



انواع معمول بی اختیاری ادراری

Common type of urine Incontinence

Quarterly Newsletter

2016

مقدمه:

به طور کلی اختلالات وظیفوی عضلات سطح حوصله در چهاربخش ادراری، کولورکتال، ژنیتال و عضلی- اسکلیتی مطرح می شوند. ما در این خبرنامه اختلالات ادراری را مورد مطالعه قرار می دهیم.

اختلالات ادراری

عمدتا شامل موارد زیر هستند:

- بی اختیاری ادراری به دنبال خنده، سرفه، بلندکردن اجسام، پرش تیله کردن، حمل اجسام، دویدن و ورزش.
- تکرار و احساس فوری در دفع ادرار.
- ناتوانی در حفظ ادرار هنگام عجله داشتن و یا قدم زدن در سرما.
- خروج ادرار حین اعمال جنسی.
- پرولاپس مثانه یا مجرای ادرار. احتباس ادراری.

بی اختیاری ادراری

یکی از اختلالات شایع مجاری ادراری تحتانی و مجموعی سطح حوصله است. براساس تعریف سال 2003 ICS، کنترل ادرار به معنای توانایی طبیعی نگهداری و تخلیه ادرار به طور آگاهانه در زمان و مکان است که به لحاظ اجتماعی- روانی و فیزیکی اهمیت بسیار زیادی برای افراد دارد. از سوی دیگر بی اختیاری ادراری عبارت است از عدم توانایی در حفظ ادرار، یا دفع ادرار در زمان ناخواسته که به عنوان معضل اجتماعی و بهداشتی شناخته می شود و جنبه های مختلف و همچنین کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تاثیر قرار می دهد. البته براساس واژه شناسی ICS در سال 2009 بی اختیاری ادراری مجموعی از علائم ذهنی و نشانه های عینی (کلینیکی) است که در اثر فعالیت کمتر از حد معمول عضلات در سطح حوصله حاصل می شود. این عارضه در زنان شایع تر از مردان بوده و در تمامی سنین دیده می شود.

انواع بی اختیاری ادراری

- بی اختیاری ادراری استرسی
 - بی اختیاری ادراری اضطراری
 - بی اختیاری سرریزی
 - بی اختیاری مرکب
 - بی اختیاری وظیفوی
 - بی اختیاری بای پس
- براساس تقسیم بندی ICS انواع بی اختیاری ادراری عبارتند از:

بی اختیاری ادراری استرسی:

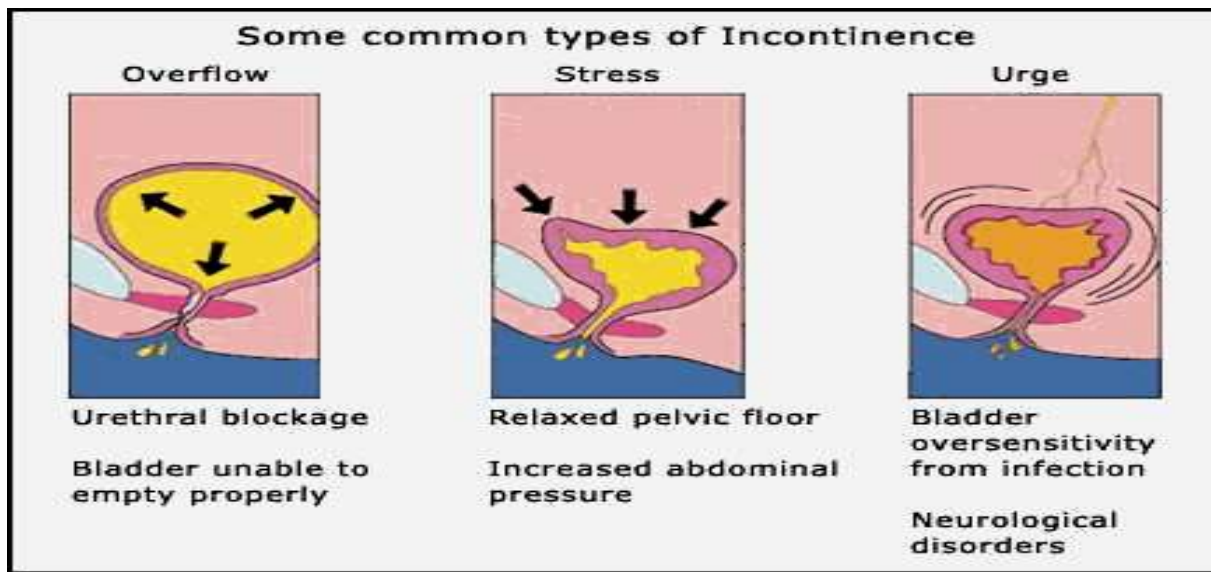
شایعترین نوع بی اختیاری به خصوص در زنان جوان است که با افزایش فشار داخل بطنی (حین سرفه ، عطسه و با فعالیت فیزیکی) رخ می دهد. یعنی زمانیکه فشار داخل مثانه به بیش از حد تحمل مکانیسم نگه دارنده مجرای ادرار برسد. فعالیت های فیزیکی چون خیززدن، سقوط کردن، دویدن ویا وزن برداشتن بااحتمال بیشتری سبب خروج ناخواسته ادرار می شوند.

بی اختیاری ادراری اضطراری یا فوریتی:

این نوع بی اختیاری در زنان مسن شایع تر است و عبارت است از خروج ناخواسته ادرار بلافاصله بعد از احساس داشتن ادرار. تغییر الگوی دفع ادرار به شکل افزایش تعداد دفعات دفع در طول روز، لزوم بیدار شدن در شب جهت ادرار کردن و عدم توانایی در به تعویق انداختن زمان تخلیه ادرار از مشخصه های اصلی این نوع بی اختیاری هستند.

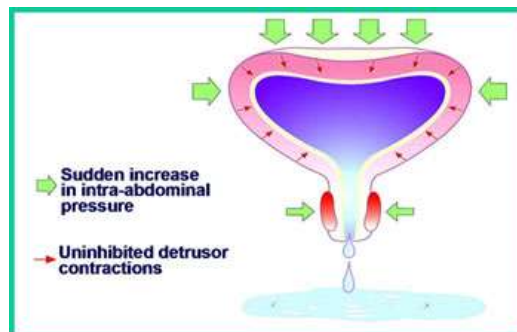
بی اختیاری ادراری سرریزی:

در این نوع بی اختیاری مثانه همیشه پر است و مقادیر کمی ادرار از آن تراوش می کند، بیمار احساس می کند که مثانه به طور کامل تخلیه نمی شود و همیشه مجبور به تخلیه ادرار است ولی قادر به این کار نیست. فرد در طی شب مکرر به تشناب می رود و زمان زیادی را در تشناب می گذراند، ولی فقط قادر به ایجاد جریان کم ادرار یا قطره قطره می باشد. بی اختیاری ادرار سرریزی در افراد مبتلا به دیابت، به علت کاهش کنترل طبیعی مثانه رخ می دهد و در مردان مسن هم به علت انسداد مجرای ادرار و به دنبال بزرگ شدگی پروستات دیده می شود. بی اختیاری ادراری سرریزی در زنان شایع نیست.



بی اختیاری ادراری مرکب:

همراه بودن علائمی از هر دو نوع بی اختیاری استرسی و اضطراری به عنوان بی اختیاری مرکب شناخته شده و در زنان مسن بیشتر دیده می شود. بر اساس مطالعات گسترده ای که تاکنون انجام گردیده بطور متوسط فیصدی شیوع نوع استرسی 49% نوع اضطراری 21% و نوع مرکب 29% گزارش شده است.



بی اختیاری ادراری وظیفوی (عملکردی):

این نوع بی اختیاری به دلیل عواملی غیر مرتبط با مکانیزم فیزیولوژیک ادرار کردن رخ می دهد و بیشتر در سالمندان شایع است. عواملی چون کاهش تحرکیت، درد عضلی- اسکلتی و ضعف بینایی در ایجاد آن موثر است.

اسباب بی اختیاری ادراری:

اگر مجرای ادراری سالم باشند تا وقتی که فشار مسدود کننده مثانه بیش از فشار داخل مثانه است، ادرار حفظ می شود. اگر فشار معکوس شود و فشار داخل مثانه از فشار داخل مجرای ادرار بیشتر شود، ادرار از راه مجرای ادرار دفع می شود. این امر هنگام دفع ارادی ادرار با شل شدن مجرای ادرار و انقباض دترسور روی می دهد. بی اختیاری ادراری یعنی نشت یا خارج شدن ادرار به علت معکوس شدن غیر ارادی فشار ناشی از هر یک از عوامل ذیل:

- کاهش فشار مجرای ادرار (بطور لحظه ای و یا مداوم)
- انقباضات دترسور
- انتقال بیشتر فشار داخل بطنی به مثانه تا به مجرای ادرار
- افزایش غیر فعال فشار داخل مثانه به علت اتساع بیش از حد آن
- بای پس شدن مکانیسم حفظ ادرار به علت وجود فیستول

پتوفیزیولوژی بی اختیاری ادراری استرسی

- پائین بودن فشار انسدادی مجرای ادرار
پائین بودن فشار انسدادی مجرای ادرار در حالت استراحت (کمتر از 20 سانتیمتر آب) منجر به تغییراتی در کیفیت نسج همراه با افزایش سن شده و علاوه بر آن فقدان یا کمبود استروژن، نیورپتی و تشکیل نسج اسکار ایجاد می کند. این عامل تحت عنوان نقص داخلی اسفنکتر شناخته می شود و ممکن است به شکل بی اختیاری ادراری تراوشی، وقتی که فرد در حالت ایستاده است یا تلاش ارادی کمی دارد تظاهر نماید.

- نقص عامل حمایت کننده مجرای ادرار و مثانه
مجرای ادرار با اتصالات صفاق دیواره قدامی واچن به عضله پوبوکوکسیجیوس، حمایت می شود. گشش صفاق سبب حرکت بیش از حد واچن به سمت خلف و پائین حین افزایش فشار داخل شکم می شود. زاویه بین مجرای ادرار و مثانه باز تر شده، گردن مثانه پائین آمده و باز میشود. این امر موجب خروج ادرار بخصوص در هنگام فعالیت‌هایی چون دویدن و خیز زدن می شود. پاره گی صفاق پارا و یجنال هم به تعقیب فقدان حمایت و یجنال دیده می شود که تداوی آن تنها جراحی است.

- اختلال در فعالیت تونیک عضلات سطح حوصله
توانایی حفظ انقباض طولانی مدت در زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادراری در مقایسه با زنانی که طفل و لادت ننموده اند، کاهش می یابد و حتی ممکن است فعالیت تونیک استراحت دیده نشود.

- تاخیر در احیای عضلات سطح حوصله
ممکن است فعالیت عضلات سطح حوصله در هنگام افزایش فشار داخل بطنی در زمان مناسب و مطلوب دیده نشود. بررسی الکترومیوگرافی در زنان و لادت نکرده مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار نشان داد که حین سرفه فشار مجرای ادرار به صفر می رسد در حالی که اسفنکتر مجرای ادرار و عضله پوبوکوکسیجیوس همچنان در حال فعالیت هستند. فشار صفر مجرای ادراری ممکن است نشان دهنده تاخیر در احیای عضلی یا ضعف آن باشد به طوری که توانایی مقابله با افزایش فشار داخل بطنی را ندارد.

- انقباض نامتقارن عضلات سطح حوصله
انقباض یک طرفه عضلات سطح حوصله در حین فعالیت ارادی یا سرفه رخ می دهد. نوروپاتی محیطی نا کامل به دنبال ولادت طبیعی دیده می شود، اما انقباض یک طرفه همراه با سرفه نشان دهنده یک نقص عصبی است. فعالیت ارادی عضلات سطح حوصله توسط قشر حرکتی کنترل می شود. هر چند که ظاهراً پل مغزی بدون اتصال به قشر حرکتی، جنبه های اتوماتیک تخلیه ادرار را کنترل می کند.

- ضعف عضلات سطح حوصله

قدرت این عضلات در زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار کمتر از افراد بدون علامت است. البته بالابودن قدرت عضلانی هم ضرورتاً منجر به کنترل بهتر نمی شود. در حالت کلی گفته می شود که انقباض عضلات سطح حوصله با افزایش فشار انسدادی مجرای ادرار و حفظ وضعیت گردن مثانه در مکانیزم حفظ ادرار در شرایطی که بار اعمال می شود، مشارکت می کند. در شرایط طبیعی، تنفس دیافراگم با افزایش قطر قدامی- خلفی بطن و به دنبال آن کشش عضلات بطن، سبب تقویت نیروی انقباضی عضلات سطح حوصله هنگام سرفه می شود. انقباض ایزومتریک قوی عضلات بطن موجب ایجاد انقباض قوی عضلات سطح حوصله می شود. به دنبال بروز کمردرد و به هم خوردن الگوی فعالیت عضلات بطن، کشش قبل از انقباض این عضلات که عموماً حین زفير سرفه رخ می دهد، محدود می شود این حالت در شرایطی که دیافراگم پائین افتاده باشد نیز بوجود می آید. برای جبران مریض بخش علوی قفسه صدی را هنگام شهیق بالا ببرد که این خود بر فعالیت انقباضی عضلات بطن و به دنبال آن عضلات سطح حوصله اثر می گذارد.

- ضعف عضلات شکم

سرفه موثر سبب تولید فشار داخل قفسه سینه مانند حالتی که با بازبودن اپی گلوت سعی در خارج کردن عامل محرک را داریم، می شود. فشار داخل قفسه صدی به علت فشرده شدن قفسه صدی و افزایش فشار داخل بطنی به دنبال انقباض عضلات عرضی و مایل خارجی، تولید می شود. در مریضان با فلج چهار طرف نیز به علت عدم فعالیت عضلات بطن، سرفه سبب برآمده شدن بطن می شود. در واقع انتقال فشار پرده جنب و فعالیت دیافراگم عامل این برآمده گی هستند. بررسیها نشان داده اند که با برآمده شدن دیواره بطن، فعالیت عضلات سطح حوصله کاهش می یابد.

*** سایر عوامل موثر بر ضعف عضلات سطح حوصله**

چاقی: سبب اعمال کرنش اضافی بر روی این عضلات می شود.

بند آمدن ادرار به صورت مزمن: در این حالت حرکات مثانه و کشش عضلات حوصله که برای خروج ادرار ضروری هستند مختل می شوند.

هیشتر و کتومی: با برداشتن و خارج کردن رحم، یکی از ساختارهای محافظ احشای حوصله حذف می شود.

وضعیتی: ایستادن طولانی مدت، وزن برداشتن و حمل اجسام در هنگام کار یا انجام تمرینات ورزشی، مصرف سگری و سرفه های مزمن سبب اعمال اضافی به عضلات سطح حوصله و لیگامنتها می شوند. گزارش ICS در سال 2009 خروج ناخواسته ادرار هنگام تغییر وضعیت را از انواع بی اختیاری ادراری ذکر می کند.

مأخذ: کتاب ارزیابی بالینی کف لگن
تالیف: خانم دکتر دهقان منشادی

با احترام
عبدالشکور "حق بین"
مسئول فرهنگی انجمن فزیوتراپی افغانستان