

انجمن علمی بی‌اختیاری ایران (کنترل دفع)

**Iranian Continence Society**

**(Ir.C.S)**

راهنمای کشوری درمان بی‌اختیاری  
ادرار در زنان بالغ  
(خلاصه توصیه‌ها)

کنگره بین‌المللی اورولوژی ایران

اردیبهشت 1388

متخصصین مشاور:

- خانم دکتر شریفی اقدس

- خانم دکتر امامی

- خانم دکتر حاج ابراهیمی

- خانم دکتر شاداب

- خانم دکتر عزیز جلالی

نسخه سرکار خانم دکتر :

### مقدمه

بی‌اختیاری ادرار (UI) به عنوان یکی از مشکلات شایع در همه گروه های سنی خانم ها با طیف وسیعی از شدت و نوع بالینی مشاهده می شود. بی‌اختیاری مشکلات جدی و عدیده ای را از نظر جسمی، روانی و اجتماعی برای بیمار ایجاد می کند. تاثیر آن حتی ممکن است بر اطرافیان ایشان با شدت بیشتری دیده شود و در ضمن این بیماری مستلزم صرف هزینه های زیادی می باشد.

بی‌اختیاری ادرار عبارت است از " شکایت از هر گونه نشت غیرارادی ادرار". این عارضه ممکن است در نتیجه عملکرد غیر طبیعی مجرای خلفی ادراری و یا سایر بیماری های هائی باشد که منجر به بی‌اختیاری ادرار گردند. بی‌اختیاری ادرار ناشی از عملکرد غیر طبیعی مجرای مثانه به شکل بالینی فشاری یا استرس (stress incontinence)، فرم اضطراری (urge incontinence) و فرم مخلوط (mixed incontinence) می باشد.

- بی‌اختیاری فشاری (Stress Urinary Incontinence: SUI) به معنای دفع ناگهانی ادرار در زمان افزایش داخل شکم مثل خندیدن، سرفه کردن و تغییر وضعیت بدن است.

● بی‌اختیاری اضراری به معنای ریزش ناگهانی ادرار که با اضرار و فوریت همراه است (تمایل ناگهانی در دفع که خودداری از آن مشکل است).

● بی‌اختیاری مخلوط به ریزش غیرارادی ادرار همراه با اضرار و زور، کار کردن، سرفه، و یا عطسه کردن ایجاد می‌شود.

مثانه بیش‌فعال یا (Over Active Bladder: OAB) که منجر به اضرار دردفع با و یا بدون بی‌اختیاری اضراری می‌گردد و اغلب با تکرر روزانه و شبانه ادرار همراه است، اطلاق می‌شود. مثانه بیش‌فعال با بی‌اختیاری اضراری "مثانه بیش‌فعال تر یا خیس" و مثانه بیش‌فعال بدون بی‌اختیاری اضراری "مثانه بیش‌فعال خشک" گفته می‌شود.

هدف در این راهنمایی درمانی، مدیریت و درمان بی‌اختیاری فشاری ادرار، مثانه بیش‌فعال و بی‌اختیاری مخلوط در زنان بالغ می‌باشد. سایر انواع بی‌اختیاری ادراری مانند بی‌اختیاری ناشی از فیستول و یا علل نورولوژیک در این مطالعه مطرح نمی‌شود.

این راهنما سعی در ارائه بهترین پیشنهادات بنابر شواهد علمی موجود به منظور درمان بی‌اختیاری ادرار در زنان بالغ را دارد.

## 1

درمان و مراقبت باید با توجه به نیاز فردی هر خانم، در نظر گرفته شود. اطلاعات لازم در مورد نوع درمان باید به زنان با بی‌اختیاری ادرار داده شود. برقراری ارتباط مناسب بین متخصص و زنان ضروری می‌باشد. اطلاعات باید متکی بر شواهد و براساس نیاز هر فرد باشد. درمان، مراقبت و اطلاعاتی که به بیمار داده می‌شود بایستی با توجه به فرهنگ آن جامعه باشد. همچنین به زنانی که به کمک‌های بیشتری جهت درمان نیاز دارند توجه شده و اطلاعات مناسب نیز به مراقبین و بستگان این بیماران داده شود.

## فهرست پیشنهادات، توصیه ها و برنامه های عملی

### اولویتهای اجرایی

در ارزیابی‌های اولیه بالینی، نوع بی‌اختیاری ادراری زنان، باید مشخص شود:

- بی‌اختیاری ادراری فشاری Stress UI،
- بی‌اختیاری ادراری مخلوط Mixed UI،
- بی‌اختیاری ادراری اضطراری/مثانه بیش فعال Urge UI/OAB.

تقسیم بندی فوق که براساس علائم بالینی و تاریخچه بیماری تعریف شده برای شروع درمان های غیرتهاجمی معتبر و کافی می باشد.

**- گزارش کارکرد روزانه مثانه (bladder diary – volume chart):** تعداد و حجم دفعی ادرار هر بار در 24 ساعت **باید** در بی‌اختیاری ادراری استفاده شود. به زنان توصیه می شود که حداقل به مدت سه روز این گزارش را برای نشان دادن تغییرات کارکرد روزانه مثانه در طی فعالیت های روزانه خود (کاری و غیر کاری) تکمیل نمایند. این روش در بررسی عملکرد روزانه مثانه و دفعات بی‌اختیاری ادرار بسیار قابل اعتماد است. به منظور عملی بودن این برنامه، یک برنامه گزارش کارکرد روزانه مثانه در منزل و یکی دیگر در محل کار (روز کاری) پیشنهاد می شود. در غیر این صورت یک مورد منزل کافی است.

**- بررسی های یورودینامیک** قبل از درمان های غیر تهاجمی پیشنهاد نمی شود.

انجام بررسی های یورودینامیک براساس موارد زیر قبل از جراحی توصیه می شود:

- شك به بیش فعالی مثانه مقاوم به درمانهای غیر تهاجمی.

● سابقه عمل جراحی های قبلی بی‌اختیاری ادرار یا افتادگی مثانه (پرولاپس)

● بیمارانی که از مشکل در دفع ادرار شاکی هستند.

در بیمارانی که فقط بی‌اختیاری ادراری فشاری دارند، نیاز به بررسی های یورو دینامیک قبل از عمل نیست.

بررسی های یورو دینامیک زمانی قابل ارزش هستند که تشخیص های بالینی قبل از جراحی مبهم باشند یا چنانچه درمان جراحی اولیه موفقیت آمیز واقع نشده باشد.

### 3

اولین مرحله درمان در موارد بی‌اختیاری فشاری ادراری و مخلوط، آموزش عضله کف لگن با تمرینات مناسب توسط فیزیوتراپیست متخصص حداقل بمدت 3 ماه است. بدین منظور نیروی متخصص و کافی باید برای این مهم تربیت شود.

- آموزش مثانه (bladder training) که باید حداقل برای 6 هفته انجام گردد، اولین مرحله درمان بی‌اختیاری ادرار به علت بیش فعالی و بی اختیاری مخلوط می باشد.

- تمرین عضله کف لگن باید به زنان در اولین حاملگی اشان بعنوان روش پیشگیری بی‌اختیاری ادرار پیشنهاد شود.

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند آموزش عضله کف لگن در طول اولین حاملگی بروز بی‌اختیاری ادرار بعد از زایمان را کاهش می‌دهد.

آموزش مثانه (bladder training) درمانی موثر در بی‌اختیاری ادرار از نوع مخلوط و اضطرابی بوده و نسبت به درمان با داروهای آنتی ماسکارنیک ارجحیت دارد.

- داروهای مورد استفاده: تجویز فوری اکسی‌بوتینین در خانم های مبتلا به بیش فعالی مثانه یا بی‌اختیاری از نوع مخلوط توصیه می گردد. اگر اکسی بوتینین برای بیمار قابل تحمل نبود از دتروزیتول برای بیمار می توان استفاده کرد.

مدرك مهمي دال بر تفاوت قابل توجه باليني در میزان تاثیر بین داروهای آنتی‌ماسکارنیک ذکر نشده است. در حال حاضر اکسی بوتینین و tolterodine به ترتیب با صرفه تر و قابل دسترس تر می باشند.

در صورتیکه درمان های غیر تهاجمی برای بی‌اختیاری فشاری ادرار بیمار موثر نبوده از روش های جراحی مانند mid-urethral tape از راه پشت پوبیس و پائین به بالا "bottom-up" توسط مش ماکروپوروس پلی پروپیلین polypropylene meshes macroporus(type1) استفاده می شود. روشهای جراحی نوار زیر مجرا از سوراخ سدادی (TOT-TVT) نیز توصیه می شود.

جراحی تعلیق دیواره فوقانی واژن Burch Colposuspension با جراحی باز بعنوان روش جایگزین توصیه می شود.

توصیه می گردد اعمال جراحی در بی اختیاری ادرار توسط تیم های آموزش دیده یا جراحانی انجام گیرد که در این کار مهارت کافی را دارا هستند. مهارت جراح یکی از عوامل مهم در موفقیت درمان است.

#### 4

### تشخیص و اقدامات اولیه

#### سابقه بیماری و معاینه بالینی

گام اول تشخیص نوع بی اختیاری ادراری بیمار است:

• بی اختیاری فشاری (Stress UI)

• بی اختیاری OAB / Urge

• بی اختیاری Mixed مخلوط اضطراری/بیش فعالی مثانه

در بی اختیاریهای Mixed، بی اختیاری قالب باید تحت درمان قرار گیرد.

در بررسی اولیه بالینی عوامل موجب بی اختیاری یا تشدید کننده آن و همچنین علائم دیگر بالینی که نیاز به مشاوره و درمان خاص دارند باید تشخیص داده شوند.

#### ارزیابی عضلات کف لگن:

قبل از شروع فیزیوتراپی باید قدرت انقباض عضلات کف لگن با معاینه واژینال توسط دو انگشت برآورد شود.

#### ارزیابی پرولاپس:

خانمهایی که پرولاپس مثانه، رحم یا رکتوم (افتادگی) تا محل دهانه واژن داشته یا از آن خارج شده است باید به متخصص زنان ارجاع شوند.

#### آزمایشات ادراری:

آزمایش کامل ادرار باید برای تمام خانمهایی که بی اختیاری ادراری دارند، انجام شود و وجود خون، قند، پروتئین، گلبول سفید و نیتريت مشخص شود.

#### در صورت وجود علائم عفونت ادراری :

عفونت ادراری در خانمهایی که علائم بالینی دارند و درآزمایش کامل ادرار گلبول سفید داشته و نیتريت مثبت است باید نمونه وسط ادرار برای

کشت و آنتی بیوگرام گرفته شود و بیمار با آنتی بیوتیک مناسب درمان شود.

## 5

در بیمارانی که علائم بالینی عفونت ادراری ندارند اما در آزمایش کامل ادرار آنان گلبول سفید و نیتريت مثبت است نباید بدون جواب کشت ادرار تحت درمان آنتی بیوتیک قرار گیرند.

در خانمهایی که علائم بالینی عفونت ادراری ندارند و گلبول سفید و نیتريت هم در آزمایش کامل ادرار یافت نشود، نباید نمونه برای کشت فرستاده شود.

### ارزیابی باقیمانده ادرار

در بیمارانی که علائم اختلالات دفع ادرار و یا عفونت مکرر دارند باید باقیمانده ادرار پس از دفع توسط سوند اندازه گیری شود.

خانمهایی که پس از دفع ادرار در معاینه شکم یا لگن، مثانه قابل لمس دارند باید به متخصص مربوطه ارجاع شوند.

### چه زمانی باید بیماران را ارجاع داد؟

خانمهایی که همراه با بی اختیاری ادرار یکی از موارد ذیل را دارند باید فوری به متخصص مربوطه ارجاع شوند:

- همچوری میکروسکوپیک<sup>۱</sup> در خانمهای 50 سال به بالا
- خون قابل مشاهده در ادرار
- عفونت ادرار مکرر یا مقاوم به درمان همراه با همچوری در خانمهای 40 سال به بالا
- شک به توده بدخیم مجاری ادراری
- 

### اندیکاسیون ارجاع (غیر فوری)

- پرولاپسهای که در سطح دهانه واژن یا پائینتر از آن باشد.
- مثانه قابل لمس در معاینه شکم (معاینه دو دستی) پس از دفع ادرار.

۱ همچوری که توسط میکروسکوپ تشخیص داده شده و با چشم دیده نمی شود.

در مواقع ذیل نیز برای بیمارانی که بی اختیاری ادرار دارند ارجاع به متخصص باید در نظر گرفته شود:

- دردهای دائمی و مقاوم مثانه و مجرای ادراری
- توده های لگن در معاینه بالینی
- بی اختیاری مدفوعی
- شک به بیماری نورولوژیک
- مشکلات دفعی ادرار
- شک به فیستول ادراری تناسلی
- سابقه جراحی بی اختیاری ادرار
- سابقه جراحی سرطان لگن
- سابقه پرتودرمانی لگن

### ارزیابی کمی و کیفی علائم و اثربخشی آن در زندگی بیمار

قبل از اقدامات درمانی باید ارزیابی کیفیت زندگی توسط پرسشنامه هایی مخصوص انجام داده شود. (ضمیمه)

### گزارش کارکرد روزانه مثانه :

از گزارش کارکرد روزانه مثانه باید در ارزیابی اولیه بیمارانی که بی اختیاری ادراری یا بیش فعالی مثانه دارند استفاده شود. گزارش کارکرد مثانه حداقل 2 روزه است که باید یک روز کار و یک روز استراحت را در بر گیرد.

### Pad testing (ارزیابی میزان بی اختیاری ادراری توسط نوار بهداشتی)

در ارزیابی رایج توصیه نمی شود.

### UDS یا بررسی یورودینامیک:

بررسی یورودینامیک، قبل از درمانهای غیر تهاجمی توصیه نمی شود.

## 7

در بیمارانی که بی اختیاری فشاری (استرسی) ادرار مشخص در معاینه بالینی دارند، نیاز به بررسی یورودینامیک ندارند.

مطالعه یورودینامیکی قبل از عمل در موارد ذیل توصیه می شود:

- زمانی که علائم بالینی مشکوک به بیش فعالی مثانه دارند.
- بیمار سابقه عمل جراحی بی اختیاری فشاری یا سیستوسل دارد.



- یا اختلال در دفع ادرار دارد.

### سایر آزمایشات بالینی برای بررسی قابلیت مجرا:

آزمایشات بالینی QTIP، Bonney، Marshal و Fluid-Bridge در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادرار توصیه نمی شود.

### سیستوسکپی:

در ارزیابی اولیه بیمارانی که فقط بی اختیاری ادرار دارند توصیه نمی شود.

### رادیولوژی:

X ray، CT Scan، MRI اندیکاسیون ندارند.

سونوگرافی جز برای برآورد باقیمانده ادرار اندیکاسیون دیگری ندارد.

## مدیریت درمان های غیرتهاجمی در بی اختیاری ادراری زنان بالغ (Conservative management)

### 1- تغییر در سبک و روش زندگی (Life style interventions)

- حذف یا کاهش میزان چای، قهوه و کاکائو و نوشابه های کافئین دار و انرژی زا
- توصیه به ترک سیگار
- توصیه های کاهش، افزایش یا تغییرات در نحوه استفاده از مایعات بر حسب عادات بیمار
- به بیمارانی که مثانه بیش فعال یا بی اختیاری ادرار دارند و شاخص توده بدن آنان (BMI) بیش از 30 است، باید کاهش وزن توصیه شود.

- توصیه به بیمار در جهت داشتن برنامه منظم ورزشی، رعایت یک رژیم غذایی مناسب در رفع یبوست و دریافت مواد مغذی
- توصیه به بیماران در رفع موانع دسترسی به توالت در جهت ایمنی بیمار و امکان دسترسی سریع

بسیاری از مطالعات در سال های اخیر اثر سیگار را در بروز و شیوع بی اختیاری ادرار تایید کرده اند، بنابراین جزو توصیه ها آورده شده است. همچنین مطالعات بسیاری انجام فعالیت های ورزشی، رعایت رژیم غذایی مناسب در رفع یبوست و حاوی مواد مغذی را در کنترل بی اختیاری ادرار موثر دانسته اند که به عنوان توصیه ذکر شده است. از آنجایی که بسیاری از بیماران از شهرهای کوچک مراجعه می کنند و اظهار می کنند که توالت ها در خارج از خانه ها قرار دارد، توصیه آخر در جهت ایمنی بیمار به خصوص برای افراد مسن، بیان شده است.

## 2- فیزیوتراپی (Physical therapies)

- آموزش عضلات کف لگن ( Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) و تمرینات ثبات دهنده کمری- لگنی تحت نظر متخصص فیزیوتراپی به مدت حداقل سه ماه برای زنان مبتلا به بی اختیاری فشاری ادراری یا مخلوط توصیه می شود.

## 9

- از آن جهت که تمرین می تواند نقش مهمی در درمان غیرجراحی اختلال عملکرد در ناحیه کف لگن داشته باشد و با توجه به شواهد به دست آمده، این توصیه به عنوان اولین روش درمانی ذکر شده است.
- برنامه های آموزش کف لگن باید حداقل شامل هشت انقباض که سه بار در روز تکرار می شوند یعنی 24 تمرین که تا 100 تمرین در روز برسند.
- نحوه صحیح انجام تمرینات عضلات کف لگن باید با معاینه واژن توسط انگشت در حین تمرین و یا از طریق بیوفیدبک تایید شود.
- در صورت موثر بودن برنامه فیزیوتراپی، یک برنامه تمرینی مناسب باید به بیمار ارائه شود که به طور روزانه و مرتب انجام دهد.
- خانم هایی که تحت بازآموزی عضلات کف لگن قرار دارند به طور مرتب پیگیری شوند تا اگر نتیجه درمان مطلوب نیست روش دیگری در مورد ایشان اجرا گردد.

- تمرینات تحت عنوان kegel به عنوان يك درمان كمكي براي مٲانه بيش فعال مي تواند به كار برده شود ولي تنها درمان پيشنهادي براي اين علائم نيست
- پرينومتري و يا الكتروميوگرافي كف لگن نبايد به طور رايچ همراه با آموزش كف لگن براي بيمار انجام داده شود.
- با وجود اين كه تحريك الكتريكي (FES) به عنوان يك روش مستقل مطالعه نشده است، مي توان به عنوان يك روش درماني كمكي براي آموزش عضلات كف لگن از آن استفاده نمود. خصوصا در بيماراني كه از نظر تشخيص عضلات كف لگن و منقبض نمودن آنها مشكل دارند.
- تحريك الكتريكي نبايد به طور رايچ در درمان زنان مبتلا به مٲانه بيش فعال استفاده گردد.
- همچنين تحريك الكتريكي نبايد به طور رايچ با آموزش عضلات كف لگن همراه باشد.
- مخروط هاي مهبل (vaginal cones) به عنوان يك روش براي آموزش مٲانه در زنان مبتلا به بي‌اختياري فشاري ادرار توصيه مي گردد.

## 10

### 3- رفتار درماني (Behavioral therapy)

- از آن جاييكه آموزش مٲانه در زنان بالغ در ايران هزينه كمترى نسبت به درمان دارو هاي antimuscarinic دارد و عوارضي نيز ندارد، لذا آموزش مٲانه به مدت حداقل 6 هفته به عنوان اولين روش درماني براي زنان مبتلا به بي‌اختياري اضطراري ادرار يا مخلوط توصيه مي شود.
- نظر به اينكه آموزش مٲانه عوارضي نداشته و اثربخشي با لائي دارد براي كنترل مٲانه بيش فعال توصيه مي شود.
- چنانچه در برخي از زنان مبتلا به بي‌اختياري ادرار، نتايج برنامه هاي آموزش مٲانه موثر و رضايتمند نباشد و تكرر ادرار مشكل زا شده بود، مي توان داروهاي antimuscarinic را با اين روش درماني همراه نمود.
- در زناني كه بي‌اختياري ادراري همراه با اختلالات درك و هوشياري است، برنامه هاي آموزشي "تخليه سريع مٲانه" و زمان بندي تخليه ادرار (prompted, timed voiding) به عنوان يك روش براي کاهش نشت ادرار توصيه مي گردد.

#### 4- آموزش عضلات کف لگن در دوران حاملگی (Pelvic floor muscle training in pregnancy)

- جهت پیشگیری و درمان بی‌اختیاری ادرار در زنان باردار و پس از زایمان آموزش عضلات کف لگن در حاملگی اول موثر می‌باشد. توصیه می‌گردد در برنامه مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان مادران، آموزش عضلات کف لگن گنجانده شود.

#### 5- درمان‌های دارویی:

##### 5-1: در زنان دچار بی‌اختیاری از نوع مثانه بیش‌فعال و یا

##### خلوط

- در صورتیکه درمان‌های غیرتهاجمی مثانه تأثیری در بهبودی نداشته باشد اکسیبوتینین از نوع سریع‌الاث‌ر اولین خط درمان می‌باشد.
- چنانچه اکسیبوتینین قابل‌تحم‌ل نباشد تولت‌رودین به عنوان خط دوم درمان توصیه می‌شود.
- ای‌می‌پ‌رامین نباید در درمان بی‌اختیاری از نوع مثانه بیش‌فعال تجویز شود.
- لازم است بین روش‌های غیرتهاجمی و دارودرمانی از نظر اث‌ربخشی بالینی و ارزش اقتصادی مقایسه بعمل آید.

#### 11

- دسمپ‌رسین برای کاهش شب‌ادراری در زنانی که دچار بی‌اختیاری ادرار یا مثانه بیش‌فعال هستند و از این علائم رنج می‌برند را می‌توان توصیه نمود.

##### 5-2: درمان دارویی در بی‌اختیاری فشاری ادرار

- توصیه دالوکسیتین (Duloxetine) اولین خط درمانی برای زنان دچار بی‌اختیاری فشاری نیست و نباید بطور رایج به عنوان دومین انتخاب در بی‌اختیاری فشاری تجویز شود اگرچه در بیمارانی که ترجیح می‌دهند جراحی نشوند و درمان دارویی را انتخاب کرده‌اند توصیه می‌شود ولی عوارض دارو باید گوشزد شود.
- استروژن واژینال در زنان منوپوز دچار آتروفی واژن و مثانه بیش‌فعال توصیه می‌شود.
- درمان سیستمیک خوراکی استروژن برای بی‌اختیاری ادراری پیشنهاد نمی‌شود چون می‌تواند باعث بدتر شدن بی‌اختیاری استرسی شود و حتی در زنانی که بی‌اختیاری ندارند دچار بی‌اختیاری شوند. درمان استروژن همراه پروژسترون هم برای بی‌اختیاری پیشنهاد نمی‌شود.

## 6- مداخلات غیردرویی (Non-therapeutic interventions)

- پد، پوشک، پوشینه بزرگسالان، لوله ادراری و لگن نباید به عنوان درمان بی اختیاری ادراری توصیه شود. 0.

و فقط در موارد ذیل مصرف شوند:

\* مداوای موقت تا زمان درمان قطعی به عنوان درمان مکمل به همراه درمانهای مداوم.

\* مدیریت دراز مدت بی اختیاری ادراری در صورت عدم استفاده از درمانهای موجود.

- **کاتتریزاسیون مثنانه** ( دائمی از طریق مجرا، متناوب CIC و یا کاتتر از بالای مثنانه) فقط در بیمارانی قابل استفاده است که احتباس مزمن موجب بی اختیاری، عفونت های مکرر ادراری و یا نارسایی کلیوی می شود و اقدامات درمانی دیگر امکان پذیر نمی باشند. اعضای تیم درمان بایستی آگاه بوده و به زنان مبتلا نیز توضیح دهند که استفاده از کاتتریزاسیون متناوب CIC در مبتلایان به بی اختیاری ادراری Urge ممکن است به کنترل کامل ادرار منجر نشود.

### 12

- **کاتتریزاسیون متناوب CIC** به زنانی توصیه می شود که احتباس مزمن مثنانه داشته و قادر به یادگیری تکنیک انجام کاتتریزاسیون توسط خود می باشند و یا مراقبی دارند که آن شخص قادر است که این عمل را انجام دهد.

- باید ملاحظات خاصی جهت عوارض درازمدت سوندهای مداوم مجرای ادراری در نظر گرفته شود.

- فواید و عوارض این روش باید به بیمار و در صورت نیاز به کسی که از او مراقبت می کند نیز توضیح داده شود.

- موارد استفاده کاتتریزاسیون مداوم مجرا در درازمدت در بیمارانی که بی اختیاری ادراری دارند شامل:

\* احتباس مزمن ادراری در زنانی که قادر به انجام CIC نمی باشند.

\* آسیب های پوستی، زخم های فشاری و التهابات پوستی که با ادرار آلوده می شوند.

\* اضطراب و اختلال در آسایش بیمار که در نتیجه تعویض های مکرر لباس و ملافه های فرد می باشد.

\*زمانی که فرد این نوع درمان را ترجیح می‌دهد.

- کاتترهای دایمی سوپراپوبیک به جای کاتتریزاسیون مداوم مثانه از طریق مجرا ارجحیت دارد.
- اعضای تیم درمان بایستی این موضوع را مدنظر داشته و به فرد مبتلا نیز توضیح دهند که این روش نسبت به کاتترهای مداوم مجرا با میزان خطر کمتری از ابتلا به عفونت ادراری علامت دار و پس زدن ادرار از اطراف کاتتر " Bypassing " و عوارض مجرا برخوردار است.
- وسایل داخل واژنی و یا داخل مجرای جهت درمان معمول در زنان با بی اختیاری ادراری توصیه نمی‌شوند. نباید استفاده از این وسایل را جهت پیشگیری از نشت ادرار در مواقع خاص مانند فعالیت های بدنی به زنان توصیه نمود.
- اعضای تیم درمان باید در ارتباط با مشکلات همراه با بی اختیاری ادراری آگاه بوده و نحوه رفع این مشکلات را آموزش دهند. بوی ناشی از ادرار و مشکلات پوستی در محل پرینه را می‌توان به آسانی با کمک طب سنتی و استفاده از گیاهان دارویی و توصیه هایی ساده در ارتباط با عادات غذایی برطرف نمود.

13

#### 7- مشکلات جنسی در زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار (Sexual problems in women with urinary incontinence)

- عملکرد جنسی از اجزا مهم در ارزشیابی قبل و بعد از درمان جراحی بی‌اختیاری فشاری ادرار است.
- در عملکرد بالینی بی‌اختیاری ادرار حین آمیزش باید مورد توجه قرار گیرد.
- بی‌اختیاری ادراری حین دخول در 80% موارد با جراحی در موارد بی‌اختیاری فشاری قابل درمان است.
- بی‌اختیاری ادراری حین ارگاسم (ارضای جنسی) در 60% موارد بیش فعالی دتروسور با **antimuscarinic** قابل درمان است.
- برای پیشگیری از تخریب روابط زناشویی، مشاوره برای سازگاری در ارتباطات جنسی با وجود بی‌اختیاری ادرار قویا توصیه می‌گردد.
- رفتار درمانی و جراحی تاثیر یکسانی بر عملکرد جنسی زنان دارد.

(با محدودیت مطالعات و عدم ثبت مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی RCTs در پایگاه *Cochrane*، این پیشنهادات مبتنی بر مرور مطالعات و

ارزشیابی نتایج می باشد و به عنوان پروتکل درمانی توصیه نمی شود).

### درمانهای جراحی Surgical management

هر بیماری که تمایل به عمل جراحی داشته باشد، باید از مزایا و خطرات درمان های جراحی و غیر جراحی آگاهی یابد. در مشاوره ها باید تمایل به حاملگی مورد ملاحظه قرار گیرد.

#### روش های اعمال جراحی مثانه بیشفعال ( Procedures for overactive bladder )

- **روش تزریق توکسین بوتولینیم A** در بیمارانی که دچار بی اختیاری ادرار از نوع بیش فعالی می باشند و به درمان های غیر تهاجمی جواب نداده اند و توانایی سوند گذاری خود را دارند، پیشنهاد می شود. به این بیماران باید گفته شود که اطلاعات کمی در مورد عوارض درازمدت این روش در دسترس می باشد.
- **تحریک عصبی خاجی Sacral nerve stimulation** در بیمارانی که به درمان های غیر تهاجمی در مثانه بیش فعال پاسخ نداده اند، پیشنهاد می شود. این روش در صورت پاسخ آنان به ارزیابی عصب زیر پوستی اولیه انجام می گیرد. در این روش پیگیری طولانی مدت توصیه می شود.

با توجه به این که این روش نیاز به امکانات، تخصص و هزینه بالا در ایران دارد و تجربه کافی در

این زمینه هنوز فراهم نشده، در حال حاضر جزو راهنمای درمان ارائه نمی گردد.

● **روش Cystoplasty Augmentation** محدود به بیمارانی است که / بیش فعالی و دتروسور ایدیوپاتیک دارند و به درمان غیر تهاجمی پاسخ نداده اند و قابلیت انجام CIC را دارند. اطلاعات لازم در مورد عوارض جدی و شایع این عمل که شامل اختلالات گوارشی، اسیدوز متابولیک، دفع موکوس، احتباس ادراری و عفونت مجاری ادراری باید به بیمار داده شود. با وجود خطر پایین احتمال بروز سرطان مثانه باید در این مورد به بیمار توضیح داده شود. پیگیری طولانی مدت برای این بیماران لازم است.

● **انحراف مسیر ادراری** تنها برای بیمارانی توصیه می شود که در آنها درمان های تهاجمی موفق نبوده و سیستوپلاستی قابل انجام نباشد در صورت انجام، پیگیری طولانی مدت توصیه می شود.

● **بوتولیسیم توکسین B** برای درمان بی اختیاری بیش فعالی مثانه پیشنهاد نمی شود.

15

### روشهای جراحی در بی اختیاری فشاری ادرار (Stress UI)

- قرار دادن **نوار زیر ناحیه میانی مجرا (mid urethral sling procedures)** از راه **retropubic** از پائین به بالا برای درمان بی اختیاری فشاری ادراری در خانمهایی که اقدامات غیرتهاجمی برایشان موثر واقع نشده، توصیه می شود.

- **TOT و TVT-0** (قرار دادن نوار زیر مجرا از ناحیه سوراخ سدادی) نیز برای درمان بی اختیاریهای فشاری ادراری توصیه می شود.

در این روش عوارض زودرس (آسیب مثانه و احتباس) کمتر گزارش شده اما آسیب واژن، دردهای کشاله ران و ناحیه **Vulve** بیشتر مشاهده شده و از نظر اثربخشی نسبت به روش قبل فعلاً برتری گزارش نشده است.

- بنابر شواهد موجود نتایج نوارهای زیر ناحیه میانی مجرا (**mid urethral tare**) بهتر از عمل **Burch** تحت **لاپاروسکپی** می باشد. اما زمانیکه **Burch** توسط لاپاروسکپی روش انتخابی است دو بجه هر طرف گردن مثانه موثرتر از یک بجه می باشد.

- (شواهد موجود درباره اثربخشی **TVT secure** محدود است و نیاز به مطالعات بیشتری برای توصیه کردن آن است).

I استفاده از نوارهای مصنوعی غیر از پولی پروپیلن ماکروپوروس نوع I برای عمل جراحی بی اختیاریهای فشاری توصیه نمی شود.

- **تعلیق گردنه مثانه (عمل Burch)** با جراحی باز هنگامی که از نظر بالینی اندیکاسیون دارد (همراه با عمل جراحی دیگر و/ یا به دلیل عدم



مهارت جراح یا عدم موجودیت نوار) و همچنین در اعمال اسلینگ ناموفق، توصیه می شود.

- استفاده از ترکیبات تزریقی حجم دهنده (bulking agents) داخل دیواره

مجرا

(glutaraldehyde cross-linked collagen, silicone, carbon coated zirconium beads or hyaluronic acid/dextran copolymer)

- (تزریق سلولهای بنیادی عضلانی و فیبروپلاستیک در دیواره مجرا تحت بررسی می باشد).

## 16

نزد بیمارانی که درمان های غیرتهاجمی برایشان موثر واقع نشده را می توان، پیشنهاد کرد. در صورتی که بیماران از موارد زیر مطلع گردند:

• برای اثربخشی درمان ممکن است نیاز به تزریق مجدد باشد.

• طول عمر اثربخشی در طول زمان کاهش می یابد.

• اثربخشی آن از روش های تعلیق و نوارهای زیر مجرا کمتر می باشد.

- استفاده از روش **اسفنکتر مصنوعی** را می توان فقط در مواردی که درمانهای جراحی فوق موفق واقع نشدند، توصیه کرد. بیمار باید از نیاز به پیگیری طولانی مدت و عوارض این تکنیک مطلع شود

- عمل جراحی کلی (Kelly) روش های تعلیق سوزنی (needle suspension)، ترمیم

نقص پاراواژینال و روش مارشال مارکتی - کرانتز (MMK) در درمان بی اختیاری فشاری توصیه نمی شود.

(تزریق چربی اتولوگ در دیواره مجرا در درمان بی اختیاری از نوع فشاری توصیه نمی شود).

## قابلیت جراح در اجرای اعمال جراحی بی اختیاری ادرار در زنان

### (Competence of surgeons performing operative procedures for urinary incontinence in women)

● اعمال جراحی در بی اختیاری ادرار باید توسط جراحانی که در این کار مهارت کافی را دارا هستند و یا توسط افرادی که در یک تیم چند تخصصی آموزش دیده که بطور منظم جراحی های مربوط به بی اختیاری ادرار را در زنان انجام می دهد، صورت پذیرد. آموزش باید دانش و مهارت های زیر را برای جراح فراهم نماید:

\* دلایل اختصاصی برای جراحی ( ضرورت های خاص کاربرد جراحی)

\* نیازهای قبل از جراحی شامل بررسی های قبل از عمل

\* نتایج و عوارض روش های عمل جراحی مورد نظر

\* آشنایی با آناتومی

\* شناخت مراحل گام به گام جراحی

\* روش های درمانی جایگزین

\* روندهای احتمالی بعد از عمل

مهارت باید شامل:

\* توانایی در توجیح بیمار و همراهانش در مورد عمل جراحی و پیامدهای احتمالی آن

\* تبحر کامل در انجام اعمال جراحی موثر و با استفاده از دستیار ماهر

\* توانایی ایجاد ارتباط و مدیریت مناسب برای گروه جراحی

\* در صورت لزوم درخواست کمک از سایر همکاران در مناسب ترین زمان ممکن

\* تعهد به کار گروهی

- آموزش باید شامل توانایی در سیستم‌های تروسکپی نیز باشد.
- توانایی جراح در بکارگیری روش‌های جراحی در درمان بی‌اختیاری ادراری از نوع فشاری و بیش‌فعالی مثانه در زنان باید قبلاً توسط افراد ماهر از طریق یک فرآیند برنامه‌ریزی شده مورد ارزیابی قرار بگیرد.
- جراحانی که در حال حاضر اعمال جراحی انجام می‌دهند باید تحت آموزش مداوم و به روز قرار گیرند.
- جراحی برای بی‌اختیاری ادرار و مثانه بیش‌فعال باید به وسیله جراحان ماهری که تعداد کافی بیماران که حداقل 20 عمل بی‌اختیاری در سال می‌باشد، انجام داده شود.
- جراحانی که کمتر از 5 مورد عمل جراحی سالیانه دارند باید تحت حمایت گروه‌های چند تخصصی عمل انجام داده یا بیماران را ارجاع دهند.
- مدیر گروه باید هماهنگ با اهداف گروه بی‌اختیاری ادراری باشد.

