



درمان:

درمان بی اختیاری ادراری ممکن است به صورت رفتار درمانی، دارو درمانی، یا جراحی باشد.

رفتار درمانی

رفتار درمانی همیشه به عنوان اولین انتخاب در جهت رفع بی اختیاری ادراری محسوب میشود. از جمله فاکتورهای مربوط به شیوه زندگی که می تواند در ارتباط با علائم ادراری باشد می توان به چاقی، سیگار، رژیم غذایی و سطح فعالیت بدن اشاره کرد. لذا به نظر می رسد با یک سری مداخلات ساده از جمله کاهش وزن، کاهش مصرف قهوه و الکل و اصلاح یبوست می توان به کنترل دفع ادرار کمک کرد.

ورزشهای ماهیچه کف لگن اساس رفتار درمانی برای تصحیح اختلالاتی از قبیل بی اختیاری های استرسی میباشد. انجام حداقل 3 ماه ورزش زیر نظر فیزیوتراپ به صورت مستمر پیشنهاد می شود

درمان دارویی

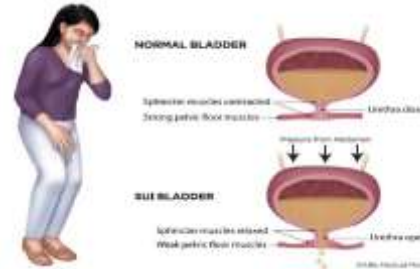
چنانچه درمان دارویی همراه با شیوه های رفتاری استفاده شود کارآیی بهتری خواهد داشت. در بی اختیاری استرسی ادراری هدف درمان دارویی افزایش فشار بسته شدن مجرای ادراری با افزایش قدرت عضلات صاف مجرای ادراری است. طیفی از داروهای ضد افسردگی (مانند دولوگزتین) و داروهای مهارکننده ی انقباض عضلات مثانه (به علت همراهی فراوان بی اختیاری فوریتی با بی

4- جراحی ادراری تناسلی

5- ضعف عضله های لگن

6- دارو ها (شل کننده های عضلانی، آرام بخش ها، مدرها،

مخدرها)



بررسی و یافته های تشخیصی

پس از مواجهه با بی اختیاری اطلاع کامل از سابقه بیمار ضروری خواهد بود.

1- ثبت تعداد دفعات و حجم ادرار روزانه

2- بررسی و ثبت میزان مایع مصرفی

3- انجام آزمون های کنار بستر مانند تست سرفه

4- معاینه ی لگنی شامل معاینه شکمی و لگنی و پرینال

5- آنالیز ادراری

6- ارزیابی باقی مانده ی ادراری

7- ارزیابی قدرت انقباض عضلات کف لگن

8- آزمونهای دینامیکی ادرار

موارد بالا می توانند به تشخیص نوع بی اختیاری کمک کنند. اگر علت زمینه ای با موفقیت درمان شود و الگوی دفع ادرار بیمار به حالت طبیعی خود بازگردد بی اختیاری ادراری ممکن است گذرا یا برگشت پذیر باشد.

بی اختیاری استرسی چیست؟

بی اختیاری استرسی اغلب در زنان پس از دوران میان سالی مشاهده می شود و عبارت است از دفع غیرارادی ادرار در نتیجه عطسه، سرفه یا تغییر وضعیت.



علل بی اختیاری استرسی:

عوامل مختلفی می توانند باعث بی اختیاری استرسی شوند.

1- برای زنان، شایع ترین علت بارداری و زایمان است، زیرا

به علت ضعف عضلات کف لگن، حمایت خارجی مجرای ادراری کاهش یافته و این موضوع باعث بیش حرکتی مجرای ادراری می شود. بنابراین فشار حاصل از افزایش فشار شکمی دیگر در کف لگن به طور متعادل منتقل نمی شود. لذا هرگونه فشارناشی از عطسه، سرفه یا تغییر وضعیت باعث حرکت بیش از حد مجرای ادراری می شود و نشست ادراری اتفاق می افتد.

2- در مردان بی اختیاری استرسی اغلب پس از برداشتن کامل پروستات در موارد سرطان پروستات مشاهده میشود و علت آن از دست رفتن فشار پیشابراهی است که قبل از عمل توسط پروستات اعمال میشده و احتمالاً تحریک پذیری دیواره مثانه نیز می باشد.

3- چاقی



سازمان
بهداشت و آموزش عالی

مرکز آموزشی درمانی نمازی
واحد آموزش سلامت

بی اختیاری ادراری استرسی (SUI)



شکل ۲. سمت چپ حالت طبیعی، سمت راست بی اختیاری ادراری استرسی، با وارد آمدن فشار به مثانه ادرار خارج می شود.

PT-HO-334

گردآوری: نرگس کریمی دانشجوی پرستاری، ممیده

اسکندری کارشناس پرستاری

اشرف معماریزاده کارشناس ارشد NICU

استاد علمی: دکتر زهرا جهان آبادی

متخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری

1403

اختیاری استرسی) برای این بیماران تجویز می شود. بیمارانی که در حال مصرف استروژن خوراکی هستند لازم است دارو را قطع نمایند زیرا ممکن است باعث تشدید بی اختیاری ادراری شود.



درمان جراحی

برای بیمارانی که بی اختیاری ادراری در آنان با اقدامات رفتاری و دارویی درمان نمی شود، ممکن است مداخله ی جراحی ضروری باشد. انتخاب روش جراحی به مشکل بیمار بستگی دارد. در اغلب موارد، مثانه یا پیشابراه بالا کشیده و ثابت می شوند تا فاصله و زاویه پیشابراه یا مثانه به حد طبیعی بازگردد و مقاومت مجرا در برابر نشست ادرار افزایش یابد.

در مردانی که دچار بی اختیاری سرریزی و استرسی هستند ممکن است از طریق یک برش درون پیشابراهی نشانه های بزرگی غده ی پروستات را برطرف نمود. برای جبران بی کفایتی اسفنکتر پس از جراحی پروستات میتوان از یک اسفنکتر مصنوعی استفاده نمود. پس از جراحی به منظور افزایش فشار پیشابراهی میتوان مواد حجیم کننده ی اطراف پیشابراهی را به این منطقه تزریق نمود.

منابع:

1. Brunner & Suddath's textbook of Medical-Surgical Nursing 14Th Edition
2. - Phipps medical surgical nursing: health and illness perspective/ frances donovan monahan.8th .ed.
3. 3- mosby.elsevier,2018