

بررسی شیوع بی اختیاری ادراری تحریکی در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری کوششی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شفیعیه زنجان؛ ۱۳۷۹-۸۰

دکتر علیرضا کمالی*، دکتر کمال عزت شوکتی**

خلاصه:

مسئله بی اختیاری ادراری در زنان از بیماریهای شایع و در عین حال از بیماریهایی است که مشکلات اجتماعی - اقتصادی و روانی عدیده‌ای برای بیمار ایجاد می‌کند. این بیماری اکثراً به سه شکل عمده تظاهر می‌یابد که شامل فرم استرسی، فرم تحریکی و فرم مخلوط بیماری می‌باشد. با توجه به درمان متفاوت این سه گروه که در فرم استرسی درمان عمدتاً بر پایه جراحی استوار است و در فرم تحریکی اغلب طبی است. فرم مخلوط بیماری که درمان هم جراحی و طبی است. در این بررسی سعی کردیم که شیوع فرم مخلوط بیماری را در بیماران مراجعه کننده با شکل بی اختیاری استرسی بررسی کنیم.

۵۰ زن از گروههای مختلف سنی که اکثراً در محدوده سنی ۵۰-۳۰ سال قرار داشتند و در فاصله زمانی فروردین ۷۹ لغایت فروردین ۸۰ ارجاع شده به بیمارستان شفیعیه زنجان مورد بررسی قرار گرفتند.

ابتدا شرح حال بیمار در فرم از قبل تهیه شده گرفته شد، و بیماران تحت مطالعه یورودینامیک (شامل یوروفلومتری و سیتومتری) قرار گرفتند. از ۵۰ بیمار ۲۸ نفر (۵۶٪) مبتلا به فرم خالص بی اختیاری استرسی بیماری بودند و ۲۲ نفر (۴۴٪) از بیماران مبتلا به فرم مخلوط بیماری بودند. بنظر می‌رسد بهتر است بیماران مبتلا به بی اختیاری استرسی قبل از درمان تحت مطالعه یورودینامیک قرار گیرد که فرم‌های مخلوط تشخیص و همراه درمان جراحی همزمان درمان طبی برای کنترل علائم شروع شود.

واژه‌های کلیدی: بی اختیاری ادراری استرسی، بی اختیاری ادراری تحریکی

مقدمه:

بی اختیاری ادراری از جنبه‌های پزشکی، اجتماعی و اقتصادی و روانی دارای دارای عوارض وسیعی است (۵). و گاهی شدت آن بحدی است که بیمار را به مرز ناتوانی کامل می‌کشاند. در این بیماران راشهای پریته، زخمهای فشاری، عفونتهای ادراری و سپیس و شکستهای استخوانی ناشی از لغزیدن دیده می‌شود. این بیماران از

بی اختیاری ادراری در تمام افراد و گروههای سنی دیده می‌شود. ولی در جمعیت مسن شایعتر است حدود ۱۵ تا ۳۰٪ افراد جامعه به آن دچار هستند (۳). تخمین زده شده که در سال ۱۹۹۱ حدود ۲۰ میلیون آمریکایی به آن مبتلا بوده‌اند. ۵۰٪ زنان مسن ساکن در خانه‌های سالمندان به نحوی از بی اختیاری رنج می‌برند.

* متخصص اورولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان.

** پزشک عمومی -

بیماری زمینه‌ای، ۲ نفر دیابتیک، ۲ نفر مبتلا به HTN، ۲ نفر سابقه بیماری سایکوژیک و ۶ نفر سابقه بیماری نوروژیک را ذکر کردند.

از نظر عوامل ایجاد کننده بی‌اختیاری در بین بیماران، ۳۰ نفر (۶۰ درصد) از ایجاد بی‌اختیاری هنگام عطسه کردن، ۳۶ نفر (۷۲ درصد) از بیماران از ایجاد بی‌اختیاری هنگام سرفه شاکی بودند.

۲۸ نفر (۵۶ درصد) از بیماران از بی‌اختیاری هنگام ورزش و فعالیت، ۷ نفر (۱۴ درصد) از بی‌اختیاری ادراری هنگام شنیدن صدای آب و ۴ نفر (۸ درصد) از بی‌اختیاری در سرما شاکی بودند. که در جدول ۱ تا ۴ به آن اشاره شده است.

از نظر علائم همراه با بی‌اختیاری ادراری ۲۰ نفر (۴۰٪) از تکرر ادرار، ۳۶ نفر (۷۲٪) از پری مثانه بعد از دفع ادراری، ۶ نفر (۱۲٪) از سوزش ادرار، ۲۹ نفر (۵۸٪) از خروج قطره قطره ادراری و ۱۰ نفر (۲۰٪) از خروج ناگهان ادراری شاکی بودند. علائم همراه با بی‌اختیاری ادراری در بیماران قبلاً به فرم SI خالص در مقایسه با بیماران مبتلا به فرم مخلوط بی‌اختیاری در جدول شماره ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی عواملی که منجر به ظهور بی‌اختیاری در بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری می‌شود.

| درصد | Stress | |
|------|--------|---------------|
| ۶۰ | ۳۰ | عطسه |
| ۷۲ | ۳۶ | سرفه |
| ۵۶ | ۲۸ | ورزش و فعالیت |
| ۴ | ۲ | شنیدن صدای آب |
| ۸ | ۴ | سرما |
| ۱۸ | ۹ | هیچکدام |

جنبه‌های اجتماعی روانی خجالتی، گوشه‌گیر، مضطرب و افسرده می‌شوند. از جنبه‌های اقتصادی صرف هزینه‌هایی برای تشخیص و درمان این بیماری و نگهداری بیماران متحمل هزینه می‌شوند (۱).

مواد و روش کار:

در عرض یکسال بیماران که به همکاران متخصص زنجان مراجعه می‌کردند به بیمارستان شفیعیه جهت بررسی یورودینامیک ارجاع داده شده و فرم شرح حال توسط ایشان پر می‌شد. این بیماران بعد از کنترل شرح حال تحت مطالعه یورودینامیک شامل یورفلومتری و سیتومتری همزمان با ثبت EMG قرار می‌گرفتند. نمونه منحنیهای رسم شده توسط یورودینامیک در نمودار (۲ و ۱) ارائه شده است.

نتایج:

با توجه به بررسیهای انجام شده از ۵۰ بیمار ارجاع داده شده، ۲۸ بیمار (۵۶٪) بی‌اختیاری استرس خالص داشتند و ۲۲ بیمار (۴۴٪) دارای فرم مخلوط بیماری بودند. از نظر سنی بیماران مورد مطالعه در محدوده سنی ۲۶ تا ۵۲ سال بودند. که دارای انحراف معیار ۷/۰۹ و میانگین ۳۸/۱ بودند. از نظر تعداد حاملگی حداقل تعداد حاملگی ۲ بار و حداکثر آن ۱۲ بار بود که دارای انحراف معیار ۲/۰۴ و میانگین ۴/۰۴ بود.

از نظر تعداد دفعات زایمان حداقل تعداد زایمان ۲ بار و حداکثر ۹ بار بود که دارای انحراف معیار ۱/۵۹ و میانگین ۳/۷ بود.

۶ نفر از بیماران (۱۲٪) منوپوره بودند. ۴۴ نفر از بیماران فاقد سابقه زایمان سخت بودند و ۲ نفر سابقه زایمان با فورسیس؛ ۲ نفر سابقه زایمان با واکيوم و ۲ نفر سابقه زایمان طول کشیده و مشکل داشتند. ۴۰ بیمار فاقد

میانگین SO و Min و Max حجمهای در بررسی یوروفلومتری سیتومتری در جدول شماره ۵ آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج بدست آمده از این تحقیق حاکی از آن است که ۲۸ نفر (۵۶ درصد) از ۵۰ بیمار مراجعه کننده با مشکل بی اختیاری استرسی، مبتلا به فرم خالص بی اختیاری بودند و ۲۲ نفر (۴۴ درصد) از بیماران مراجعه کننده مبتلا به فرم مخلوط (ابتلای همزمان به فوریتی + استرسی) بیماری بودند. که آمار بدست آمده از این تحقیق منطبق با آمار ذکر شده در کتب رفرنس می‌باشند. فرم مخلوط بیماری در حدود ۵۰-۳۰ درصد ذکر شده است (۲).

شیوع بالای بی اختیاری در زنان که تقریباً تمام رده‌های سنی را درگیر می‌کند و شیوع بالای فرم فوریتی بی اختیاری که در مطالعه ما نیز در حدود ۴۴ درصد می‌باشد، بیانگر اهمیت موضوع می‌باشد و بیانگر لزوم انجام تستهای ساده یورودینامیک در کلیه بیماران می‌باشد. چرا که از نظر بالینی افتراق بین گروه stress inc بصورت خالص و فرم Mixed بیماری در اغلب موارد مشکل است و تنها با تکیه بر علائم بالینی و مشکلات بیمار نمی‌توان به تمایز این دو گروه پرداخت. (۴) با توجه به تفاوت روشهای درمانی در دو گروه عمده از بیماران دچار بی اختیاری که شامل گروه Stress inc خالص که با کمک روشهای جراحی درمان موفقیت‌آمیز است و روش درمان بی اختیاری فوریتی که عمدتاً درمان دارویی نگهدارنده است در صورت عدم تشخیص گروه مخلوط بیماری و تحت عمل جراحی قرار گرفتن باید برای درمان طبی بی اختیاری فوریتی اقدام کرد و گرنه باعث تشدید بیماری می‌شود. لذا توصیه بر این است که کلیه بیماران مراجعه کننده با مشکل بی اختیاری، تحت مطالعات یورودینامیک قرار بگیرند.

جدول ۲: توزیع فراوانی علائم همراه با بی اختیاری در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری

| تکرار ادراری | Stress | درصد |
|----------------------|--------|------|
| تکرر ادراری | ۲۰ | ۴۰ |
| احساس پری | ۳۶ | ۷۲ |
| سوزش ادرار | ۶ | ۱۲ |
| خروج قطره قطره ادرار | ۲۹ | ۵۸ |
| خروج ناگهان | ۱۰ | ۲۰ |

جدول ۳: توزیع فراوانی علل ایجاد کننده بی اختیاری ادراری در بیماران مبتلا به فرم SI خالص در مقایسه با بیماران مبتلا به فرم mixed بی اختیاری ادراری

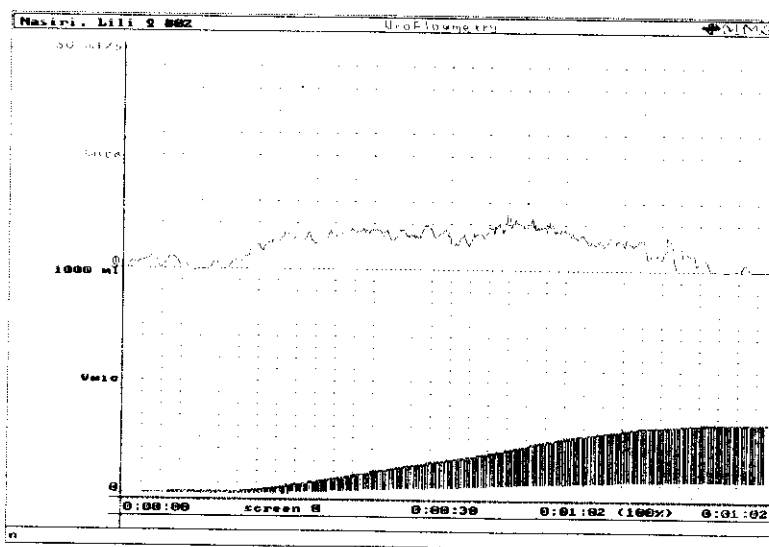
| عطسه | Stress | mixed |
|---------------|--------|-------|
| عطسه | ۲۴ | ۱۰ |
| سرفه | ۲۴ | ۱۰ |
| ورزش و فعالیت | ۱۴ | ۸ |
| شنیدن صدای آب | ۰ | ۲ |
| سرما | ۴ | ۰ |
| هیچکدام | ۰ | ۹ |

جدول ۴: توزیع فراوانی علائم همراه، با بی اختیاری ادراری در بیماران مبتلا به فرم SI خالص در مقایسه با بیماران مبتلا به فرم mixed بی اختیاری ادراری

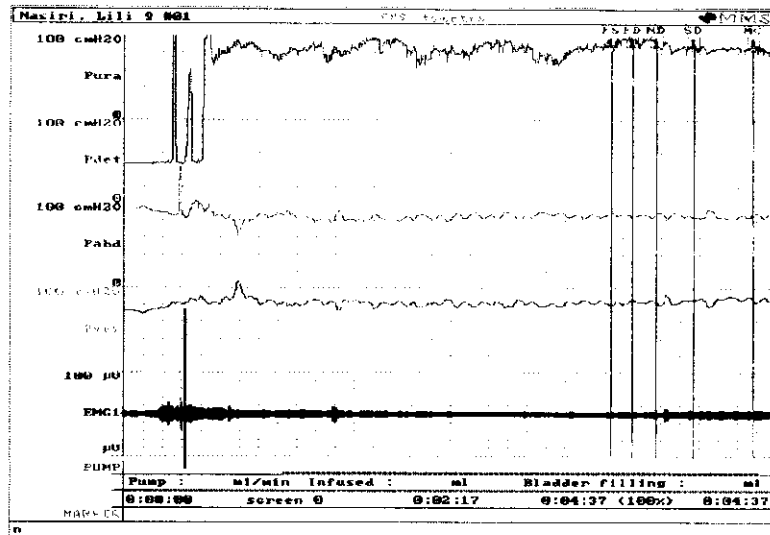
| تکرر ادراری | Stress | mixed |
|----------------------|--------|-------|
| تکرر ادراری | ۰ | ۲۰ |
| احساس پری | ۲۰ | ۱۶ |
| سوزش ادرار | ۴ | ۲ |
| خروج قطره قطره ادرار | ۱۰ | ۱۹ |
| خروج ناگهان | ۴ | ۶ |
| هیچکدام | ۰ | ۰ |

جدول ۵: میانگین، SD، Max و Min حجمهای ناشی از یوروفلومتری و سیتومتری بیماران با بی‌اختیاری ادراری

| Max | Min | SD | Mean | |
|-----|-----|--------|-------|----------------------------|
| ۱۳۹ | ۳ | ۳۰/۰۹ | ۲۸/۱۸ | Peak flowrate |
| ۱۴۹ | ۱ | ۲۹/۷ | ۲۰/۰۸ | Time to peak flow |
| ۲۲ | ۰ | ۵/۸۵ | ۵/۶۶ | Average flowrate |
| ۲۷۳ | ۰ | ۶۷/۰ | ۴/۶ | Residual urine |
| ۷۵۲ | ۳۸ | ۲۱/۴ | ۳۴۶/۶ | infused volume |
| ۸۸۲ | ۱۱۴ | ۱۴۸/۰۳ | ۴۵۸/۸ | Maximal bladder capacity |
| ۷۰۰ | ۳۸ | ۱۹۶/۱ | ۳۶۷/۶ | Efficient bladder capacity |
| ۵۵۵ | ۰ | ۱۲۹/۷ | ۹۴ | Residual urine |
| ۱۱۳ | ۰ | ۳۰/۴۴ | ۱۸/۳۸ | Maximal vesical pressure |
| ۷۲۸ | ۱۰ | ۱۶۳/۹ | ۱۰۲ | Maximal viethr pressure |
| ۹۶ | ۴ | ۳۰/۶۹ | ۲۷/۴۲ | Maximal detrusor pressure |



نمودار ۱: یورفلومتری در یکی از بیماران مورد مطالعه با بی‌اختیاری استرسی همراه با بی‌اختیاری اضطراری که در آن انسداد نسبی دیده می‌شود.



نمودار ۲: سیستمتری در یکی از بیماران مورد مطالعه بابی اختیاری استرس همراه بابی اختیاری اضطراری که در آن فعالیت عضلات مخطط لگنی هنگام پرشدن مثانه بشکل افزایش ناگهانی فعالیت دیده می شود.

کتابنامه :

- ۱ - نیرومنش، ش «اصول بیماریهای زنان و زایمان» هلکرمور، چاپ سوم، موسسه فرهنگی انتشاراتی سیما، تهران، ۱۳۷۷، ص ۳۸۸ - ۳۸۳
- 2 - Patrick e, Alan B, E.Darracott: Campbell's Urology. 7 th ed., philidelphia: W.B. sunders company, 1:514-536, 1998.
- 3 - Emil A, Tanagho, jack N, MC Anincl: Smith's General Urology . 14th ed., prentice - Hall international inc, 1:514-536, 2000.
- 4 - Decherne, Alan H, Martin L: Current obstetric & Gynecologic. pren ticeHal, 2: 280- 290, 1999.
- 5 - james R, Scott, philip g, Disaia, charles B.Hammond: Danforth's obstetrics & Gynecology . 8th ed., philidelphia: A wolters kluwer company, P. 767-770, 1999.
- 6 - Kenneth j, Ryan, Ross S, Brekowitz, Robert L, Barbieria: Kistner's Gynecology & women's Health. 7th ed., Mosby St. Louis, 580-587, 1999.