



31701

# دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دانشکده پزشکی

۱۳۷۹ / ۹ / ۲۰

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکترای تخصصی جراحی زنان و زایمان

## موضوع :

بررسی شیوع احتباس ادراری با خروج سوند ۱۲ ساعت  
پس از عمل ترمیم سیستوسل - رکتوسل در مقایسه با  
خروج سوند ۷۲ ساعت بعد

به راهنمایی استاد ارجمند :

سرکار خانم دکتر معصومه میر تیموری

۹۱۳۹

نگارش :

دکتر فرح اکبریان

شماره پایان نامه ۱۴۵ / ت سال تحصیلی ۷۸-۷۹

۳۱۷۵۱

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم

که عشق به فراگیری علم و دانش را در وجودم شعله ور ساختند.

# تقدیم بہ:

ہمسرعزیزم

دکتر وفارحیمی موقر

کہ در تمامی مراحل زندگی ، الگو ، راہنما و مشوق من بودہ است .

**تقدیم به:**

دو پرستوی زیبایم  
**ملیکا و خیوشا**

که شور و نشاط و امید را برای ما به ارمغان آوردند.

# با سپاس:

از زحمات بی دریغ خانم دکتر معصومه میر تیموری در جهت ارتقاء  
علمی بخش زنان و زایمان زایشگاه قدس زاهدان

# با قدر دانی

از زحمات  
استاد مشاور

جناب آقای دکتر رود باری

## چکیده فارسی :

هدف از این بررسی تعیین شیوع احتباس ادراری با خروج کاتتر فولی ۱۲ ساعت پس از عمل ترمیم و مقایسه آن با احتباس ادراری بدنبال خروج ۷۲ ساعته کاتتر فولی ، پس از عمل بود . این مطالب بصورت تحلیلی آینده نگر در ۲۰۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه زنان زایشگاه قدس زاهدان انجام گرفت . مطالعه بمدت ۲/۵ سال از اول مهر ۷۶ تا نیمه اسفند ۷۸ ادامه داشت . از کلیه بیماران بعد از گرفتن شرح حال کامل و معاینه فیزیکی کلی ، معاینه واژینال بعمل می آمد . بیماران بر اساس معیارهای زیر جهت عمل انتخاب می شدند .

۱- سیستوسل علامت دارد ۲- سیستوسل بدون علامت به همراه SI ۳- پرولاپس رحم اگر شکایت بیمار بی اختیاری استرسی بود برای تأیید آن از آزمایش پر شدن مثانه و سپس برای اطمینان بیشتر از آزمایش حمایت کردن مثانه با رینگ فورسپس و یا از Q.Tip test استفاده می شد بیماران بطور یک در میان بترتیب مراجعه به درمانگاه به دو گروه ۱۰۰ نفره ، شامل گروه ۷۲ ساعته ( خروج کاتتر ۷۲ ساعت پس از عمل ) و گروه ۱۲ ساعته ( خروج کاتتر ۱۲ ساعت پس از عمل ) تقسیم شدند .

تکنیک عمل جراحی برای تمام بیماران یکسان و عمل جراحی توسط دستیاران سال ۴۰۳ انجام گرفت . تعداد افرادی که بعد از خروج کاتتر فولی دچار احتباس ادراری شدند در هر دو گروه مساوی و ۶ نفره بود . ۶ بیمار دچار احتباس ادراری گروه ۷۲ ساعته ، روز بیشتر از ۶ بیمار گروه ۱۲ ساعته بستری شدند و ۱۴۷/۶۹۰ تومان بیشتر از عنوان هزینه بیمارستان پرداخت کردند . با توجه به اینکه عمل ترمیم از عمل های شایع بخش زنان و زایمان کل کشور می باشد و با توجه به یکسان بودن تعداد افرادی که در هر دو گروه دچار احتباس ادراری شدند و هزینه بیمارستانی کمتر ، توصیه می شود که بعد از عمل ترمیم سیستوسل - رکتوسل کاتتر فولی زودتر ( ۱۲ ساعت بعد از عمل ) خارج شود .



فهرست

صفحه	عنوان
	<b>فصل اول</b>
	- مقدمه
۳	
	- بیان مسئله مورد پژوهش
۴	
	- اهداف تز
۴	
	- اهمیت پژوهش
۴	
	- علوم پایه
۵	
	-- جنین شناسی
۵	
	-- آناتومی
۵	
	-- فیزیولوژی
۸	
	-- بررسی های دینامیک ادراری
۹	
	-- سیستومتری
۹	
	-- سیستومتری تفریقی
۱۰	
	-- اندازه گیری فشارهای پیشابراهی
۱۰	
	<b>کلیات</b>
۱۲	
	-- ریسک فاکتورهای پرولاپس
۱۲	
	-- معاینه بیمار مبتلا به پرولاپس
۱۲	
	-- بی اختیاری استرسی ادرار
۱۳	
	-- عمل متقابل حمایت خارجی و داخلی پیشابراه
۱۳	
	-- درمان غیر جراحی
۱۳	
	-- تقویت عضلانی
۱۳	
	-- درمان دارویی
۱۴	
	-- تحریک الکتریکی
۱۵	
	-- درمان جراحی
۱۵	
	-- درمان پرولاپس اعضالگنی
۱۵	
	-- رحم بند (Pessary)
۱۵	
	-- جراحی
۱۶	
	-- رحم برداری از راه واژن
۱۶	

۱۶	--- عمل جراحی منچستر / فادرگیل
۱۶	--- یوتروپکسی Uteropexy
۱۶	--- عمل ترمیم نقص پارا وازینال
۱۷	--- کولپورافی خلفی
۱۷	--- اعمال جراحی برای اصلاح بر گردان
۱۷	--- کولپکتومی و کولپوکلئیزیس colpectomy and colpocleisis
۱۷	--- کولپوپکسی
۱۷	--- کولپورافی قدامی
۱۹	- بررسی متون
	<b>فصل دوم</b>
۲۱	- روش تحقیق (گرد آوری اطلاعات)
	<b>فصل سوم</b>
۲۳	- نتایج
۲۵	- جداول و نمودارها
	<b>فصل چهارم</b>
۵۲	- بحث و نتیجه گیری
۵۴	- پیشنهادات
۵۵	- رفرنسها
۵۸	- چکیده انگلیسی

## فصل اول

### مقدمه

مجاری ادراری و تناسلی از مراحل ابتدائی تکامل، از نظر تشریحی و رویان شناختی شباهت زیادی به هم دارند. مثانه درست بالای دیواره قدامی واژن قرار گرفته و پیشابراه به آن متصل شده است. هر دو این ساختمانها همانند سایر ساختمان های کف لگن در طی حاملگی و زایمان در معرض خطر قرار دارند. هر یک از احتشاء کف لگن ( ادراری، تناسلی، روده ای)، از لگن عبور کرده و از طریق منفذ خود به بیرون راه پیدا می کند. بدین ترتیب این اعضاء از نظر تشریحی و عملکرد با همدیگر ارتباط پیچیده ای دارند. اختلالات هر یک از این اعضاء را باید با در نظر گرفتن اثرات هر کدام بر ساختمان های اطراف و تشریح عملکردی کف لگن ارزیابی نمود. مشکلات حمایتی لگن، سالانه هزاران مورد جراحی زنان را به خود اختصاص می دهد و دانسته های ما در این موارد در طی قرن گذشته پیشرفت اندکی داشته است. توجه کافی به وظایف مختلف عضله، عصب و بافت همبندی در حمایت از اعضاء لگنی احتمالاً باعث تغییری در موارد فوق در دهه آینده خواهد شد.

## بیان مسئله مورد پژوهش

بررسی شیوع احتباس ادرار بعد از خروج کاتتر فولی ۱۲ ساعت پس از عمل ترمیم سیستوسل - رکتوسل در مقایسه با ۷۲ ساعت بعد.

### هدف کلی

بررسی شیوع احتباس ادراری بعد از خروج کاتتر فولی ۱۲ ساعت پس از عمل ترمیم سیستوسل - رکتوسل در ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه زایشگاه قدس در مقایسه با خروج کاتتر فولی ۷۲ ساعت بعد از عمل در ۱۰۰ بیمار دیگر .

### اهداف ویژه

بررسی میزان احتباس ادراری با خروج کاتتر فولی ۱۲ ساعت پس از عمل ترمیم سیستوسل رکتوسل در ۱۰۰ بیمار .

بررسی میزان احتباس ادرار با خروج کاتتر فولی ۷۲ ساعت پس از عمل ترمیم سیستوسل رکتوسل در ۱۰۰ بیمار .

### اهمیت پژوهش

عمل ترمیم سیستوسل - رکتوسل یکی از شایع ترین عمل های سرویس زنان می باشد . از قدیم مرسوم بوده که کاتتر فولی بعد از عمل بمدت چند روز فیکس می شده ، که بر حسب مراکز مختلف و گرایش پزشکی معالجه مدت آن متفاوت است . در این مدت بیمار در بیمارستان بستری بوده و بعد از خروج کاتتر فولی در صورت ادرار کردن مرخص می شود . در استان سیستان و بلوچستان با توجه به سن پائین ازدواج و شروع حاملگی ، تعداد پاریتی بالا ، تمایل به زایمان در منزل توسط ماماهاى آموزش ندیده محلی و نیز تمایل شدید به زایمان طبیعی حتی در صورت وجود اندیکاسیون سزارین ، سیستوسل - رکتوسل شایع تر می باشد . چون متوسط در آمد افراد در این استان پائین تر از سایر استان ها می باشد ، با خروج زودتر کاتتر فولی بیمار سریعتر ترخیص شده ، هزینه انجام عمل برای بیمار کمتر شده ، نیاز به ارائه خدمات بهداشتی پزشکی بعد از عمل کاهش می یابد .

# علوم پایه

## جنین شناسی

در اثر اتساع مجرایی که به خارج از بدن جنین باز می شود، کلواک (cloaca) شکل می گیرد. سپس دیواره مزانشیمی اورورکتال، کلواک را به دو قسمت قدامی و خلفی تقسیم می کند. قسمت قدامی، سینوس ادراری تناسلی و قسمت خلفی رکتوم است. مثانه و پیشابراه از فوقانی ترین قسمت سینوس ادراری تناسلی تشکیل می شوند و مزانشیم اطراف، لایه های عضلانی و سرروزی آنها را تشکیل می دهند. قسمت باقیمانده تحتانی سینوس ادراری تناسلی، سینوس ادراری تناسلی قطعی یا Phallic نامیده می شود. در همین حال، مجاری مزونفریک دیستال و جوانه های حالبی متصل به آنها، با قسمتی از دیواره خلفی مثانه که تریگون مثانه خواهد شد، ترکیب می شوند. در نتیجه این روند جذب شدن، مجرای مزونفریک عاقبت بصورت مستقل به سینوس ادراری تناسلی، در زیر گردن مثانه باز می شود.

تشکیل رحم و انتهای فوقانی واژن، با جوش خوردن مجاری پارامزونفریک در نزدیکی محل اتصالشان به دیواره خلفی سینوس ادراری تناسلی اولیه آغاز میشود. بین ماههای سوم و پنجم، بتدریج قسمت های بالاتر مجاری نیز به هم جوش می خورند و اتصال مثل زیپ به سمت بالا پیشرفت می کند. همچنانکه مجاری پارامزونفریک کشیده شده و از دیواره خلفی بدن دور میشوند، لایه ای از غشاء صفاقی را همراه با خود به جلو می کشند که لیگامان های پهن رحم را تشکیل می دهند. واژن در ماه سوم زندگی جنینی تشکیل می شود. در همان حال که مجرای واژنی تشکیل می شود، بافت آندودرمی تکمه سینوسی روی دیواره خلفی سینوس ادراری تناسلی شروع به تکثیر می کند و یک جفت پیاز سینوواژینال ایجاد می کند که به ۲۰٪ تیحتانی واژن تبدیل خواهد شد (۱۵).

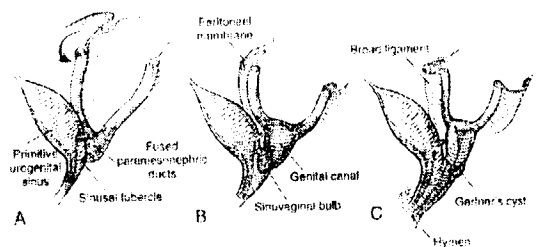


Figure 5.10 The embryonic development of the female genital tract. The formation of the uterus and vagina. A. The uterus and superior end of the vagina begin to form as the paramesonephric ducts fuse together near their attachment to the posterior wall of the primitive urogenital sinus. B and C. The ducts then zipper together in a superior direction between the third and ninth months. As the paramesonephric ducts are pulled away from the posterior body wall, they drag a fold of peritoneal membrane with them, forming the broad ligaments of the uterus. A-C. The inferior end of the vagina forms from the sinovaginal bulbs on the posterior wall of the primitive urogenital sinus.

## آناتومی

**واژن**، لوله ای فیبری عضلانی و تو خالی است که از وستیبول ولو تا رحم امتداد دارد. در وضعیت لیتوتومی به پشت، واژن به سمت خلف و ساکروم است، اما در وضعیت ایستاده محور آن تقریباً افقی می باشد. انتهای فوقانی واژن به نام فورنیکس های قدامی، خلفی و طرفی واژن شناخته می شوند. از آنجایی که محل اتصال خلفی واژن بالاتر از محل اتصال قدامی آن است، دیواره خلفی واژن تقریباً ۳ سانتی متر از دیواره قدامی طولانی تر است. فورنیکس خلفی واژن توسط دیواره واژن و صفاق از کولدوساک خلفی و حفره صفاقی جدا می شود. واژن توسط اتصالات فاسیائی داخل لگن به کمان تاندونی (arcus tendineus) یا خط سفید، در جدار طرفی لگن متصل می شود. کمان تاندونی از استخوان پوبیس تا خار ایسکیال کشیده شده است. این اتصال باعث می شود لومن واژن به شکافی عرضی تبدیل شود و دیواره های قدامی و خلفی آن در مجاورت با یکدیگر قرار گیرند. در بعضی از موارد سیستوسل، اتصالات طرفی واژن گسیخته می شوند. سوراخ واژن ممکن است توسط لایه ای از بافت همبند پوشیده



یا توسط چینی از بافت همبند احاطه شده باشد که پرده بکارت (hymen) نامیده می شود. واژن در قدام با پیشابراه، گردن مثانه و ناحیه تریگون و خلف مثانه ارتباط نزدیک دارد. در خلف واژن در مجاورت جسم پرینه ای، مجرای مقعدی، قسمت تحتانی رکتوم و کولودوساک خلفی قرار می گیرد. واژن توسط لایه های فاسیای داخل لگنی از قسمت تحتانی دستگاههای ادراری و گوارشی، جدا می شود. واژن از سه لایه تشکیل شده است:

۱- مخاط - اپیتلیوم سنگفرشی مطبق غیر شاخی، بدون غدد. نرم کردن واژن عمدتاً توسط ترشح اگزودا صورت می گیرد، ترشحات غدد سرویکس و بارتولن نیز به این امر کمک می کنند. مخاط طرح مشخصی از خطوط برجسته و فرو رفته عرضی دارد که روگا (rugae) خوانده می شود. مخاط واژن به هورمونها حساس است و به تحریک استروژن، بصورت تکثیر و بلوغ پاسخ می دهد. مخاط توسط فلور میکروبی مخلوط کلونیزه شده است که اکثر آنرا لاکتوباسیل ها تشکیل می دهند. PH طبیعی آن ۴/۵ - ۳/۵ است.

۲- لایه عضلانی - حاوی بافت همبند و عضله صاف است که بصورت آزادانه در دو لایه (حلقوی در داخل و طولی در خارج) قرار گرفته اند.

۳- ادونتیس - از فاسیای داخلی لگن تشکیل شده که به لایه عضلانی زیرین چسبیده است. خون رسانی: خون رسانی واژن شامل شریان واژنی و شاخه هایی از شریانهای رحمی، رکتال میانی و پوندال داخلی است.

عصب دهی: قسمت فوقانی واژن از شبکه رحمی واژنی، قسمت دیستال از عصب پوندال می باشد.

#### مثانه

مثانه عضوی است تو خالی که ادرار را ذخیره می کند وقتی پر باشد به شکل کره است. اندازه آن به حجم ادرار درونش بستگی دارد، بطور طبیعی حداکثر به حجمی بیشتر یا مساوی با ۵۰۰ میلی لیتر می رسد. مثانه معمولاً به دو ناحیه تقسیم می شود که از نظر فیزیولوژیک حائز اهمیت هستند:

۱- قاعده مثانه که از تریگون ادراری در خلف و ناحیه ضخیمی از عضله دترسور در قدام تشکیل شده است. سه گوشه تریگون از دو سوراخ حالبی و یک سوراخ پیشابراه بداخل مثانه، تشکیل شده است. قاعده مثانه از اعصاب سمپاتیک آلفا. آدرنژیک عصب می گیرد و موجب ذخیره ادرار می شود.

۲- گنبد مثانه، قسمت باقیمانده مثانه در بالای قاعده آن است. این قسمت از الیاف پاراسمپاتیک عصب می گیرد و مسئول ادرار کردن است.

محل مثانه در خلف پوییس و جدار تحتانی شکم، در قدام سرویکس و قسمت فوقانی واژن و قسمتی از لیگامان کاردینال می باشد. مثانه در اطراف توسط دیافراگم لگنی و عضله اوبتوراتور داخلی محدود می شود. مخاط مثانه اپیتلیوم ترنزیشنال است. عضلات دیواره مثانه (detrusor) به جای اینکه بصورت لایه لایه مرتب شده باشند، از رشته های عضلانی در هم بافته تشکیل شده است.

خون رسانی: توسط شریانهای مثانه ای فوقانی، میانی، تحتانی خونرسانی می شود. مثانه از عروق رحمی و واژنی هم خون می گیرد.

عصب دهی: شبکه مثانه ای به مثانه عصب می دهد. شبکه رحمی واژنی نیز در عصب دادن به مثانه شرکت می کند.

#### پیشابراه

گردن مثانه، قسمتی از مثانه است که لومن پیشابراه به آن می رسد و با آن ترکیب می شود. پیشابراه زن تقریباً ۴-۳ سانتی متر طول دارد و از مثانه به وسیله می رسد در این مسیر درست در قدم واژن قرار دارد.



پیشابراه از اپیتلیوم سنگفرشی غیر شاخی پوشیده شده که به تحریک استروژن پاسخ می دهد. در بافت زیر مخاطی سطح پشتی پیشابراه، غدد پارایورتال یا اسکن (skene) قرار دارند که از طریق مجاری خود به لومن پیشابراه تخلیه می شوند. در قسمت دیستال، این غدد در دو طرف سوراخ جانبی پیشابراه به وستیول تخلیه می شوند.

پیشابراه دارای یک لایه عضله صاف طولی در داخل و یک لایه عضله صاف حلقوی در خارج می باشد. فاسیای تحتانی دیافراگم ادراری تناسلی یا لایه پرینه ای، در محل اتصال یک سوم میانی و دیستال پیشابراه شروع می شود. در قسمت های بالاتر از بخش های میانی و دیستال پیشابراه، رشته های عضلانی ارادی که از دیافراگم ادراری تناسلی منشاء گرفته اند، با لایه خارجی عضله صاف در هم می آمیزد. به این ترتیب مقاومت پیشابراه افزایش یافته و به کنترل ادرار کمک می کند. در سطح دیافراگم ادراری تناسلی، رشته های عضله اسکلتی، از دیواره پیشابراه جدا می شوند تا اسفنکتر پیشابراهی و عضلات پرینه ای عمیقی را تشکیل دهند.

خونرسانی: شریانهای مثانه ای و واژنی و شاخه های شریان پوندال داخلی به پیشابراه خون می رسانند.

عصب دهی: اعصاب پیشابراه از شبکه مثانه ای و عصب پوندال هستند.

در خط وسط مثانه و قسمت پروگزیمال پیشابراه را می توان از طریق صفحه ای سست و بدون عروق، براحتی از قسمت تحتانی رحم، سرویکس و واژن زیرین جدا کرد. قسمت دیستال پیشابراه را اصولاً نمی توان از واژن جدا کرد. محل تریگون مثانه درست روی یک سوم میانی واژن قرار دارد (۱۵).