



راهنمای بالینی بومی سازی شده بی اختیاری ادراری زنان

مرکز مدیریت دانش اوروگاینکولوژی

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مردادماه ۱۳۹۲

فهرست مطالب

۳	اپیدمیولوژی
۳	ضرورت بومی سازی راهنما
۳	گروه هدف
۴	سوالات بالینی
۴	روش استناد به شواهد
۴	جدول راهنمای درجه توصیه ها
۵	اعضای تیم بومی سازی راهنما
۶	توصیه های بالینی
۷	ارزیابی و تشخیص
۹	آموزش به بیمار
۱۰	درمان های محافظه کارانه
۱۲	آموزش به بیمار
۱۳	درمان های دارویی
۱۵	درمان های جراحی
۱۸	آموزش به بیمار
۲۰	استانداردهای ممیزی بالینی
۲۴	منابع

اپیدمیولوژی

برآوردهای مربوط به شیوع بی اختیاری ادراری به دلیل اختلاف در جمعیت های مورد مطالعه، تعاریف بی اختیاری ادراری و روش های مطالعات، تفاوت های بسیاری دارند. پایش EPIC در طی یک مطالعه مقطعی در بین ۱۹۱۶۵ زن بالای ۱۸ سال نشان داده است که ۶۶ درصد از زنان درجاتی از عفونت دستگاه ادراری تحتانی را دارند. اما در این بین علائم ذخیره ای، تخلیه ای و پس از تخلیه به ترتیب ۵۹/۲٪، ۱۹/۵٪ و ۱۴/۲٪ گزارش شده اند (۱). نتایج مطالعه ای که توسط صفری نژاد و همکاران در ایران انجام گرفته است، نشان می دهد که میزان شیوع عفونت دستگاه ادراری تحتانی در زنان ایران بطور کلی ۱۸/۲ درصد می باشد که با افزایش سن بیشتر می شود (۲).

در عین حال پایش EPIC میزان شیوع بی اختیاری فشاری را ۸/۶ درصد، بیش فعالی مثانه را ۱۲/۸ درصد و بی اختیاری ترکیبی را ۲/۴ درصد گزارش کرده و تاکید نموده است که این علائم با افزایش سن افزایش می یابد. به طوری که بیش از ۶۰ درصد از زنان بالای ۴۰ سال و بیش از ۸۰ درصد از زنان بالای ۶۰ سال درجاتی از علائم ادراری تحتانی را دارند (۱). مطالعات محدودی در مورد شیوع بی اختیاری ادراری در ایران انجام گرفته است. در مطالعه احمدی و همکاران شیوع بی اختیاری ادراری در زنان بالای ۵۰-۴۰ سال، ۳۸/۴ درصد ذکر شده است (۳). مطالعه حاج ابراهیمی و همکاران در تبریز میزان شیوع ۲۳/۵ درصد را در بین زنان ۵۰-۱۵ ساله تبریز نشان داده است که بی اختیاری فشاری با حدود ۹ درصد شایعترین آنها بوده است (۴). پایش نجومی و همکاران شیوع بیمارستانی بی اختیاری ادراری را ۲۷ درصد گزارش کرده است (۵).

ضرورت بومی سازی راهنما

علائم ادراری تحتانی بشدت برای زنان آزاردهنده می باشد. شدت آزاردهندگی در بی اختیاری اضطراری بیشتر از بی اختیاری فشاری است. در عین حال ۴۶ درصد از بیماران درجاتی از اختلال عملکرد جنسی را گزارش کرده اند (۶)، که این حالت به طرز کاملاً معنی داری کیفیت زندگی عادی بیماران را تحت تاثیر قرار داده است (۷). بی اختیاری ادراری به عنوان مشکلی شایع در بین زنان، نه تنها فرد، بلکه خانواده و اجتماع را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. همچنین تحمل شرایط بیماران برای خانواده های آنان نیز دشوار است. به علاوه هزینه های این مسئله نیز قابل توجه می باشد، به گونه ای که تنها در ایالات متحده در سال ۱۹۹۵ حدود ۲۵/۶ میلیون دلار هزینه تشخیص، درمان و مراقبت این بیماران شده است. به علاوه مبلغ ۷۰۴ میلیون دلار کاهش درآمد بیماران به علت ابتلا به این اختلال بوده است (۸).

گروه هدف راهنما

ماماها، پرستاران، پزشکان خانواده، متخصصین زنان، متخصصین ارولوژی، فوق تخصص یوروگاینکولوژی،
فیزیوتراپیست ها (یوروتراپیست ها)

سوالات بالینی

P: Adult women with female urinary incontinence

I: surgical or non-surgical interventions

P: Family physicians, Gynecologists, Urologists, Physiotherapists, Urogynecologists

O: Cure, improving quality of life, reducing adverse effects

H: Iranian health system

روش استناد به شواهد

با توجه به اینکه هدف تیم گایدلاین نویسی بومی سازی گایدلاین در این زمینه است، در مرحله اول جستجو برای یافتن راهنماهای بالینی مناسب در این زمینه انجام گرفت. در این راستا اولین گام طراحی PIPHO و انتخاب کلیدواژه های مناسب براساس آن می باشد. برای این منظور کلیدواژه urinary incontinence در MeSH جستجو شد و واژه های “urinary incontinence”، “urinary incontinence, stress” و “urinary incontinence, urge” مرتبط با کلید واژه ی مورد جستجو بازیابی شدند. برای کلیدواژه pelvic floor training معادلی یافت نشد، در عوض دو سرعنوان “pelvic floor” و “pelvic floor disorders” بدست آمد. با توجه به امکان و یا عدم امکان جستجوی واژه های MeSH در سایت های مرتبط، جستجوی همزمان سرعنوان های موضوعی انتخاب شده و کلمات آزاد مرتبط با کلیدواژه های انتخابی در محدوده زمانی ۵ سال قبل انجام گرفت.

پس از بررسی اولیه راهنماهای بازیابی شده توسط تیم جستجو و انتخاب اولیه آنها، ۷ مورد انتخاب شده برای مرحله دوم بررسی و انتخاب ثانویه به دو نفر از متخصصان موضوعی ارسال و توسط ابزار نقد راهنما (AGREE) مورد ارزیابی و نقادی قرار گرفتند. در نهایت ۵ گایدلاین از این بین مورد تایید قرار گرفت، که از دو مورد آنها به علت به روز نبودن شان تنها در برخی قسمت های راهنما استفاده شده است. همچنین پیش نویس گایدلاین NICE 2013 در برخی از قسمت های راهنمای حاضر مورد استفاده قرار گرفته است.

تعریف (سطح شواهد)

درجه توصیه

لازم الاجرا بودن توصیه (براساس مطالعات بالینی با کیفیت بالا و توصیه های ویژه و شامل حداقل یک کارآزمایی تصادفی)	A
قابلیت اجرائی بالا (براساس مطالعات بالینی به خوبی هدایت شده و بدون کارآزمایی های بالینی تصادفی)	B
بینابینی و یا دلخواه (فقدان مطالعات بالینی کاربردی مستقیم و با کیفیت)	C
عدم توصیه و یا نبود شواهد کافی (بر اساس نظرات متخصصین)	D

اعضای هسته مرکزی راهنما

دکتر سکینه حاج ابراهیمی، فلوشیپ ارولوژی زنان، استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر پروین باستانی، متخصص زنان و مامایی و فلوشیپ یورو گاینکولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر فریبا قادری، دکترای فیزیوتراپی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز
ندا کبیری، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کارشناس مسئول مرکز مدیریت دانش یورو گاینکولوژی
فاطمه قربانی، کارشناس ارشد پرستاری، کارشناس مرکز مدیریت دانش یورو گاینکولوژی
زینب مشیرآبادی، کارشناس ارشد پرستاری، کارشناس مرکز مدیریت دانش یورو گاینکولوژی
فاطمه صادقی غیاثی، کارشناس ارشد کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، کارشناس قطب علمی پزشکی مبتنی بر شواهد ایران

ترجمه و تدوین راهنما

دکتر سکینه حاج ابراهیمی، فلوشیپ ارولوژی زنان، استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر الهام اسلامی، دستیار ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

اعضای پنل بومی سازی راهنما

دکتر زینت قنبری، متخصص زنان و زایمان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر طاهره افتخار، جراح و متخصص زنان زایمان و نازایی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر فریده دهقان منشادی، دکترای فیزیوتراپی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر لاله امینی، جراح و متخصص زنان و زایمان و فلوشیپ یورو گاینکولوژی
دکتر فرزانه شریفی اقدس، متخصص ارولوژی و فلوشیپ ارولوژی کودکان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر هاله ناصر حجتی رودسری، متخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری تناسلی
دکتر مریم امامی، متخصص جراحی کلیه و مجاری ادرار و فلوشیپ ارولوژی زنان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر جعفر صادق تبریزی، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر همایون صادقی بازرگانی، دکترای آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر علیرضا محبوب اهری، دانشجوی دکترای اقتصاد سلامت، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر آرمین شیروانی، سرپرست مرکز تعالی خدمات بالینی و صاحب نظر در عرصه ارزیابی فن آوری سلامت و سایر حیطه‌های تعالی بالینی

توصیه های بالینی

ارزیابی و تشخیص

درمان های محافظه کارانه

درمان های دارویی

درمان های جراحی

۱- ارزیابی و تشخیص

درجه توصیه	شرح حال و معاینه فیزیکی
D	شرح حال: در ارزیابی اولیه خانم های مبتلا به بی اختیاری ادراری باید از آنالیز ادراری و یادداشت نمودن ادرار استفاده کرد و در صورتیکه بیمار مشکل در تخلیه ادرار، و یا سابقه عفونت های ادراری مکرر داشته باشد، باید اقدام به اندازه گیری ادرار باقی مانده نمود.
D	معاینه فیزیکی: در ارزیابی اولیه بالینی برای خانمی که با بی اختیاری ادراری مراجعه نموده است، باید نوع بی اختیاری مشخص شود. انواع بی اختیاری شامل: بی اختیاری فشاری، بی اختیاری اضطرابی و بی اختیاری ترکیبی می باشد. در صورتی که بیماری بی اختیاری ادراری ترکیبی داشته باشد، باید علائم غالب مشخص شود.
D	در ارزیابی بالینی بهتر است به تمام عواملی که به نوعی در ایجاد بیماری میتوانند موثر باشند توجه شود و معاینه واژینال برای بررسی وجود پرولاپس صورت گیرد.
ثبات روزانه وضعیت تخلیه ادراری	
A	در بالین و در بررسی های تحقیقاتی در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری باید جهت ارزیابی اختلالات فاز تخلیه و ذخیره، از ثبت روزانه وضعیت تخلیه ادراری استفاده کرد.
B	مدت ثبت روزانه وضعیت تخلیه ادراری دو روز شامل یک روز کاری و یک روز غیر کاری توصیه می شود.
تجزیه ادراری و عفونت مجاری ادراری	
A	در ارزیابی اولیه یک بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری، آنالیز ادراری باید بخشی از ارزیابی باشد.
A	در یک بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری، عفونت علامت دار مجاری ادراری باید بصورت مناسب درمان شود.
A	در بیماران مسن با هدف بهبود بی اختیاری ادراری نباید اقدام به درمان باکتریوری بدون علامت کرد.
حجم ادرار باقی مانده مثانه پس از تخلیه	
B	در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری که اختلال در تخلیه مثانه دارند، باید میزان ادرار باقی مانده مثانه بعد از تخلیه اندازه گیری شود.
C	هنگام ارزیابی بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری ترکیبی، باید میزان ادرار باقی مانده مثانه بعد از تخلیه اندازه گیری شود.
A	ادرار باقی مانده بعد از تخلیه مثانه باید با اولتراسونوگرافی (در صورت در دسترس بودن) اندازه گیری شود.
B	در بیمارانی که تحت درمان هایی قرار می گیرند که ممکن است باعث ایجاد و یا تشدید اختلال در تخلیه مثانه شود، باید میزان ادرار باقی مانده مثانه بعد از تخلیه، اندازه گیری و کنترل شود.
پرسشنامه های ثبت وضعیت بیماران	
B	ارائه کنندگان خدمات سلامت باید از پرسشنامه های معتبر برای بررسی شدت بی اختیاری ادراری و کیفیت زندگی و ارزیابی میزان آزار و اذیت ناشی از علائم ادراری و نیز بررسی تأثیر برخی از استراتژی های درمانی استفاده کنند. از این بین پرسشنامه های ICIQ-OAB و ICIQ-SF به زبان فارسی ترجمه و اعتبار آن مورد تایید قرار گرفته است.

بررسی یورودینامیکی

B	وقتی درمان های محافظه کارانه برای بی‌اختیاری ادراری مدنظر است توصیه به انجام یورودینامیک نمی‌شود.
C	پزشک انجام دهنده بررسی یورودینامیک در بیمار مبتلا به بی‌اختیاری ادراری باید نتایج را در زمینه مشکل بالینی حاضر تفسیر کند.
C	به بیماران توضیح داده شود که ممکن است نتایج یورودینامیک در انتخاب درمانی آنها سودمند باشد. هر چند شواهد محدودی وجود دارد که نشان می‌دهند نتایج یورودینامیکی باعث تغییر در نتایج درمانی بی‌اختیاری ادراری می‌شود.
C	در صورتی که یافته‌های یورودینامیکی باعث تغییر در انتخاب روش جراحی شود، توصیه به انجام یورودینامیک می‌شود.
C	اگر بیمار بیش فعالی مثانه، سابقه قبلی جراحی و یا پرولاپس قدامی واژن داشته، یا مشکل در تخلیه ادرار دارد، قبل از انجام عمل جراحی به منظور اصلاح بی‌اختیاری ادراری اقدام به انجام یورودینامیک شود.
C	برای خانمی که بی‌اختیاری ادراری فشاری خالص دارد، انجام بررسی یورودینامیک کامل توصیه نمی‌شود.
C	اگر بدنبال بررسی یورودینامیک تشخیص همچنان نامشخص باشد، ویدیو یورودینامیک یا یورودینامیک سیار توصیه می‌شود.
C	بصورت رایج توصیه به پروفیلومتری فشار مجرا نمی‌شود.

آزمون پوشینه

C	هنگامیکه اندازه‌گیری مقدار "کمی" بی‌اختیاری ادراری لازم است، آزمون پوشینه انجام دهید.
C	هنگامیکه اندازه‌گیری عینی نتایج درمانی لازم است، از تکرار آزمون پوشینه استفاده کنید.

سایر تست های بررسی کفایت مجرای ادراری

A	انجام تست های Q-tip, Bonney, Marshall, Fluid-Bridge برای ارزیابی بی‌اختیاری ادرای زنان توصیه نمی‌شود.
---	---

تصویر برداری

A	در ارزیابی خانم های مبتلا به بی‌اختیاری ادراری فشاری غیر پیچیده، تصویربرداری مجاری ادراری فوقانی و تحتانی بصورت رایج انجام نشود.
---	--

سیستوسکوپی

A	انجام سیستوسکوپی برای خانم هایی که صرفاً با بی‌اختیاری ادراری مراجعه کرده اند توصیه نمی‌شود.
---	--



آمادگی برای انجام تست یورودینامیک:

۱

- یورودینامیک تستی است که از طریق آن می توان به نحوه عملکرد مثانه، مجرای ادرار و عضلات کف لگن در حالت مثانه پر و هنگام تخلیه ادرار پی برد.
- قبل از تست چه اقداماتی باید انجام دهید؟ این تست با تعیین وقت قبلی انجام می شود. بهتر است با مثانه پر (در حدی که نیاز به دفع معمول ادرار داشته باشید) مراجعه کنید.
- اگر شما از سوند یکبار مصرف برای تخلیه ادرار استفاده می کنید تا قبل از مراجعه همین کار را انجام دهید.
- هیچگونه محدودیت غذایی لازم نیست، اما اگر شما از بیوست مزمن رنج می برید، بهتر است از میوه و سبزیجات و مسهل های گیاهی قبل از مراجعه استفاده نمایید.
- قبل از شروع تست برای پیشگیری از عفونت آنتی بیوتیک تزریق خواهد شد.
- هر مرحله از تست توسط پرستار با تجربه به شما توضیح داده خواهد شد و سپس نتایج حاصله توسط متخصص ارولوژی گزارش خواهد شد.
- مدت زمان لازم برای انجام تست بسته به تنوع آن ممکن است از ۱۰ تا ۹۰ دقیقه طول بکشد.
- برای اینکه کمک مناسبی برای انجام تست بکنید باید آرامش کامل خود را حفظ کنید.

چگونه این تست انجام می شود؟

۳

برای انجام این تست یک سوند ظریف که به یک حس گر متصل است وارد مثانه می شود و شرایط طبیعی پر شدن مثانه و تخلیه آن با تزریق سرم به داخل مثانه ایجاد می شود. نحوه عملکرد مثانه و مجرای ادراری در حالت پر شدن و تخلیه مثانه در سیستم کامپیوتری ثبت می شود.

نحوه مراجعه:

۴

۲۰ دقیقه قبل از موعد تست در مرکز حضور بهم رسانید. اگر به هر دلیلی امکان حضور ندارید حداقل ۲۴ ساعت قبل اطلاع دهید. برای انجام هر تست ۲ عدد سوند مخصوص استفاده می شود که می توانید از مرکز تهیه نمایید.

بمد از یورودینامیک:

۲

بعد از انجام تست یورودینامیک ممکن است شما کمی سوزش ادرار و یا افزایش دفعات ادرار کردن را برای مدت کوتاهی داشته باشید. مصرف زیاد مایعات باعث کاهش علائم می شود. ممکن است به مدت کوتاهی خون در ادرار ببینید که به سرعت بهبود خواهد یافت. عوارض بعد از انجام تست بسیار نادر است. در عین حال اگر شما احساس مشکل یا ناراحتی کردید، به راحتی می توانید با پزشک مرکز در میان بگذارید.

۲- درمان های محافظه کارانه:

اطلاع رسانی به بیماران	
درجه توصیه	
D	برای بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری اطلاعات کافی در مورد بیماریشان و نیز راهکارهای درمانی قابل دسترس چه در درمان های مرحله اول و چه در درمان های مرحله دوم باید بخوبی ارائه شود.
تعدیل دارویی	
A	در تمام بیماران با بی‌اختیاری ادراری شرح حال دارویی اخذ شود.
A	آگاه نمودن خانم های مبتلا به بی‌اختیاری ادراری مبنی بر اینکه ممکن است با شروع استروژن خوراکی، بی‌اختیاری ادراری ایجاد و یا تشدید شود.
C	مرور و سوال مجدد در مورد مصرف داروهای جدید توسط بیمار در طی درمان مرتبط با ایجاد یا تشدید بی‌اختیاری ادراری توصیه می‌شود.
یبوست	
C	در بالغین مبتلا به بی‌اختیاری ادراری درمان همزمان یبوست توصیه می‌گردد.
استفاده از ابزارهای نگهدارنده ادراری	
B	هنگامی که کنترل بی‌اختیاری ادراری لازم است، پدها پیشنهاد می‌شوند.
A	براساس نوع و شدت بی‌اختیاری ادراری و نیاز بیماران، پد ادراری انتخاب می‌شود.
B	هنگامی که سایر روش های درمانی را نمی‌توان بکار برد کاتتریزه نمودن بیماران جهت کنترل ادراری پیشنهاد می‌گردد.
A	استفاده از کاتتریزاسیون متناوب (CIC) برای بی‌اختیاری های ادراری مرتبط با احتباس ادراری پیشنهاد می‌شود.
B	ابزارهای داخل واژنی بصورت رایج به عنوان درمان بی‌اختیاری ادراری توصیه نمی‌گردند.
کاهش مصرف کافئین	
B	توصیه به بالغین مبتلا به بی‌اختیاری ادراری که با کاهش مصرف کافئین ممکن است تنها علائمی مثل تکرر ادراری و فوریت ادراری کاهش یابد، و برای بی‌اختیاری ادراری موثر نمی‌باشد.
B	قطع آزمایشی مصرف کافئین برای زنان با علائم بی‌اختیاری یا بیش فعالی مثانه توصیه می‌شود.
تمرینات ورزشی	
A	کلیه خانم ها با علائم بی‌اختیاری ادراری به انجام تمرینات ورزشی متناسب با سن و وضعیت سلامتشان در قالب ورزش های غیر پرشی و غیر تونیک تشویق شوند.
دریافت مایعات	
C	به بیمارانی که در مصرف مایعات افراط یا تفریط می‌کنند توصیه شود که مصرف مایعات را بصورت متناسب تعدیل کنند.
چاقی و کاهش وزن	
C	به خانم هایی که BMI ($\frac{\text{Weight (kg)}}{\text{Height (m)}^2}$) بالای ۳۰ دارند توصیه شود که کاهش وزن آنها ممکن است در بهبود بی‌اختیاری ادراری موثر باشد.

استعمال دخانیات

A

بیماران با بی‌اختیاری ادراری که سیگاری هستند باید همراستا با اقدامات درمانی مناسب جهت ترک سیگار مورد مشاوره قرار بگیرند.

رفتار درمانی و ادرار کردن برنامه‌ریزی شده

C

بازپروری مثانه باید در هر بیمار مبتلا به بی‌اختیاری ادراری اضطرابی توصیه شود.

فیزیوتراپی

D

معاینه واژینال برای بررسی عملکرد عضلات کف لگنی باید قبل از هر گونه شروع درمانی تمرینات عضلات کف لگن انجام شود.

تمرینات عضلات کف لگنی باید بخشی از برنامه درمانی بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری اضطرابی بوده (درجه توصیه: D)، و باید اولین قدم درمانی در بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری فشاری و مخلوط باشد. (درجه توصیه: A).

A

آموزش تمرینات عضلات کف لگن حداقل برای ۳ ماه در خانم‌های مبتلا به بی‌اختیاری ادراری فشاری و مخلوط بعنوان خط اول درمان توصیه می‌شود.

A

برنامه‌های آموزش تمرین عضلات کف لگن باید جدی گرفته شود.

A

در خانم‌های مبتلا به بی‌اختیاری ادراری فشاری باید استفاده از بیوفیدبک صرفاً به عنوان یک روش کمکی به همراه تمرینات کف لگن می‌تواند برای درمان بی‌اختیاری ادراری استفاده شود.

A

در خانم‌های باردار جهت پیشگیری از وقوع بی‌اختیاری ادراری در دوران بعد از زایمان آموزش تمرین عضلات کف لگن تحت نظارت کارشناس آموزش دیده (فیزیوتراپیست) مربوطه پیشنهاد می‌شود.

A

در بالغین مبتلا به بی‌اختیاری ادراری که اختلالات شناختی دارند ادرار کردن برنامه‌ریزی شده سر ساعت پیشنهاد می‌شود.

A

در بالغین مبتلا به بی‌اختیاری ادراری اضطرابی (UUI) و یا ترکیبی (MUI) آموزش تمرینات مثانه‌ای بعنوان خط اول درمان توصیه می‌گردد.

A

تحریک الکتریکی با الکترودهای سطحی واژینال، آنال و یا پوستی به تنهایی برای درمان بی‌اختیاری ادراری توصیه نمی‌شود.

B

تحریک مغناطیسی برای درمان بی‌اختیاری ادراری و یا بیش‌فعالی مثانه در خانم‌های بالغ توصیه نمی‌گردد.

تحریک الکتریکی عصب تییبای خلفی برای خانم‌های مبتلا به بی‌اختیاری ادراری اضطرابی که داروهای آنتی‌کولی نرژیک را تحمل نمی‌کنند و یا علاقه‌ای به تزریق بوتوکس ندارند، توصیه می‌شود.

A



ورزش های کف لگنی:

۷۴-۲۵٪ از زنان در رده های سنی مختلف از بی اختیاری ادراری رنج می برند.
اگر شما هم یکی از این افراد هستید، با ورزش های عضلات کف لگن می توانید بر این مشکل غلبه کنید.

سوالات رایج و پاسخ ها:

- ۱- آیا با افزایش سن بی اختیاری ادراری موضوعی طبیعی است؟
پاسخ: با وجودی اینکه ۸۰٪ از سالمندان با افزایش سن دچار تغییرات مثانه می شوند، اما با روش های مناسب پیشگیری و درمان می توان بی اختیاری را تجربه نکرد.
- ۲- چرا من دچار بی اختیاری ادراری شده ام؟
پاسخ: سه نوع بی اختیاری ادراری وجود دارد اضطراب در ادرار کردن، بی اختیاری فشاری و بی اختیاری انسدادی و سر ریز شدن. در حالت اضطرابی به علت تحریک عصبی مثانه بیمار تکرر و عجله در دفع ادرار دارد و قادر به کنترل مناسب ادرار قبل از رسیدن به دستشویی نیست. در بی اختیاری فشاری: با هر سرفه، عطسه، خندیدن، ورزش، دویدن و یا بلند کردن جسم سنگین ممکن است ادرار دفع شود. در بی اختیاری انسدادی و سر ریز شدن: بعلت عدم دفع مناسب، ادرار سرریز می شود.
- ۳- چه روش های درمانی برای این مشکل وجود دارد؟
پاسخ: روش های درمان متعددی از جمله ورزش های کف لگن، درمان های دارویی و جراحی وجود دارد.
- ۴- ورزش های عضلات کف لگن چه اثری دارد؟
پاسخ: در ورزش های کف لگن، قدرت عضلات کف لگن (اطراف مجرای ادرار، واژن و مقعد) را ارزیابی می کنیم. این مساله ممکن است در ابتدا با الکتراستیمولاسیون و یا بیوفیدبک انجام شود. سپس طی جلسات متوالی ورزش های اختصاصی که می تواند برای بهبودی مشکل شما مفید باشد توسط پزشک آموزش دیده داده می شود.

بی اختیاری ادراری در حین حاملگی:

ورزش های عضلات کف لگن بهترین روش برای پیشگیری و درمان بی اختیاری ادراری در دوران حاملگی و پس از زایمان می باشند. انجام صحیح این ورزشها به شما کمک خواهد کرد که کیفیت زندگی مناسبی در این دوره داشته باشید.

بخاطر بسیاری:

برخی از بیماران ممکن است تجربه مناسبی از انجام ورزش های لگنی که به عنوان کگل معرف است نداشته باشند. در بیش از ۸۰٪ موارد این مساله به خاطر عدم انجام صحیح این ورزشها می باشد.
بسته به قدرت عضلانی شما، جلسات آموزشی ممکن است ۱۲-۵ جلسه ادامه داشته باشد.

۳- درمان های دارویی

داروهای آنتی موسکارینی	
درجه توصیه	
A	در بیماران مبتلا به اضطراب ادراری واضح با یا بدون بی‌اختیاری یک دوره درمانی با آنتی موسکارینی شروع شود و برای جلوگیری از عوارض جانبی باید تیتراسیون دوز دارو انجام شود.
A	ترکیبات سریع الاثر و طولانی اثر داروهای آنتی موسکارینی بعنوان خط اول درمان های دارویی در بالغین مبتلا به بی‌اختیاری ادراری اضطرابی پیشنهاد می شوند. (برای خط اول درمان داروهای سریع الاثر پیشنهاد می شود.)
A	در صورتیکه داروهای آنتی موسکارینی سریع الاثر در درمان بالغین مبتلا به بی‌اختیاری ادراری ناموفق باشند، توصیه به استفاده از عوامل آنتی موسکارینی طولانی اثر و یا آهسته رهش می‌شود.
B	اگر عوامل آنتی موسکارینی خوراکی بعلت خشکی دهان و سایر عوارض جانبی دارو توسط بیماران قابل تحمل نباشد، توصیه به مصرف موضعی پوستی اکسی بوتینین می‌گردد.
A	بررسی سریع از نظر اثربخشی و عوارض جانبی داروهای آنتی موسکارینی در بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری اضطرابی در عرض کمتر از ۳۰ روز از شروع درمان پیشنهاد می‌شود.
C	به هنگام تجویز داروهای آنتی موسکارینی برای بیماران مسن بویژه آن هایی که مهار کننده‌های کولین استراز مصرف می‌کنند، خطر عوارض جانبی اختلال عملکرد شناختی توضیح داده شود.
A	پرهیز از مصرف اکسی بوتینین سریع الاثر در بیمارانی که در معرض خطر اختلال عملکرد شناختی هستند.
B	تجویز تروسیپوم کلراید در بیماران با اختلال عملکرد شناختی پیشنهاد می‌شود.
B	مصرف سولیفناسین، تولترودین و داری فناسین در بیماران مبتلا به اختلال عملکرد شناختی با احتیاط صورت بگیرد.
C	در بیماران تحت درمان با داروهای آنتی موسکارینی در صورتی که در معرض خطر اختلال عملکرد شناختی باشند توصیه به ارزیابی عملکرد ذهنی آنها می‌شود.
دولکستین	
A	دولکستین می تواند بعنوان بخشی از استراتژی درمانی کلی همراه با تمرینات عضلات کف لگن و نه به تنهایی تجویز شود. در خانم های مبتلا به بی‌اختیاری فشاری ادراری متوسط تا شدید مصرف ۴ هفته‌ای دولکستین پیشنهاد می‌شود. بعد از ۱۲ هفته از درمان، ارزیابی مجدد از نظر پیشرفت علائم و تصمیم‌گیری در مورد ادامه درمان توصیه می‌شود.
A	در مردان و زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری که خواهان درمان کامل بی‌اختیارشان هستند دولکستین توصیه نمی‌شود.
A	در مردان و زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری که خواهان بهبود موقتی علائم بی‌اختیاری هستند دولکستین را می‌توان توصیه نمود.
A	به علت میزان بالای عوارض جانبی در شروع دولکستین باید تیتراسیون دوز دارو صورت گیرد.
استروژن	
A	در خانم هایی که استروژن خوراکی مصرف می‌کنند باید در مورد افزایش خطر ایجاد بی‌اختیاری ادراری یا تشدید بی‌اختیاری ادراری قبلی شان با آنها مشاوره شود.
A	در خانم های یائسه با بی‌اختیاری ادراری مصرف استروژن موضعی توصیه می‌شود هر چند مدت درمان ایده‌آل و بهترین روش مصرف آن نامعلوم می‌باشد.

A	به خانم های یائسه که استروژن خوراکی مصرف می کنند توصیه شود که ممکن است دچار بی اختیاری ادراری شوند و یا بی اختیاری ادراری قبلی آنها تشدید شود.
دسموپرسین	
B	دسموپرسین برای بیمارانی توصیه می شود که گاهی اوقات بصورت کوتاه مدت نیازمند رفع بی اختیاری ادراری می باشند. باید آنها را آگاه کنیم که این دارو برای مصرف در این مورد مجوز ندارد. استفاده از دسموپرسین برای مداوای کوتاه مدت فقط ۲-۳ روز توصیه میشود. در صورت استفاده، ۳ روز پس از مصرف توصیه می شود کنترل الکترولیت های سرم صورت گیرد.
A	دسموپرسین برای کنترل طولانی مدت بی اختیاری ادراری نباید استفاده شود.

۴- درمان های جراحی

درجه توصیه	
A	با بیماران باید درباره درمان های جراحی و غیر جراحی و نیز فواید و مضرات هر کدام مشاوره شود و انتخاب روش درمانی باید با توافق بین پزشک و بیمار با در نظر گرفتن تجربه جراح و ترجیح بیمار صورت گیرد.
A	بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری اضطرابی بدون بی اختیاری فشاری نباید تحت اعمال جراحی مربوط به بی اختیاری فشاری قرار بگیرند.
D	بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری باید به پزشکان دوره دیده که در این زمینه اطلاعات و مهارت های کافی دارند دسترسی داشته باشند.
B	پزشکان معالج باید دقت کنند و بتوانند طی مشاوره با بیمارانی که ریسک بالای بی اختیاری ادراری را به دلیل عواملی مثل سن بالا، یائسگی، بارداری، چاقی سنین باروری و یا تجربه مشکلات ادراری در دوران کودکی دارند، تشخیص دهند و یک روش درمانی موثر را انتخاب کنند.
بی اختیاری ادراری فشاری غیر پیچیده در خانمها	
A	برای خانم های مبتلا به بی اختیاری فشاری (SUI) بدون عارضه و غیر پیچیده، بالا کشیدن بخش میانی مجرا با مش صناعی در صورت در دسترس بودن بعنوان مداخله جراحی مقدم توصیه می شود.
A	در خانم های مبتلا به بی اختیاری ادراری فشاری در صورتیکه بالا کشیدن مجرای میانی مدنظر نباشد تعلیق گردن مثانه بصورت جراحی باز یا لاپاراسکوپی و یا با بالا کشیدن مجرا با استفاده از فاشیای اتولوگ توصیه می شود.
A	آگاه نمودن خانم هایی که قرار است تحت بالا کشیدن مجرا از طریق فاشیای اتولوگ قرار بگیرند در رابطه با اینکه احتمال اختلال تخلیه ادرار و نیاز به انجام کاتترایزاسیون متناوب وجود دارد.
C	در مواردی که یک سیستم شل شدید وجود دارد یا بالا کشیدن مجرا به روش ترانس اتراتور ممکن نیست و به عنوان بخشی از عمل جراحی بالا کشیدن مجرای میانی به روش رتروپوبیک توصیه به انجام سیستم اسکوپ می شود. (برای کلیه روش های جراحی بی اختیاری ادراری، سیستم اسکوپ حین عمل توصیه می شود).
C	در خانم هایی که توصیه به بالا کشیدن مجرای میانی با یک برش منفرد می شود، باید بیماران را آگاه نمود که تاثیر کوتاه مدت آن کمتر از بالا کشیدن مجرا به روش استاندارد است و تاثیر طولانی مدت آن نامعلوم است.
A	بالا کشیدن مجرای میانی با یک برش بعلت نبود شواهد سطح ۱ فقط بعنوان بخشی از برنامه های تحقیقاتی توصیه می شود.
C	بالا کشیدن مجرای میانی قابل تعدیل بعنوان درمان جراحی اولیه برای بی اختیاری ادراری فشاری فقط بعنوان بخشی از برنامه تحقیقاتی توصیه می شود.
A	برای خانم هایی که خواهان یک روش درمانی دائمی برای بی اختیاری ادراری فشاری هستند توصیه به تزریق مواد حجم دهنده به مجرا نمی شود.

بی اختیاری ادراری فشاری پیچیده در خانمها

C	روش جراحی انتخابی برای بی اختیاری ادراری فشاری عود شده باید طبق ارزیابی دقیق منحصر به فرد هر بیمار صورت بگیرد.
C	بیماران باید مطلع و آگاه شوند که احتمالاً نتیجه عمل جراحی دوم نسبت به عمل جراحی اول دارای فواید کمتر و خطرات بیشتر خواهد بود.
C	تعبیه ابزار فشارنده قابل تنظیم یا اسفنگتر مصنوعی ادراری بعنوان یک روش درمانی در بی اختیاری ادراری فشاری پیچیده در صورت در دسترس بودن این ابزارها و بازبینی مناسب نتایج آنها توصیه می شود.
C	در صورت تعبیه اسفنگتر ادراری به بیمار توضیح داده شود که احتمال شکست مکانیکال بالا بوده و در صورت نیاز این ابزارها خارج خواهند شد.
-	گایدلاین آمریکا (AUA) در مورد انجام عمل جراحی بی اختیاری ادراری بصورت پروفیلاکتیک در بیمار مبتلا به پرولاپس بسیار شدید که دارای بی اختیاری مخفی است در حال حاضر هیچ نظر و توصیه ای ندارد.
B	بالا کشیدن مجرا با مش صناعی در بیماران مبتلا به بی اختیاری فشاری در صورت وجود فسیتول مجرا به واژن، اروزیون مجرا، آسیب مجرا در حین جراحی و یا دیورتیکول مجرا توصیه نمی شود و ممنوع است. * بهتر است در چنین بیمارانی از روش بالا کشیدن مجرا با استفاده از فاشیای اتولوگ یا مواد بیولوژیک استفاده شود.
C	در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری مخلوط (MUI) که جزء بی اختیاری فشاری در آنها واضح تر است می توان از اعمال جراحی مربوط به بی اختیاری ادراری فشاری استفاده نمود.
B	اعمال جراحی بی اختیاری ادراری فشاری باید به صورت ایمن همراه با عمل جراحی پرولاپس از بیماران انتخابی انجام شود و تا زمانیکه عمل جراحی پرولاپس تمام نشده است نباشد مش مربوط به مجرا بالا کشیده شود.
B	در صورتیکه احتباس ادراری بعد از عمل جراحی بی اختیاری بیشتر از ۴ هفته طول بکشد نیازمند مداخله است.

تزریق داخل مثانه ای سم بوتولینوم تیپ A

A	در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری اضطرابی مقاوم به داروهای آنتی موسکارینی تزریق سم بوتولینوم A بصورت داخل مثانه ای توصیه می شود.
A	آگاه نمودن بیماران مبنی بر احتمال نیاز به کاتتریزاسیون متناوب مثانه توسط خود بیمار و افزایش خطر عفونت ادراری مرتبط با آن پس از اطمینان از رضایت آنها و توانایی انجام این کار توصیه می شود.
A	از بیماران باید رضایت آگاهانه استفاده از سم بوتولینوم A اخذ شود و آنها را آگاه کنیم که اثرات طولانی مدت آن نامعلوم است.

تحریک عصب ساکرال (نوسان عصبی)

A	در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری اضطرابی مقاوم به درمان های نگهدارنده و عدم امکان یا تمایل به تزریق سم بوتولینوم، در صورت امکان توصیه به تحریک نوسانی عصب ساکرال قبل از افزایش حجم مثانه و یا انحراف مسیر ادراری می شود.
---	---

سیستوپلاستی افزایش دهنده حجم و انحراف مسیر ادراری

- C فقط در بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری ناشی از بیش‌فعالی دترسور که درمان‌های محافظه‌کارانه در آنها ناموفق بوده و امکان تزریق سم بوتولینوم و تحریک عصب ساکرال وجود ندارد و یا این اقدامات غیر موثر بودند، توصیه به سیستوپلاستی افزایش دهنده حجم مثانه میشود.
- C در بیمارانی که قرار است تحت سیستوپلاستی قرار بگیرند پس از اطمینان از رضایت و توانایی آنها، بیماران را از احتمال بالای نیاز به کاتتریزاسیون متناوب مثانه توسط خود بیمار آگاه کنید.
- C میومکتومی دترسور بعنوان یک روش درمانی بی‌اختیاری ادراری توصیه نمی‌شود.
- C انحراف مسیر ادراری فقط به بیمارانی توصیه می‌شود که در درمان بی‌اختیاری ادراری آنها روش‌های کم‌تهاجم با شکست روبرو شده و بیمار پذیرش داشتن یک سوراخ برای خروج ادرار را دارد.
- C در بیمارانی که تحت سیستوپلاستی یا انحراف مسیر ادراری قرار می‌گیرند در مورد عوارض کوتاه مدت و طولانی مدت و امکان خطر کم‌ایجاد بدخیمی آگاهی دهید.
- C در بیمارانی که تحت سیستوپلاستی یا انحراف مسیر ادراری قرار می‌گیرند توصیه به پیگیری طولانی مدت روند زندگی بیماران می‌شود.



روش بالاکشیدن مجرای میانی با استفاده از مش صناعی [TOT یا TVT]:

- یک روش جراحی بسته با سه برش کوچک می باشد که یک نوار ظریف در زیر مجرای ادراری جاگذاری می شود. دو برش یک سانتی متری در زیر شکم و یک برش ۲ سانتی متری در زیر مجرای ادراری، مسیر را برای جاگذاری نوار باریک مهیا می کند.
- متوسط بستری در بیمارستان یک روز پس از جراحی می باشد.

بعد از عمل

- بعد از عمل ممکن است کمی خواب آلود و بی حال باشید ولی بزودی احساس بهبودی می کنید.
- پس از هوشیاری کامل به مقدار کمی از مایعات مانند آب یا چای کم رنگ می توانید استفاده کنید. به تدریج در صورت نداشتن مشکل رژیم غذایی عادی خود را شروع کنید.
- یک سوند مجرا هنگام عمل گذاشته می شود که روز بعد از عمل خارج می شود و شما پس از دفع نرمال ادرار از بیمارستان مرخص می شوید. در ابتدا ممکن است ادرار را به سختی دفع کنید که کم کم پس از رفع التهاب محل عمل بهبود می یابد.
- هرگز برای ادرار کردن زور ندهید و سعی کنید با آرامش ادرار کنید.
- بطور خیلی نادر ممکن است بعد از عمل قادر به ادرار کردن نباشید که توصیه های لازم از طرف پزشک انجام خواهد شد.
- بعد از عمل از بلند کردن اشیاء سنگین (بیش از ۵ کیلوگرم) خودداری کنید.
- از یبوست پیشگیری کنید.

روز عمل جراحی

- از ۶-۸ ساعت قبل از عمل باید ناشتا باشید.
- اگر داروی خاصی مصرف می کنید حتماً به بخش اطلاع دهید.
- عمل جراحی ممکن است با بیهوشی عمومی، نخاعی و یا حتی موضعی بسته به نظر متخصص بیهوشی و انتخاب بیمار انجام شود.
- قبل از عمل سعی کنید با نفس عمیق و تمرینات سرفه خود را آماده عمل کنید.

آمادگی قبل از عمل

- ابتدا شما باید توسط متخصص بی اختیاری ادراری ویزیت شوید و پرسشنامه مربوطه را تکمیل نمایید.
- آزمایشات اولیه خون و ادرار و سایر اقدامات اولیه بسته به شرایط بیمار به عمل می آید.
- پزشک قبل از عمل در مورد نحوه عمل و میزان موفقیت و عوارض احتمالی با شما صحبت خواهد کرد و اگر احساس آرامش نمودید برای عمل تصمیم می گیرید.

پس از ترخیص

- برای کنترل درد مسکن تجویز خواهد شد.
- در عرض ۱۰-۷ روز زخم جراحی واژن بهبود خواهد یافت و بعد از ۳ ماه بهبودی کامل را احساس خواهید کرد.
- نیازی به پانسمان نیست، فقط در صورت داشتن مشکل به پزشک مراجعه کنید.



کارهایی که می توانید بکنید:

- پس از ترخیص دوش بگیرید.
- غذای سبک آماده کنید.
- قدم بزنید اما نه در مسافت طولانی.

STOP

کارهایی که

نمیتوانید بکنید:

- بلند کردن اشیا از زمین
- کار سنگین خانه
- بغل کردن بچه

کارهایی که نباید

تا چهار هفته انجام

دهید:

- حمل اشیا سنگین
- جابجا کردن اثاث و مبلمان
- چمن زدن یا بیل زدن باغچه
- بلند کردن وزنه
- حمل سطل زباله یا سبد لباس
- بغل کردن بچه

ترشحات واژینال:

در ابتدا ترشحات مختصر واژینال خواهید داشت که به مرور بهبود می یابد. از فشار و کشش بخیه های واژن خودداری کنید.

فعالیت:

بلافاصله پس از ترخیص با احتیاط می توانید فعالیت روزمره خود را انجام دهید ولی بهتر است حداقل امکان استراحت کنید.

آمیزش جنسی:

بیمار می تواند آمیزش جنسی را پس از ۶ هفته از سر بگیرد. اما اگر در بیمار ناراحتی و مشکلی بوجود آید این مدت طولانی تر می شود. توصیه می شود در این مورد با پزشک معالج خود مشورت کنید.

رانندگی:

به طور کلی اگر شما احساس کردید که می توانید بدون احساس درد در ناحیه شکم دفع ادرار خود را کنترل نمایید (تقریباً ۳ هفته بعد)، در این صورت می توانید رانندگی را از سر بگیرید.

شروع به کار:

توصیه می شود در این مورد با پزشک معالج خود مشورت کنید. این مورد بستگی به نوع عمل جراحی و نوع کار شما (فعالیت زیاد در کار یا پشت میز نشینی) متفاوت است. معمولاً بیماران به مدت ۲ الی ۴ هفته باید در مرخصی باشند.

تمرینات کف لگنی:

ضروری است پس از بهبودی از عمل جراحی این تمرینات آغاز شود. اگر در مورد روش و تکنیک های این تمرینات سوالی دارید با مشاور تمرینات و با پزشک معالج خود مشاوره نمایید.

سلامت عمومی:

نیاز به رعایت هیچگونه رژیم نیست. سعی کنید روده هایتان خوب کار کند و برای این منظور غذاهای فیبر دار نظیر کیوی، میوه جات، سبزیجات، نان سبوس دار، آجیل و غلات را زیاد مصرف کنید. سعی کنید دچار یبوست نشوید و همینطور فشاری به ناحیه شکمی شما وارد نشود تا روده هایتان به خوبی کار کند. در صورت نیاز از داروهای ضد یبوست و ملین استفاده کنید.

استانداردهای ممیزی بالینی راهنما

مرجع	توضیحات	مطابقت با استاندارد			توصیه های بالینی		شماره
		NA	خیر	بلی	استاندارد	معیار	
ارزیابی و تشفیص							
ص ۷					آیا در ارزیابی اولیه بیمار، آنالیز ادراری انجام گرفته است؟	۱-۱	۱ تجزیه کامل ادرار از نظر عفونت های مباری ادراری
ص ۷					آیا در بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری، درمان مناسب عفونت مباری ادراری انجام گرفته است؟	۱-۲	
ص ۷					آیا عفونت ادراری بیمار بهبود یافته است؟	۱-۳	
ص ۷					آیا در بیماران مسن، عدم درمان باکتریوری بدون علامت رعایت می شود؟	۱-۴	
ص ۷					آیا حجم ادرار باقی مانده در مثانه اندازه گیری شده است؟ (به وسیله اولترا سونوگرافی یا کاتتر)	۲-۱	۲ اندازه گیری حجم ادرار باقی مانده در مثانه
ص ۸					آیا بررسی یورودینامیک انجام گرفته است؟	۳-۱	۳ بررسی یورودینامیکی
ص ۸					آیا نتیجه یورودینامیک موجب تغییر نوع درمان شده است؟	۳-۲	
ص ۸					آیا بررسی یورودینامیک منجر به تشفیص بی اختیاری ادراری شده است؟	۳-۳	
درمان های محافظه کارانه							
ص ۱۰					آیا وزن بیمار اندازه گرفته شده است؟	۴-۱	۴ کاهش وزن
ص ۱۰					آیا فائمهایی که BMI بالای ۳۰ دارند، به کاهش وزن تشویق شده اند؟	۴-۲	
ص ۱۰					آیا وزن آنها کاهش یافته است؟	۴-۳	
ص ۱۰					آیا کاهش وزن آنها باعث بهبود بی اختیاری ادراری گردیده است؟	۴-۴	
ص ۱۱					آیا قبل از شروع درمان بی اختیاری ادراری، معاینات واژینال برای ارزیابی عملکرد عضلات کف لگن انجام گرفته است؟	۵-۱	۵ فیزیوتراپی
ص ۱۱					آیا تمرینات عضلات کف لگن در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری فشاری و منقوط، به عنوان اولین قدم درمانی انجام گرفته است؟	۵-۲	
ص ۱۱					آیا تمرینات باعث بهبودی بیمار گردیده است؟	۵-۳	
ص ۱۱					آیا به فائمه های باردار، جهت پیشگیری از وقوع بی اختیاری ادراری در دوران بعد از زایمان، تمرینات کف لگنی آموزش داده شده است؟	۵-۴	
ص ۱۱					آیا آموزش ها باعث بهبودی بیمار گردیده است؟	۵-۵	

شماره	توصیه های بالینی		مطابقت با استاندارد			توضیحات	مرجع
	اصیبار	استاندارد	بلی	خیر	NA		
درمان های دارویی							
۶	داروهای آنتی موسکارینی	۶-۱	آیا برای بیماران مبتلا به اضطراب ادراری واضح با یا بدون بی اختیاری، درمان با داروهای آنتی موسکارینی انجام گرفته است؟				ص ۱۳
		۶-۲	آیا در خط اول درمان از داروهای سریع الاثر استفاده شده است؟				ص ۱۳
		۶-۳	آیا بیمار پس از استفاده از داروهای سریع الاثر بهبود یافته است؟				ص ۱۳
		۶-۴	آیا در خط دوم درمان از داروهای طولانی اثر و آهسته رهش استفاده شده است؟				ص ۱۳
		۶-۵	آیا بیمار پس از استفاده از داروهای طولانی اثر و آهسته رهش بهبود یافته است؟				ص ۱۳
		۶-۶	آیا میزان اثربخشی و عوارض جانبی داروهای آنتی موسکارینی در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری اضطرابی در عرض کمتر از ۳۰ روز بررسی شده است؟				ص ۱۳
		۶-۷	آیا از مصرف اکسی بوتینین سریع الاثر در بیمارانی که در معرض خطر افتلال شناختی هستند پرهیز شده است؟				ص ۱۳
درمان های جراحی							
۷	انتخاب روش درمان	۷-۱	آیا با بیمار در خصوص فواید و مضرات درمانهای جراحی و غیر جراحی مشاوره انجام شده است؟				ص ۱۵
		۷-۲	آیا روش درمانی با در نظر گرفتن تجربه جراح و بیمار انتخاب شده است؟				ص ۱۵
۸	بی اختیاری ادراری فشاری غیر پیچیده در خانمها	۸-۱	آیا در خانمهای مبتلا به بی اختیاری ادراری فشاری بدون عارضه و غیر پیچیده، بالا کشیدن بفش میانی مهر با مشن صناعی انجام شده است؟				ص ۱۵
		۸-۲	آیا بیمار پس از انجام بالا کشیدن بفش میانی مهر با مشن صناعی بهبود یافته است؟				ص ۱۵
		۸-۳	آیا در مواردی که سیستمسک شدید وجود داشته، یا بالا کشیدن مهر با روش ترانس ایترا تور ممکن نیست، سیستمسکوپمی انجام میشود؟				ص ۱۵
		۸-۴	آیا در کلیه روشهای جراحی بی اختیاری ادراری، سیستمسکوپمی عین عمل انجام می شود؟				ص ۱۵
		۸-۵	آیا عوارض عین و بعد از عمل به علت آسیب مثانه کاهش یافته است؟				ص ۱۵

شماره	توصیه های بالینی		مطابقت با استاندارد			مرجع	توضیحات
	معیار	استاندارد	بلی	خیر	NA		
درمان های جراحی (ادامه)							
۹	تزریق داخل ممانه ای سم بوتولینوم A	۹-۱	آیا در بیمارانی مبتلا به بی اختیاری ادراری اضطراری مقاوم به داروهای آنتی موسکارینی، سم بوتولینوم A به صورت داخل ممانه ای تزریق میشود؟			ص ۱۶	
		۹-۲	آیا بیمار پس از تزریق سم بوتولینوم A به صورت داخل ممانه ای بهبود یافته است؟			ص ۱۶	
		۹-۳	آیا به بیمارانی در مورد احتمال نیاز به کاتتریزاسیون متناوب ممانه توسط خود بیمار اطلاعات کافی داده می شود؟			ص ۱۶	
		۹-۴	آیا به بیمارانی در مورد افزایش خطر عفونت ادراری مرتبط با کاتتریزاسیون متناوب ممانه، اطلاعات کافی داده می شود؟			ص ۱۶	
آموزش به بیمار							
۱۰	آمادگی برای تست یورودینامیک	۱۰-۱	آیا به بیمار اطلاعات کافی در مورد تست یورودینامیک، چگونگی انجام آن و آمادگی های قبل از انجام تست داده شده است؟			ص ۹	
		۱۱-۱	آیا به بیمار در مورد تمرینات کف لگن اطلاعات کافی داده شده است؟			ص ۱۲	
۱۱	ورزش های کف لگن	۱۱-۲	آیا بیمار در مورد نحوه انجام تمرینات کف لگن اطلاعات کافی را دریافت کرده است؟			ص ۱۲	
		۱۱-۳	آیا به بیمار در مورد تمرینات کف لگن برای بی اختیاری در دوران حاملگی اطلاعات کافی داده شده است؟			ص ۱۲	
۱۲	روشن های جراحی	۱۲-۱	آیا به بیمار اطلاعات کافی در مورد روشن بالا کشیدن مبر با استفاده از مش صنایعی (TVT یا TOT) داده شده است؟			ص ۱۸	
		۱۲-۲	آیا بیمار آموزش های لازم را کسب کرده است؟			ص ۱۸	
		۱۲-۳	آیا به بیمار در مورد اقدامات بعد از عمل جراحی اطلاعات کافی داده شده است؟			ص ۱۸	
		۱۲-۴	آیا به بیمار در مورد باید و نباید های بعد از عمل جراحی، اطلاعات کافی داده شده است؟			ص ۱۹	
		۱۲-۵	آیا بیمار از اطلاعات داده شده رضایت دارد؟			ص ۱۹	

References:

1. Irwin D, Milsom I, Hunskaar S. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *European Urology*. 2006;50:1306-15.
2. Safarinejad M. Prevalence of the overactive bladder among Iranian women based on the International Continence Society definition: a population-based study. *IntUrolNephrol*. 2009;41(1):35-45.
3. Ahmadi B, Alimohammadian M, Golestan B. The hidden epidemic of urinary incontinence in women: a population-based study with emphasis on preventive strategies. *International Urogynecological Journal*. 2010;21(4):453-9.
4. Hajebrahimi S, Azaripour A, Sadeghi-Bazargani Pak H. Clinical and transperineal ultrasound findings in females with stress urinary incontinence versus normal controls. *J BiolSci* 2009;12(21):1434-7.
5. Nojomi M, Amin E, Bashiri R. Urinary incontinence: hospital-based prevalence and risk factors. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2008;13(1).
6. Salonia A, Zanni G, Nappi R. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol*. 2004;45:642-8.
7. Irwin D, Milsom I, Kopp Z. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU Int*. 2006;97(96-100).
8. Mojibian M, Nasiri H, Pakdel S, Koochak yazdi L. Treatment of 17 case of urinary incontinence in women with IVS. *Iranian Surgery Journal*. 2008;16(4).

References of guidelines:

9. Abrams P, Andersson K, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*. 2010;29:213-40.
10. Management of urinary incontinence in primary care: A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2004.
11. Urinary incontinence. American Medical Directors Association (AMDA). 2010.
12. Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women; Draft for consultation. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2013.
13. Lucas M, Bosch J, Cruz F, Madden T, Nambiar A, Neisius A, et al. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. 2012.
14. Nishizawa O, Ishizuka O, Okamura K, Gotoh M, Hasegawa T, Hirao Y. Guidelines for management of urinary incontinence. *International Journal of Urology*. 2008;15:857-74.

15. Sharifi aghdas F, Emami M, Hajebrahimi S, Shadab, Jalali A. National guideline in urinary incontinence in women: recommendations. 2008.
16. Winters J, Dmochowski R, Goldman H, Herndon C, Kobashi K, Kraus S, et al. ADULT URODYNAMICS: AUA/SUFU GUIDELINE. American Urological Association Education and Research. 2012.