国际前列腺症状(I-PSS)评分表

Dr. Fernando Gómez Sancha
ICUA · 马德里高级泌尿外科手术研究所

姓名（选填）： _____

年龄： _____ 岁

日期： ____ / ____ / 20____

填写说明： 请回顾您**过去30天内**的排尿情况。在每行圈选一个 **0 至 5** 的数字，填入右侧得分格，最后将7行分数相加，就诊时交给泌尿外科医生。

在最近一个月内，您是否有以下症状?	0 无	1 在五次中少于一次	2 少于半数	3 大约半数	4 多于半数	5 几乎每次	得分 (0–5)
1. 尿不尽 是否经常有尿不尽感?	0	1	2	3	4	5	
2. 尿频 两次排尿间隔是否经常小于两小时?	0	1	2	3	4	5	
3. 间断性排尿 是否曾经有间断性排尿?	0	1	2	3	4	5	
4. 尿急 是否有排尿不能等待现象?	0	1	2	3	4	5	
5. 尿线变细 是否有尿线变细现象?	0	1	2	3	4	5	
6. 排尿费力 是否需要用力及使劲才能开始排尿?	0	1	2	3	4	5	
7. 夜尿 从入睡到早起一般需要起来排尿几次? **(0=没有 · 1=1次 · 2=2次 · 3=3次 · 4=4次 · 5=5次)**	0	1	2	3	4	5	

症状总分（第1至7题之和）

IPSS 总分：_____ / 35

0 至 7 分 · 轻度症状
通常只需定期随访，并配合科学的饮水与生活习惯调整。

8 至 19 分 · 中度症状
建议完善尿流率与残余尿超声检查，并与医生讨论治疗方案。

20 至 35 分 · 重度症状
对生活影响明显：建议尽快由泌尿外科评估，及时保护膀胱逼尿肌。

8. 生活质量指数(QOL)评分表: 如果在您今后的生活中始终伴有现在的排尿症状，您认为如何?

0 高兴	1 满意	2 大致满意	3 还可以	4 不太满意	5 苦恼	6 很糟

两条重要医学提示： 1) IPSS 仅衡量排尿困扰程度，**绝不能用于诊断或排除前列腺癌**。2) 增厚的膀胱肌肉可能在早期默默代偿严重梗阻而症状较轻，须结合尿流率与残余尿量综合判断。

科学验证与文献来源： 中华医学会泌尿外科学分会 (Chinese Urological Association, CUA); 那彦群 (Na YQ), 主编. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南：良性前列腺增生诊断治疗指南 [Chinese Guidelines for Diagnosis and Treatment of Urological Diseases: Benign Prostatic Hyperplasia]. 北京: 人民卫生出版社 (People's Medical Publishing House).

3天（72小时）排尿与饮水日记

Dr. Fernando Gómez Sancha
ICUA · 马德里高级泌尿外科手术研究所

填写方法： 任选 **3个完整的24小时**（无需连续三天）。使用带毫升（ml）刻度的量杯，记录每次饮水与每次排尿量。**尿急**栏填：0 正常、1 轻度、2 强烈、3 漏尿。**N / M**栏：夜间醒来排尿填 N，**晨起第一次排尿**填 M（计入夜间产尿量）。

第 1 天 · 日期：____/____/_____

入睡：_____ | 起床：_____

时间	饮水 (ml)	尿量 (ml)	尿急 (0–3)	N / M

24小时总饮水量：_____ ml
24小时总排尿量：_____ ml
夜间产尿量 (N + M)：_____ ml

第 2 天 · 日期：____/____/_____

入睡：_____ | 起床：_____

时间	饮水 (ml)	尿量 (ml)	尿急 (0–3)	N / M

24小时总饮水量：_____ ml
24小时总排尿量：_____ ml
夜间产尿量 (N + M)：_____ ml

第 3 天 · 日期：____/____/_____

入睡：_____ | 起床：_____

时间	饮水 (ml)	尿量 (ml)	尿急 (0–3)	N / M

24小时总饮水量：_____ ml
24小时总排尿量：_____ ml
夜间产尿量 (N + M)：_____ ml

为什么这张表常常能改变诊断结论？ 如果睡眠期间产生的尿量（所有 N 加晨起第一次 M）超过**全天24小时总尿量的 33%**，则属于**夜间多尿症**（常见于睡眠呼吸暂停、下肢水肿回流或晚餐水分过多），单靠前列腺药物或前列腺手术无法解决。

慢性前列腺炎症状评分（CPSI） / 美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数（NIH-CPSI）

Dr. Fernando Gómez Sancha
ICUA · 马德里高级泌尿外科手术研究所

姓名（选填）： _____ **年龄：** _____ 岁 **日期：** ____ / ____ / 20____

请回顾您**过去一周**的症状，每项勾选一个最符合的答案，并分别汇总三大维度得分（疼痛 0–21 分、排尿症状 0–10 分、生活质量影响 0–12 分）。

疼痛或不适 (1)

1. 在上一周里，在下列部位是否感到疼痛和不适

a. 肛门与阴囊间	□ 是 (1)	□ 否 (0)
b. 睾丸	□ 是 (1)	□ 否 (0)
c. 阴茎头	□ 是 (1)	□ 否 (0)
d. 腰骶部、膀胱区	□ 是 (1)	□ 否 (0)

疼痛或不适 (2 · 3)

2. 上一周是否经历过

a. 排尿时疼痛或烧灼感	□ 是 (1)	□ 否 (0)
b. 射精时或其后感到疼痛或不适	□ 是 (1)	□ 否 (0)

3. 上一周，上述部位疼痛或不适的频度

□ 0 从不 □ 1 偶尔 □ 2 有时 □ 3 经常 □ 4 多数时候 □ 5 总是

4. 您觉得用哪个数字来描述您的疼痛或不舒服最合适？（0 = 无痛 · 10 = 最痛）

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. 上一周里排尿不净的感觉频度

□ 0 · 从不 □ 1 · 少于 1 / 5 的次数 □ 2 · 少于 1 / 2 的次数 □ 3 · 大约半数 □ 4 · 半数以上 □ 5 · 几乎总有

6. 上一周中，排尿后不到 2 小时又有排尿的感觉的频度

□ 0 · 从没有 □ 1 · 5 次中不到 1 次 □ 2 · 不足半数 □ 3 · 大约半数 □ 4 · 多于半数 □ 5 · 几乎总是

7. 上述症状是否影响你日常生活

□ 0 · 无影响 □ 1 · 仅有一点 □ 2 · 有一些 □ 3 · 很多

8. 你是否总在考虑着你的症状

□ 0 · 没有 □ 1 · 仅有一点 □ 2 · 有些时侯 □ 3 · 不时地在想

9. 如不治疗就这样过以后的生活，你怎么想？

□ 0 · 非常满意 □ 1 · 满意 □ 2 · 基本满意 □ 3 · 满意与不满意差不多各半 □ 4 · 基本上不满意 □ 5 · 不满意 □ 6 · 非常不满意

维度一 · 疼痛不适 (0–21)	维度二 · 排尿症状 (0–10)	维度三 · 生活质量 (0–12)	NIH-CPSI 总分 (0–43)
_____ / 21	_____ / 10	_____ / 12	_____ / 43

随访中总分下降**4 分及以上**代表具有临床意义的改善。超过 90% 的慢性前列腺炎属于非细菌性慢性盆腔疼痛综合征，培养阴性时反复使用抗生素并无益处。

科学验证与文献来源： 中华医学会泌尿外科学分会 (Chinese Urological Association, CUA); 那彦群 主编; 梁朝朝 (组长). 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南：前列腺炎诊断治疗指南（附录一：美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数 NIH-CPSI）. 北京: 人民卫生出版社, 2007 / 2011 / 2014.

国际勃起功能评分5项(IIEF-5)

Dr. Fernando Gómez Sancha
ICUA · 马德里高级泌尿外科手术研究所

姓名（选填）： _____

年龄： _____ 岁

日期： ____ / ____ / 20____

请根据您**过去 6 个月**的情况，每题勾选一项并计算 5 题总分。 **过去6个月**

1. 对阴茎勃起及维持勃起信心如何

□ 0 · 无 | □ 1 · 很低 | □ 2 · 低
□ 3 · 中等 | □ 4 · 高 | □ 5 · 很高

2. 受到性刺激后，有多少次阴茎能坚挺地进入阴道

□ 0 · 无性活动 | □ 1 · 几乎没有或完全没有 | □ 2 · 只有几次
□ 3 · 有时或大约一半时候 | □ 4 · 大多数时候 | □ 5 · 几乎每次或每次

3. 阴茎进入阴道后有多少次能维持阴茎勃起

□ 0 · 没有尝试性交 | □ 1 · 几乎没有或完全没有 | □ 2 · 只有几次
□ 3 · 有时或大约一半时候 | □ 4 · 大多数时候 | □ 5 · 几乎每次或每次

4. 性交时保持阴茎勃起至性交完毕有多大困难

□ 0 · 没有尝试性交 | □ 1 · 非常困难 | □ 2 · 很困难
□ 3 · 有困难 | □ 4 · 有点困难 | □ 5 · 不困难

5. 尝试性交有多少时候感到满足

□ 0 · 没有尝试性交 | □ 1 · 几乎没有或完全没有 | □ 2 · 只有几次
□ 3 · 有时或大约一半时候 | □ 4 · 大多数时候 | □ 5 · 几乎每次或每次

IIEF-5 总分	22–25	17–21	12–16	8–11	5–7
_____ / 25	勃起功能正常	轻度勃起功能障碍	轻至中度勃起功能障碍	中度勃起功能障碍	重度勃起功能障碍

临床提示：标准分级区间（5 至 25 分）适用于评估期内尝试过性交的男性；若因无性交尝试勾选 0 分项，请直接在门诊与泌尿外科医生沟通。
新发或加重的勃起功能障碍同时也是心血管与代谢健康的早期预警信号，目前已有成熟的阶梯式康复方案。

科学验证与文献来源： 陈孝平主编. 《外科学》(八年制) [M]. 北京: 人民卫生出版社 (People's Medical Publishing House), 2010 – 国际勃起功能评分5项(IIEF-5).

ICUA 控尿恢复与盆底肌康复记录表

Dr. Fernando Gómez Sancha
ICUA · 马德里高级泌尿外科手术研究所

姓名（选填）： _____

年龄： _____ 岁

日期： ____ / ____ / 20____

ICUA 临床专用随访表，用于客观记录前列腺术后控尿恢复过程，并科学安排不造成肌肉疲劳的外括约肌训练。

1. 近期控尿状况（过去 7 天）

每 24 小时平均使用护垫/尿垫数量：

□ 0 片（完全干爽，无需护垫） □ 仅用 1 片薄护垫以防万一（保持干爽） □ 每天 1 片 □ 每天 2 片 □ 每天 3 片及以上

更换护垫时的常见潮湿程度：

□ 干爽 □ 用力时偶有几滴 □ 中度潮湿 □ 明显湿透

漏尿通常发生在哪些时刻？（可多选）：

□ 咳嗽、打喷嚏或大笑时
□ 快走、提重物或运动时
□ 尿急来不及走到洗手间时
□ 从椅子或床上起身站立时
□ 傍晚因括约肌疲劳而出现
□ 夜间睡眠期间

2. 每周盆底肌康复打卡表（每日 3 组 × 10 次方案）

精准收缩尿道外括约肌 5–8 秒（保持臀部与腹部放松，自然呼吸），随后彻底放松 10 秒。日常务必使用**预收缩技巧（Knack）**：在咳嗽、起身或提重物前半秒提前收紧括约肌。

星期	早晨（10次）	中午（10次）	傍晚（10次）	用力前已做预收缩	今日护垫数
星期一	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□	_____
星期二	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□	_____
星期三	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□	_____
星期四	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□	_____
星期五	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□	_____
星期六	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□	_____
星期日	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□	_____

术后安全铁律： **留置导尿管期间严禁进行盆底肌收缩训练**；必须待拔除导尿管并经泌尿外科医生或康复师确认后方可开始。过度密集训练反而会使括约肌疲劳、加重傍晚漏尿。

我的“5行”关键诊断摘要卡与就诊提问清单

Dr. Fernando Gómez Sancha
ICUA · 马德里高级泌尿外科手术研究所

本表用途： 若您因 PSA 升高正在排查，或刚拿到前列腺穿刺病理报告，与泌尿外科医生一起填好这 **5行核心信息**，即可清晰掌握病情全貌，从容比较各种方案。

1 PSA 变化趋势与相关指标

最近3次 PSA 数值（ng/ml 及日期）：

游离 PSA % / PHI / 4K 指标：

PSA 密度（理想值 < 0.15）：

2 前列腺体积与多参数磁共振（mpMRI）

前列腺体积（cc 或 g）：

PI-RADS 评分（1 至 5 分）：

包膜与精囊是否完整？：

3 前列腺穿刺活检：病理显微镜分级

ISUP 分级组（1 至 5 组）：

Gleason 评分（如 3+3、3+4）：

阳性针数 / 总针数及最高占比 %：

4 临床分期（T · N · M）与家族遗传史

临床分期（如 cT1c / cT2 N0 M0）：

影像评估（CT / 骨扫描 / PSMA-PET）：

家族史 / BRCA2 基因检测：

5 总体风险分层与重要日常用药

EAU 风险分层：

是否服用非那雄胺/度他雄胺？（真实 PSA≈×2）：

是否服用抗凝药 / 抗血小板药？：

就诊前可勾选并携带给医生的关键问题

- □ 我的排尿症状主要来自前列腺梗阻、膀胱功能问题，还是夜间多尿症？
- □ 如果接受良性前列腺增生手术，该技术10年后的真实再次手术率是多少？
- □ 手术切除的组织是否会全部送交病理科进行显微镜检查？
- □ 围手术期应如何安全地调整我的抗凝药或阿司匹林类药物？
- □ 我是否适合安全地选择“主动监测”，而不会错过最佳根治时机？
- □ 在机器人根治手术与放疗之间，哪种方案的后遗症特点更符合我的生活需求？
- □ 您的医疗团队每年开展多少例同类型的手术或治疗？
- □ 我有多少周的宽裕时间可以安心考虑或寻求第二诊疗意见？

请在此自由记录您希望向泌尿外科医生咨询的所有问题（不限题数）：

PSA 长期随访护照与用药安全警示卡

Dr. Fernando Gómez Sancha
ICUA · 马德里高级泌尿外科手术研究所

姓名（选填）： _____ **年龄：** _____ 岁 **日期：** ____ / ____ / 20____

单次 PSA 数值意义有限，真正指导临床决策的是**PSA 随时间的变化趋势**以及**PSA 密度（总 PSA 除以前列腺体积 cc**，通常低于 `0.15 ng/ml/cc` 较为安心）。

日期与检验机构	总 PSA (ng/ml)	游离 PSA (%)	前列腺体积 (cc)	PSA 密度 (PSA/体积)	最大尿流率 Qmax	残余尿 (ml)	是否服 5-ARI / 备注

我目前服用的泌尿科及日常药物（药名与剂量）：

随身携带的三项关键用药安全提示

1. 白内障手术与 α 受体阻滞剂（坦索罗辛、赛洛多辛、阿夫唑嗪、多沙唑嗪）：
即使数月或数年前已停药，做白内障手术前也务必告知眼科医生（预防术中虹膜松弛综合征 IFIS），以便眼科提前做好安全准备。

2. 非那雄胺与度他雄胺（或坦索罗辛+度他雄胺复方胶囊）：
服药满 6 个月后会使血液 PSA 数值降低约一半。评估真实可比 PSA 时需将化验单数值乘以 2；服药期间若 PSA 持续回升须及时就医。

3. 抗凝药与抗血小板药物：
请在此记录阿司匹林、氯吡格雷、华法林、阿哌沙班、利伐沙班、达比加群或艾多沙班等药物。穿刺活检或手术前切勿自行停药，必须遵循多学科衔接方案。