤ 3 次/周)?        | 有 | 无 |
| 有无大便失禁?                    | 有 | 无 |
| 是否有精神心理疾病(抑郁症、自闭症等)?       | 有 | 无 |
| 是否有运动功能或学习能力障碍?            | 有 | 无 |
| 饮水习惯                       |   |   |
| 晚饭后至睡前是否饮水?                | 有 | 无 |
| 摄入液体的类型 ____。              |   |   |
| 饮水量约为 ____ ml。             |   |   |

表 2 不同年龄段儿童及青少年每日正常液体摄入量(ml/d)

| 性别 | 4 ~ 8 岁     | 9 ~ 13 岁    | 14 ~ 18 岁   |
|----|-------------|-------------|-------------|
| 男  | 1000 ~ 1400 | 1400 ~ 2300 | 2100 ~ 3200 |
| 女  | 1000 ~ 1400 | 1200 ~ 2100 | 1400 ~ 2500 |

1. 唤醒时机: 不要随意唤醒患儿排尿, 应当在膀胱充盈至即将排尿时将其唤醒。通过这种方法强化“夜间尿意——觉醒”的神经反射, 缩短遗尿的持续时间。

可参考以下方法判断膀胱已充盈可唤醒患儿排尿: ①患儿在安静睡眠中突然出现翻身或其他躁动表现; ②根据以往患儿出现遗尿的时间规律, 在即将遗尿前唤醒其排尿。

为使遗尿出现的时间较规律并方便家长掌握唤醒时间, 可要求患儿在生活上实行“三定”原则: 晚饭定时、睡眠定时、晚饭至睡前饮水定量。在“三

定”原则下, 夜间相应时间所产生的尿量相对稳定, 遗尿出现时间也将相对固定。

2. 清醒状态下排尿: 将患儿从睡眠中完全唤醒至清醒状态排尿。

(三) 遗尿报警器(可选)

遗尿报警器是一种可安放于床铺或患儿内裤的装置, 当遗尿发生时可发出警示(声响或震动等)达到唤醒患儿排尿的目的。其治疗遗尿症的机制: ①帮助患儿建立正常的睡眠中尿意觉醒机制; ②改善夜晚膀胱的储尿功能<sup>[20-21]</sup>。

适应证: 对于经教育和引导无效, 家长具有一定文化教育水平的患儿可考虑使用。

使用方法: 连续使用 2 ~ 3 个月一般可获得满意的疗效, 直到至少连续 14 个晚上无遗尿发生才可考虑停用<sup>[22]</sup>。在此期间应每 2 ~ 3 周对患儿进行随访, 以了解报警器的使用状况及患儿症状的改善情况。在停止使用报警器后若遗尿症状复发, 可再次使用以巩固疗效。若连续使用 2 ~ 3 个月后症状仍无明显改善, 可以考虑停止使用或加用醋酸去氨加压素<sup>[17]</sup>。

注意事项: 使用遗尿报警器需要在家长的长期帮助和监督下进行, 正确的设置、操作和维护报警器是治疗成功的关键。医生应向家长详述报警器的安装技巧和注意事项, 并确保其能使用得当<sup>[17]</sup>。

(四) 醋酸去氨加压素(可选)

醋酸去氨加压素是一种抗利尿激素类似物, 是目前治疗遗尿症的一线用药<sup>[23]</sup>。适应证: 尤其适用于有夜间多尿的遗尿症患儿。

用药方法: 目前国内常用的醋酸去氨加压素为口服片剂, 在睡前 1 h 给药, 常用剂量为 0.2 ~ 0.4 mg(不分年龄和性别)。经醋酸去氨加压素治疗后, 部分患儿短期内即可有症状改善, 但停药后症状容易反复, 因此一般需连续用药至少 3 个月<sup>[3, 17, 24]</sup>。

注意事项: 醋酸去氨加压素的不良反应较少, 长期用药较为安全, 但在大量饮水后服用可造成水中毒、低钠血症及惊厥<sup>[2, 17]</sup>。因此, 为保证用药安全, 推荐家长将患儿晚饭后至睡前液体摄入量控制在 200 ml 以内, 直至第 2 天清晨<sup>[2]</sup>。

(五) 抗胆碱能药物(可选)

适应证: 当遗尿报警器或醋酸去氨加压素治疗效果不佳时可考虑使用抗胆碱能药物治疗, 特别是对合并夜间逼尿肌过度活动的单症状遗尿症患儿常可取得满意的疗效<sup>[25-29]</sup>。

用药方法: 睡前口服索利那新或托特罗定(请

参照儿童剂量使用)。

注意事项:该药的主要不良反应为口干、便秘和排尿困难等,因此用药期间一定要嘱患儿保持良好的排尿习惯,家长也应注意观察患儿的排尿、排便情况及是否伴有发热,以便及时调整治疗方案<sup>[17]</sup>。

#### (六)三环类抗抑郁药(可选)

适应证:三环类抗抑郁药既往为治疗遗尿症的常用药物,但由于其不良反应较多,目前仅在患儿家庭不能负担遗尿报警器和醋酸去氨加压素或治疗失败后,才考虑使用<sup>[30-31]</sup>。

用药方法:睡前口服丙咪嗪 25 ~ 50 mg。对 9 岁以上的患儿可适当增加药物剂量<sup>[2]</sup>。

注意事项:三环类抗抑郁药的不良反应较多,主要有口干、便秘、排尿困难、恶心、失眠及情绪改变等。最严重的不良反应为心脏毒性,可出现晕厥、心悸、心律失常甚至猝死<sup>[2]</sup>。因此,其剂量必须严格控制,控制在安全范围内。

#### (七)生物反馈治疗(可选)

适应证:当教育引导和药物疗效不佳时可考虑使用生物反馈治疗。对膀胱尿道功能紊乱,特别是对合并有功能性膀胱容量减小的遗尿症患儿常可获得满意的疗效<sup>[32-33]</sup>。

治疗方法:将双腔测压尿管置入患儿膀胱内,生理盐水充盈膀胱,灌注速度按每分钟正常同龄儿童膀胱容量的 10% 计算。在膀胱充盈过程中,与双腔测压尿管连接的三通管将显示逼尿肌收缩情况和压力变化。当出现无抑制的膀胱收缩时,嘱患儿收缩盆底肌,通过激活会阴-延髓-逼尿肌反射弧,从而抑制逼尿肌收缩。通过反复训练,教会患儿如何收缩和放松盆底肌肉。总疗程为 3 个月,第 1 个月每周训练 1 次,后两个月每 2 周训练 1 次。训练结束后要求患儿每天进行至少 1 次的尽可能长时间的憋尿<sup>[32-33]</sup>。

注意事项:生物反馈治疗对改善原发性遗尿症患儿的最大尿流率和尿量、帮助建立正常的尿流曲线和调整逼尿肌-括约肌收缩协调性有一定作用。但治疗需要专用设备和软件,同时需要患儿对治疗有较好的依从性和一定的理解力,适用于年龄较大的患儿。

#### (八)其他(可选)

有学者认为一些中草药和针灸等也有助于缓解遗尿症状<sup>[34]</sup>,但循证医学证据尚不充分。

### 七、随访

#### (一)随访时间

目前对于遗尿症患儿治疗后的随访时间尚无统一标准,根据临床经验,可每 3 ~ 6 个月进行 1 次门诊随访。

#### (二)随访内容

1. 病史询问(推荐):①了解患儿夜间遗尿的发生频率有无减少;②患儿和监护人是否采取了正确的夜间唤醒方法;③若使用了遗尿报警器,需询问设备安装和使用是否正确,有无对患儿或家庭生活造成影响;④若使用药物治疗(首次随访时间为 1 个月),需询问服药是否规律,是否出现了相关不良反应,以便及时调整用药种类和剂量。

2. CMT 量表和排尿日记(可选)。

3. 尿常规(可选)。

4. 泌尿系 B 超 + 残余尿量测定(可选)。

### 八、预后

单症状夜间遗尿症可呈自限性,随年龄的增加每年约 15% 未经治疗的患儿的症状可以得到改善。绝大多数患儿在改善生活习惯、使用遗尿报警器或醋酸去氨加压素治疗后可治愈,即使有症状反复,二次巩固治疗也可获得满意的疗效。对少数治疗效果欠佳的患儿,一方面可尝试其他可选治疗方法,另一方面还应进一步深究是否存在潜在病因,如精神心理因素等。

### 参 考 文 献

- [1] Nevés T, Gontard von A, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society [J]. J Urol, 2006, 176:314-324.
- [2] Neveus T, Eggert P, Evans J, et al. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society [J]. J Urol, 2010, 183:441-447.
- [3] Vande Walle J, Rittig S, Bauer S, et al. Practical consensus guidelines for the management of enuresis [J]. Eur J Pediatr, 2012, 171:971-983.
- [4] Franco I, von Gontard A, De Gennaro M, et al. Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic nocturnal enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society [J]. J Pediatr Urol, 2013, 9:234-243.
- [5] Butler RJ, Heron J. The prevalence of infrequent bedwetting and nocturnal enuresis in childhood. A large British cohort [J]. Scand J Urol Nephrol, 2008, 42:257-264.
- [6] Hellström AL, Hanson E, Hansson S, et al. Micturition habits and incontinence in 7-year-old Swedish school entrants [J]. Eur J Pediatr, 1990, 149:434-437.
- [7] Laberge L, Tremblay RE, Vitaro F, et al. Development of parasomnias from childhood to early adolescence [J]. Pediatrics, 2000, 106:67-74.
- [8] Hirasing RA, van Leerdam FJ, Bolk-bennink L, et al. Enuresis Nocturna in Adults [J]. Scand J Urol Nephrol, 1997, 31:533-536.

- [9] Byrd RS, Weitzman M, Lanphear NE, et al. Bed-wetting in US children: epidemiology and related behavior problems [J]. *Pediatrics*, 1996, 98:414-419.
- [10] Ouédraogo A, Kere M, Ouédraogo TL, et al. Epidemiology of enuresis in children and adolescents aged 5-16 years in Ouagadougou (Burkina Faso) [J]. *Arch Pediatr*, 1997, 4: 947-951.
- [11] Lee SD, Sohn DW, Lee JZ, et al. An epidemiological study of enuresis in Korean children [J]. *BJU Int*, 2000, 85:869-873.
- [12] Chuang FC, Liu HT, Wang LY, et al. Overactive bladder changes with time: a 5-year longitudinal followup of changes in overactive bladder symptoms, urodynamic studies and urinary nerve growth factor levels [J]. *J Urol*, 2014, 192:458-463.
- [13] 文建国, 王庆伟, 文建军, 等. 儿童和青少年原发性夜间遗尿症患病率现状和回顾性调查 [J]. *中华小儿外科杂志*, 2007, 28:583-586.
- [14] Neveus T, Sillén U. Lower urinary tract function in childhood; normal development and common functional disturbances [J]. *Acta Physiol (Oxf)*, 2013, 207:85-92.
- [15] Fonseca EG, Bordallo AP, Garcia PK, et al. Lower urinary tract symptoms in enuretic and nonenuretic children [J]. *J Urol*, 2009, 182:1978-1983.
- [16] von Gontard A, Heron J, Joinson C. Family history of nocturnal enuresis and urinary incontinence: results from a large epidemiological study [J]. *J Urol*, 2011, 185:2303-2306.
- [17] O'Flynn N. Nocturnal enuresis in children and young people: NICE clinical guideline [J]. *Br J Gen Pract*, 2011, 61:360-362.
- [18] Caldwell PH, Deshpande AV, Gontard AV. Management of nocturnal enuresis [J]. *BMJ*, 2013, 347:f6259.
- [19] Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children [J/CD]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004; CD004668.
- [20] Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children [J/CD]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005; CD002911.
- [21] Butler RJ, Holland P, Gasson S, et al. Exploring potential mechanisms in alarm treatment for primary nocturnal enuresis [J]. *Scand J Urol Nephrol*, 2007, 41:407-413.
- [22] Oredsson AF, Jørgensen TM. Changes in nocturnal bladder capacity during treatment with the bell and pad for monosymptomatic nocturnal enuresis [J]. *J Urol*, 1998, 160: 166-169.
- [23] Glazener CM, Evans JH. Desmopressin for nocturnal enuresis in children [J/CD]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002; CD002112.
- [24] Schulz-Juergensen S, Rieger M, Schaefer J, et al. Effect of 1-desamino-8-D-arginine vasopressin on prepulse inhibition of startle supports a central etiology of primary monosymptomatic enuresis [J]. *J Pediatr*, 2007, 151:571-574.
- [25] Koşar A, Arıkan N, Dinçel C. Effectiveness of oxybutynin hydrochloride in the treatment of enuresis nocturna—a clinical and urodynamic study [J]. *Scand J Urol Nephrol*, 1999, 33:115-118.
- [26] Austin PF, Ferguson G, Yan Y, et al. Combination therapy with desmopressin and an anticholinergic medication for nonresponders to desmopressin for monosymptomatic nocturnal enuresis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial [J]. *Pediatrics*, 2008, 122:1027-1032.
- [27] Neveus T, Läckgren G, Tuvemo T, et al. Desmopressin resistant enuresis: pathogenetic and therapeutic considerations [J]. *J Urol*, 1999, 162:2136-2140.
- [28] 黎灿强, 邱敏捷, 徐乐. 应用小剂量索利那新治疗儿童遗尿症的体会 [J]. *国际儿科学杂志*, 2015, 43:436-438.
- [29] 曾文利, 周向军. 琥珀酸索利那新片联合行为疗法对成年人原发性夜间遗尿症的疗效 [J]. *国际儿科学杂志*, 2012, 22:60-61.
- [30] Gepertz S, Neveus T. Imipramine for therapy resistant enuresis: a retrospective evaluation [J]. *J Urol*, 2004, 171:2607-2610.
- [31] Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children [J/CD]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003; CD002117.
- [32] 赵海, 林涛, 李旭良, 等. 生物反馈和行为治疗儿童原发性遗尿症的对比研究 [J]. *国际儿科学杂志*, 2013, 34:595-598.
- [33] 汪庆玲, 徐虹. 生物反馈治疗在原发性遗尿患儿中的应用 [J]. *国际儿科学杂志*, 2006, 33:335-337.
- [34] Serel TA, Perk H, Koyuncuoglu HR, et al. Acupuncture therapy in the management of persistent primary nocturnal enuresis: preliminary results [J]. *Scand J Urol Nephrol*, 2009, 35:40-43.

(收稿日期:2015-10-13)

(本文编辑:霍红梅)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

## 关于不法分子冒用我刊名义建网站并征稿行骗的说明

近期我们发现有不法分子冒充《中华泌尿外科杂志》建立虚假网站,网址为 <http://1707.qksjk.com/>,误导医生在该网站在线投稿,并以收取版面预留费等名义骗钱非法牟利。为此,我刊特发表声明,我刊目前未设官网。郑重提醒广大作者,在向《中华泌尿外科杂志》投稿时,一定要登陆中华医学会首页 (<http://www.cma.org.cn/>),进入“业务中心”,在“杂志社远程稿件管理系统”中投稿,此为唯一路径。

本刊联系电话:010-65223499, Email:mnzz@263.net.cn。