



گاهنامه علمی - تخصصی
نسخه هشتم - پاییز 1404

سلام دانشجو

بیماری های شایع در سالمندان

دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
گروه پرستاری داخلی جراحی



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شناسه نشر

شماره مجوز نشریه:

1400/د/1184/120

صاحب امتیاز:

گروه پرستاری داخلی جراحی
(دکتر آلیس خاچیان)

مدیر مسئول و ویراستار علمی:

مهری بزرگ نژاد

سر دبیر:

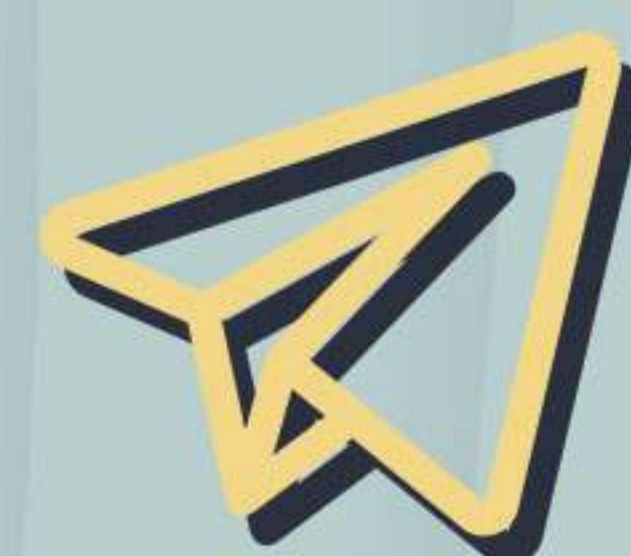
غزاله حسینی

طراحی و صفحه آرایی:

مبینا احمدزاده



@SD_IUMS



@SD_IUMS

سخن سرد پیر

با یاد آفریدگار جان و خرد

سلام و درود خدمت همراهان عزیز نشریه سلام دانشجو، در این شماره از نشریه قصد داریم در مورد بیماری های شایع در سالمندان بحث کنیم، همانطور که مستحضرید، جامعه امروز به سمت سالمند شدن پیش می رود و ما به عنوان اعضای تیم درمان، با آموزش درست و افزایش آگاهی می توانیم در بهبود کیفیت زندگی عزیزمان، نقش مؤثری ایفا کنیم.

امیدوارم این شماره از نشریه مورد قبول شما عزیزان واقع شود.

در آخر از همه شما عزیزان و همراهان همیشگی نشریه که با نقد درست و سازنده، ما را در پیشبرد اهداف یاری کردید، هئیت تحریریه و صفحه آرای محترم، اساتید گرانقدر گروه پرستاری، به ویژه سرکار خانم مهری بزرگ نژاد و دکتر خاچیان عزیز تشکر می کنیم و قدردان مهرتان هستیم. مانا و پایدار باشید.

غزاله حسینی

آشنایی با اساتید گروه آموزشی بر اساس حروف الفبا



مونا الباسی



منصوره اشغلی فراهانی



مریم احسانی



سیده بی بی
غصمت حسینی



دکتر کوروش جودکی



پروین تهرپور



مهناز سیدالشهدای



محمد رضا زارعی



مسعود رضایی



مطهره نجفی فرزاده



پرستاری داخلی - جراحی

دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران



نیما پورغلام آمیجی



مهری بزرگ نژاد



پریسا بزرگزاد



فریدون خیری



طاهره السادات
خوب بین خوش نظر



الیس خاچیان
(مدیر گروه)



دریادخت مسرور رودسری



زهرا علیزاده برمی



محمد عباسی



معصومه نیشابوری قلعه شیری



فهرست

مقدمه

آلزامی

پارکینسون

بی اختیاری ادرار

پروستاتیت

سرطان پروستات

نارسایی کلیه در سالمندان

سنگ کلیه

بیماری های قلبی در سالمندان

۸

۹

۱۷

۲۳

۴۰

۴۸

۵۷

۶۳

۶۹

مقدمه

گامی هرچند کوچک بردارند. بدیهی است که شناخت صحیح بیماری‌ها، علائم اولیه، راهکارهای پیشگیری و مدیریت مؤثر آن‌ها، نه تنها به کاهش بار بیماری در سالمندان منجر می‌شود، بلکه احساس استقلال، عزت نفس و امید به زندگی را در آن‌ها افزایش خواهد داد. امیدواریم مطالب این شماره بتواند سهمی در تحقق این اهداف ایفا کند.



پیشرفت‌های پزشکی، بهبود کیفیت زندگی و افزایش آگاهی‌های بهداشتی موجب شده‌اند که جمعیت سالمندان در جوامع مختلف، از جمله ایران، به طور چشمگیری رو به افزایش باشد. این تغییر جمعیتی، که از آن به عنوان «گذار سالمندی» یاد می‌شود، ضرورت توجه ویژه به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی این قشر را بیش از پیش نمایان کرده است. سالمندی، اگر چه بخشی طبیعی از چرخه حیات انسان است، اما با تغییراتی همراه است که بدن را مستعد ابتلا به برخی بیماری‌ها می‌کند. در این شماره از نشریه، تلاش کرده‌ایم تا با نگاهی علمی، جامع و در عین حال کاربردی، به بررسی بیماری‌های شایع در سالمندان بپردازیم. مقالات این شماره با هدف افزایش آگاهی دانشجویان علوم پزشکی، پرسنل بهداشتی و حتی خانواده‌های دارای سالمند، گردآوری شده‌اند تا بتوانند در مسیر بهبود کیفیت مراقبت و ارتقای سلامت این قشر ارزشمند جامعه،

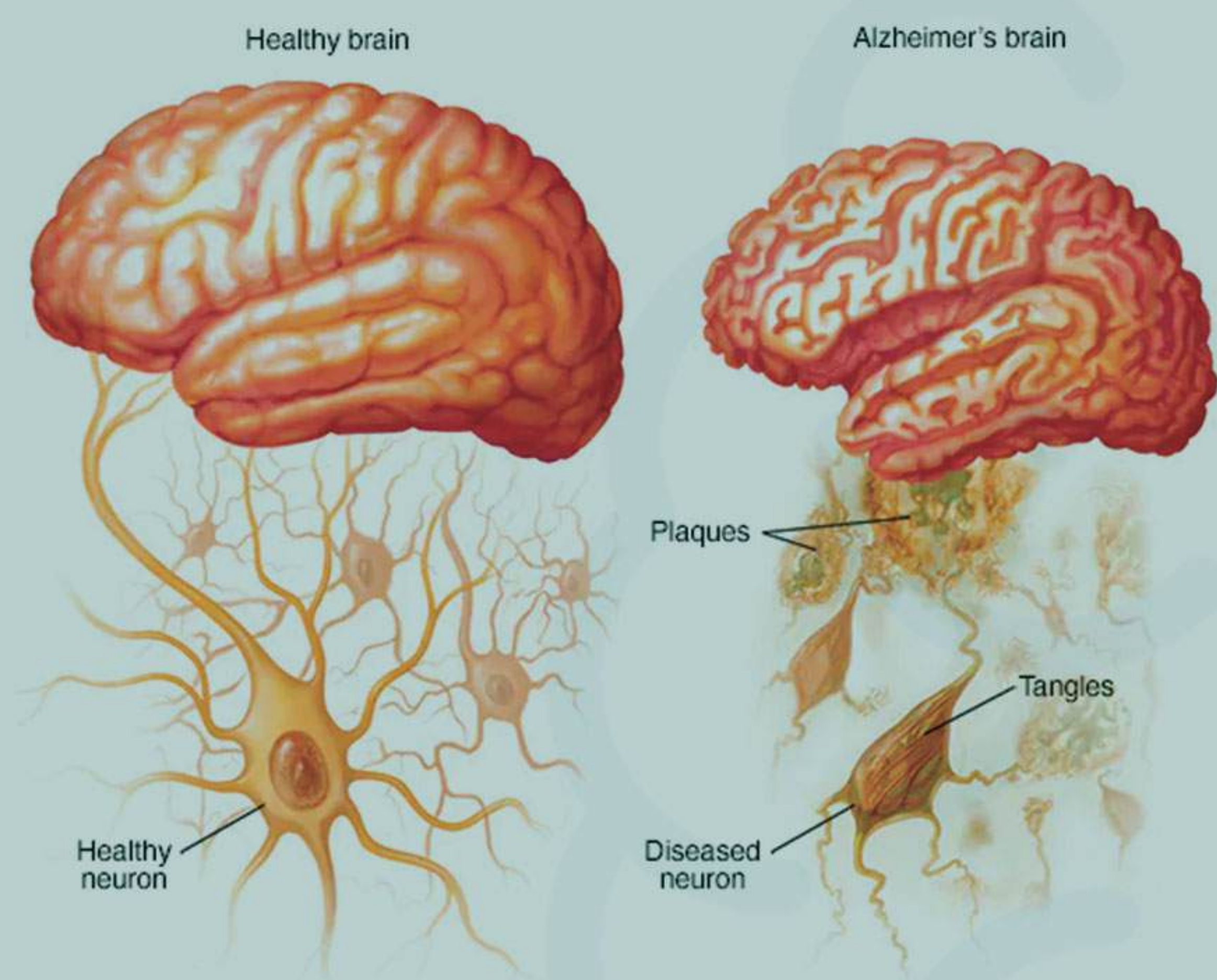
آلزایمر

دیبا کرمی
پرستاری بهمن 1401



علائم

بیماری آلزایمر با زوال حافظه همراه است که اغلب با آفازی، آگنوزی، مشکلات در تفکر انتزاعی و حل مسئله و همچنین تغییرات شخصیتی و رفتاری نیز همراه می شود.



اختلال حافظه

از دست دادن حافظه نشانه اصلی بیماری آلزایمر است. در مراحل ابتدایی بیماری، افراد ممکن است در به خاطر سپردن رویدادها یا گفتگوهای اخیر مشکل داشته باشند. با گذشت زمان، حافظه بدتر شده و بر عملکرد فرد در محل کار و زندگی روزمره تاثیر می گذارد.

بیماری آلزایمر شایع ترین علت زوال عقل است و عمدتاً افراد بالای 65 سال را تحت تاثیر قرار می دهد. این بیماری یک فرآیند زیستی است که با تجمع پروتئین ها به شکل پلاک های آمیلوئید و کلافه های نوروفیبریلری در مغز آغاز می شود. شروع آن سال ها قبل از ظهور اولین علائم است. تجمع پروتئین ها به مرور زمان باعث مرگ سلول های مغزی و کوچک شدن حجم مغز در مراحل پایانی بیماری می گردد.

اپیدمیولوژی

سازمان بین المللی بیماری آلزایمر شیوع زوال عقل را حدود 50 میلیون نفر در جهان تخمین می زند و پیش بینی می شود در سال 2050 سه برابر شود که دوسوم آنها در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط زندگی می کنند.

علائم رایج در بیماران آلزایمری:

- تکرار مداوم جملات و سوالات یکسان
- فراموشی مکالمات، قرار ملاقات ها و رویدادها
- گم کردن وسایل و قرار دادن آنها در مکان های نامناسب
- گم شدن در محیط های آشنا
- فراموشی نام اعضای خانواده و اشیاء روزمره
- مشکل در یافتن کلمات مناسب، بیان افکار یا ادامه مکالمات

اختلال در تفکر و استدلال

بیماری آلزایمر منجر به اختلال در تمرکز و تفکر می شود و همچنین درک مفاهیم انتزاعی برای این افراد بسیار دشوار می شود.

اختلال در قضاوت و تصمیم گیری

بیماری آلزایمر توانایی تصمیم گیری منطقی و قضاوت صحیح را مختل می کند. این اختلال می تواند به شکل های مختلفی ظاهر شود:

- انتخاب های نامناسب در موقعیت های اجتماعی
- پوشیدن لباس های نامتناسب با شرایط آب و هوایی
- مشکل در حل مسائل روزمره

- ناتوانی در واکنش مناسب به موقعیت های اضطراری (مانند سوختن غذا روی اجاق)

اختلال در برنامه ریزی و انجام کارهای آشنا

بیماری آلزایمر انجام فعالیت های روزمره که نیازمند دنبال کردن مراحل خاصی هستند را با مشکل مواجه می سازد. مانند مشکل در پختن یک وعده غذای ساده، پوشیدن لباس و یا استحمام

تغییرات شخصیتی و رفتاری

بیماری آلزایمر با ایجاد تغییرات در مغز می تواند بر خلق و خو و رفتار افراد تأثیر بگذارد.

مانند: افسردگی، نوسانات خلقی شدید، پرخاشگری و رفتارهای تهاجمی، اختلال در الگوی خواب و سرگردانی و پرسه زنی بی هدف.

عوامل خطر بیماری آلزایمر

سن بالا، قوی ترین عامل خطر برای ابتلا به آلزایمر است و با افزایش سن، خطر ابتلا به شدت بالا می رود. آمار تشخیص سالانه موارد جدید آلزایمر نشان می دهد که در گروه سنی 65 تا 74 سال، 4 مورد در هر 1000 نفر، در گروه سنی 75 تا 84 سال، 32 مورد در هر 1000 نفر و در گروه سنی 85 سال به بالا، 76 مورد در هر 1000 نفر

تشخیص داده می شود.

زنان نسبت به مردان بیش تر به آلزایمر مبتلا می شوند. دلیل اصلی آن میانگین طول عمر بیش تر در زنان است. همچنین عوامل هورمونی مانند کاهش استروژن نیز ممکن است نقش داشته باشند.

سابقه خانوادگی و ژنتیک نیز نقش مهمی دارند؛ داشتن خویشاوند درجه یک مبتلا به آلزایمر خطر را 2 تا 4 برابر افزایش می دهد و وجود ژن APOE-e4 به عنوان مهم ترین عامل ژنتیکی شناخته می شود. جهش های ژنتیکی نادر معمولاً منجر به آلزایمر زودرس در سنین قبل از 60 سالگی می شوند.

حدود 70% از افراد مبتلا به سندرم داون به آلزایمر مبتلا می شوند.

مطالعات جدید نشان می دهد تغییر در میکروبیوتای روده در بیماری آلزایمر نقش دارد.

عوامل مرتبط با سبک زندگی شامل بیماری های قلبی-عروقی و فشار خون بالا، دیابت نوع 2 کنترل نشده، کم تحرکی و ورزش نکردن، رژیم غذایی ناسالم، مصرف دخانیات یا مواجهه با دود دست دوم، مصرف زیاد الکل و کمبود خواب مزمن هستند.

سایر عوامل خطر شامل سابقه ضربه به سر، آلودگی هوا، افسردگی درمان نشده، انزوای اجتماعی و سطح تحصیلات پایین نیز می باشند.

در حالی که سن عامل خطر غیرقابل تغییری است، بسیاری از عوامل مرتبط با سبک زندگی قابل اصلاح هستند و می توانند خطر ابتلا را کاهش دهند.



مکانیسم آسیب‌زایی در بیماری آلزایمر

پلاک‌های آمیلوئیدی ناشی از پروتئین بتا-آمیلوئید، که از تجزیه پروتئین بزرگتر APP تشکیل می‌شود، به تدریج تجمع می‌یابند و توده‌های چسبنده‌ای را در فضای خارج سلولی مغز ایجاد می‌کنند که اختلالاتی در ارتباطات سیناپسی بین نورون‌ها به وجود می‌آورند. از طرف دیگر، کلافه‌های نوروفیبریلری که ناشی از تغییر شکل غیرطبیعی پروتئین تاو هستند، در داخل نورون‌ها تشکیل می‌شوند و باعث اختلال در سیستم انتقال مواد مغذی و ارگانل‌های سلولی می‌گردند. این تغییرات منجر به تخریب سیستم حمل و نقل داخل نورونی و مرگ تدریجی سلول‌های عصبی می‌شوند. تأثیرات بالینی این تغییرات نشان می‌دهد که فرآیندهای تخریب عصبی ۱۵ تا ۲۰ سال قبل از ظهور علائم آغاز می‌شوند و ارتباط مستقیمی بین تراکم پلاک‌ها و کلافه‌ها با شدت زوال شناختی وجود دارد. همچنین، از دست رفتن پیشرونده سیناپس‌ها و کاهش حجم ماده خاکستری مغز از دیگر عواقب این تغییرات است.

از عوارض فیزیکی در مراحل پایانی بیماری می‌توان به اختلال در بلع (دیسفاژی)، آسپیراسیون ریوی و به دنبال آن

عفونت‌های تنفسی، مشکلات تعادلی و حرکتی، زمین خوردن و شکستگی‌های استخوانی، زخم بستر، سوءتغذیه و کم‌آبی بدن و بی‌اختیاری ادرار و مدفوع اشاره کرد.

پیشگیری از بیماری آلزایمر

1. فعالیت بدنی منظم:

- حداقل 150 دقیقه ورزش هوازی متوسط در هفته
- ترکیب ورزش‌های قدرتی و تعادلی
- فعالیت‌هایی مانند پیاده‌روی سریع، شنا یا دوچرخه‌سواری

2. رژیم مدیترانه‌ای:

مزایای این رژیم شامل کاهش سرعت زوال عقل مرتبط با سن و عملکرد شناختی بهتر است.

از ویژگی‌های این رژیم میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

پایه گیاهی: میوه، سبزیجات، غلات کامل
منابع پروتئینی سالم: ماهی، مرغ، حبوبات
چربی‌های مفید: روغن زیتون، آجیل
محدودیت در:

- چربی‌های اشباع (کره، پنیر، گوشت قرمز)
- چربی‌های ترانس (غذاهای سرخ شده ، شیرینی‌جات)



3. مدیریت عوامل خطر قلبی-عروقی:

- کنترل دقیق فشار خون بالا
- مدیریت دیابت و پیش دیابت
- نظارت بر سطح کلسترول خون (به ویژه LDL)
- مطالعه منظم
- حفظ روابط اجتماعی فعال
- مدیریت استرس و بهبود کیفیت خواب
- محافظت از سر در برابر آسیب‌ها

تشخیص:

روش‌های تشخیصی آلزایمر شامل ارزیابی شناختی (تست‌های MMSE یا MoCA)، تصویربرداری مغزی (MRI برای بررسی آتروفی هیپوکامپ و PET برای شناسایی پلاک‌های آمیلوئید)، آزمایش مایع نخاعی (بررسی بیومارکرهای تاو و آمیلوئید) و تست‌های ژنتیکی (برای موارد ارثی) می‌شود.

4. ترک سیگار:

- مشاوره با پزشک برای دریافت برنامه ترک
- استفاده از روش‌های کمکی مانند نیکوتین درمانی
- پرهیز از مواجهه با دود دست دوم

5. سایر راهکارهای مؤثر:

- فعالیت‌های هنری (نقاشی، موسیقی)
- یادگیری مهارت‌های جدید

درمان های دارویی:

الف) مهارکننده های کولین استراز

- مکانیسم اثر: افزایش استیل کولین با مهار آنزیم تجزیه کننده آن
- داروهای شاخص:

- دونپزیل (Donepezil) برای تمام مراحل آلزایمر
- ریواستیگمین (Rivastigmine)
- گالانتامین (Galantamine): اثرات دوگانه کولینرژیک و نیکوتینیک

ب) ممانتین (Memantine)

- مکانیسم اثر: تنظیم گلوتامات با مهار گیرنده NMDA
- موارد مصرف: مراحل متوسط تا شدید ترکیب با دونپزیل: ترکیب ثابت شده در کاهش پیشرفت بیماری
- . داروهای در حال تحقیق فاز (III)
- آدوکانوماب (Aducanumab) و لکانماب (Lecanemab)
- نوع درمان: آنتی بادی مونوکلونال ضد آمیلوئید - بتا

مراقبت های پرستاری در بیماران مبتلا به آلزایمر

مراقبت های جسمانی

- تغذیه و هیدراتاسیون:

- غذاهای نرم و قابل بلع برای جلوگیری از آسپیراسیون
- نظارت بر میزان مصرف مایعات برای پیشگیری از کم آبی
- استفاده از ظروف مناسب برای بیماران با اختلال حرکتی

- پیشگیری از عوارض حرکتی:

- کمک به تحرک و راه رفتن برای جلوگیری از زمین خوردن
- فیزیوتراپی و تمرینات تعادلی در مراحل اولیه
- استفاده از وسایل کمکی مانند واکریا
- صندلی چرخدار در مراحل پیشرفته

- پیشگیری از زخم های فشاری (بستر):

- تغییر وضعیت بیمار هر ۲ ساعت
- استفاده از تشک های موج

مراقبت‌های شناختی و رفتاری

- مراقبت از پوست با مرطوب‌کننده‌ها

- تحریک ذهنی:

- انجام بازی‌های ساده حافظه‌ای
- خواندن کتاب با صدای بلند
- استفاده از عکس‌ها برای یادآوری خاطرات
- آموزش و حمایت از مراقبین

- آموزش خانواده:

- روش‌های برقراری ارتباط مؤثر
- نحوه کمک به فعالیت‌های روزمره
- مدیریت استرس و فرسودگی مراقبین

- پشتیبانی روانی:

- تشویق به شرکت در گروه‌های حمایتی
- معرفی خدمات پرستاری در منزل
- آموزش روش‌های مراقبت ایمن

مراقبت‌های روانی-اجتماعی

- کاهش اضطراب و آشفتگی:

- ایجاد محیطی آرام و بدون محرک‌های استرس‌زا
- استفاده از موسیقی درمانی و فعالیت‌های آرام‌بخش
- پرهیز از تصحیح یا مقابله با توهمات بیمار

حفظ ارتباط اجتماعی:

- تشویق به تعامل با خانواده و دوستان
- شرکت در برنامه‌های گروهی مانند هنردرمانی



منايع

<https://www.mayoclinic.org/>

<https://doi.org/10.1186/s40035-024-00432-x>

<https://www.alz.org>

<https://www.nia.nih.gov>

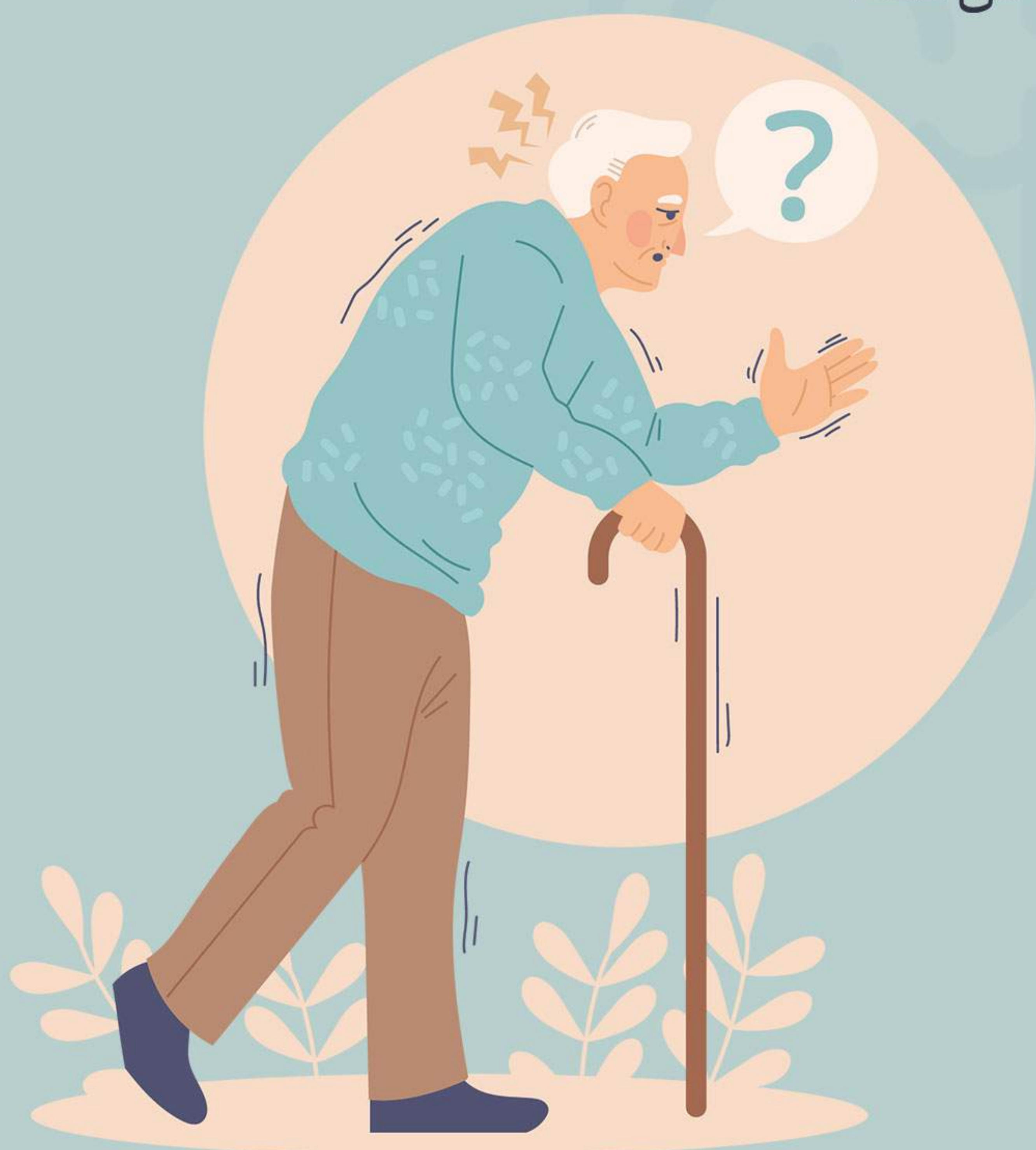
<https://www.who.int>

پارکینسون

مژده سعادت
پرستاری بهمن 1401



افزایش است که پیش بینی می شود آمار بیماران مبتلا به پارکینسون در ایران به بیش از ۲۵۰ هزار مورد رسیده باشد، متأسفانه طبق این آمار ابتلا به پارکینسون در ایران ۴۰ درصد از میانگین جهانی بیشتر است. لازم به ذکر است این روند رو به افزایش، نیاز به توجه و آگاه سازی عمومی مردم نسبت به علائم و علل بیماری را نیز چندین برابر می کند.



بیماری پارکینسون از جمله اختلالات رایج تحلیل برنده عصبی می باشد که به علت کاهش نورون های دوپامینرژیک و دیگر سیستم های ناقلین عصبی شامل سروتونرژیک و نورآدرنرژیک نیز در این بیماری دچار آسیب می شوند. آسیب نورونی در پی افزایش میزان رادیکال های آزاد ناشی از مکانیسم های متفاوت، نقایص میتوکندریایی، استرس اکسیداتیو، نقص در پروتئوزوم ها را می توان به عنوان علل بوجود آورنده بیماری یاد کرد. طبق مطالعات آماری انجام گرفته شیوع این بیماری عموماً در سنین بالاتر از ۵۰ سال به میزان ۴/۶ میلیون نفر می رسد. به طور کلی بروز آن در یک سال در ۱۰۰۰۰۰ نفر عددی بین ۱۸-۴۱۸ می باشد که آماری حدود ۷/۵ میلیون درگیری در یک سال را گزارش می کند. طبق اخبار اعلام شده از انجمن پارکینسون ایران، ابتلا به پارکینسون با سرعت بسیار زیادی در حال

به منظور تشخیص این بیماری پزشکان با تکیه بر مواردی که در ادامه گفته خواهد شد تصمیم نهایی را اتخاذ می‌کنند.

■ آزمون‌های فیزیکی و نورولوژیکی همانند: جهت‌یابی، حس، توانایی‌های حافظه و رفلکس‌ها

■ آزمایش‌های خون به منظور افتراق سایر بیماری‌هایی که موجب علائم مشابه شده آمد

■ تصویربرداری SPECT و DAT تشخیص قطعی بیماری و انواع ترمور حاصل از آن در کنار نتایج آزمون‌های نورولوژیکی تست ژنتیکی

■ مصرف داروهای بیماران مبتلا به پارکینسون اگر موجب بهبود علائم شود تشخیص مثبت بیماری داده می‌شود. این دوز دارویی باید تحت نظر پزشک و در مقادیر مشخصی تجویز شود

■ بررسی آلفا-سینوکلئین منجر به تشخیص بیماری قبل از بروز علائم اولیه می‌شود. این پروتئین در پارکینسون بصورت غیرطبیعی در سلول‌های عصبی بصورت اجسام لوی افزایش یافته است که باعث تخریب سلول‌های عصبی می‌شود. این است از طریق پوست یا مایع مغزی نخاعی انجام می‌گیرد.

تمام افراد در معرض ابتلا امیدوار هستند

که روش‌های تشخیصی تا حدی پیشرفت داشته باشند تا با یک نمونه خون احتمال بروز بیماری مورد بررسی قرار گیرد و نیاز به انجام تمام این روش‌ها به منظور تایید نهایی بیماری نباشد.

عوامل متعددی در بروز این بیماری نقش ایفا می‌کنند اما نقش چند مورد به طور خاصی چشم‌گیر است. لازم به ذکر است که این بیماری در اثر یک عامل وراثت رخ نمی‌دهد، بلکه ترکیبی از اختلالات ژنتیکی، جهش‌ها یا انباشتگی‌های پروتئین و قرارگیری غیرنرمال پروتئین‌ها در بافت مغزی بعلاوه محرک‌های محیطی در بروز آن دخیل هستند. عوامل محافظت‌کننده محیطی در برابر بیماری شامل مصرف دخانیات، روغن دانه‌ها، سطح بالای ویتامین ب-کمپلکس، سطح استروژن در بدن بانوان و میزان سلنیوم بدن می‌باشد. در مقابل، عوامل خطر ساز طبق سابقه خانوادگی مثبت، استرس، سالمندی، وراثت، شغل به خصوص زراعت، سطح تحصیلات و آگاهی فرد، استفاده از آفت‌کش‌ها و اعتیاد به الکل دسته‌بندی می‌گردد.

علائم بیماری پارکینسون از یک روند خاموش شروع و بصورت تدریجی افزایش می‌یابد. آسیب‌های در یک طیف گسترده شامل:

■ آسیب‌های حرکتی:

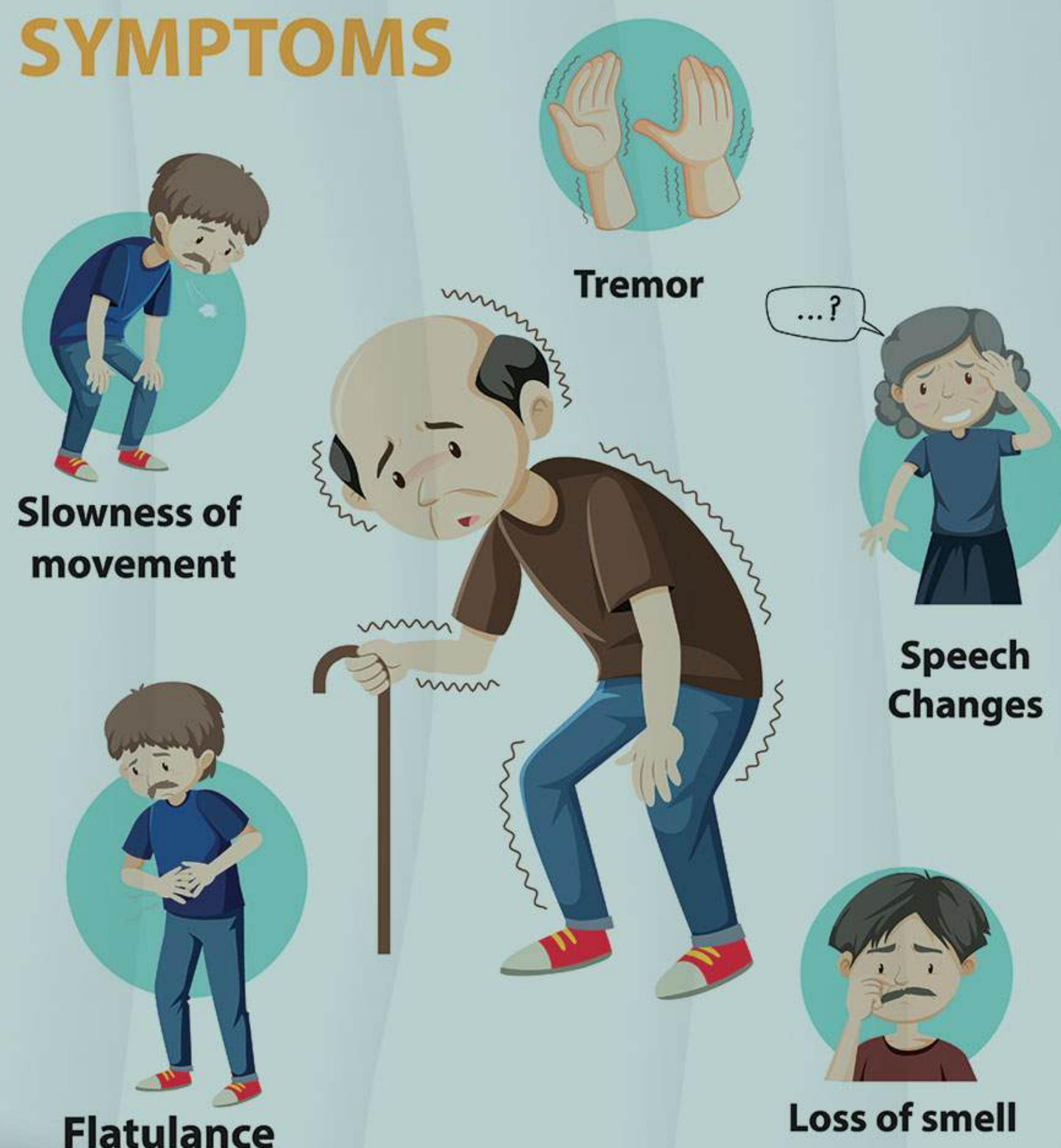
کندی حرکت، لرزش، سفتی عضلات، ناتوانی در حفظ تعادل و قامت، کاهش طول گام، مشکل در بلند شدن از صندلی، فقدان انرژی، مشکل در راه رفتن، کاهش دامنه حرکتی (هایپوکییزی)، خمیدگی قامت، افتادن‌های مکرر و اختلال در فعالیت‌های روزمره.

■ آسیب‌های غیر حرکتی:

نقص در حس بویایی، حافظه و گوارش خاصه به صورت یبوست با شیوع ۸۰ درصد ظاهر می‌شود.



PARKINSON'S DISEASE SYMPTOMS



طبق مطالعات اثبات این مورد که باکتری های روده ای نظیر لاکتوباسیلوس و بیفیدوباکتریوم در تولید دوپامین نقش موثری دارند در افراد مبتلا نسبت به افراد سالم کاهش یافته اند. بر طبق همین نظریه، مصرف آنتی بیوتیک ها از خانواده تتراسایکلین، همانند مینوسیکلین تأثیر مهمی بر میکروبیوم روده ای و آنزیم های مورد نیاز در مسیر آپوپتوز دارند. علاوه بر این اثر محافظتی عصبی دوپامینرژیک، خواص ضدالتهابی و آنتی اکسیدانی در مدل های حیوانی داشته است.



به دلیل افزایش مقاومت دارویی در گذر زمان که به تحلیل رفتن تدریجی معروف است در نتیجه بیمار مجبور به مصرف بیشتر برای روشن شدن اثر دارد. روش های نوین شامل داروهای تزریقی از طریق کاتتریزاسیون و سوزن های کوچک به روده کوچک و پوست تزریق می شود و باعث ایجاد یک انفوریون مداوم به بدن می شود که داروهای مصرفی این روش شامل لوودوپا و آپومورفین هستند. فرم تزریقی لوودوپا به صورت ژل لوودوپا کاربی دوپا LCIG است. آپومورفین آگونیست دوپامین است و به صورت تک دوز و زیر پوست تزریق می شود.

آمپی سیلین با پتانسیل بالا در محافظت عصبی در بیماری نقش دارد. مصرف بیش تر ویتامین E منجر به کاهش ریسک ابتلا و باعث بهبود فعالیت های حرکتی می شود. ویتامین D3 از تشدید بیماری جلوگیری به عمل می آورد و با اثر محافظتی خود باعث کاهش سمیت سلولی و اختلالات حرکتی می شود. باکتریهای روده به علت کمک به تولید ویتامین های متفاوت در این بیماری حائز اهمیت هستند. این فلورباکتریایی را با مصرف پروبیوتیک ها میتوان افزایش داد بطوری که از یبوست فرد نیز جلوگیری به عمل می آورد. هلیکوباکتر پیلوری منجر به تشدید علائم گوارشی می گردد و در

این روش نوین دارای فوایدی همچون کاهش میزان مصرف داروهای خوراکی و ایجاد یک ثبات نسبی از دارو در بدن می‌شود. این داروها در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها از صبح تا شب تزریق می‌شوند و در چند ماه اول با کمک پزشک و پرستار است اما به دلیل هزینه بالا و محدودیت دسترسی به آن اکثر افراد را بر آن داشته است که از قرص‌ها و پچ‌های پوستی استفاده کنند.

مراقبت‌های پرستاری از این گروه از بیماران شامل:

- کمک به بهبود تحرک: آموزش فعالیت‌هایی که باعث حفظ تحرک مفاصل، شل شدن عضلات، کاهش سفتی و گرفتگی عضلات، آموزش روش‌های صحیح راه رفتن مثل باز نگه داشتن پاها از هم، نگاه افقی به جلو و تمرینات پاشنه و پنجه پا

- کمک به بهبود فعالیت‌های مراقبت از خود: تشویق، آموزش و حمایت بیمار در حین فعالیت‌ها، توصیه به استفاده از وسایل کمکی، کفش‌های مناسب و بی‌بند، اصلاح با ریش تراش برقی، محیط زندگی عاری از وسایل پرخطر

- بهبود دفع روده‌ای: دفع با الگوی خاص زمانی، افزایش مصرف مایعات و افزایش

مصرف غذاهایی با فیبر متوسط

- بهبود تغذیه: خطر بالای آسپیراسیون به علت خشکی دهان و تجمع بزاق وجود دارد در نتیجه مصرف غذاهای نیمه جامد و مایعات غلیظ، افزایش کالری دریافتی روزانه و توزین روزانه، جویدن ابتدا به صورت یک طرفه و بعد به طرف دیگر، میزثابت، بشقاب و قاشق پلاستیکی و بدون لبه‌ی تیز با دسته‌های بلند

- بهبود ارتباطات: پوزیشن نشسته و قائم، هنگام صحبت کردن رو به روی مخاطب قرار گیرد و جملات کوتاهی بیان شود و در صورت لزوم مراجعه به گفتار درمان موارد مورد توجه در پرستاری از این بیماران است.

در نهایت میتوان گفت با استفاده از سبک زندگی درست، آگاه‌سازی عمومی و دسترسی به داروهای نوین می‌توان تا حدی از پیشرفت بیماری در افراد مبتلا پیشگیری به عمل آورد و کیفیت زندگی و طول عمر بیماران را تا حد قابل توجهی بهبود بخشید.

منابع

<https://openurl.ebsco.com>

تاثیر ورزش در پارکینسون (دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)

مکانیسم های مولکولی بیماری پارکینسون (دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان)

<https://shefayekhatam.ir>

استراتژی های درمانی جدید برای بیماری پارکینسون براساس

میکروبیوتای روده (دانشگاه علوم پزشکی کردستان)

www.movementdisorders.org

<https://baharloo.tums.ac.ir>

www.irna.ir

www.mayoclinic.org

بی اختیاری ادرار

سارا رحمتیان
پرستاری بهمن 1401



بی اختیاری ادرار یکی از علائمی است که ناشی از علت های مختلف است و بیشتر در کودکان و سالمندان بروز می کند. این علامت می تواند موقتی یا دائمی باشد و ناشی از بیماری ها و آسیب به کف لگن باشد.

بی اختیاری ادراری یا از دست دادن کنترل مثانه، یک مشکل رایج و اغلب شرم آور است. شدت آن از دفع گهگاهی مقدار کم ادرار در هنگام سرفه یا عطسه، تا داشتن احساس فوریت دفع ادرار متغیر است و از نظر اجتماعی یا بهداشتی آزار دهنده بوده و می تواند تشخیص پذیر و قابل درمان باشد.

علل شایع ادرار مکرر

الف. عفونت های دستگاه ادراری (UTIs)
عفونت های دستگاه ادراری یکی از شایع ترین علل ادرار مکرر هستند، به ویژه در زنان. این عفونت ها زمانی ایجاد می شوند که باکتری ها وارد مجاری ادراری شده و در مثانه تکثیر می یابند.

- پاسخ ایمنی بدن به این عفونت موجب تحریک و التهاب دیواره مثانه می‌شود و در نتیجه، احساس تکرر و فوریت ادرار ایجاد می‌گردد.
- علائم شایع همراه با ادرار مکرر ناشی از عفونت دستگاه ادراری:
- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
 - ادرار کدر و دارای بوی شدید
 - احساس تخلیه نشدن کامل مثانه
 - فشار یا ناراحتی در ناحیه لگن
 - در موارد عفونت‌های قسمت فوقانی دستگاه ادراری: تب یا وجود خون در ادرار
 - عوامل خطر دیگر برای ابتلا به UTI عبارت‌اند از:
 - فعالیت جنسی
 - برخی روش‌های پیشگیری از بارداری (مانند دیافراگم یا اسپرم‌کش‌ها)
 - یائسگی
- ناهنجاری‌های ساختاری در دستگاه ادراری
- ب. بارداری**
- ادرار مکرر یکی از نخستین و ماندگارترین علائم بارداری است. این وضعیت در اثر تغییرات فیزیولوژیکی مختلف در بدن زنان باردار ایجاد می‌شود:
- سه‌ماهه اول: افزایش حجم خون باعث می‌شود کلیه‌ها مایعات بیشتری را فیلتر کنند، در عین حال رحم در حال رشد به مثانه فشار وارد می‌کند.
 - سه‌ماهه دوم: معمولاً علائم به طور موقت بهبود می‌یابد، زیرا رحم به سمت حفره شکمی حرکت می‌کند و فشار روی مثانه کاهش می‌یابد.
 - سه‌ماهه سوم: سر جنین به داخل لگن پایین می‌آید و مجدداً فشار زیادی به مثانه وارد می‌شود.



پ. مشکلات پروستات

در مردان، مشکلات مربوط به پروستات یکی از دلایل اصلی تکرر ادرار هستند. غده پروستات اطراف پیشابراه را احاطه کرده است و در صورت بزرگ شدن یا التهاب، می‌تواند جریان ادرار را محدود کرده و موجب تکرر ادرار شود.

هایپرپلازی خوش خیم پروستات (BPH):

- وضعیتی غیرسرطانی است که تا ۵۰٪ از مردان بالای ۵۰ سال و ۹۰٪ از مردان بالای ۸۰ سال را درگیر می‌کند.

- علائم شامل:

- ادرار مکرر به ویژه در شب (ناکچوریا)
- جریان ضعیف ادرار یا قطع و وصل شدن آن

- سختی در شروع ادرار

- احساس تخلیه ناقص مثانه

- پروستاتیت (التهاب پروستات):

- می‌تواند در هر سنی رخ دهد

- علاوه بر تکرر ادرار، با درد در ناحیه لگن، اندام تناسلی یا پایین کمر همراه است

ت. دیابت

هر دو نوع دیابت نوع ۱ و نوع ۲ می‌توانند باعث تکرر ادرار شوند، معمولاً همراه با تشنگی بیش از حد. هنگامی که قند خون بالا می‌رود، کلیه‌ها برای دفع گلوکز اضافی فعال تر می‌شوند. وقتی ظرفیت جذب

کلیه‌ها پر می‌شود، گلوکز وارد ادرار می‌شود و آب را نیز با خود خارج می‌کند.

در بسیاری از افراد، تکرر ادرار می‌تواند نخستین نشانه آشکار دیابت باشد و باید به عنوان یک هشدار جدی در نظر گرفته شود.

ه. مثانه بیش فعال

(Overactive Bladder - OAB)

علائم اصلی مثانه بیش فعال:

- فوریت ادراری (Urgency): میل شدید و ناگهانی به دفع ادرار که به سختی می‌توان آن را به تأخیر انداخت

- تکرر ادرار (Frequency): دفع ادرار بیش از ۸ بار در روز

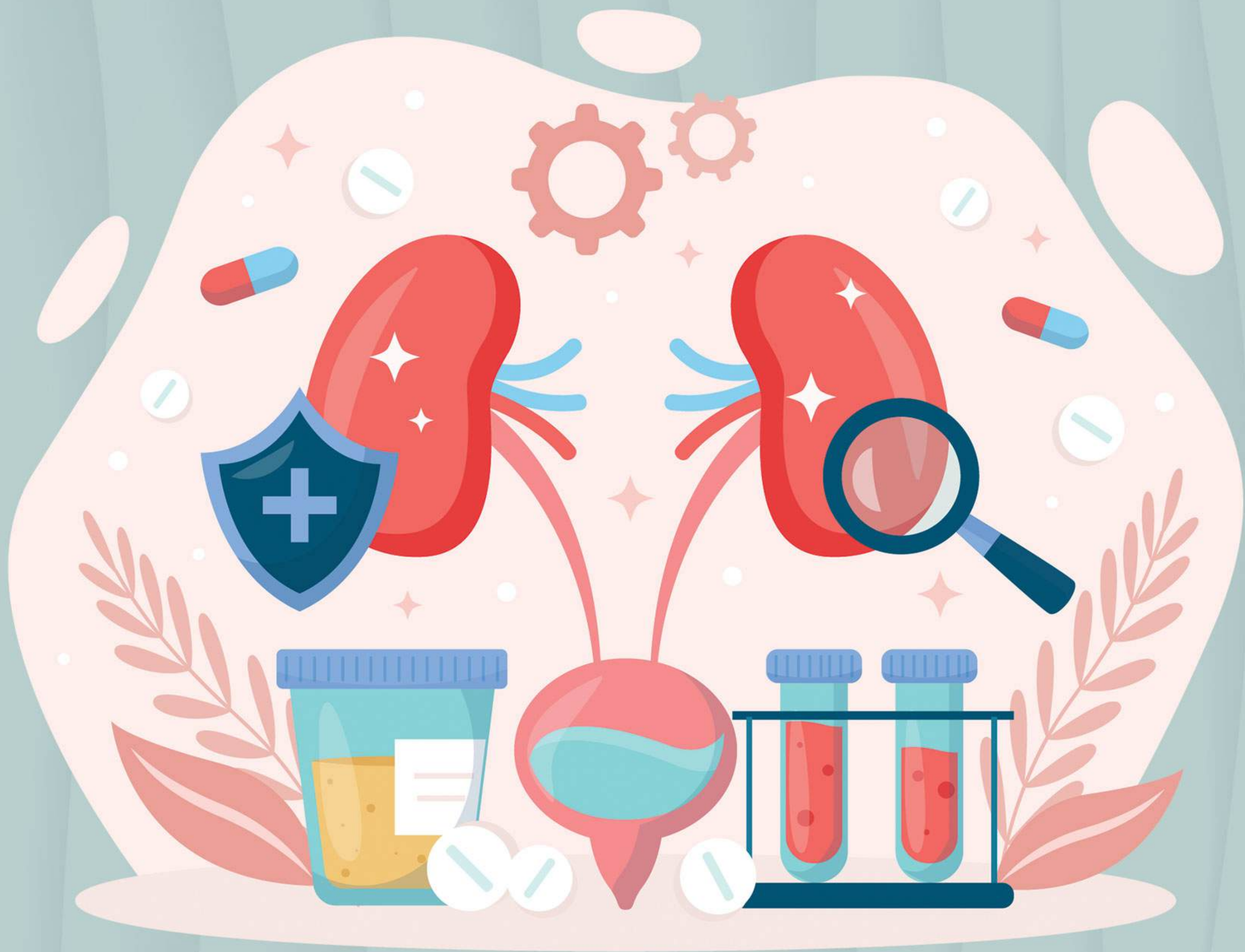
- بی‌اختیاری فوریتی

- (Urgency Incontinence): نشت ادرار به دلیل ناتوانی در نگه داشتن ادرار هنگام احساس فوریت

- شب‌ادراری (Nocturia): بیدار شدن بیش از ۲ بار در شب برای رفتن به سرویس بهداشتی

تفاوت OAB با دیگر علل تکرر ادرار:

در مثانه بیش فعال، برخلاف بسیاری از علل دیگر مانند عفونت یا انسداد، مشکل اصلی عملکرد عضله مثانه است نه وجود یک عامل فیزیکی خارجی.



عوامل محرک شایع:

- برخی غذاها و نوشیدنی‌ها: مانند کافئین، الکل، غذاهای تند، مرکبات
- استرس و اضطراب
- حرکات ناگهانی بدن (مانند بلند شدن سریع یا خندیدن)
- و. سایر شرایط پزشکی مؤثر بر تکرر ادرار علاوه بر علل شایع‌تر، چندین بیماری دیگر نیز می‌توانند منجر به تکرر ادرار شوند.
- این اختلالات از مشکلات ساختاری و عصبی گرفته تا شرایط مزمن التهابی را در بر می‌گیرند:

1. سیستیت بینابینی

(Interstitial Cystitis)

یک بیماری مزمن است که با فشار، درد یا ناراحتی مثانه همراه است و اغلب با تکرر

ادرار بدون عفونت قابل شناسایی همراه می‌باشد. علت دقیق آن مشخص نیست و معمولاً مدیریت آن دشوار است.

2. اختلالات عصبی

بیماری‌هایی مانند:

■ ام اس (Multiple Sclerosis)

■ بیماری پارکینسون

■ سکته مغزی

می‌توانند کنترل اعصاب مثانه را مختل کرده و باعث تکرر، فوریت یا بی‌اختیاری ادراری شوند.

3. سنگ‌ها یا تومورهای مثانه

وجود سنگ مثانه یا توده‌های غیرطبیعی می‌تواند موجب تحریک پوشش داخلی مثانه شده و حس تکرر ادرار یا ادرار دردناک ایجاد کند.

4. اختلال عملکرد کف لگن

ضعف یا انقباض بیش از حد عضلات کف لگن می تواند مانع از عملکرد طبیعی مثانه شود و منجر به فوریت و تکرر ادرار گردد. این اختلال در زنان پس از زایمان یا در افرادی که تمرینات نادرست انجام می دهند شایع تر است.

5. بیماری های قلبی و مصرف داروهای ادرارآور

در شرایطی مانند نارسایی قلبی یا مصرف داروهای دیورتیک (ادرارآور) برای کنترل فشار خون یا ادم، میزان تولید ادرار افزایش می یابد که به تکرر ادرار منجر می شود، به ویژه در ساعات شب.

6. پرتودرمانی ناحیه لگن

افرادی که تحت رادیوتراپی برای سرطان های لگنی قرار گرفته اند، ممکن است دچار تحریک مثانه شوند. این تحریک می تواند باعث تکرر ادرار، فوریت یا حتی درد شود.

انواع شایع بی اختیاری ادرار عبارتند از:

1. بی اختیاری اضطراری

(URGE INCONTINENCE) :

در این نوع، فرد دچار احساس ناگهانی و شدید نیاز به دفع ادرار می شود، به گونه ای که اغلب زمان کافی برای رسیدن به سرویس بهداشتی وجود

ندارد و نشت ادرار رخ می دهد.

مثانه بیش فعال یکی از شایع ترین علل بی اختیاری اضطراری است و علت آن انقباضات بیش از حد عضله دترسور است.

2. بی اختیاری استرسی

(STRESS INCONTINENCE) :

این نوع بی اختیاری هنگام انجام فعالیت هایی که موجب افزایش فشار داخل شکم می شوند، رخ می دهد. مانند خنده، سرفه، عطسه، دویدن، پریدن یا بلند کردن اجسام سنگین ادرار به صورت غیر ارادی نشت می کند. در زنان به ویژه بعد از زایمان یا جراحی شایع است.

3. بی اختیاری لبریزی

(OVERFLOW INCONTINENCE) :

در این حالت مثانه به طور کامل تخلیه نمی شود و ادرار به صورت قطره قطره و مداوم نشت می کند. این وضعیت معمولاً در شرایطی مانند بزرگی خوش خیم پروستات، سکتة مغزی یا دیابت دیده می شود.

4. بی اختیاری ترکیبی

(MIXED INCONTINENCE) :

در این نوع بیمار دچار ترکیبی از چند نوع بی اختیاری است. برای مثال هم بی اختیاری استرسی و هم بی اختیاری اضطراری است.

5. بی اختیاری عملکردی

(FUNCTIONAL INCONTINENCE):

استفاده می شوند. در برخی اشخاص که دارای سیستم ادراری سالم هستند، این داروها تأثیرات جانبی برگیرنده های آلفا میگذارند که مسئول ایجاد بسته شدن گردن مثانه هستند، بنابراین با کمترین افزایش فشار داخل شکمی، شلی گردن مثانه به حدی می رسد که ادرار به صورت غیرارادی دفع می شود، بنابراین این حالت شبیه بی اختیاری استرسی ظاهر می شود. به محض قطع دارو بی اختیاری ادرار نیز برطرف می شود.

روش های تشخیصی بی اختیاری ادرار

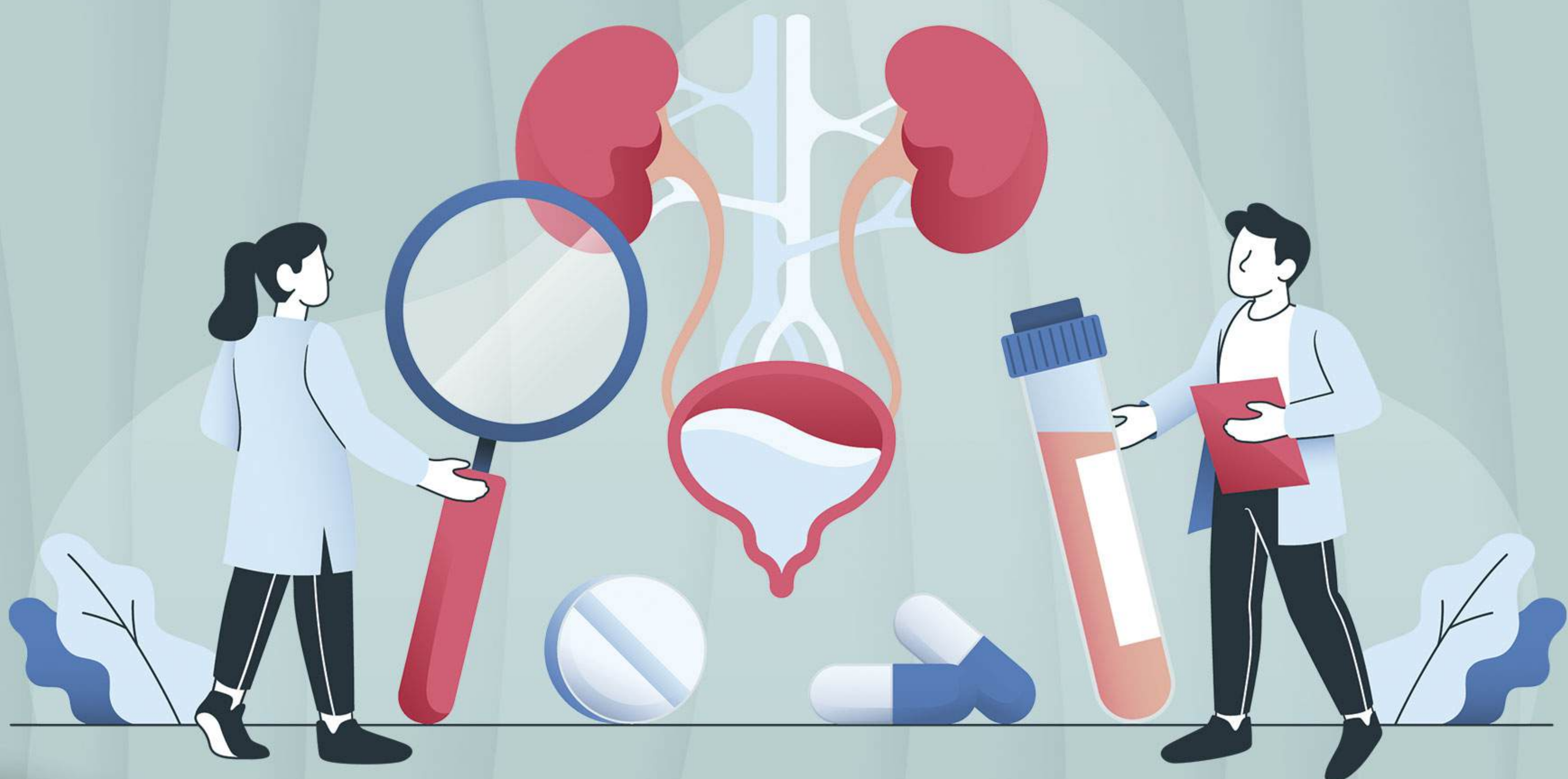
برای تشخیص علت بی اختیاری ادرار، پزشک شما معاینه فیزیکی انجام داده و در مورد سوابق پزشکی تان سؤال خواهد کرد. پزشک درباره نوع و میزان مایعاتی که مصرف می کنید پرس و جو می کند.

به از دست دادن غیرارادی ادرار به دلیل اختلالات جسمی یا شناختی گفته می شود. این زمانی اتفاق می افتد که عملکرد سیستم ادراری تحتانی طبیعی است، ولی عوامل دیگری مثل اختلالات شناختی (از جمله دمانس آلزایمر) موجب می شوند بیمار نتواند نیاز به موقع دفع ادرار را درک کند، یا به دلیل اختلالات جسمی نتواند خود را به هنگام دفع ادرار به موقع به توالت برساند.

6. بی اختیاری درمان زاد

(IATROGENIC INCONTINENCE):

این نوع بی اختیاری در اثر عوامل پزشکی خارجی به خصوص داروها بروز می کند. برای نمونه می توان از آلفا آدرنرژیک هایی نام برد که برای کاهش فشار خون



همچنین از شما خواسته می‌شود توضیح دهید که چند بار و با چه حجمی ادرار می‌کنید و دفعات نشت ادرار چگونه است.

برای پاسخ‌دهی دقیق‌تر به این سؤالات، ممکن است مفید باشد که به مدت ۳ تا ۴ روز قبل از مراجعه به پزشک، یک دفترچه ثبت عملکرد مثانه (Bladder Diary) تهیه کنید. پزشک ممکن است چند آزمایش ساده انجام دهد تا علت اختلال در کنترل مثانه را مشخص کند. به عنوان مثال، ممکن است از شما بخواهد هنگام ایستادن سرفه کنید تا بررسی شود که آیا ادرار نشت می‌کند یا خیر. اگر پزشک احتمال دهد که مشکل شما چند علت دارد، احتمالاً آزمایش‌های بیشتری تجویز خواهد شد. در ادامه، برخی از آزمایش‌هایی که ممکن است برای تعیین نوع و علت بی‌اختیاری ادرار انجام شود، ذکر شده است:

آزمایش تجزیه ادرار و کشت ادرار (Urinalysis and Urine Culture):

این آزمایش‌ها نشان می‌دهند که آیا عفونت ادراری (UTI)، وجود خون یا قند در ادرار وجود دارد یا نه. در مردان، می‌تواند نشان‌دهنده التهاب پروستات (پروستاتیت) نیز باشد.

آزمایش استرس مثانه (Bladder Stress Test):

این آزمایش شرایطی را شبیه‌سازی می‌کند که در آن نشت ادرار ممکن است هنگام سرفه، عطسه، خنده یا ورزش اتفاق بیفتد. در زنان، ممکن است آزمایش **بانی** (Bonney Test) نیز انجام شود. در این روش، گردن مثانه با انگشت یا ابزار خاصی که وارد واژن می‌شود، کمی بالا نگه داشته می‌شود و سپس تست استرس انجام می‌گردد.

آزمایش پد (Pad Test):

برای تخمین میزان نشت ادرار استفاده می‌شود. یک پد جاذب که قبلاً وزن شده است به بیمار داده می‌شود تا آن را بپوشد. پس از نشت ادرار، پد بازگردانده و مجدداً وزن می‌شود. افزایش وزن پد میزان تقریبی ادرار نشت شده را نشان می‌دهد.

تصویربرداری با اشعه ایکس یا سونوگرافی (X-ray or Ultrasound):

برای بررسی تغییرات در موقعیت مثانه و پیشاب‌راه هنگام ادرار، سرفه یا زور زدن استفاده می‌شود.

آزمایش‌های اورودینامیک (Urodynamic Testing):

این آزمایش‌ها معمولاً زمانی انجام می‌شوند که قرار باشد جراحی صورت گیرد یا

درمان‌های قبلی مؤثر واقع نشده‌اند. شامل موارد زیر هستند :

اورو فلو متری (Uroflowmetry):

سرعت جریان ادرار را اندازه‌گیری می‌کند. کاهش سرعت جریان ممکن است نشانه انسداد یا ضعف مثانه باشد.

مطالعات فشار جریان

(Pressure Flow Studies):

تغییرات فشار مثانه را در هنگام تغییر جریان ادرار بررسی می‌کند. این آزمایش برای زمانی مناسب است که علت علائم مشخص نیست و می‌تواند به شناسایی انسداد یا مشکلات عضلانی یا عصبی مثانه کمک کند.

اندازه‌گیری حجم باقیمانده پس از ادرار

(Post-Void Residual Volume):

میزان ادرار باقی مانده در مثانه پس از دفع اندازه‌گیری می‌شود.

سیستومتری (Cytometry):

مجموعه‌ای از تست‌ها برای اندازه‌گیری فشار داخل مثانه در سطوح مختلف پر شدن آن است.

الکترومایوگرافی (EMG):

فعالیت الکتریکی عضلات مرتبط با دفع ادرار را ثبت می‌کند.

سیستوسکوپی (Cystoscopy Exam):

پزشک با استفاده از لوله‌ای باریک و دارای

نور، داخل مجرای ادرار و مثانه را مشاهده می‌کند تا ناهنجاری‌ها را بررسی کند.

سیستو اورتروگرام (Cyst urethrogram):

تصویربرداری با اشعه ایکس از مثانه و پیشاب‌راه هنگام ادرار کردن است. این روش می‌تواند اطلاعات دقیقی درباره عملکرد سیستم ادراری ارائه دهد.

این مجموعه آزمایش‌ها به پزشک کمک می‌کند تا نوع بی‌اختیاری ادرار (مانند استرسی، اضطرابی، سرریز، یا ترکیبی) را شناسایی و درمان مناسب را انتخاب کند.

تدابیر درمانی

درمان بی‌اختیاری ادرار به نوع آن و میزان تأثیرگذاری آن بر زندگی فرد بستگی دارد. گزینه‌های درمانی ممکن است شامل موارد زیر باشند:

1. راهکارهای رفتاری:

مانند آموزش کنترل مثانه (Bladder Training) یا دفع ادرار در زمان‌های مشخص (Timed Voiding)، که به کنترل بهتر مثانه کمک می‌کنند.

2. تمرینات عضلات کف لگن یا تمرینات کگل

(Kegels):

این تمرینات باعث تقویت عضلاتی می‌شوند که جریان ادرار را کنترل می‌کنند. گاهی اوقات این تمرینات با استفاده از روش بازخورد زیستی ((Biofeedback)) آموزش

داده می شوند تا فرد بتواند عملکرد

عضلات را بهتر درک و اصلاح کند.

کگل ترکیبی از انقباض و آزاد کردن عضلات

کف لگن است که به تقویت عضلات

پوبوکوکسی ژئوس و دیگر عناصری که

همانند یک هارمونی لگنی عمل می کنند

کمک می کند.

این عضلات از افتادگی مثانه، بی اختیاری

ادرار و مدفوع و افتادگی اندام های لگنی

جلوگیری می کنند.

نحوه شناسایی عضلات

برای زنان: عضلاتی که سبب جلوگیری از

ادرار یا مانع از خروج گاز می شوند؛

همچنین می توانید انگشت خود را وارد

واژن کنید و سفت کردن عضلات دور

انگشت را حس کنید.

برای مردان: توقف جریان ادرار یا انقباض

ماهیچه هایی که مانع عبور گاز می شوند

روش شناسایی مناسب است .

نحوه اجرا

1. ابتدا مثانه را خالی کنید.

2. در موقعیت راحت (دراز کشیده، نشسته یا

ایستاده)، عضلات کف لگن را سفت کرده و

نگه دارید:

۳ تا ۵ ثانیه (یا تا ۱۰ ثانیه در مراحل بعد) .

3. ۳ تا ۵ ثانیه استراحت کنید.

4. 10 بار تکرار در هر ست و انجام ۲-۳ ست

در روز .

5. تنفس عادی را حفظ کنید و مراقب باشید

عضلات شکم، ران یا باسن درگیر نشوند.

6. هم تمرینات سریع و هم نگه داشتن

طولانی انجام دهید .

زمان مشاهده نتیجه

معمولاً پس از ۶-۸ هفته تمرین منظم

بهبود قابل توجهی در کنترل مثانه یا بهبود

عملکرد جنسی مشاهده می شود .

فواید

کنترل بی اختیاری ادرار و مدفوع، خصوصاً

پس از زایمان، جراحی پروستات، یا با افزایش

سن .

بهبود نشانه های پرولاپس ارگان های لگنی

(افتادگی مثانه یا رحم) .

تقویت عملکرد جنسی:

در مردان: بهبود کنترل ادرار، نعوظ و تأخیر

در انزال .

در زنان: افزایش حساسیت، بهبود ارگاسم،

و حمایت روانی از عملکرد جنسی .

هشدارها

از انجام بیش از حد خودداری کنید؛ چون

خستگی یا سفتی عضلات لگن را به دنبال

دارد .

در صورت احساس درد یا عدم پاسخ دهی

پس از چند هفته، با پزشک یا فیزیوتراپیست

مشورت کنید .

نکات کلیدی

مراکز بهداشتی درباره پیشگیری از

بی اختیاری

مطالعات نشان داده اند که بخش زیادی از تحقیقات در حوزه بی اختیاری بر روی سطوح دوم و سوم متمرکزند و تلاش در حوزه پیشگیری اولیه هنوز ضعیف است.

۲. پیشگیری ثانویه

(Secondary Prevention)

هدف: تشخیص زودهنگام و مدیریت مشکل در مراحل اولیه برای جلوگیری از شدت یافتن یا آسیب های بیشتر. راهکارها:

- آزمون های غربالگری (تشخیص مشکلات مثانه، بی اختیاری خفیف)
- آموزش مثانه (bladder training) جهت تنظیم زمان ادرار
- درمان های رفتاری و توانبخشی، مانند تمرینات کف لگن (Kegel)، بیوفیدبک و آموزش فیزیوتراپی
- مدیریت پزشکی عواملی مانند یبوست، عفونت مجاری ادراری، پروستات بزرگ شده

۳. پیشگیری ثالثیه (Tertiary Prevention)

هدف: کنترل و کاهش عوارض و بازتوانی بیماران مبتلا، برای بهبود کیفیت زندگی و عملکرد.

کگل ها کاملاً پنهان اند و می توان آن ها را در طول روز انجام داد (مثلاً حین انتظار برای اتوبوس یا پشت میز کار). تنوع در تمرین (فلیک سریع در مواقع ضروری، نگه داشتن طولانی برای استقامت عضلات) توصیه می شود.

پیشگیری

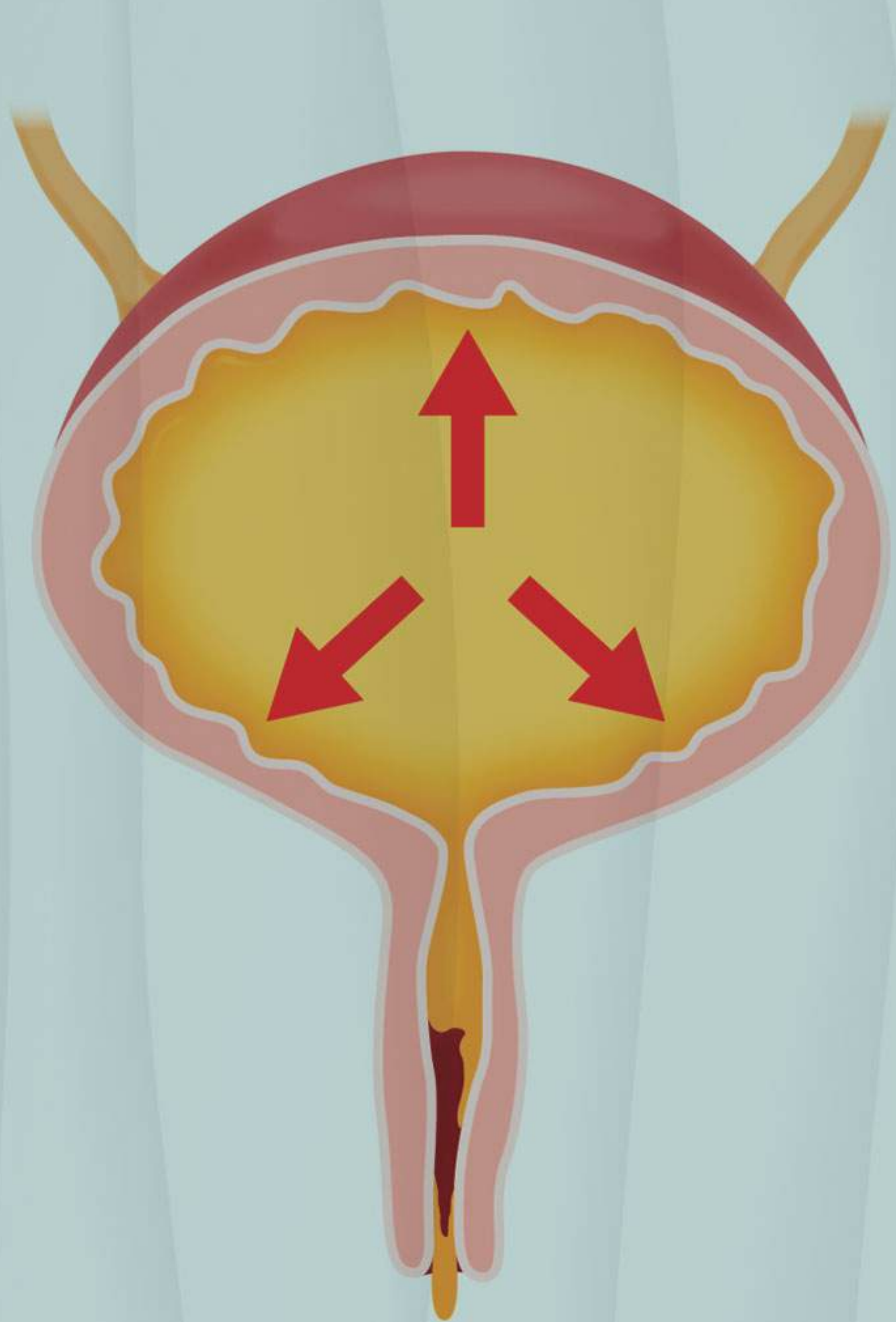
در پیشگیری از بی اختیاری ادرار سه سطح اصلی وجود دارد که هرکدام با هدف مشخص و در مراحل مختلف بیماری اجرا می شوند:

۱. پیشگیری اولیه

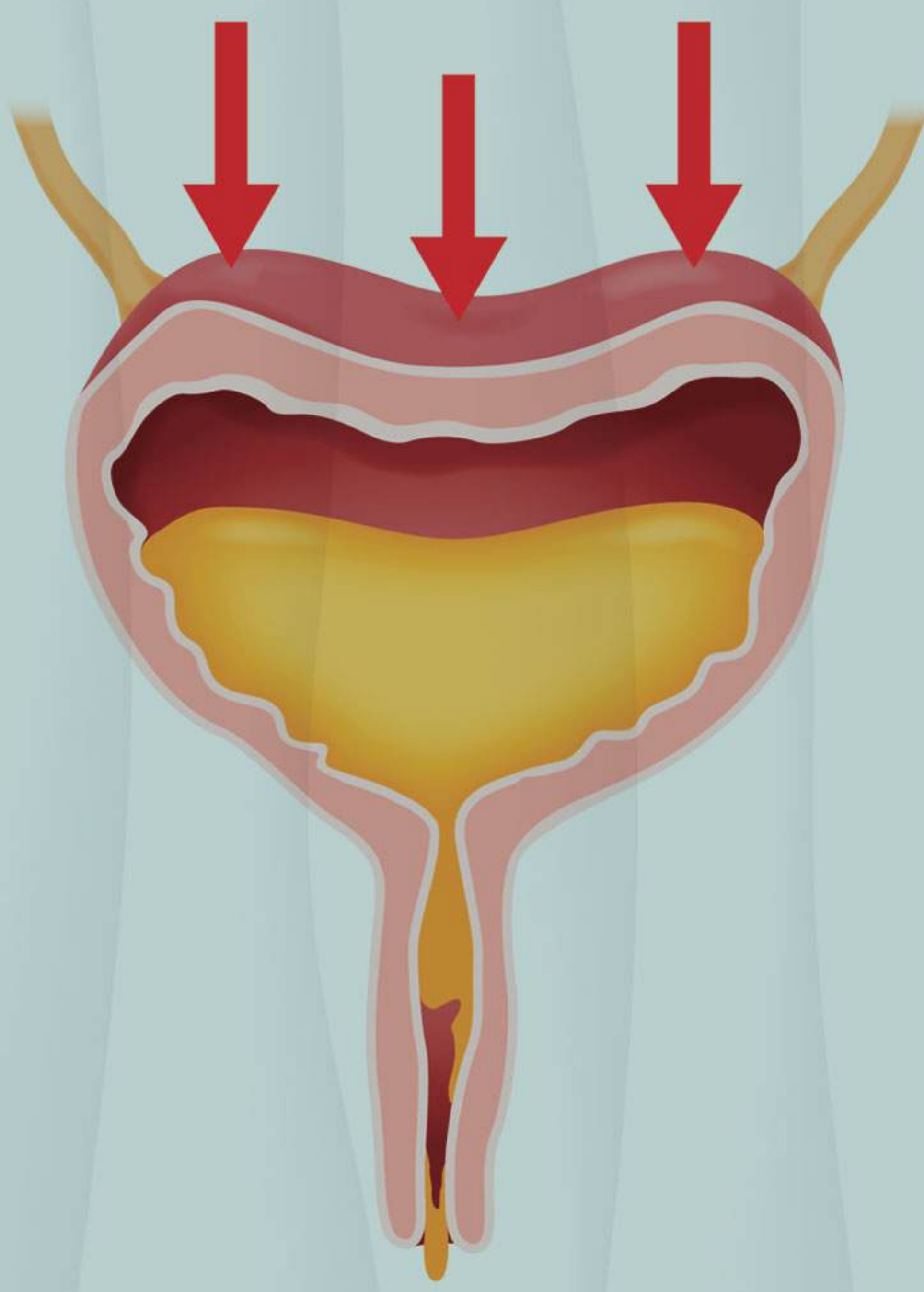
(Primary Prevention)

هدف: جلوگیری از ابتلای افراد سالم به بی اختیاری ادرار با کاهش عوامل خطر. راهکارها:

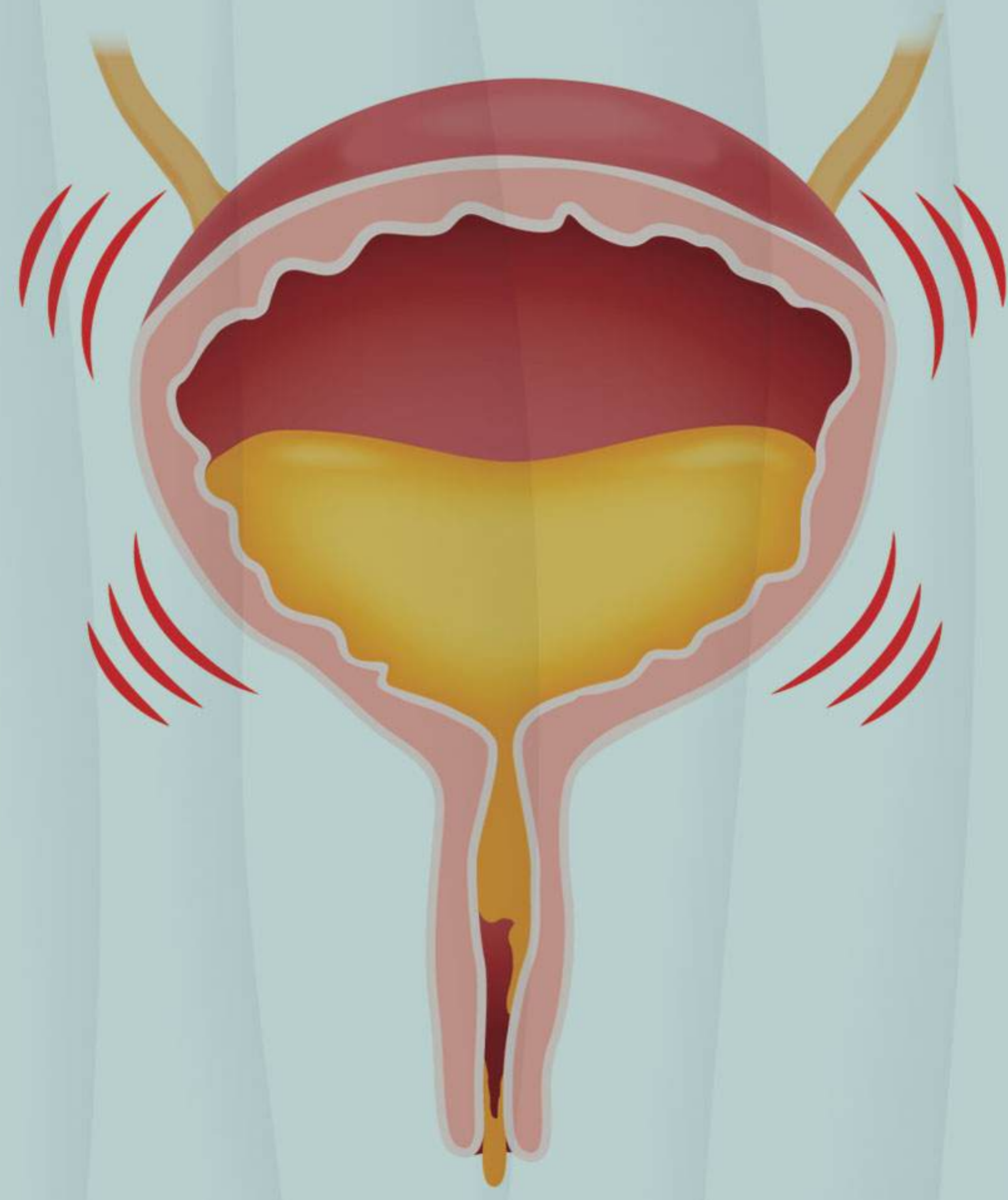
- آموزش همگانی درباره سبک زندگی سالم (فعالیت بدنی، کنترل وزن، ورزش کگل، اجتناب از سیگار، کاهش مصرف کافئین/الکل)
- مداخلات پیش از زایمان یا پروستات، مانند فیزیوتراپی کف لگن و تمرینات عضلانی قبل از جراحی
- پیشنهاد برنامه های سلامت عمومی مانند آگاهی رسانی رسانه ای یا کلاس در



Overflow



Stress



Urge

راهکارها:

■ دارویی (در برخی کشورها): دالوکسی تین

■ توانبخشی فعال شامل فیزیوتراپی، (Duloxetine)

■ جراحی: TVT یا TOT (قرار دادن مش زیر

پیشابراه) ■ دارودرمانی و مداخلات تخصصی، مانند

2. **بی اختیاری اضطراری:** داروهای آنتی کولینرژیک، بوتاکس مثانه،

■ دارویی: آنتی کولینرژیک ها: اکسی بوتینین

، توتروودین، سولفناسین استفاده از پساری یا اسفنکتر مصنوعی در

■ آگونیست های β_3 : میرابگرون

■ جراحی یا استفاده از وسایل پزشکی برای

بی اختیاری شدید یا مقاوم (مانند سوند،

اسفنکتر مصنوعی، مداخلات پروستات)

■ حمایت و آموزش بیماران جهت مدیریت

3. **بی اختیاری لبریزی:** طولانی مدت بیماری و پیشگیری از عوارض

■ رفتاری: تمرین مثانه، کاهش محرک ها

■ بوتاکس در مثانه (در مقاوم ها)

پوستی یا عفونی

درمان های اختصاصی بر اساس نوع:

1. **بی اختیاری استرسی:**

■ درمان خط اول: تمرین کف لگن

■ درمان علت زمینه ای (مانند درمان بزرگی

پروستات)

■ استفاده از کاتتر متناوب تمیز

■ داروهای آلفابلاکر (مثل تامسولوسین)

4. فانکشنال:

■ بهبود تحرک بیمار، استفاده از سرویس های کمک کار، برنامه ریزی زمان دفع درمان های پیشرفته:

■ تحریک عصب ساکرال (Sacral Neuromodulator)

■ استفاده از پد، سوند، و سایر وسایل کمکی در بیماران مقاوم

تغییر در رژیم غذایی و سبک زندگی

علاوه بر کنترل وزن، نوع مواد غذایی مصرفی نیز می تواند تأثیر قابل توجهی بر میزان نشت ادرار و عملکرد مثانه داشته باشد. به عنوان مثال، مصرف کافئین ممکن است موجب تحریک مثانه شده و از آنجا که یک ماده ادرارآور (دیورتیک) است، می تواند باعث انقباض مثانه شود. این موضوع در بروز هر دو نوع بی اختیاری استرسی و اضطرابی نقش دارد.

فردی که دچار بی اختیاری ادرار است باید نوشیدنی ها و غذاهای بدون کافئین مصرف کند یا مصرف آن ها را به طور کامل قطع نماید، و بررسی کند که آیا میزان فوریت و تکرر ادرارش کاهش می یابد یا خیر. توصیه می شود که حداکثر دو فنجان نوشیدنی حاوی کافئین در روز مصرف شود.

علاوه بر کافئین، برخی از مواد غذایی دیگر

نیز ممکن است علائم بی اختیاری ادرار را در برخی افراد تشدید کنند. از جمله این مواد می توان به موارد زیر اشاره کرد:

■ نوشیدنی های الکلی

■ میوه ها و آب میوه های مرکباتی (مانند

پرتقال، لیمو، گریپ فروت)

■ گوجه فرنگی و فرآورده های آن (مانند

سس یا رب گوجه فرنگی)

■ غذاهای تند

■ نوشیدنی های گازدار

■ شکلات

یکی دیگر از عوامل موثر در تشدید بی اختیاری، یبوست است. با افزودن فیبر به رژیم غذایی، می توان یبوست را کاهش داد و در نتیجه به کنترل بهتر بی اختیاری نیز کمک کرد.

روش های افزایش دریافت فیبر عبارت اند از:

■ مصرف بیشتر مواد غذایی سرشار از فیبر

■ استفاده از مواد غذایی فرآوری شده حاوی

سبوس (مثل محصولات All-Bran یا Fiber-One)

■ استفاده از مکمل های سبوس مانند

Metamucil یا Benefiter

■ مصرف سبوس گندم کامل و فرآوری نشده

(که با انواع تجاری موجود در غلات صبحانه

متفاوت است) این نوع سبوس معمولاً در

فروشگاه های مواد غذایی طبیعی با قیمت

مناسب در دسترس است. توصیه می شود در ابتدا از مقدار کمی سبوس استفاده شود تا بدن به آن عادت کند.

اهمیت مصرف کافی آب

برخی افراد مبتلا به بی اختیاری به اشتباه تصور می کنند که با کاهش مصرف مایعات، نشت ادرار کاهش می یابد؛ اما در واقع، نتیجه معکوس حاصل می شود. کاهش مصرف مایعات ممکن است موجب بیوست شود و ادرار غلیظ تر نیز می تواند پوشش داخلی مثانه و مجرای ادراری را تحریک کند.

برای حفظ سلامت مثانه، توصیه می شود که روزانه حداقل ۵۰ اونس (تقریباً معادل ۶ تا ۷ لیوان ۸ اونسی) آب مصرف شود. در صورت نگرانی از نشت ادرار، استفاده از یک دفترچه ثبت مصرف مایعات و دفعات ادرار (incontinence diary) می تواند به درک بهتر الگوی مصرف و دفع مایعات کمک کند.

وسایل پزشکی

در زنان ممکن است از وسیله ای به نام پساری (pessary) استفاده شود که در واژن قرار می گیرد و به حمایت از مثانه و پیشگیری از نشت ادرار کمک می کند.

در مردان ممکن است از سوند ادراری (catheter) برای تخلیه مثانه و کنترل

نشت ادرار استفاده شود. این وسیله لوله ای نازک، انعطاف پذیر و توخالی است که از طریق پیشابراه وارد مثانه می شود.

مراقبت های پرستاری در بی اختیاری ادرار:

پرستاران باید از ارتباط درمان محور (THERAPEUTIC COMMUNICATION) در مواجهه با بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری استفاده کنند تا آن ها بتوانند بدون احساس خجالت یا اضطراب، نگرانی ها و ترس های خود را بیان کرده و در جهت ارتقاء کیفیت زندگی خود گام بردارند. لازم است به بیماران اطمینان داده شود که در این مسیر تنها نیستند و بی اختیاری ادراری مشکلی نیست که لزوماً باید با آن زندگی کرد، بلکه قابل مدیریت و درمان است.

آموزش به بیماران پرستاران نقش مهمی در آموزش بیماران در زمینه تمرین های کنترل مثانه و پیشگیری از بی اختیاری ایفا می کنند. آموزش ها شامل موارد زیر است:

1. تمرین های عضلات کف لگن

(KEGEL EXERCISES)

این تمرین ها عضلاتی را تقویت می کنند که در هنگام توقف ادرار فعال می شوند. تقویت این عضلات به ویژه در موارد بی اختیاری استرسی (STRESS INCONTINENCE) مؤثر است. آموزش صحیح این تمرین ها، از جمله شناسایی و فعال سازی عضلات

مربوطه، اهمیت بالایی دارد.

2. تخلیه زمان بندی شده مثانه

(TIMED VOIDING)

در این روش، بیمار تشویق می شود که طبق برنامه زمانی مشخص، مثلاً هر یک ساعت یک بار، صرف نظر از احساس نیاز، به سرویس بهداشتی مراجعه کند. این زمان بندی به تدریج افزایش می یابد تا هدف کلی یعنی فاصله گذاری چهار ساعته بین دفع ادرار محقق شود. این روش در کنترل بی اختیاری فوریتی و بی اختیاری سرریز مؤثر است، چرا که با این تمرین، مغز نسبت به احساس پر شدن مثانه حساسیت کمتری نشان می دهد.

3. اصلاح سبک زندگی

برخی تغییرات رفتاری می توانند تأثیر مثبتی در کنترل بی اختیاری داشته باشند، از جمله:

- کاهش وزن

- کاهش مصرف کافئین (موجود در قهوه،

- چای و نوشابه ها)

- جلوگیری از یبوست

- خودداری از بلند کردن اجسام سنگین

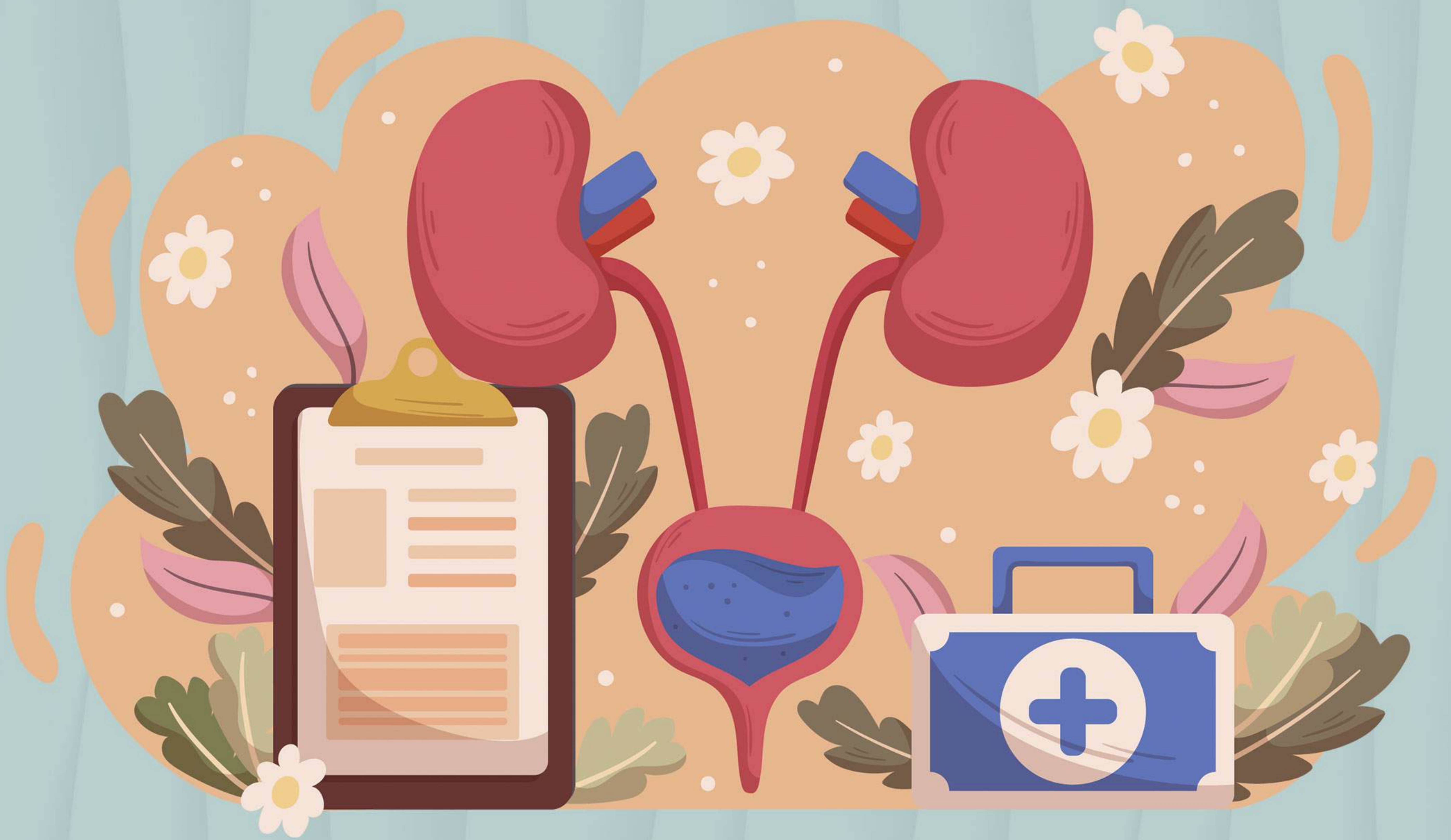
همچنین محدود کردن مصرف مایعات پیش از خواب و تنظیم زمان مصرف داروهای مدر به صبح یا اوایل بعد از ظهر، می تواند مؤثر باشد.

4. استفاده از محصولات محافظتی

برای جلوگیری از آسیب پوستی و حفظ بهداشت، استفاده از محصولات خاص بی اختیاری توصیه می شود.

لباس های زیر مخصوص بی اختیاری ادراری لایه ضد آب و پد جاذب داخلی هستند که حجم بالایی از ادرار را جذب کرده و از نشت، بوی نامطبوع و آسیب پوستی جلوگیری می کنند.





این محصولات در مدل‌های روزانه و شبانه در دسترس هستند. همچنین برای خانم‌ها، محصولاتی مشابه تامپون طراحی شده‌اند که از الیاف جاذب ساخته شده‌اند و با حمایت از مجرای ادراری، از نشت ناگهانی جلوگیری می‌کنند، بدون اینکه مانع ادرار شوند یا در هنگام دفع مدفوع جابجا گردند. تشویق بیماران به آگاهی بیشتر نسبت به وضعیت خود، از طریق آموزش مستمر، حمایت عاطفی و فراهم‌سازی منابع اطلاعاتی مناسب، می‌تواند موجب افزایش احساس کنترل، کاهش اضطراب، و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها شود.

منابع

1- پرستاری داخلی-جراحی برونرو سودارث ویراست پانزدهم
2022 کلیه و مجاری ادراری

2- [HTTPS://MY.CLEVELANDCLINIC.ORG/HEALTH/DISEASES/17596-URINARY-INCONTINENCE](https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17596-urinary-incontinence)

3- [HTTPS://WWW.DEPEND.COM/EN-US/ADVICE-AND-SUPPORT/INCONTINENCE-TREATMENTS/NUTRITION](https://www.depend.com/en-us/advice-and-support/incontinence-treatments/nutrition)

4- [HTTPS://STANFORDHEALTHCARE.ORG/MEDICAL-CONDITIONS/PRIMARY-CARE/URINARY-INCONTINENCE/DIAGNOSIS.HTML](https://stanfordhealthcare.org/medical-conditions/primary-care/urinary-incontinence/diagnosis.html)

5- [HTTPS://HALOHALE.COM/CONDITIONS/FREQUENT-URINATION-CAUSES-SYMPTOMS/?GAD_SOURCE=1&GAD_CAMPAGNID=22372592542&GCLID=CJ0KCQJWUVRBBHDCARISAKRRKJETEF1QCKTADRCWZIVSS4HYQ2S5SSNTPIV6HDMLPVUHGBPRGANATAAAOG8EALW_WCB](https://halohale.com/conditions/frequent-urination-causes-symptoms/?gad_source=1&gad_campaignid=22372592542&gclid=CJ0KCQJWUVRBBHDCARISAKRRKJETEF1QCKTADRCWZIVSS4HYQ2S5SSNTPIV6HDMLPVUHGBPRGANATAAAOG8EALW_WCB)

6- <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingfundamentals/chapter/16-4-urinary-incontinence/>

7- https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/womens-health/in-depth/kegel-exercises/art-20045283?utm_source=chatgpt.com

8- https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/mens-health/in-depth/kegel-exercises-for-men/art-20045074?utm_source=chatgpt.com

9- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655494900043?utm_source=chatgpt.com

پروستاتیت

گیتا ندرتی - سونیا عبدی
پرستاری بهمن 98 پرستاری مهر 1402



غده پروستات غده‌ای است که در زیر مثانه و جلوی رکتوم قرار دارد، و مجرای ادرار از مرکز آن عبور می‌کند. به التهاب این غده، پروستاتیت (prostatitis) می‌گویند. که در این وضعیت بافت داخل و اطراف غده پروستات متورم، حساس و تحریک‌پذیر می‌شود.

پروستاتیت می‌تواند باعث درد لگنی، مشکلات ادراری و اختلالات جنسی شود. این وضعیت در جمعیت مردان بالای ۵۰ سال سومین بیماری شایع می‌باشد. طبقه بندی پروستاتیت بر اساس موسسه ملی سلامت آمریکا (NIH):

1. نوع I - پروستاتیت باکتریایی حاد (Chronic Bacterial Prostatitis)

پروستاتیت حادی که بطور ناگهانی بروز کرده و توسط عفونت باکتریایی (اغلب توسط (E.coli)) ایجاد می‌شود.

علائم آن شامل تب و لرز و درد لگنی و تکرر ادرار می‌باشد. ممکن است فرد مبتلا ادرار

دردناک را تجربه کند.

پروستاتیت باکتریایی حاد نیاز به درمان پزشکی فوری با آنتی بیوتیک دارد.

2. نوع II - پروستاتیت باکتریایی مزمن (Chronic Bacterial Prostatitis)

باکتری‌ها باعث این نوع پروستاتیت نیز می‌شوند. فرد بطور مکرر با همان ارگانیسم دچار عفونت می‌شود. علائم آن خفیف‌تر و ماندگارتر از نوع I است. پروستاتیت باکتریایی مزمن، معمولاً باعث تب و لرز نمی‌شود ولی فرد مبتلا به آن علائمی مانند مشکل در ادرار کردن خواهد داشت. درمان آن به صورت بلندمدت با آنتی بیوتیک انجام می‌شود.

3. نوع III - سندرم درد لگنی مزمن

(Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome)

CPPS: شایع‌ترین نوع پروستاتیت است. در این وضعیت، شواهدی مبنی بر عفونت باکتریایی یافت نمی‌شود. CPPS باعث درد مزمن در ناحیه لگن، پیرینه و اندام تناسلی می‌شود.

درد ناشی از آن می‌تواند مدت طولانی طول بکشد. این درد ممکن است با دفع ادرار تسکین یافته و با مقاربت تشدید شود.

در بسیاری از موارد علائم این تایپ از پروستاتیت با اختلال در الگوی خواب و اختلال در سلامت روان مرتبط هستند. این تایپ از پروستاتیت به ۲ زیرگروه تقسیم می‌شود:

1. IIIa: التهابی (وجود گلبول‌های سفید (لکوسیت‌ها) در ترشحات پروستات (EPS) یا Semen)

2. IIIb: غیرالتهابی (عدم وجود گلبول‌های سفید در EPS یا Semen)

4. نوع IV: پروستاتیت بدون علامت (Asymptomatic Inflammatory)

(Prostatitis): در پروستاتیت التهابی بدون علامت علیرغم وجود شواهد التهاب،

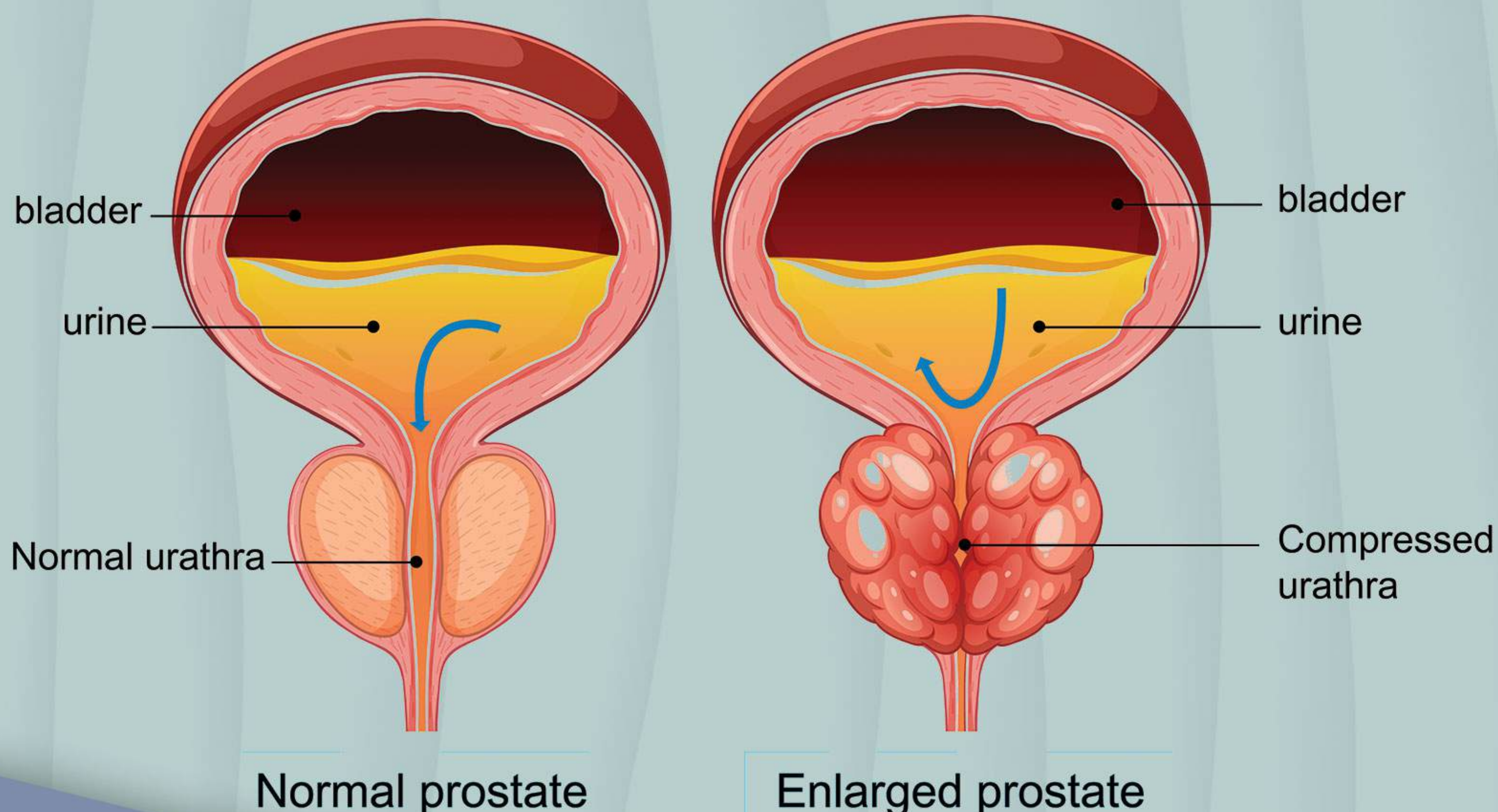
اتیولوژی: پروستاتیت علل مختلفی دارد که بطور کلی به دو دسته باکتریایی و غیرباکتریایی تقسیم می‌شوند.

پروستاتیت باکتریایی:

باکتری‌ها معمولاً از طریق مجرای ادرار، رکتوم و یا از طریق روش‌هایی مانند بیوپسی پروستات وارد پروستات می‌شوند. رایج‌ترین باکتری، اشرشیا کلی است و گاهی سودوموناس، استافیلوکوک یا انتروکوک باعث ایجاد پروستاتیت می‌شوند.

عوامل خطر: عفونت‌های دستگاه ادراری، بیماری‌های مقاربتی، کاتترهای ادراری و بیوپسی پروستات

Benign Prostatic Hyperplasia



پروستاتیت غیرباکتریایی:

می‌تواند التهابی یا غیرالتهابی باشد. **التهابی:** ممکن است به دلیل شل شدن ناقص اسفنکتر ادراری و رفلاکس ادرار باشد.

غیرالتهابی: ممکن است ناشی از اختلال عملکرد عضلات کف لگن، تحریک عصب یا عوامل روانی باشد.

تشخیص پروستاتیت

تشخیص پروستاتیت نیازمند ارزیابی دقیق علائم بالینی، بررسی سابقه پزشکی و انجام آزمایش‌های تخصصی است. پزشک با جمع‌آوری اطلاعات لازم، نوع پروستاتیت را مشخص می‌کند تا درمان مناسب انتخاب شود.

1- بررسی علائم و سابقه پزشکی

در ابتدا، پزشک درباره علائمی مانند درد هنگام ادرار، احساس سوزش، درد در ناحیه لگن یا کشاله ران، تکرر یا سختی در ادرار کردن، تب و لرز سؤال می‌کند. همچنین سوابق قبلی عفونت یا بیماری‌های ادراری نیز بررسی می‌شود.

2- معاینه انگشتی از طریق مقعد (DRE)

معاینه انگشتی مقعد بخش مهمی از تشخیص است. در این روش، پزشک با لمس پروستات از طریق دیواره‌ی مقعد، بزرگی، حساسیت یا نرمی غیرطبیعی غده‌ی

پروستات را بررسی می‌کند. در موارد التهاب ، پروستات ممکن است حساس، متورم و نرم باشد.

3- نتایج آزمایشگاهی

برای تشخیص قطعی و افتراق میان انواع مختلف پروستاتیت، از تست‌های زیر استفاده می‌شود:

■ تجزیه ادرار (Urinalysis): بررسی وجود سلول‌های التهابی یا عفونت در ادرار.

■ کشت ادرار: شناسایی نوع باکتری و تعیین حساسیت آن به آنتی‌بیوتیک‌ها.

■ آزمایش خون: برای بررسی علائم سیستمیک التهاب یا عفونت.

■ آزمایش Meares-Stamey (چهار لیوان): اگرچه به ندرت استفاده می‌شود، اما روش

طلایی برای تشخیص پروستاتیت باکتریایی مزمن است و نیازمند جمع‌آوری نمونه‌های ادرار قبل و بعد از ماساژ پروستات می‌باشد.

4- آزمایش‌های تکمیلی (در صورت نیاز)

در برخی بیماران، به ویژه در موارد مزمن یا مقاوم به درمان، ممکن است از روش‌های تشخیصی پیشرفته استفاده شود:

■ بررسی عملکرد مثانه: برای ارزیابی توانایی مثانه در ذخیره و تخلیه ادرار.

■ تصویربرداری (سونوگرافی یا سی‌تی اسکن): برای بررسی ساختار پروستات، تشخیص آبسه، یا رد سایر بیماری‌ها.



5- تشخیص افتراقی

پزشک باید سایر بیماری‌هایی را که می‌توانند علائمی مشابه ایجاد کنند، نیز مدنظر قرار دهد، از جمله:

- بزرگی خوش خیم پروستات (BPH)

- عفونت‌های مجاری ادراری

- سنگ‌های مثانه یا اختلالات عضلات کف لگن

درمان پروستاتیت

روش درمان بسته به نوع علائم، نتایج آزمایش‌ها و یافته‌های معاینه بالینی تعیین می‌شود. در بسیاری از موارد، بیماران نیازمند ترکیبی از درمان‌های دارویی و غیردارویی هستند. گزینه‌های درمانی شامل موارد زیر است:

1- آنتی بیوتیک‌ها

نخستین خط درمان برای پروستاتیت باکتریایی است. این داروها برای از بین بردن عامل عفونی تجویز می‌شوند و مدت مصرف آن‌ها ممکن است از چند روز تا چند هفته ادامه یابد، بسته به شدت و نوع عفونت.

2- داروهای آلفا بلاکر

این داروها باعث شل شدن عضلات اطراف پروستات و گردن مثانه می‌شوند و می‌توانند در کاهش علائمی مانند تکرر ادرار یا سختی در شروع دفع ادرار مؤثر باشند.

3- داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی

(NSAIDs)

برای کاهش درد و التهاب در ناحیه پروستات یا عضلات لگن تجویز می‌شوند. این داروها می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی بیمار

کمک کنند.

4- ماساژ پروستات

در برخی موارد، تخلیه مایع از مجاری پروستات از طریق ماساژ ممکن است به کاهش فشار و ناراحتی کمک کند. این روش باید توسط پزشک متخصص انجام شود.

5- فیزیوتراپی عضلات کف لگن

فیزیوتراپی تخصصی به بیمار کمک می‌کند تا عضلات کف لگن را شناسایی کرده و یاد بگیرد چگونه آن‌ها را شل کند. این درمان می‌تواند شامل تکنیک‌هایی مانند آزادسازی نقاط ماشه‌ای (Trigger Point Release) باشد و در موارد پروستاتیت غیرباکتریایی مزمن بسیار مؤثر است.

مراقبت‌های خانگی

بیماران می‌توانند از روش‌های ساده و در دسترس برای کاهش درد استفاده کنند، از جمله:

- حمام آب گرم
- استفاده از بطری آب گرم یا پد گرم‌کننده
- نشستن روی بالش‌های حلقه‌ای شکل برای کاهش فشار روی ناحیه لگن

پیشگیری

پیشگیری از پروستاتیت شامل اقدامات اولیه، ثانویه و ثالثیه است. پیشگیری اولیه

شامل اقدامات قبل از شروع بیماری برای کاهش خطر ابتلا به پروستاتیت است.

پیشگیری ثانویه شامل تشخیص زودهنگام و درمان بیماری برای جلوگیری از پیشرفت آن و جلوگیری از عوارض است. پیشگیری ثالثیه شامل مدیریت و توانبخشی برای کاهش تأثیر بیماری بر کیفیت زندگی افراد مبتلا است.

پیشگیری اولیه پروستاتیت:

- رژیم غذایی سالم:
- مصرف میوه‌ها، سبزیجات، و غلات کامل و کاهش مصرف چربی‌های اشباع شده و غذاهای فرآوری شده
- ورزش منظم:
- فعالیت بدنی منظم و حفظ وزن سالم
- ترک سیگار:
- سیگار کشیدن خطر ابتلا به پروستاتیت و سایر مشکلات سلامتی را افزایش می‌دهد.
- کاهش استرس:
- مدیریت استرس از طریق تکنیک‌های آرامش بخش مانند یوگا و مدیتیشن
- اجتناب از مصرف الکل و کافئین:
- این مواد می‌توانند علائم پروستاتیت را تشدید کنند.
- اجتناب از نشستن طولانی مدت:
- نشستن طولانی مدت می‌تواند فشار روی پروستات را افزایش دهد.

■ نوشیدن مایعات کافی:

نوشیدن آب کافی به دفع باکتری ها از مجاری ادراری کمک می کند.

■ رعایت بهداشت فردی:

به ویژه در ناحیه تناسلی.

پیشگیری ثانویه پروستاتیت:

■ تشخیص زودهنگام:

مراجعه به موقع به پزشک برای تشخیص و درمان پروستاتیت در مراحل اولیه

■ درمان به موقع:

استفاده از داروهای تجویز شده توسط پزشک و رعایت دستورالعمل های درمانی

■ رعایت رژیم غذایی:

پیروی از رژیم غذایی سالم برای کاهش التهاب و بهبود علائم

■ استفاده از کمپرس گرم:

استفاده از کمپرس گرم روی ناحیه تناسلی برای کاهش درد و ناراحتی

■ انجام ورزش های کگل:

تقویت عضلات کف لگن برای بهبود عملکرد ادراری و جنسی

■ دفع کامل ادرار:

جلوگیری از احتباس ادرار در مثانه

پیشگیری ثالثیه پروستاتیت:

■ مدیریت علائم:

استفاده از روش های کنترل درد و ناراحتی توانبخشی:

انجام فیزیوتراپی لگن و سایر تکنیک های توانبخشی برای بهبود عملکرد عضلات و کاهش علائم

■ حمایت روانی:

دریافت حمایت روانی و مشاوره برای مقابله با استرس و اضطراب ناشی از بیماری

■ آموزش و آگاهی:

کسب اطلاعات در مورد بیماری و راه های مدیریت آن برای بهبود کیفیت زندگی

■ پیگیری منظم:

مراجعه منظم به پزشک برای بررسی وضعیت و جلوگیری از عود بیماری

مراقبت های پرستاری در بیماران مبتلا به پروستاتیت

مراقبت پرستاری نقش کلیدی در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به پروستاتیت دارد. این مراقبت ها شامل چندین مرحله مهم هستند:

1- ارزیابی علائم بیمار

■ بررسی وجود و شدت علائمی مانند:

○ درد (خصوصاً در ناحیه لگن یا پایین کمر)

○ تب و لرز

○ سوزش هنگام ادرار

○ ادرار مکرر یا اضطرابی

○ کاهش حجم یا جریان ادرار

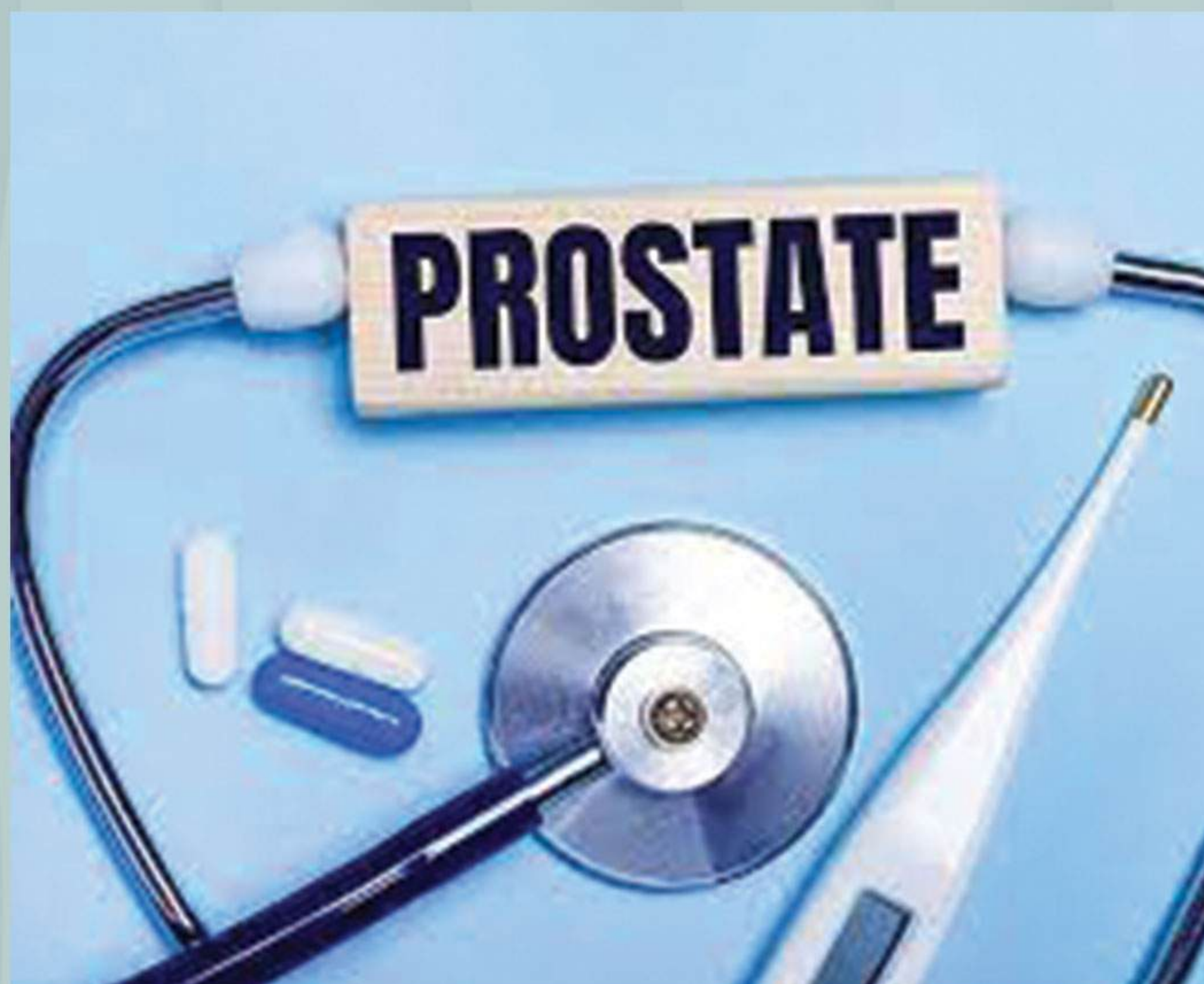
■ پایش وضعیت عمومی و حیاتی بیمار جهت تشخیص هرگونه تغییر یا پیشرفت بیماری

2- آموزش به بیمار درباره مدیریت بیماری

- آموزش درباره ماهیت بیماری پروستاتیت و تفاوت آن با دیگر بیماری‌های پروستات
- راهنمایی در مورد نحوه مدیریت علائم در منزل (مانند مصرف دارو، استراحت کافی، استفاده از کمپرس گرم)
- استفاده از کمپرس گرم یا سرد در ناحیه درد
- تشویق بیمار به انجام فعالیت‌های سبک در صورت امکان و اجتناب از نشستن طولانی مدت

4- نظارت بر پاسخ بیمار به درمان

- تأکید بر اهمیت پیگیری انجام آزمایش‌ها
- مصرف دقیق داروها و مراجعات منظم به پزشک
- ارائه اطلاعات درباره نشانه‌های هشدار دهنده‌ای که نیازمند مراجعه فوری هستند (مثل تب بالا یا احتباس کامل ادرار)
- کمک به کاهش درد و ناراحتی بیمار
- بررسی شدت، محل و نوع درد با استفاده از ابزارهای سنجش درد
- استفاده از روش‌های کاهش درد مانند: تجویز و پایش داروهای مسکن طبق تجویز پزشک
- پیگیری اثرگذاری داروها و مداخلات درمانی
- پایش برای تشخیص عوارض احتمالی مانند:
- عفونت‌های مجاری ادراری
- عفونت سیستمیک (سپسیس)
- عوارض دارویی (حساسیت، ناراحتی گوارشی، افت فشار خون با مصرف آلفا بلاکرها)
- ثبت تغییرات در علائم و گزارش به تیم پزشکی جهت اصلاح برنامه درمانی در صورت نیاز



منابع

Pendegast, H. J., Leslie, S. W., & Rosario, D. J. (2024). Chronic Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome in Men . In StatPearls. StatPearls Publishing.

<https://www.merckmanuals.com/professional/multimedia/table/nih-consensus-classification-system-for-prostatitis>

<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15319-prostatitis>

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/prostatitis/symptoms-causes/syc-20355766?p=1>

<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15319-prostatitis>

[https://www.urologyhealth.org/urology-a-z/p/prostatitis-\(infection-of-the-prostate\)](https://www.urologyhealth.org/urology-a-z/p/prostatitis-(infection-of-the-prostate))

[https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(22\)00311-1/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(22)00311-1/fulltext)

سرطان پروستات

مهنا فخری
پرستاری مهر 1401



پیش از پرداختن به مسئله ی سرطان پروستات، لازم است با موقعیت این غده در بدن و کارکرد آن آشنا شویم.

پروستات یکی از غدد مهم در بدن مردان است که نقش حیاتی در سلامت سیستم تولیدمثل ایفا می کند. این غده کوچک اما قدرتمند، مایعی تولید می کند که بخش عمده ای از مایع منی را تشکیل می دهد و به حمل و تغذیه اسپرم ها کمک می کند. هرچند پروستات نقش کلیدی در عملکرد جنسی و باروری دارد، اما اغلب مورد بی توجهی قرار می گیرد تا زمانی که مشکلاتی مانند بزرگ شدن پروستات یا التهاب آن بروز کند.

پروستات یک غده کوچک به اندازه گردو در دستگاه تناسلی مردان است که در لگن و زیرمثانه قرار دارد. و مایعی تولید می کند که از طریق آلت تناسلی مردان در هنگام انزال خارج می شود. این غده نقش کلیدی در سلامت تولیدمثل دارد و مایعی تولید

می کند که حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد از حجم مایع منی را تشکیل می دهد. این مایع حاوی آنزیم ها و مواد مغذی است که به حفظ حیات و تحرک اسپرم ها کمک می کند و نقش مهمی در باروری ایفا می کند. علاوه بر این، پروستات در هنگام انزال، عضلات خود را منقبض می کند تا مایع منی را سریعتر از طریق مجرای ادرار به بیرون هدایت کند. با افزایش سن، پروستات ممکن است دچار تغییراتی مانند بزرگ شدن (هیپرپلازی خوش خیم پروستات)، التهاب (پروستاتیت)، یا حتی سرطان شود که هر یک می تواند بر عملکرد ادراری و جنسی تأثیر منفی بگذارد. آگاهی از عملکرد پروستات و توجه به علائم غیرطبیعی می تواند به تشخیص زودهنگام و درمان مناسب مشکلات مرتبط با آن کمک کند.

ساختار غده پروستات

در تقسیم بندی غدد بدن، دو دسته درون ریز و برون ریز وجود دارد.

که از طریق آلت تناسلی مردان در هنگام انزال خارج می شود. این غده نقش کلیدی در سلامت تولیدمثل دارد و مایعی تولید

غدد درون ریز ترشحات خود را به خون می ریزند و ترشحات غدد برون ریز وارد ساختارهای لوله مانند می شود. پروستات یکی از غدد برون ریز بدن با خاصیت ارتجاعی است که مجرای ادرار را مانند لایه های پیاز احاطه می کند.

پروستات را به چهار ناحیه (از خارج به داخل) تقسیم می کنند:

ناحیه قدامی: ساخته شده از بافت فیبری و ماهیچه ای که ناحیه فیبرومیسکولار قدامی نیز نامیده می شود.

ناحیه محیطی: بیشتر در قسمت پشت غده، جایی که بیشتر بافت غده پروستات در آن قرار دارد، تشکیل شده است.

ناحیه مرکزی: مجاری انزالی را احاطه کرده و حدود ۲۵ درصد از کل توده پروستات را تشکیل می دهد.

منطقه انتقال: قسمتی از پروستات است که مجرای ادرار را احاطه می کند. مجرای ادرار از مرکز پروستات، از مثانه به آلت تناسلی می رود و اجازه می دهد ادرار از بدن خارج شود. منطقه انتقال، تنها بخش از پروستات است که در طول زندگی به رشد خود ادامه می دهد.

مایع پروستات کمی اسیدی است، اما سایر اجزای منی آن را به طور کلی قلیایی می کنند. این برای مقابله با اسیدیتة واژن

و محافظت و افزایش طول عمر اسپرم ها مهم است. زیرا اسپرم برای اینکه بتواند حرکت کند، باید در محیطی با pH بالای ۶ قرار بگیرد. اگر تولید مایع منی توسط پروستات اتفاق نمی افتاد، تحرک و بقای اسپرم و ژن های درون هسته آن، دچار مشکل می شد.

نقش غده پروستات

وظیفه اصلی پروستات کمک کردن به مایع منی است. مایع ترشح شده از پروستات ۲۰ تا ۳۰٪ از مایع منی را تشکیل می دهند و باقی مانده آن از وزیکول های منی (۵۰-۶۵٪) و بیضه ها (۵٪) به مجرای ادرار می ریزند. این غده جزئی از دستگاه تناسلی مردان است، همچنین به علت احاطه کردن پیشابراه، در کنترل ادرار نیز نقش دارد.

تغییرات غده پروستات در طول زندگی

غده پروستات با افزایش سن به مرور رشد می کند. در این حالت با منبسط شدن عضلات آن، مجرای ادراری مسدود می شود و مشکلات دفع ادرار به وجود می آید. این اتفاق بیشتر در سنین بالای ۵۰ سال رخ می دهد، اما می تواند در ۳۰ سالگی هم بروز کند. بهترین راه حفظ غده پروستات، انجام آزمایش پروستات است تا در زمان مناسب مراقبت های پزشکی را انجام دهید و از بروز بیماری هایی مانند

التهاب پروستات جلوگیری کنید. در این موارد می‌توانید به متخصص اورولوژی که در درمان بیماری‌های دستگاه تناسلی مهارت دارد، مراجعه کنید.

ترشحات پروستات

مایعی که از غده پروستات ترشح می‌شود، شامل آنزیم‌های پروتئولیتیک، اسید فسفاتاز، فیبرینولیزین، روی و آنتی‌ژن اختصاصی پروستات است - این ترکیبات برای عملکرد مناسب سلول‌های اسپرم و باروری در مردان بسیار مهم هستند - یکی از ترکیبات مهم مایع پروستات، آنتی‌ژن اختصاصی پروستات - PSA - است. این آنتی‌ژن مخصوص، یک پروتئین انزالی از جنس اسید فسفاتاز است و به رقیق‌تر شدن مایع منی کمک می‌کند. در آزمایش‌های غربالگری بیماری پروستات، PSA نقش مهمی دارد. زیرا مقدار آن در پروستاتیت، سرطان خوش خیم و بدخیم و بزرگی پروستات بالا می‌رود. اگرچه اکتفا به میزان آنتی‌ژن اختصاصی پروستات به تنهایی کافی نیست اما می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری و درمان بیماری‌های غده پروستات داشته باشد.

انواع بیماری‌های غده پروستات

انواع بیماری‌های پروستات که بر این غده تأثیر می‌گذارند عبارت‌اند از:

سرطان پروستات: سرطان پروستات دومین سرطان شایع در مردان است که معمولاً میان سالان را مبتلا می‌کند. اغلب در مراحل اولیه بدون علامت بوده و به آرامی پیشرفت می‌کند. این سرطان زمانی ایجاد می‌شود که سلول‌های غیرطبیعی در غده پروستات شروع به رشد غیرقابل کنترل کنند.

التهاب (پروستاتیت): چهار وضعیت مختلف پروستاتیت که باعث التهاب در غده پروستات شما می‌شوند؛ پروستاتیت حاد باکتریایی، پروستاتیت باکتریایی مزمن، سندرم درد مزمن لگن (CPPS) و پروستاتیت التهابی بدون علامت هستند. التهاب پروستات، شایع‌ترین مشکل دستگاه ادراری در مردان کمتر از ۵۰ سال است.

هیپرپلازی خوش خیم پروستات: این بیماری باعث بزرگی پروستات و انسداد مجرای ادراری می‌شود. تقریباً همه مردان با افزایش سن دچار بزرگی پروستات می‌شوند.

چه کسانی در معرض بیماری‌های پروستات قرار می‌گیرند؟

حدود ۶۰ درصد از بیماری‌های پروستات در افراد ۶۵ سال یا بالاتر تشخیص داده می‌شود. افزایش سن، سابقه خانوادگی و عفونت‌های دستگاه ادراری از دلایلی هستند که افراد را بیشتر در معرض خطر بیماری پروستات قرار می‌دهند. مهم‌ترین راه

پیشگیری، انتخاب رژیم غذایی و سبک زندگی سالم در کنار انجام آزمایش‌های دوره‌ای تشخیص بیماری پروستات است.

آیا بیماری پروستات در سن خاصی ایجاد می‌شود؟

یکی از موارد ابتلا به بیماری‌های پروستات، افزایش سن است. همان‌طور که سن بالا می‌رود، سلول‌های غده پروستات هم ممکن است تحت تأثیر هورمون تستوسترون بزرگ‌تر شوند. افراد بالای ۵۰ سال نیاز به مراقبت بیشتری دارند اما ممکن است بیماری در جوانان ۳۰ ساله نیز رخ دهد.

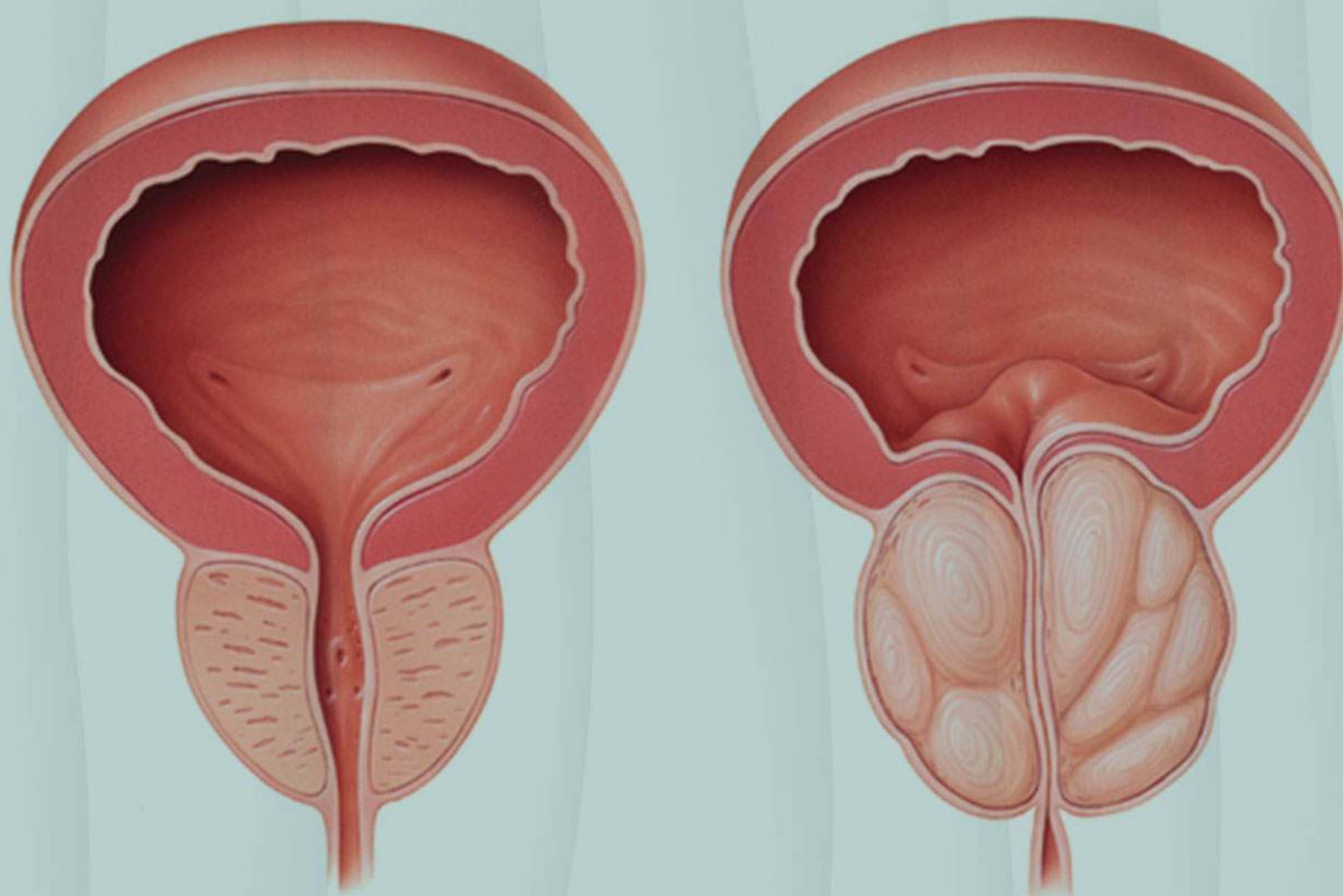
سرطان پروستات

-پروستات خوش خیم و پروستات بدخیم

سرطان پروستات، با نام پروستات بدخیم هم شناخته می‌شود؛ به این معنی که می‌تواند رشد کند و به سایر قسمت‌های

بدن گسترش یابد. پروستات خوش خیم نیز می‌تواند رشد کند اما گسترش نمی‌یابد. سرطان پروستات در مقایسه با سایر انواع سرطان تا حدودی متفاوت و غیرمعمولی است. زیرا بسیاری از تومورهای سرطانی پروستات به سایر بخش‌های بدن منتقل نمی‌شوند و متاستاز نمی‌کنند.

سرطان پروستات به انگلیسی prostate cancer نامیده می‌شود، مانند سرطان‌های دیگر رشد نامتناسب سلول‌ها در غده پروستات است. سرطان پروستات اغلب از سلول‌های آدنوکارسینوما تشکیل شده است، که از بافت غده‌ای نشأت می‌گیرند. متاستاز به فرایندی گفته می‌شود که سرطان از طریق خون یا سیستم لنفاوی در بدن منتشر شده و در سایر قسمت‌ها رشد می‌کند. سرطان پروستات اغلب به غدد لنفاوی لگن و همچنین استخوان‌ها متاستاز



Normal Prostate

Enlarged Prostate

می دهد.

علائم سرطان پروستات

سرطان پروستات در مراحل اولیه ممکن است علامتی ایجاد نکند.

علائم اولیه

علائم اولیه سرطان پروستات معمولاً خفیف هستند و ممکن است با مشکلات شایع پروستات مانند هایپرپلازی خوش خیم پروستات (BPH) اشتباه گرفته شوند. با این حال، برخی نشانه های هشداردهنده شامل موارد زیر هستند:

1) دشواری در شروع ادرار یا قطع و وصل شدن جریان ادرار

2) ضعیف شدن یا کاهش فشار جریان ادرار

3) تکرر ادرار، به خصوص در شب (شب ادراری)

4) احساس تخلیه ناکامل مثانه پس از ادرار

5) وجود خون در ادرار یا مایع منی

6) درد یا سوزش هنگام ادرار

7) در برخی موارد، درد هنگام انزال یا مشکلات نعوظ

علائم در جوانان

سرطان پروستات در جوانان نادر است، اما ممکن است در برخی افراد زیر ۵۵ سال دیده شود. علائم آن می تواند با مشکلات

پروستات یا عفونت های ادراری اشتباه گرفته شود. برخی از نشانه های این بیماری در جوانان عبارت اند از:

1) اختلال ناگهانی در نعوظ بدون علت مشخص

2) تکرر ادرار، به ویژه در شب

3) احساس اضطراب برای ادرار حتی با مثانه نیمه پر

4) وجود خون در ادرار یا منی (هماچوری یا هماتواسپرما)

5) مشکل در شروع ادرار یا کاهش فشار جریان ادرار

علائم در بزرگسالان

سرطان پروستات در بزرگسالان، به ویژه در مراحل اولیه، ممکن است بدون علامت باشد. اما با پیشرفت بیماری، برخی از نشانه های رایج آن شامل موارد زیر هستند:

1) تکرر ادرار، به خصوص در شب

2) دشواری در شروع یا متوقف کردن ادرار

3) جریان ضعیف و کم حجم ادرار

4) کاهش فشار هنگام ادرار کردن

5) ادرار قطره قطره و احساس عدم تخلیه کامل مثانه

6) وجود خون در ادرار یا مایع منی

علائم در سالمندان

سرطان پروستات در سالمندان ممکن است بدون علامت باشد یا علائم آن به تدریج



PROSTATE CANCER



ظاهر شود. برخی از نشانه‌های رایج این بیماری در سنین بالا شامل موارد زیر است:

- (1) وجود خون در ادرار
- (2) درد هنگام انزال
- (3) تکرر ادرار، به خصوص در شب
- (4) نیاز مکرر به دفع ادرار در طول شب (شب‌ادراری)
- (5) درد یا سوزش هنگام ادرار کردن
- (6) جریان ضعیف و کم فشار ادرار
- (7) اختلال نعوظ و کاهش میل جنسی
- (8) بی‌اختیاری ادرار

علائم سرطان پروستات پیشرفته

علائم سرطان پروستات پیشرفته زمانی

ظاهر می‌شود که سرطان به سایر بخش‌های بدن گسترش یافته باشد. برخی از نشانه‌های شایع این مرحله عبارتند از:

- (1) درد مداوم در استخوان‌ها، به‌ویژه در ستون فقرات، لگن، ران یا دنده‌ها
- (2) کمردرد مزمن که به درمان‌های معمولی پاسخ نمی‌دهد
- (3) شکستگی استخوانی ناشی از ضعف استخوان‌ها بر اثر متاستاز سرطان
- (4) کاهش وزن ناگهانی و بدون دلیل مشخص
- (5) خستگی شدید و ضعف عمومی
- (6) تورم پاها در اثر تجمع مایعات (ادم)
- (7) مشکلات دفع ادرار یا مدفوع در صورت

گسترش سرطان به ستون فقرات و تحت فشار قرار گرفتن اعصاب

-اگر سرطان به ستون فقرات گسترش یابد و نخاع را تحت فشار قرار دهد، ممکن است ضعف یا بی حسی در پاها، بی اختیاری ادرار یا مدفوع به دلیل اختلال در عملکرد اعصاب نخاعی دیده شود.

در صورتی که سرطان به استخوان‌ها متاستاز دهد، ممکن است علائم زیر بروز کنند:

(1) کم خونی ناشی از کاهش تولید گلبول‌های قرمز

(2) تنگی نفس به دلیل کمبود اکسیژن رسانی

(3) خستگی مفرط و ضعف عمومی

(4) ضربان قلب بالا (تاکی کاردی)

(5) سرگیجه و رنگ پریدگی

تشخیص و درمان

خوشبختانه با روش‌های غربالگری و تشخیص زودهنگام می‌توان آن را در مراحل اولیه شناسایی و درمان کرد. انجام معاینات منظم، آزمایش PSA و معاینه دیجیتال رکتال (DRE) از جمله روش‌های مؤثر برای تشخیص به موقع این بیماری هستند. با توجه به اینکه سرطان پروستات در مراحل اولیه معمولاً بدون علائم است، غربالگری منظم به ویژه برای مردان بالای

50 سال یا افرادی با سابقه خانوادگی این بیماری اهمیت زیادی دارد. تشخیص زودهنگام شانس موفقیت درمان را افزایش داده و از عوارض جدی جلوگیری می‌کند. روش‌های درمانی این بیماری شامل جراحی، پرتودرمانی، هورمون درمانی، شیمی درمانی و در برخی موارد، ایمونوتراپی یا درمان هدفمند است. انتخاب روش درمانی بستگی به مرحله سرطان، سن بیمار و وضعیت سلامتی او دارد. تشخیص زودهنگام این سرطان می‌تواند شانس درمان موفقیت‌آمیز را افزایش دهد.

مراقبت پرستاری در خصوص سرطان پروستات

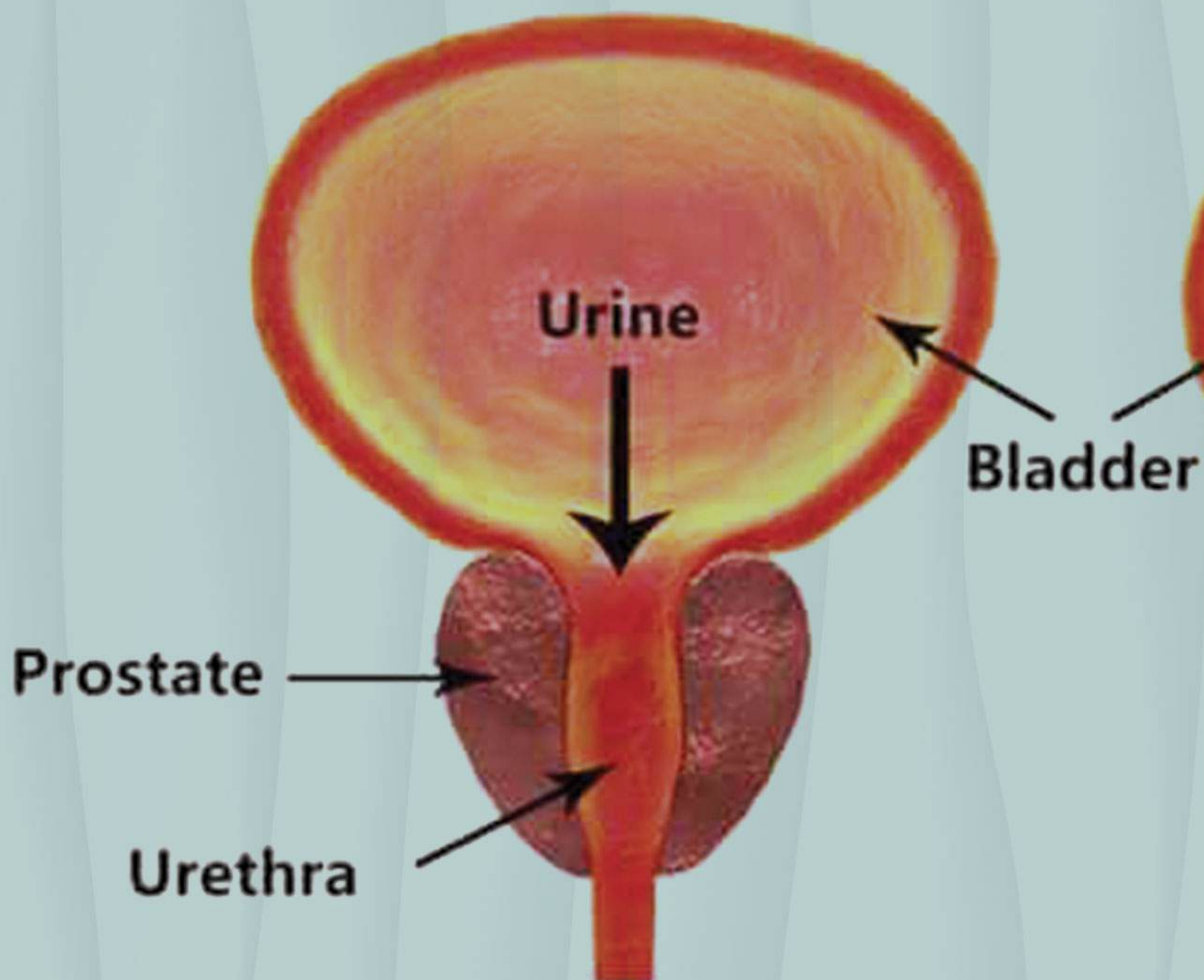
مراقبت‌های پرستاری برای سرطان پروستات شامل مراقبت‌های قبل، حین و بعد از جراحی، مراقبت‌های درمانی مانند پرتودرمانی یا شیمی درمانی، و مراقبت‌های حمایتی و روانی است.

1) مراقبت‌های قبل از جراحی:

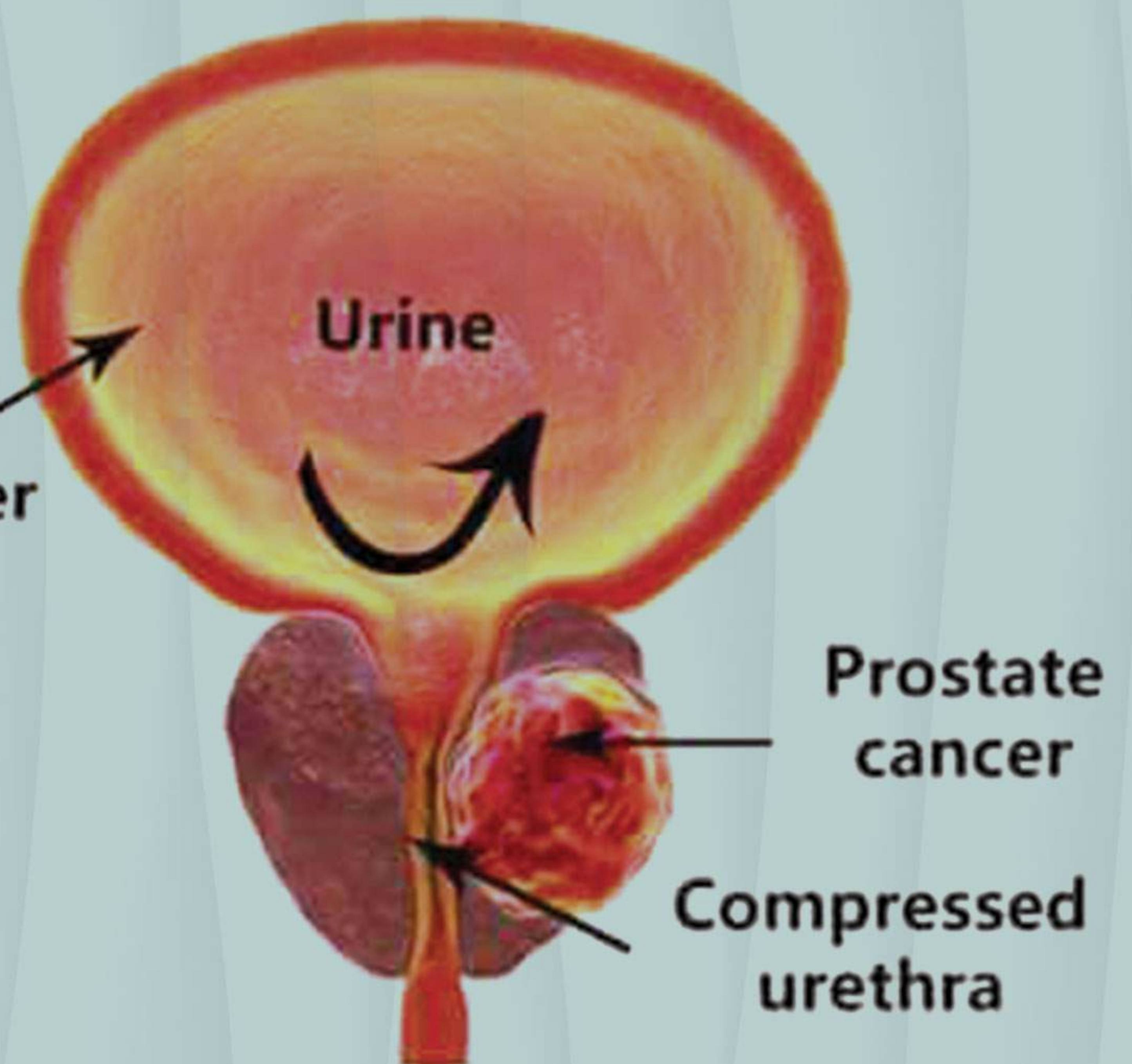
آموزش بیمار و خانواده: توضیح جراحی، عوارض جانبی احتمالی، مراقبت‌های پس از جراحی، و پاسخگویی به سوالات بیمار و خانواده.

ارزیابی وضعیت عمومی بیمار: بررسی سابقه پزشکی، آزمایشات خون، و ارزیابی وضعیت کلی بیمار.

NORMAL PROSTATE



PROSTATE CANCER



مراقبت از پوست: اطمینان از سالم بودن پوست بیمار و محافظت از آن در برابر تحریک

آماده‌سازی بیمار برای جراحی: انجام توصیه‌های لازم، مانند پرهیز از غذاهای خاص و نوشیدنی‌های محرک، و گرفتن داروهای لازم

توضیح نحوه کار با سوند ادراری: آموزش بیمار و خانواده در مورد استفاده و مراقبت از سوند ادراری

(2) مراقبت‌های حین جراحی:

حفظ ایمنی بیمار: نظارت بر علائم حیاتی، پوست، و وضعیت کلی بیمار

مراقبت از محل جراحی: نظارت بر محل جراحی، جلوگیری از عفونت و خونریزی

تغذیه بیمار: ارائه تغذیه مناسب و کافی

به بیمار در طول دوره نقاهت جلوگیری از عوارض: نظارت بر علائم عوارض جانبی و اقدام به موقع برای درمان آن‌ها

(3) مراقبت‌های بعد از جراحی:

نظارت بر علائم حیاتی: کنترل علائم حیاتی، قند خون، و سایر پارامترهای مهم، نظارت بر محل جراحی، جلوگیری از عفونت و خونریزی، اطمینان از عملکرد صحیح سوند و تخلیه مناسب ادرار، آموزش بیمار در مورد تمرینات ورزشی مناسب برای تقویت عضلات لگن و بهبود عملکرد ادراری، ارائه تغذیه مناسب و کافی به بیمار در دوره نقاهت، ارائه مشاوره روانی به بیمار و خانواده در صورت نیاز.

منابع

<https://www.nia.nih.gov/health/prostate-health/prostate-problems>

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://drjabbari.com/1458/%25D8%25AF%25D8%25B1%25D9%2585%25D8%25A7%25D9%2586-%25D8%25B3%25D8%25B1%25D8%25B7%25D8%25A7%25D9%2586-%25D9%25BE%25D8%25B1%25D9%2588%25D8%25B3%25D8%25AA%25D8%25A7%25D8%25AA/>

نارسایی کلیه در سالمندان

ریحانه بویر - میترا محمدپور
رادیولوژی مهر 1402 دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس



فرآیند افزایش سن یک امر طبیعی در زندگی تمامی موجودات از جمله انسان ها می باشد که شامل تغییرات فیزیولوژیکی و روانشناختی است. براساس آمار سازمان ملل در سال 2019 جمعیت افراد 65 سال و بالاتر در جهان 703 میلیون نفر (%9 افراد جامعه) می باشد و پیش بینی می شود این تعداد افراد سالمند در سال 2050 دو برابر و به عدد 5/1 میلیارد نفر (%16 افراد جامعه) برسد، به طوری که از هر شش فرد، یک نفر بالای 65 سال خواهد بود. با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، توجه به مشکلات پیش روی آنها بسیار حائز اهمیت است.

یکی از بیماری های دوران سالمندی که به طور روز افزون بر مبتلایان آن افزوده می شود، نارسایی مزمن کلیه می باشد که یکی از مهم ترین دلایل ابتلا به بیماری های مزمنی چون پرفشاری خون و دیابت است. با افزایش بیماری های مزمن در سالمندی، خود مراقبتی در سالمندان در جنبه های مختلف زندگی از جمله پیشگیری، درمان، بازتوانی بیماری ها و بهبود کیفیت زندگی نقش بسیار مهمی پیدا می کند.

نارسایی کلیه در سالمندان که ممکن است به دلیل کوچک شدن کلیه ها بروز کند، که معمولاً در آزمایشات خون و ادرار مشخص می شود. اگر این تغییرات با علائمی مانند تورم، افزایش فشار خون یا اختلال در عملکرد ادراری همراه باشد، پزشک ممکن است درمان های خاصی را برای پیشگیری از پیشرفت بیماری تجویز کند.

تنبلی کلیه یا کاهش فعالیت طبیعی کلیه ها در سالمندان، یکی دیگر از مشکلات شایع است که می تواند به نارسایی کلیه منجر شود. در این حالت، کلیه ها به درستی عمل نمی کنند و نمی توانند مواد زائد و مایعات اضافی را به طور موثر از بدن دفع کنند.

نارسایی کلیه در سالمندان معمولاً با علائمی چون فشار خون بالا، تورم، تغییرات در



- الگوی ادرار و افزایش وزن به دلیل تجمع مایعات خود را نشان می‌دهد.
- کنترل قند خون، کنترل فشار خون، حفظ وزن سالم، رژیم غذایی مناسب، کاهش مصرف نمک و نوشیدن آب کافی، محدود کردن مصرف الکل و داروهای مسکن بی‌نسخه، ترک سیگار، کاهش استرس و ورزش منظم از مواردی هستند که می‌توانند به پیشگیری از نارسایی کلیه در سنین بالا کمک شایسته‌ای داشته باشند.
- در ادامه چند مورد از علائم نارسایی کلیه در سالمندان ذکر شده است:
- بیماری کلیه در سالمندان موجب تجمع مایعات می‌شود زیرا کلیه در دفع مواد زائد ناتوان شده و تورم در بخش‌هایی از بدن به وجود می‌آید.
- هماچوری و نارسایی کلیه در سالمندان وجود خون در ادرار سالمند که معمولاً با انجام آزمایش می‌توان آن را تشخیص داد
- زیاد شدن تعداد کراتینین سرم در خون
- برهم خوردن تعادل الکترولیت‌ها
- افزایش فشار خون
- احساس خستگی و کوفتگی در طول روز
- سوزش ادرار
- عدم داشتن خواب راحت و با کیفیت
- سندرم پای بیقرار
- برای تشخیص از کار افتادگی و نارسایی کلیه در افراد مسن و سالمند راه‌ها و روش‌های گوناگونی وجود دارد که با توجه به علائم و شدت بیماری پزشک بهترین راه جهت شناسایی این بیماری را انتخاب خواهد کرد.
- از اصلی‌ترین روش‌ها برای تشخیص این

بیماری به صورت زیر می باشد:

دارو درمانی

به طور معمول برای نارسایی کلیه در سالمندان داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی و کاهش دهنده فشار خون و داروهای ادرار آور تجزیه تجویز میشود که دارای عوارض متفاوتی هستند بنابراین سایر گزینه های درمانی که عوارض کمتری دارند برای جایگزین شدن داروهای درمانی بهتر هستند اما امکان دارد به اندازه این موارد تاثیر گذار نباشد.

دیالیز و پیوند کلیه برای درمان

پزشک متخصص برای بیماری که مشکل کلیوی در سالمندان باشد جهت درمان دیالیز یا پیوند کلیه را در نظر می گیرد درمان دیالیز که برای مشکلات کلیه در سالمند و تمام افراد در نظر گرفته میشود در طی آن خون بیمار سم زدایی و به بدن او باز می گردد. یکی دیگر از روش های درمانی برای بیماری های کلیوی پیوند کلیه است که با توجه به وضعیت سلامتی فرد عملکرد و زندگی برای فرد و شرایط پزشکی برای سالمندان انجام می گردد.

مراقبت های پرستاری در سالمندان مبتلا به

بیماری مزمن کلیه

پرستاران نقش کلیدی در پیشگیری از پیشرفت بیماری و ارتقای کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن کلیه ایفا

1. آزمایش ادرار: یکی از روش های برای تشخیص نارسایی کلیه در افراد مسن و سالمند بوده که تمامی موارد مثل پروتئین، شکر و باکتری آن مورد آزمایش قرار می گیرد. همچنین در برخی موارد آزمایش ادرار 24 ساعته و کنترل ادرار در طول روز نیز تجویز میشود.

2. آزمایش خون: همچنین امکان تشخیص از کارافتادگی کلیه سالمند از طریق بررسی میزان نیتروژن و کراتین نیز وجود دارد.

3. تصویربرداری: دقیق ترین روش برای تشخیص نارسایی کلیه در سالمندان انجام تصویربرداری مثل سونوگرافی، رادیوگرافی با ماده کنتراست، ام آر ای و سی تی اسکن از کلیه افراد سالخورده می باشد.

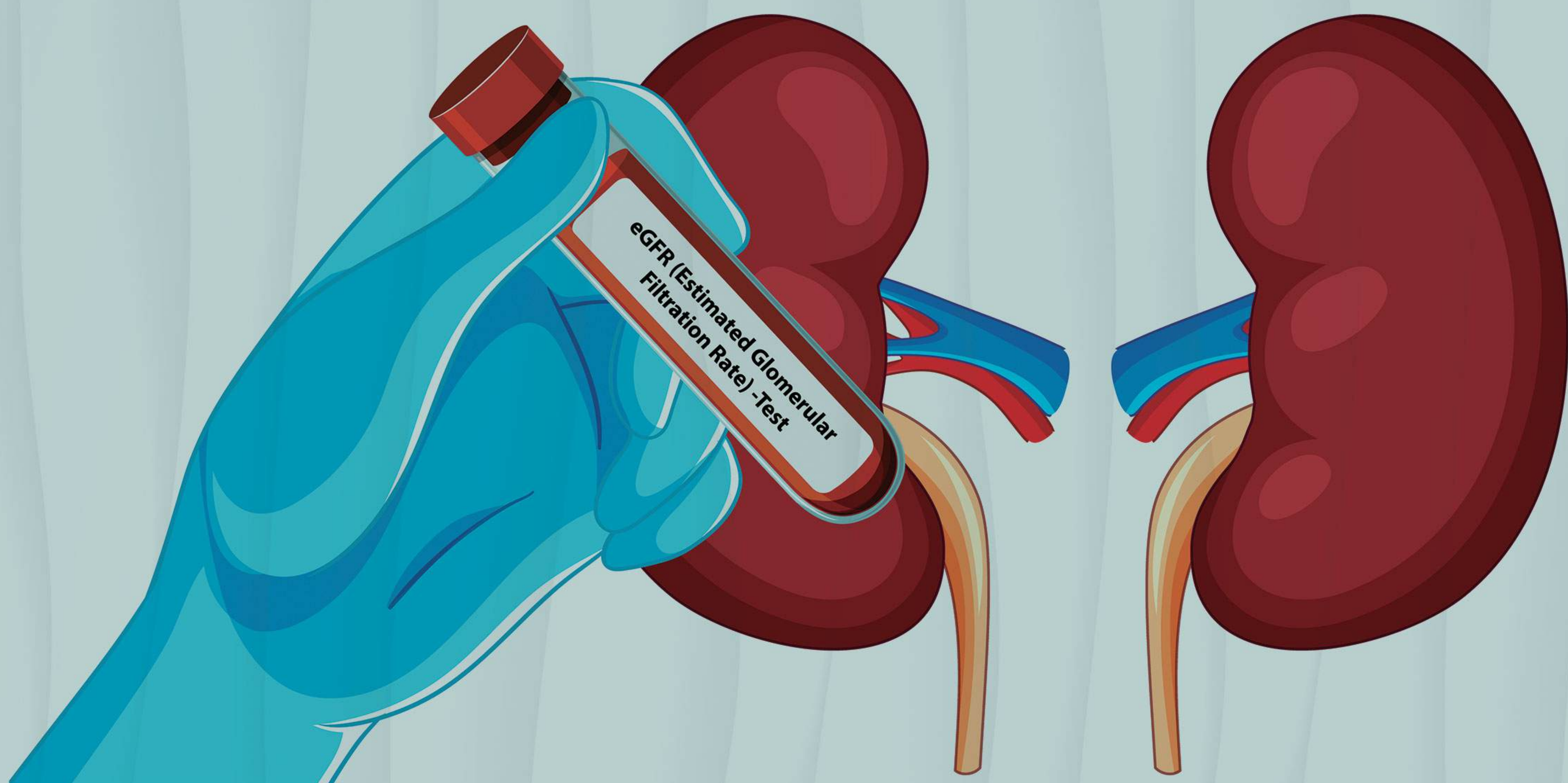
درمان نارسایی کلیه در سالمندان

بیماری های کلیوی تاثیر بسیاری روی گرید های کبد چرب خواهد گذاشت به همین دلیل درمان آن بسیار حائز اهمیت است. روش های متعددی برای درمان بیماری های کلیه در سالمندان وجود دارد که با در نظر گرفتن وضعیت او و تمام جوانب زندگی سالمندان روش مورد نظر توسط پزشک انتخاب می شود در ادامه به چند مورد از روش های درمانی برای بیماری که در سالمندان اشاره شده است:

می کنند . مهم ترین مداخله ، پایش دقیق وضعیت مایعات و الکترولیت ها است . ثبت ورودی و خروجی مایعات ، کنترل وزن روزانه و ارزیابی علائم احتباس مانند ادم محیطی از وظایف اساسی پرستار محسوب می شود . پایش منظم سطح سرمی پتاسیم ، سدیم ، فسفر ، کراتینین و اوره برای شناسایی تغییرات زودرس حیاتی است . همچنین ، محدودیت مصرف مایعات و تنظیم رژیم غذایی بر اساس وضعیت بیمار با همکاری کارشناس تغذیه باید انجام شود . رژیم غذایی کم نمک ، کم پتاسیم و کنترل شده از نظر پروتئین در کاهش بار کلیوی و پیشگیری از عوارض موثر است .

مدیریت دارویی ایمن و آگاهانه نیز از مسئولیت های مهم پرستاران است . مصرف داروهای نفروتوکسیک از جمله داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی باید اجتناب شود و دوز داروها متناسب با عملکرد کلیه تنظیم گردد . پرستار باید بر مصرف صحیح داروهای تجویزی ، زمان بندی دقیق ، و علائم و عوارض جانبی نظارت داشته باشد . در بیماران دیالیزی ، مراقبت





از محل فیستول یا کاتتر، پیشگیری از عفونت، و آموزش روش‌های بهداشت دست و حفظ پاکیزگی محل از اولویت‌هاست. بررسی روزانه محل فیستول از نظر قرمزی، ترشح یا کاهش جریان خون و گزارش سریع هرگونه تغییر از اقدامات ضروری است.

از جنبه روانی و اجتماعی، آموزش و حمایت مستمر از بیمار و خانواده اهمیت ویژه‌ای دارد. پرستار باید سالمند و خانواده را در تصمیم‌گیری‌های درمانی مشارکت دهد، اهمیت کنترل فشار خون، پیروی از رژیم دارویی و غذایی و مراجعه منظم به پزشک را توضیح دهد.

همچنین ارزیابی خطر سقوط، تقویت توان فیزیکی از طریق فعالیت‌های سبک و حمایت روانی برای مقابله با اضطراب یا افسردگی ناشی از بیماری باید در برنامه مراقبتی گنجانده شود.

هدف اصلی در پرستاری از سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه حفظ عملکرد باقی‌مانده کلیه، افزایش استقلال فردی و بهبود کیفیت زندگی از طریق مراقبت چند بعدی و فرد محور است.

منابع

National Kidney Foundation – Aging and Kidney Disease

BMC Primary Care – Chronic Kidney Disease in Older Adults

https://en.wikipedia.org/wiki/Kidney_failure

*** National Kidney Foundation. (2023). *Aging and kidney disease.* Retrieved from**

<https://www.kidney.org/kidney-topics/aging-and-kidney-disease>

BMC Primary Care. [<https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875024-02638-4>](<https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-02402638-4>)

سنگ کلیه

مهلا امیری
پرستاری بهمن 1401



ایدیوپاتیک

ایدیوپاتیک 55 درصد، اختلالات متابولیک 25 درصد، اختلالات آناتومیک 12 درصد عفونتها 7 درصد گزارش شده است 75 درصد از سنگهای کلیوی از نوع کلسیمی هستند که شامل کلسیم اگزالات، کلسیم فسفات یا ترکیبی از اگزالات هستند.

به عوامل متعددی بستگی دارد که مهم ترین آنها سن و فاکتورهای ژنتیکی، هیپوگوناדיسم، دریافت ناکافی کلسیم، برخی داروها مثل کورتیکو استروئید میباشد. مطالعات بر روی بیماری سنگ کلیه حاکی از آن است که حدود 90 درصد سنگهای کلیوی همراه با یک اختلال متابولیکی است که می تواند بر متابولیسم استخوان تأثیر بگذارد و نتیجه آن کاهش توده استخوانی و استئوپروز است.

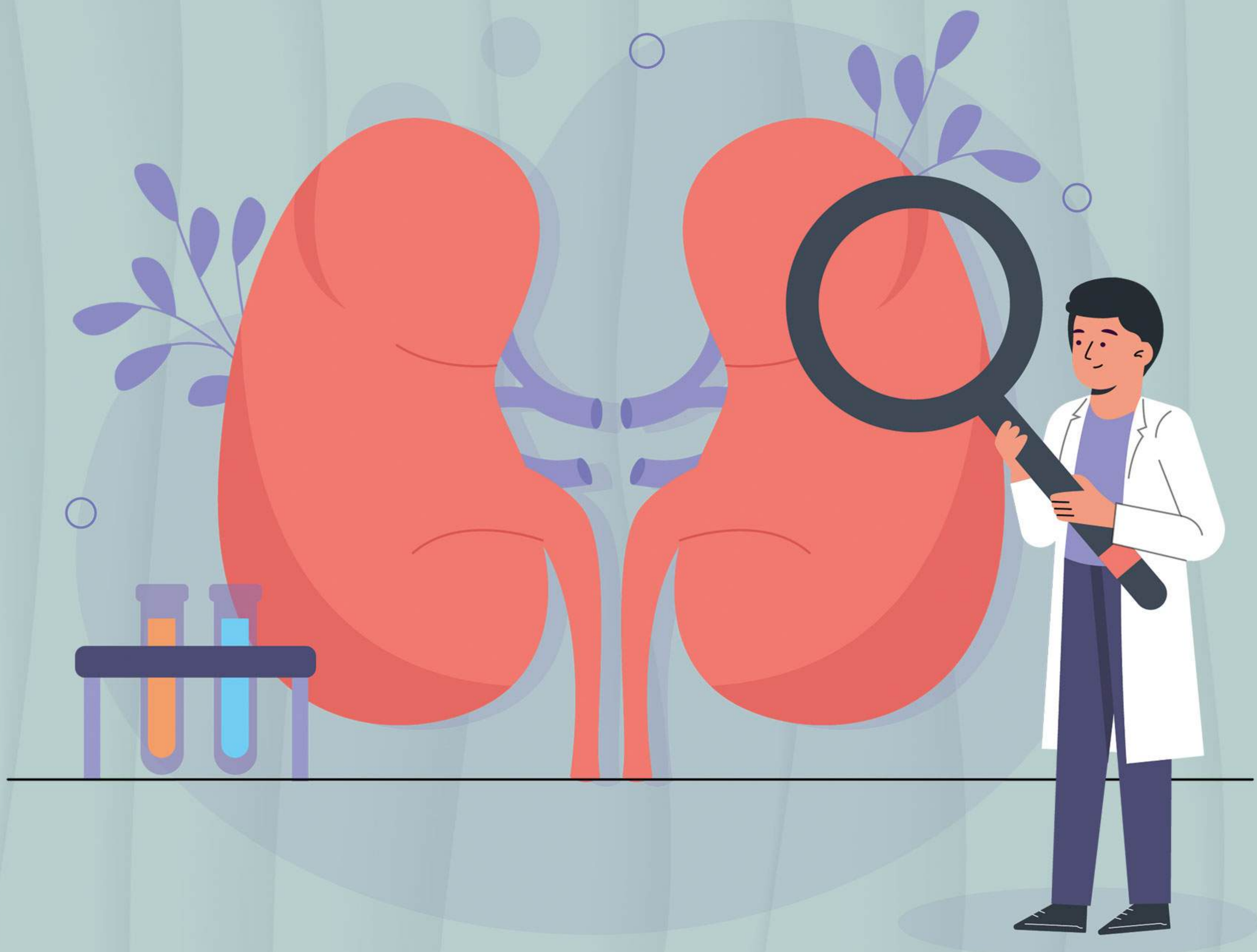
فرآیندی که باعث ایجاد سنگ ادراری میشود، پیچیده، چند عاملی و هنوز به خوبی شناخته نشده است. به طور کلی میتوان گفت حجم کم ادرار، سطح پایین سیترات و

ابتلا به سنگهای کلیوی از زمانهای بسیار قدیم شناخته شده بود. شیوع سنگهای سیستم ادراری در حدود 2 تا 15 درصد ارزیابی می شود. سنگ کلیه اختلال بالینی شایعی است و شیوع آن تحت تأثیر تغییرات شیوه زندگی، تغییرات جغرافیایی، نژاد و شیوع سنگ کلیه و قومیت و عوامل متعدد دیگری می باشد.

1 تا 5 درصد در نقاط مختلف گزارش شده که در کشورهای پیشرفته 2 تا 3 درصد و در کشورهای در حال توسعه 0/5 تا 1 می باشد. همچنین مطالعات نشان می دهد که 8 تا 15 درصد از مردم آمریکا و اروپا در طول زندگیشان به سنگ کلیه مبتلا می شوند. مطالعات در مردان سفید پوست نشان می دهد که در سن 70 سالگی از هر 8 نفر 1 نفر مبتلا میشود

اتیولوژی و پاتولوژی

علل عمده سنگهای ادراری به ترتیب



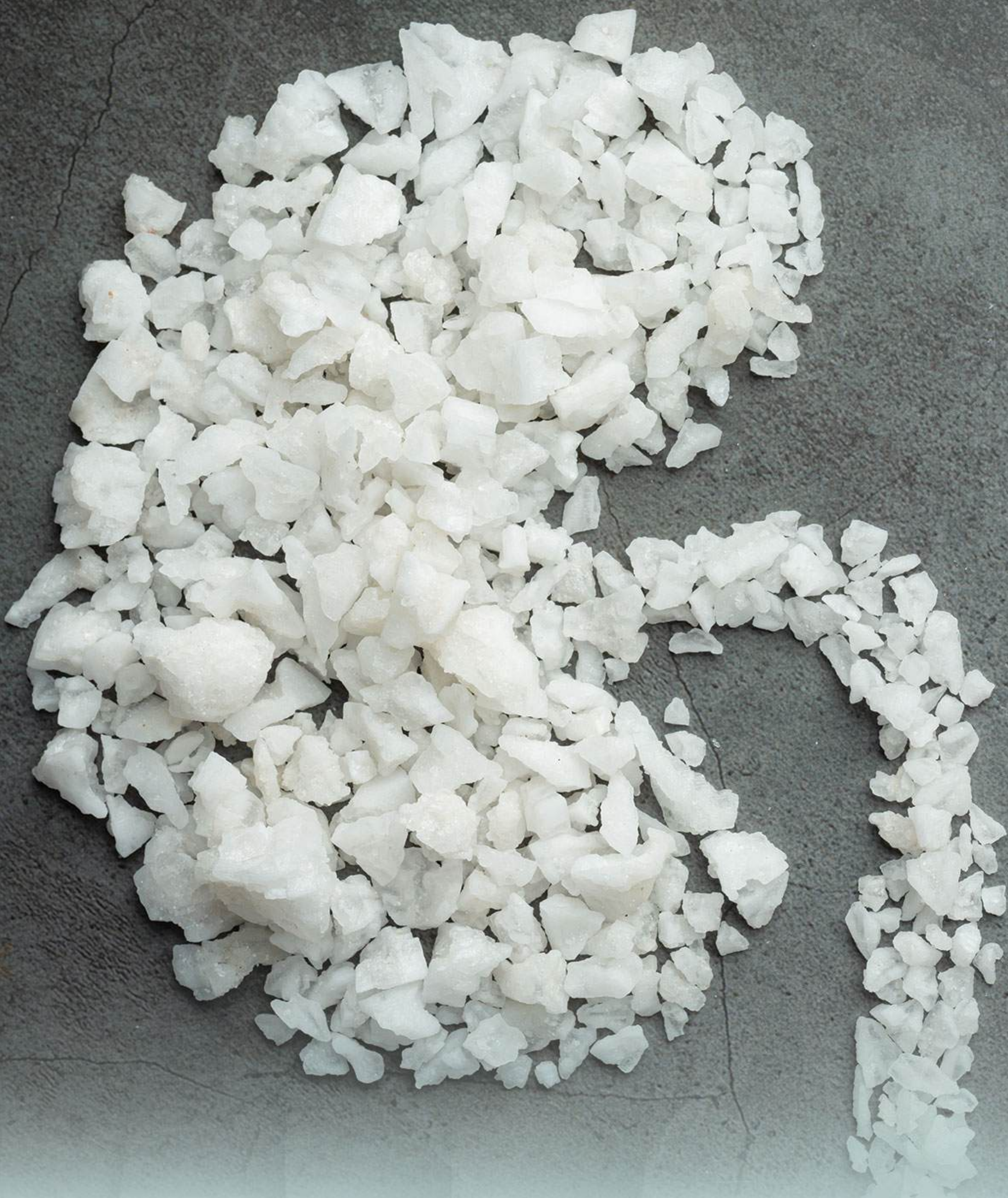
افزایش کلسیم، اگزالات، اسید اوریک و فسفر به نفع ایجاد سنگ ادراری و مهارکننده های ادراری مانند سیترات باعث مهار ایجاد سنگ میشود. مرحله اول ایجاد سنگ ادراری، تغلیظ ادرار با نمکهای تولید کننده سنگ مانند اگزالات کلسیم (شایع ترین ترکیب سنگ های ادراری) است. در ادراریک فرد سالم غلظت اگزالات کلسیم 4 برابر غلظت حل شوندگی آن در آب است؛ در حالی که در ادرار غلیظ این غلظت به 11 برابر نیز میرسد. رژیم غذایی بر حسب سن و جنس تأثیر متفاوتی بر ایجاد سنگ های ادراری دارند بطوریکه در خانم های جوان کلسیم، فیتات و مصرف کافی مایعات با کاهش خطر سنگ های ادراری همراه است و پروتئین های حیوانی و سوکروز با افزایش این خطر همراه است. در بزرگسالان با سن بیشتر مصرف کلسیم تأثیری ندارد اما، منیزیم، پتاسیم و مصرف مایعات با کاهش خطر ایجاد سنگ های ادراری همراه است و ویتامین C خطر سنگ های علامتدار را بیشتر می کند. شرایط محیطی که باعث افزایش دفع آب می شود نیز مساعد کننده سنگ ادراری هستند. فعالیت های بدنی بدون دریافت کافی آب باعث کاهش حجم ادرار، اسیدی شدن آن و کریستالوری و افزایش خطر سنگ ادراری میشود. در همین راستا، نقش استفاده از مایعات کافی در پیشگیری

تشخیص و درمان

بررسی‌های آزمایشگاهی متنوع و گسترده ای برای یافتن علل زمینه ای - چه سرپایی و چه بستری - برای این بیماران در حال انجام است و هدف این بررسی‌ها، یافتن علل قابل درمان به منظور جلوگیری از ایجاد سنگ‌های بعدی و نیز جلوگیری از افزایش اندازه آن‌ها برای پیشگیری از عوارض آن است. ارزیابی‌ها شامل بررسی متغیرهای ادراری 24 ساعته و تجزیه و تحلیل سنگ است که به شناسایی ناهنجاری‌های متابولیک مستعدکننده تشکیل سنگ کمک می‌کند. سطوح بالای اگزالات و کلسیم موجب عود سنگ کلیه میشود. درمان برای کاهش این دو ماده در ادرار میزان عود را کاهش می‌دهد. سطوح کم سیتрат نیز خطر تشکیل سنگ را افزایش می‌دهد. درمان‌های رایج برای سنگ‌های ادراری تحت عنوان دستگاه سنگ شکن، درمان دارویی و روش‌های جراحی می‌باشند. میزان پاسخ به درمان‌های خوراکي و سنگ شکن متفاوت می‌باشد و هیچ کدام روش قطعی برای درمان نبوده و حدود 70 درصد بیماران کاندید مناسب برای روش درمانی استفاده از دستگاه سنگ شکن بوده و در نهایت 10 درصد نیازمند جراحی می‌شوند.

ولی این روش‌ها می‌تواند سبب عوارض کلیوی مانند خونریزی، عفونت و عوارض خارج کلیوی همانند آسیب‌های کبدی، طحالی، ریوی، عروقی و به صورت مزمن فشارخون شود. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در بسیاری از مناطق دنیا، مردم در درمان سنگ‌های ادراری از طب مکمل و جایگزین از جمله داروهای گیاهی استفاده کرده‌اند و در حال حاضر نیز به صورت تجربی و یا براساس دانش قدیمی و باورهای خود هنوز هم استفاده به عمل می‌آورند.

طب سنتی ایران نیز یکی از مکاتب طب با قدمت طولانی و تاثیرگذار در حوزه طب بوده است. در بررسی درمان‌های ارائه شده برای سنگ‌های کلیه در مرحله اول توجه به اصلاح سبک زندگی به ویژه تغذیه، در مرحله دوم تجویز داروهای گیاهی و در مرحله آخر عدم پاسخ به داروها، اعمال دستی مثل حجامت، فصد و بادکش بیان شده است. گیاهان دارویی که به نام مفردات در منابع ذکر شده، اساسی‌ترین رکن دارویی در اشکال مفرد (تک گیاه) یا مرکب (چند گیاه) در درمان بوده است. در درمان سنگ کلیه سه دسته دارو با منشأ گیاهی، معدنی و حیوانی بیان شده است.



پیشگیری

در مطالعات مختلف رفتارهایی همچون نگر داشتن نمایه توده بدنی در حد مناسب، فعالیت بدنی کافی، دریافت متعادل کلسیم و مصرف کم نمک، دریافت کم پروتئین های حیوانی، تغذیه متعادل و مصرف مایعات کافی (2-3 لیتر) در طول شبانه روز مخصوصاً کسانی که ورزش و فعالیت سنگین دارند را برای پیشگیری از ایجاد سنگ مهم است.

مروری بر مطالعات انجام شده

موجب افزایش سطح آلكالن فسفاتاز و دفع ادراری هیدروکسی پرولین میشود در حالیکه PTH سرمی و CAMP ادری نرمال است. مصرف شیر به عنوان يك عامل محافظت کننده و جنس مرد، سابقه ی خانوادگی سنگ های ادراری و افزایش نمایه ی توده بدنی عامل خطر سنگ های ادراری هستند. توصیه می شود در بررسی سنگ کلیه در کودکان، پس از رد ناهنجاری ها و عفونت های مجاری ادراری، بررسی متابولیک ادرار شامل اندازه گیری تصادفی کلسیم به کراتینین در ادرار صبحگاهی به منظور کاهش پیامدهای اقتصادی آزمایشات گسترده انجام شود. با توجه به متوسط بودن آگاهی و عملکرد در بیماران با سابقه سنگ کلیه استئوپنی و استئوپروز شیوع بالایی دارند. همچنین مصرف طولانی مدت رژیم کم کلسیم

افراد تحت مطالعه و با توجه به بالا بودن سن افراد مبتلا به سنگ کلیه و همچنین سطح تحصیلات پایین در این گروه، کادر بهداشتی می تواند مهمترین منبع دریافت آگاهی این افراد درباره رفتارهای پیشگیری کننده از عود سنگ کلیه باشد.

فرآیند پرستاری

بررسی

بررسی تهوع و استفراغ و اسهال یا اتساع شکمی، شدت و محل و انتشار درد. بررسی علائم UTI و انسداد و وجود خون یا سنگ و شن در ادرار. بررسی عواملی که بیماری را تسریع می کند.

تشخیص های پرستاری

درد حاد در رابطه با التهاب، انسداد و خراشیدگی سیستم ادراری

کمبود دانش درباره پیشگیری از تشکیل عود سنگ های کلیوی

برنامه ریزی و اهداف

رفع درد و ناراحتی، پیشگیری از تشکیل سنگ های کلیوی و عدم بروز عوارض.

مداخلات پرستاری

رفع درد

رفع فوری درد شدید با مسکن های مخدر یا NSAIDs. تعیین بهترین پوزیشن برای کاهش درد و راه رفتن برای کاهش درد. پایش و مدیریت عوارض احتمالی

نوشیدن مایعات فراوان و اگر بیمار قادر نبود تجویز مایعات وریدی. پایش برون ده کلی ادرار و الگوهای دفع ادرار. تحرک و راه رفتن و تخلیه ادرار با تمام فشار. گزارش هرگونه کاهش حجم ادرار و ادرار خونی و کدر، تب و درد.

ارتقای مراقبت در منزل، مبتنی بر جامعه و انتقالی

آموزش مراقبت از خود به بیمار مصرف مایعات فراوان برای نگهداری ادرار ۲۴ ساعته بیش از ۲۰۰۰ میلی لیتر - انجام کشت ادرار هریک تا دو ماه در سال اول - افزایش تحرک - اجتناب از مصرف بیش از حد ویتامین ها مثل D - توجه به علائم احتباس ادرار، عفونت و خون ادراری و تهوع استفراغ و تب.

مراقبت مداوم و انتقالی

کنترل دقیق بیمار درمورد موثر بودن درمان و عدم وجود عوارض - بررسی درک بیمار درباره عوامل زمینه ساز سنگ های کلیوی، عوامل افزایش دهنده خطر و روش های پیشگیری - آموزش درمورد علائم بیماری و پیشگیری.

ارزشیابی

کسب دانش کافی در رابطه با بیماری مصرف کافی مایعات رعایت رژیم غذایی و فعالیت مناسب گزارش صحیح نشانه ها

منابع

Sid.ir/paper/84620/fa

<https://www.sid.ir/paper/84620/fa>

sid.ir/paper/82353/fa

<https://www.sid.ir/paper/82353/fa>

sid.ir/paper/120505/fa

<https://www.sid.ir/paper/120505/fa>

sid.ir/paper/888987/fa

<https://www.sid.ir/paper/888987/fa>

sid.ir/paper/1080266/fa

<https://www.sid.ir/paper/1080266/fa>

sid.ir/paper/45496/fa

<https://www.sid.ir/paper/45496/fa>

sid.ir/paper/103102/fa

<https://www.sid.ir/paper/103102/fa>

بررسی بیماری‌های قلبی در سالمندان: علائم، مراقبت پرستاری و تغذیه مناسب

علی یآوری
پرستاری بهمن 1401



مقدمه

- آترواسکلروز و رسوب چربی در عروق کرونر با افزایش سن، سیستم قلبی عروقی دچار تغییرات مهمی می‌شود که خطر بروز بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد.
- کاهش کشسانی عروق، رسوب چربی، اختلال در عملکرد دریچه‌ها و کاهش قدرت انقباض بطن چپ باعث می‌شود سالمندان نسبت به جمعیت جوان‌تر آسیب‌پذیرتر باشند. علاوه بر این، علائم بیماری قلبی در سالمندان گاهی مبهم‌تر و غیرتیپیک ظاهر می‌شود، که تشخیص و مراقبت را دشوارتر می‌سازد.
- در این مقاله، علائم بیماری‌های قلبی در سالمندان، مراقبت‌های پرستاری مرحله به مرحله، رژیم غذایی مناسب و توصیه‌های کاربردی برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران بررسی می‌شود.
- ۱. تغییرات فیزیولوژیک قلب در سالمندان**
- کاهش کشسانی دیواره عروق → افزایش فشار خون سیستولیک
- آترواسکلروز و رسوب چربی در عروق کرونر → افزایش خطر بیماری عروق کرونر
- کاهش سلول‌های ضربان ساز → افزایش احتمال آریتمی‌ها
- اختلال در عملکرد دریچه‌ها → افزایش بار قلبی
- کاهش پاسخ سمپاتیک → محدود شدن توان قلب در شرایط استرس
- ۲. علائم و نشانه‌های بیماری قلبی در سالمندان**
- علائم شایع:
 - درد یا فشار قفسه سینه (آنژین)
 - تنگی نفس در استراحت یا فعالیت (دیس پنه)
 - خستگی زودرس و کاهش توان فعالیت
 - ورم پا و مچ پا (ادم محیطی)
 - تپش قلب و آریتمی
 - سرفه خشک یا خلط دار شبانه
 - علائم غیرتیپیک:
 - گیجی، کاهش اشتها، بی‌قراری



تنگی نفس بدون درد سینه

- سرگیجه یا سنکوپ ناگهانی

۳. مراقبت‌های پرستاری در بیماران قلبی

سالمند

الف) پایش و ارزیابی منظم

- کنترل علائم حیاتی: فشار خون، نبض،

دما و تنفس هر ۴-۸ ساعت یا برحسب

شرایط بیمار

- پایش وزن روزانه برای تشخیص احتباس

مایعات

- بررسی سطح هوشیاری و پرفیوژن

محیطی

- ارزیابی صداهای قلبی و ریوی و علائم

نارسایی قلبی

ب) مدیریت دارویی و درمانی

- مصرف صحیح داروها طبق نسخه

- پایش عوارض دارویی مثل هیپوتانسیون

و برادی کاردی

- هماهنگی با پزشک برای آزمایشات و ECG

- آموزش بیمار برای مصرف منظم داروها

ج) آموزش بیمار و خانواده

- آموزش علائم هشداردهنده: درد سینه،

تنگی نفس، ورم پا، سرگیجه

- آموزش تغذیه سالم، محدودیت نمک و

مصرف مایعات کنترل شده

- تشویق به استراحت کافی و فعالیت سبک

د) پیشگیری از عوارض

- پیشگیری از زخم فشاری: تغییر وضعیت هر

۲ ساعت

پیشگیری از افتادن: نور کافی، محیط ایمن

- مراقبت از دهان و بهداشت تنفسی

- پیشگیری از یبوست با رژیم پرفیبر

ه) مداخلات در شرایط حاد

- در درد قفسه سینه: استراحت، وضعیت

نیمه نشسته، اطلاع به پزشک، پایش ECG

- در تنگی نفس حاد: اکسیژن تراپی و بررسی

علائم نارسایی قلبی

- در آریتمی‌ها: پایش ریتم و آماده‌سازی

برای اقدامات فوری

و) حمایت روانی

- کاهش اضطراب بیمار با برقراری ارتباط

مؤثر

- مشارکت خانواده در مراقبت و حمایت

عاطفی

- معرفی گروه‌های حمایتی بیماران قلبی

۴. تغذیه مناسب برای سالمندان قلبی

اصول کلی تغذیه:

- محدودیت نمک به کمتر از ۲ گرم در روز

- استفاده از روغن‌های سالم و کاهش

چربی‌های اشباع

- مصرف سبزیجات و میوه‌های تازه و

منابع فیبر

- تأمین پتاسیم و منیزیم با موز، عدس و

اسفناج

- محدودیت قندهای ساده و غذاهای

فرآوری شده

نمونه رژیم روزانه:

- صبحانه: نان سبوس دار، پنیر کم نمک،

گردو، گوجه، خیار

- میان وعده: میوه تازه مثل سیب یا پرتقال

- ناهار: مرغ بخارپز، برنج قهوه‌ای، سالاد

سبزیجات

- عصرانه: دوغ کم نمک، خرما یا بادام

- شام: سوپ سبزیجات، نان جو، تخم مرغ

آب پز

۵. سبک زندگی و پیشگیری

- فعالیت بدنی سبک روزانه مثل پیاده روی

۳۰-۲۰ دقیقه‌ای

- ترک سیگار و پرهیز از الکل

- مدیریت استرس با مدیتیشن و تکنیک‌های

آرام سازی

- پایش منظم فشار خون و قند خون

نتیجه گیری

مراقبت پرستاری از بیماران قلبی سالمند

شامل پایش مستمر، آموزش بیمار و

خانواده، پیشگیری از عوارض، مدیریت

دارویی و حمایت روانی است. با رعایت رژیم

غذایی سالم و سبک زندگی مناسب،

می‌توان کیفیت زندگی سالمندان قلبی را

بهبود داد و بستری‌های مکرر را کاهش داد.

مراجع

1. Hinkle, J. L., Cheever, K. H., & Overbaugh, K. J. (2022). *Brunner & Suddart h's Textbook of Medical–Surgical Nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer Health.
2. Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin , M. M., ... Yancy, C. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *Circulation*, 145(18), e895–e1032. American Heart Association / American College of Cardiology / Heart Failure Society of America.
3. European Society of Cardiology (ESC). (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. ESC Clinical Practice Guidelines.
4. Rashed, A., et al. (2024). The 2023 ESC heart failure guideline update and its implications. Article published online by ESC / affiliated journal.
5. Pedretti, R. F. E., et al. (2025). Cardiovascular risk factors management in older adults: epidemiology and clinical impact. *European Journal of Preventive Cardiology*.
6. Tan, E., (2024). Survival benefit of guideline–directed medical therapy in elderly patients (≥ 65 years) with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF). *European Heart Journal Supplement*.
7. Montalto, M., et al. (2025). Heart Failure in Older Patients: An Update. *Journal of Clinical Medicine*, 14(6), 1982.
8. McDonagh, J., (2025). An Expert Opinion on the Management of Frailty in Heart Failure Medications in Frail Older Adults: A Systematic Review. *Heart , Lung and Circulation*.