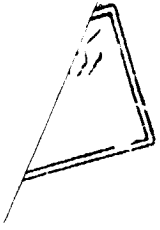


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

٣١٩٢٤



۱۶ / ۹ / ۱۴



**دانشگاه علوم پزشکی زاهدان**  
**دانشکده پزشکی**

**پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای پزشکی عمومی**

**عنوان:**

بررسی شیوع و علل رتانسیون ادرار بعد از خروج سوند ادراری در ترمیم  
سیستوسل رکتوسل همراه با SI در بیماران زایشگاه قدس در سال ۱۳۷۸

**استاد راهنما:**

دکتر مریم خوشیده

جراح و متخصص زنان و زایمان و نازایی

**نگارش:**

احمد علی خسروانیا

8528

تابستان ۳۷۹

شماره پایان نامه: ۵۹۲

۳۱۹۲۶

تقدیم به :

پدر و مادر مهربانم

و

همسر گرامی و فرزندم نرگس

با تشکر از:

استاد گرامی

سرکار خانم دکتر مریم خوشیده که در به ثمر رسیدن این

پایان نامه مرایاری کردند.

از تمامی کسانی که در این راه از راهنمایی آنها بهره بردم.

## چکیده :

رتانسسیون ادراری به معنای ناتوانی در رفع ادرار بعد از پر شدن مثانه می باشد که در اثر انسداد مسیر خروجی مثانه یعنی از گردن مثانه تا مه آی خارجی ایجاد می شود . رتانسسیون ادراری در خانم ها بیماری شایعی نیست و بر عکس آن در آقایان شایع است علل آن را می توان در چهار گروه انسدادی - نورولوژیک - داروئی و سایکوژ نیک قرار داد. انسیدانس رتانسسیون پس از عمل ۲۵-۴٪ می باشد که بیشتر بعد از جراحی روی دستگاه ادراری تحتانی - پرینه ال - ژنیکولوژیک و آنورکتال ایجاد می شود .

هدف ما در این مطالعه ما بررسی میزان شیوع و علل رتانسسیون ادرار در بیمارانی است که بعلت سیستوسل و رکتوسل همراه با SI در سال ۱۳۷۸ در زایشگاه قدس زاهدان تحت عمل جراحی قرار گرفته اند این مطالعه گذشته نگر ( ) می باشد و تعداد بیماران در این مطالعه ۱۴۲ نفر بو که ۸۰ نفر از آنها علاوه بر سیستوسل رکتوسل SI نیز داشتند که ۸ نفر (۱۰٪) از آنها دچار احتباس ادراری شده بودند .

شایعترین علت احتباس ادراری عفونت ادراری بود (۵ بیمار معادل ۵/۶۲٪) و دو نفر از آنها به علت احتمالاً اعمالی که روی مثانه و یورترا و ادم بافتهای اطراف آنها ایجاد شده است دچار احتباس ادراری شده بودند (۲۵٪) و یک نفر معادل ۱۲/۵٪ احتمالاً به علت کاهش حساسیت مثانه در اثر سونداژ بود . کلیه بیماران تحت اقدامات لازم قرار گرفته و مشکل شان برطرف گردید .

هر هشت بیمار فوق پاریتی ۵ یا بیشتر داشتند یعنی صد در صد بیمارانی که دچار رتانسسیون ادراری شده اند . و در پاریتی کمتر از ۴ رتانسسیون ادرار وجود نداشت . همچنین ۴ بیمار مبتلا به احتباس ادراری گرید ۲ سیستوسل رکتوسل (۵۰٪) و ۴ بیمار دیگر گرید ۳ سیستوسل رکتوسل داشتند (۵۰٪) .

## لغات کلیدی :

احتباس ادراری - سیستوسل رکتوسل - بی اختیاری استرسی

## فهرست مندرجات

### فصل اول : معرفی پژوهش

- ۱ ..... مقدمه
- ۱ ..... بیان مسئله و اهمیت پژوهش
- ۱ ..... اهداف پژوهش : هدف کلی - اهداف ویژه

### فصل دوم : بررسی متون

- ۲ ..... آناتومی لگن (بخش استخوانی)
- ۲ ..... آناتومی لگن (بخش عضلانی)
- ۳ ..... دیافراگم لگنی
- ۳ ..... آناتومی عملی کف لگن
- ۴ ..... آناتومی دستگاه ادراری
- ۴ ..... مثانه
- ۵ ..... پیشابراه
- ۶ ..... فیزیولوژی دفع ادرار
- ۷ ..... سیستموسل
- ۷ ..... رکتوسل
- ۷ ..... اتیولوژی
- ۷ ..... سن
- ۸ ..... زایمان
- ۸ ..... عوامل نژادی و ژنتیک
- ۸ ..... علائم و نشانه ها
- ۹ ..... تشخیص
- ۹ ..... درمان
- ۱۰ ..... ورزش
- ۱۰ ..... پساری ها
- ۱۰ ..... جراحی
- ۱۲ ..... بی اختیاری ادرار

۱۲	..... طبقه بندی
۱۲	..... بی اختیاری گذرای ادرار
۱۳	..... تقسیم بندی آناتومیک دفع غیر طبیعی ادرار (SI)
۱۳	..... علائم و نشانه ها و وضعیت های بی اختیاری ادرار
۱۴	..... بی اختیاری استرسی (SI)
۱۵	..... علل بی اختیاری ادرار
۱۵	..... بی اختیاری استرسی واقعی
۱۵	..... معاینه فیزیکی و تشخیص
۱۷	..... درمان
۱۷	..... درمان غیر جراحی
۱۸	..... در مان جراحی
۲۲	..... احتباس ادراری
۲۲	..... علل مادر زادی
۲۲	..... علل اکتسابی
۲۳	..... علائم بالینی
۲۳	..... عوامل مستعد کننده
۲۳	..... رتانسیون در خانم ها

#### فصل سوم : (روش پژوهش و گرد آوری اطلاعات)

۲۵	..... روش اجرای طرح
۲۵	..... نوع مطالعه
۲۵	..... جامعه مورد مطالعه
۲۵	..... حجم نمونه
۲۵	..... روش جمع آوری اطلاعات

#### فصل چهارم : یافته های پژوهش

۲۶	..... یافته های پژوهش
۲۷	..... نمودار ۴-۱ میزان رتانسیون ادرار برحسب علت
۲۸	..... نمودار ۴-۲ میزان رتانسیون ادرار با توجه به پاریتی

۲۹	.....	نمودار ۳-۴ میزان رتانسیون ادرار باتوجه به گرید سیستموسل رکتوسل
۲۹	.....	نمودار ۴-۴ میزان SI با توجه به سن یائسگی
۳۰	.....	جدول ۴-۱ : فراوانی نسبی SI با توجه به پاریتی
۳۱	.....	نمودار ۵ - ۴ : فراوانی نسبی SI با توجه به پاریتی بیماران به تفکیک تعداد پاریتی

### فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری کلی و پیشنهادات

۳۲	.....	بحث و نتیجه گیری کلی
۳۳	.....	پیشنهادات
۳۴	.....	فهرست منابع
۳۵	.....	چکیده پایان نامه به زبان انگلیسی (Abstract)
۳۶	.....	تائیدیه هیئت داوران و جلسه دفاعیه و نمره پایان نامه



# فصل اول :

مقدمه و معرفی پژوهش

## مقدمه و معرفی پژوهش

**مقدمه :** سیستوسل و رکتوسل از مشکلات شایع زنان مولتی پاری است که بخصوص دچار زایمانهای سخت - کار سنگین و افزایش سن شده اند .

(SI) Stress Incontinency : متعاقب تغییر زاویه گردن مثانه و مجرای ادرار و بزرگ شدن این زاویه صورت میگیرد و بیمار دچار بی اختیاری استرسی ادرار بخصوص هنگام سرفه ، عطسه و خنده (افزایش فشار داخل شکم ) میشود .

برای درمان این شکل راه حل های مختلفی از قبیل استروژن تراپی ، ورزش و داروهای مؤثر بر سیستم اتونوم و در نهایت جراحی ارائه شده است . تمام بیماران ما با روش کلپورافی قدامی واژن (کلی سوچور ) تحت عمل جراحی قرار گرفته اند

### بیان مسئله و اهمیت پژوهش :

احتباس ادراری که به معنای عدم توانایی بیمار در دفع ادرار پس از پر شدن مثانه می باشد یکی از عوارض جراحی فوق است که علت آن از یک عفونت ساده ادرار تا اصلاح بیش از حد زاویه فوق متفاوت است .

در این مطالعه ما بر آن هستیم که در طی دوره یک ساله میزان شیوع رتانسیون ادرار را در بیمارانی که در زایشگاه قدس تحت عمل جراحی قرار گرفته اند بر آورد کرده و نیز به بررسی علت رتانسیون ادرار با توجه به پیگیری های انجام شده بپردازیم .

بیش از نیمی از موارد احتباس حاد ادراری بعد از جراحی یا زایمان اتفاق می افتد . درمان احتباس حاد ادراری قبل از انجام هر گونه اقدامی کاتتریزاسیون است .

**هدف کلی :** تعیین شیوع و علل رتانسیون ادرار بعد از خروج سوند ادراری در ترمیم سیستوسل و رکتوسل همراه با SI در بیماران زایشگاه قدس در سال ۱۳۷۸ می باشد .

### اهداف ویژه :

۱ - میزان رتانسیون ادرار با توجه به پاریتی

۲- میزان رتانسیون ادرار با توجه به گرید سیستوسل رکتوسل

# فصل دوم:

بررسی متون

## بررسی متون

### آناتومی لگن :

ساختمان لگن از دو بخش تشکیل شده است

۱- بخش استخوانی ( استخوانها و مفاصل لگن )

۲- بخش عضلانی و لیگامانهای مربوطه

### بخش استخوانی :

شامل استخوان های زیر می باشد :

۱- استخوان خاجی (ساکروم )

۲- استخوان دنبالچه (کوکسیس )

که هر دو ادامه ستون فقرات هستند

۳- استخوان های بی نام (Innominate)

استخوان های بی نام یک جفت بوده و در قدام به هم متصل می شوند و سمفیز پوبیس را تشکیل می دهند

هر استخوان بی نام از ۳ قسمت تشکیل شده است :

۱- ایسکیوم

۲- ایلیوم

۳- پوبیس

استخوان های لگن توسط ۴ مفصل به هم متصل می شوند :

۱- یک مفصل بین ساکروم و کوکسیس که این مفصل سمفیزی غضروفی می باشد .

۲- یک مفصل سمفیزی در جلو بین استخوان های پوبیس

۳- دو مفصل سینوویال بین ساکروم و ایلیاک (ساکروایلیاک )

این مفاصل در قدام و خلف توسط لیگامانهای قوی احاطه شده اند که به Relaxine پاسخ داده و باعث سهولت زایمان می شوند .

### بخش عضلانی :

بخش عضلانی لگن شامل دو قسمت می باشد :

۱- عضلات دیواره خارجی

۲- عضلات کف لگن

عضلات دیواره خارجی :

۱- پیریفورم (Piriform)

۲- ایترا تور داخلی (Internal obturator)

۳- ایلئوپسواس (Iliopsoas)

### عضلات کف لگن :

استخوان لگن تشکیل شده است از :

۱- دیافراگم لگنی

۲- دیافراگم ادراری تناسلی

**دیافراگم لگنی :** شامل عضلات بالا برنده مقعد و عضلات دنبالچه ای همراه با فاسیاهای فوقانی و تحتانی آنان می باشد .

**دیافراگم ادراری - تناسلی :** شامل عضلات پرینه ای عرضی عمقی و اسفنکتر پیشابراه و فاسیاهای مربوطه می باشد .

اختلالات عضلات کف لگن و فاسیاهای مربوطه و لیگامانهای آن منجر به بی اختیاری ادراری شده و مشکلات مربوطه را بوجود می آورند .

### آناتومی عملی کف لگن :

کف لگن از ۳ قسمت آناتومیک تشکیل شده است .

۱- استخوان لگن

۲- عضلات کف لگن

۳- فاسیای اندوپلوئیک

- استخوان لگن تشکیل شده از ساکروم در خلف و ایلئوم در طرفین که بوسیله غضروف به هم متصل می شوند و تشکیل پوییس سمفیز را می دهند .

- عضلات کف لگن شامل دوگروه عضلانی است . \ یوروژینال

/ دیافراگم لگنی

- **دیافراگم یوروژینال :** بیشتر ساختمان دیستال کف لگن را شامل می شود که

شامل بولبوکاورنوس ترانسورسالیس و عضله ایسکیوکاورنوسوس می باشد

**دیافراگم لگنی :** شامل عضلات لواتورآنی ، ایترا تورو کوکسی ژئوس می باشد که

اهمیت عضله لواتورآنی خیلی زیاد است و خود از سه عضله پوبورکتالیس ، پوبوکوکسی

ژئوس و ایلئوکوکسی ژئوس تشکیل شده است .

فاسیای اندوپلوویک : فاسیای اندوپلوویک بافت همبند غلاف مانند است که حمایت کننده ارگانهای supralevator لگنی است که از لیگامانهای یوتروساکرال ، کاردینال و حلقوی تشکیل شده است . این فاسیا ارگانهای لگن را به دیواره های لگن متصل می کند . (۳)  
آناتومی دستگاه ادراری :

دستگاه ادراری شامل کلیه ها ، حالب ها ، مثانه و پیشابراه می باشد . بی اختیاری ادراری ناشی از اختلال آناتومیک ایجاد شده بین مثانه و اورتر می باشد .

مثانه : عضوی توخالی است که ادرار در آن انباشته شده و پس از پر شدن به شکل کره در می آید . اندازه آن به حجم ادرار درونش بستگی دارد . که به طور طبیعی حجم آن به حدود ۵۰۰ml یا بیشتر می رسد .

مثانه به ۲ ناحیه تقسیم می شود که از نظر فیزیولوژیک حائز اهمیت می باشد .

#### ۱-قاعده مثانه :

ازتریگون ادراری در خلف و ناحیه ضخیمی از عضله دترسور در قدام تشکیل شده است ۲گوشه تریگون از دو سوراخ حالب و یک سوراخ پیشابراه به داخل مثانه تشکیل شده است قاعده مثانه از اعصاب سمپاتیک آلفا آدرنرژیک عصب می گیرد و محلی است که دفع ادراری را بعهده دارد .

#### ۲-گنبد مثانه :

باقیمانده مثانه است که در بالای قاعده مثانه قرار دارد . این قسمت از الیاف پاراسمپاتیک عصب می گیرد و مسئول ادرار کردن است .

محل قرار گیری مثانه ، در خلف پوبیس و جدار تحتانی شکم و در قدام سرویکس و قسمت فوقانی واژن می باشد . در طرف جانبی مثانه، توسط دیافراگم لگنی و عضله ابتراتور داخلی احاطه می شود .

مخاط مثانه از نوع اپی تلیوم ترانزیشنال است و دیواره عضلانی (دترسور) به جای قرار گرفتن در لایه های مختلف متشکل از شبکه به هم بافته ای از الیاف عضلانی است .

#### خون رسانی به مثانه :

توسط سه شریان صورت می گیرد :

۱-شریان مثانه ای فوقانی

۲-شریان مثانه ای میانی

۳- شریان مثانه ای تحتانی

عصب دهی : عصب دهی مثانه از شبکه عصبی مثانه ای و شاخه هایی از شبکه عصبی رحمی واژنی صورت می گیرد.

**پیشابراه : urethra**

طول پیشابراه در خانم ها حدود ۴-۳ cm است که درست در قدام واژن از مثانه تا وستیبول ادامه می یابد .

اپی تلیوم پیشابراه از اپی تلیوم سنگفرشی غیر شاخی پوشیده شده که به تحریک استروژن پاسخ می دهد . در بافت زیرمخاطی سطح پشتی پیشابراه غدد پاراورترال یا (skene) قرار دارند که از طریق مجاری خود به لومن پیشابراه تخلیه می شوند و در قسمت دیستال این غدد در دو طرف سوراخ خارجی پیشابراه به وستیبول تخلیه می شوند .

پیشابراه ادراری لایه ای از عضله صاف طولی داخلی و لایه ای از رشته های عضله صاف حلقوی خارجی است .

فاسیای تحتانی دیافراگم ادراری تناسلی با لایه پرینه ای در محل اتصال ۱/۳ 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 منشأ 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 .

**خون رسانی :**

شریانهای مثانه ای و واژنی و شاخه های شریان پودندال داخلی به پیشابراه خون می رسانند.

**عصب دهی :**

اعصاب پیشابراه از شبکه مثانه ای و عصب پودندال هستند . (۳)