

## «بی‌اختیاری ادرار» از منظر طب کهن ایرانی

فاطمه نوجوان<sup>۱\*</sup>

حسین شریفی<sup>۲</sup>

فتانه هاشم دباغیان<sup>۳</sup>

زینت قنبری<sup>۴</sup>

محمد کمالی نژاد<sup>۵</sup>

روشنک مکبری نژاد<sup>۶</sup>

### چکیده

«بی‌اختیاری ادرار» بر اساس تعریف جامعه بین‌المللی کنترل ادرار عبارت است از شکایت از هرگونه از دست‌دادن غیر ارادی ادرار. بی‌اختیاری ادرار کشنده نیست، اما عوارض جدی و ناخوشایند زیادی بر زندگی شخصی و اجتماعی مبتلایان گذاشته و در زنان، افراد با شاخص توده بدنی بالا و سالمندان، شیوع بیشتری دارد.

در کشور ما به دلیل تداخلی که بی‌اختیاری ادرار با آداب و سنن عبادی - مذهبی مبتلایان دارد، تقاضا برای درمان آن بیشتر است. با توجه به نارسایی و عوارض ناشی از انواع روش‌های درمانی از قبیل جراحی و دارویی به ویژه در سالمندان مبتلا و با توجه به غنای طب ایرانی در درمان انواع بیماری‌ها، بر آن شدیم تا در قدم اول، بی‌اختیاری ادرار

۱- استادیار، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

\* (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: fnojavan@muq.ac.ir

۲- دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- استادیار، مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴- استاد، گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵- دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۶- استادیار، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

را از منظر حکما مورد بازبینی قرار داده و ضمن مرور کلی بر رویکرد ایشان به بیماری‌ها به طور عام، دیدگاه آن‌ها را به بیماری‌های مثانه از جمله بی‌اختیاری ادرار به طور خاص استخراج نموده، جمع‌بندی و به زبان امروزی بازنویسی کنیم.

«خروج بول بلا اراده» و «سلس‌البول<sup>۱</sup>» که به معنی دفع غیر ارادی یا ناخواسته ادرار و «بول فی الفراش<sup>۲</sup>» که به معنای شب‌ادراری است واژگانی هستند که در کتب معتبر طبّی قدیم معادل بی‌اختیاری ادرار گرفته شد و علل به وجودآورنده و راهکارهای کلی تشخیص و درمان آن‌ها در قالب این مقاله که یک مطالعه مروری - تحلیلی است، آورده شد. پیشینیان بیشترین علت بی‌اختیاری ادرار را، غلبه سردی و رطوبت بر مثانه و عضله ارادی واقع بر گردن مثانه، ذکر کرده‌اند.

این دو کیفیت تضعیف‌کننده قوای طبیعی مثانه به ویژه قوه ماسکه یا قوه نگاه‌دارنده ادرار می‌باشند. امروزه نیز نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک و یافته‌های حاصل از شرح حال و معاینات بالینی در مبتلایان، مؤید همین امر است. نگاه تازه از قاب قدیمی و البته اصیل طب ایرانی به این معضل بهداشتی، می‌تواند منجر به رویکردهای تشخیصی و درمانی تازه‌ای برای بی‌اختیاری ادرار شود.

### واژگان کلیدی:

بی‌اختیاری ادرار، سلس‌البول، بول فی الفراش، طب سنتی ایران

## مقدمه

بی‌اختیاری ادرار بر اساس تعریفی که جامعه بین‌المللی کنترل ادرار<sup>۳</sup> ICS از آن ارائه می‌دهد عبارت است از شکایت از هرگونه از دست‌دادن غیر ارادی ادرار (۳-۱). بی‌اختیاری ادرار بیماری کشنده‌ای نیست، اما بیماری شایع و البته با اپیدمی خاموش است (۴). علل گزارش کم‌تر از حد واقعی این اختلال، احساس خجالت در مبتلایان و این عقیده نادرست در آنان است که بی‌اختیاری ادرار را جزء اجتناب‌ناپذیر روند سالخوردگی دانسته و از وجود راهکارهای درمانی برای این معضل، آگاهی کافی ندارند (۵). میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا از این بیماری و اثرات منفی آن بر کیفیت زندگیشان رنج می‌برند (۵-۷). بار اقتصادی که بی‌اختیاری ادرار بر دوش جامعه تحمیل می‌کند، از اغلب بیماری‌های مزمن بیشتر است. بر اساس مطالعه‌ای شیوع بی‌اختیاری ادرار در خانم‌ها در ایران ۲۳/۵ درصد است (۸). این بیماری در خانم‌ها بیش از آقایان دیده می‌شود و در هر دو جنس در سنین بالاتر از شیوع بیشتری برخوردار است. بی‌اختیاری ادرار یکی از علل وابسته‌شدن سالمندان به دیگران و از علل مهم سپردن سالمندان به مراکز نگهداری به حساب می‌آید (۹).

این بیماری از جنبه‌های مختلف، کیفیت زندگی مبتلایان از جمله فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سلامت روان و سلامت عمومی ایشان را مختل می‌کند. اختلال عملکرد جنسی، انزوای طلبی، پرهیز از فعالیت‌های فیزیکی، اجتناب از حضور در جامعه، کاهش روابط اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس از آن جمله است (۱۰).

در بین زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار شیوع بالای بیماری‌های روانی نیز گزارش می‌شود. افسردگی از مشکلات شایع در ایشان می‌باشد (۱۱ و ۱۲).

آسیب‌های طبی همراه با این معضل عبارتند از عفونت‌های قارچی و میکروبی از جمله سلولیت ناحیه پرینه و حتی زخم‌های فشاری آن ناحیه به دلیل رطوبت و تحریک مداوم پوست با ادرار و نیز افزایش احتمال سقوط و شکستگی در سالمندان مبتلا به دلیل مراجعات بیشتر به حمام و سرویس‌های بهداشتی برای آب کشیدن و تعویض لباس (۱۳).

علاوه بر تمام موارد ذکرشده، این معضل بهداشتی به جهت تداخل با آداب و مراسم مذهبی - اجتماعی و انجام عبادات واجب شخصی، اثرات سوء بیشتری بر جسم و روان مبتلایان می‌گذارد. کاستن از دردهای مبتلایان و نارسایی انواع روش‌های جراحی و درمان‌های خوراکی که در این حوزه وجود دارد (۱۴)، ما را بر آن داشت جهت یافتن راهکارهای درمانی مؤثرتر و با توجه به غنای مکتب طب ایرانی نگاه حکمای نامدار گذشته را به معضل بی‌اختیاری ادرار مورد بازبینی قرار دهیم. «خروج بول بلا اراده»، «سلس البول» و «بول فی الفراش» که به ترتیب به معنی دفع غیر ارادی ادرار، روان شدن ادرار و ادرار کردن در رختخواب یا شب‌اداری است، واژگانی است که در متون کهن طبی معادل بی‌اختیاری ادرار می‌باشد. علل ایجادکننده این‌ها به طور گسترده و رویکرد درمانی آن‌ها به طور مختصر در این مقاله آورده شده است.

علم مبنی بر شرح حال موشکافانه و معاینات بالینی دقیق و بدون استفاده از ابزارهای تشخیصی گران و بعضاً آزاردهنده و نسخه‌های درمانی برخاسته از تجربیات اصیل و فراوان بالینی پیشینیان، ما را مجاب می‌کند تا ضمن یادآوری رویکرد کلی ایشان به بیماری‌ها و با به روزآوری دریافت آن‌ها از ماهیت و علل به وجودآورنده بی‌اختیاری ادرار بتوانیم با تجهیز شدن به نگاهی نو گام تازه‌ای در رفع این مشکل بهداشتی - سلامتی برداریم.

## روش

این مطالعه یک بررسی مروری - تحلیلی می‌باشد. در این مطالعه متون معتبر طب سنتی مربوط به قرون مختلف مورد بررسی قرار گرفت. این منابع عبارتند از: «کامل الصنعه» (۴ ق.)، «قانون در طب» (۵ ق.)، «ذخیره خوارزمشاهی» (۶ ق.)، «شرح تشریح قانون» (۷ ق.)، «شرح الاسباب» (۷ ق.)، «مفرح القلوب» (۱۲ ق.)، «طب اکبری» (۱۲ ق.)، «خلاصه الحکمه» (۱۲ ق.) و «اکسیر اعظم» (۱۴ ق.).

فصول مربوط به مثانه از جمله تشریح و بیماری‌های مثانه و به ویژه مطالب مربوط به خروج بول بلا اراده (خارج شدن ادرار بدون اراده یا آگاهی) جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در قالب این مقاله بازنویسی شد. در این مقاله دید حکما نسبت به بیماری به طور عام و نسبت به عضو مثانه به طور خاص تا حد امکان به زبان امروزی نوشته شده است تا قابل استفاده برای تمام علاقمندان چه آشنا و چه ناآشنا با زبان و مصطلحات طب سنتی باشد. محور اصلی در نگارش علل بی‌اختیاری ادرار، کتاب قانون در طب ابن سینا به زبان عربی و کتاب اکسیر اعظم نوشته حکیم اعظم‌خان بوده و از بقیه کتب نیز در کنار آن‌ها استفاده شده است.

## یافته‌ها

از نقطه نظر تاریخی، بر خلاف بیماری‌های شایعی چون سنگ مثانه و احتباس ادراری، به ندرت شرحی بر بی‌اختیاری ادرار و درمان‌های مربوط به آن در تاریخ پزشکی به چشم می‌خورد. فقط گزارشات محدودی درباره بی‌اختیاری ادرار از نوع سرریز به دلیل انسداد مسیر خروجی ادرار و یا از نوع خارج پیشابراهی به دلیل پارگی کف لگن طی زایمان بیان شده است. در این موارد مجرای غیر

طبیعی مابین مثانه و واژن ایجاد می‌شود (فیستول وزیکو واژینال) که منجر به نشت ادرار از واژن می‌گردد. فیستول وزیکو واژینال در بررسی جسد‌های مومیایی مربوط به ۲۰۵۰ سال قبل از میلاد، نشان داده شده است.

در پاپیروس‌های مصری مربوط به هزاره دوم قبل از میلاد مسیح به بی‌اختیاری ادرار ناشی از آسیب نخاعی اشاره شده است و نیز در بعضی از این پاپیروس‌ها نسخ درمانی برای تکرر ادرار و بی‌اختیاری ادرار، ذکر شده است.

در طب یونانی به واسطه بقراط<sup>۴</sup> مطالب زیادی درباره بیماری‌های مجاری ادرار از جمله بی‌اختیاری ادرار وجود دارد. جالینوس<sup>۵</sup> از اولین دانشمندانی است که فیزیولوژی ادرار کردن را ذکر نموده است. وی نقش کمکی انقباض عضلات شکم طی فاز تخلیه ادرار را برای اولین بار شرح داده است. بوعلی سینا<sup>۶</sup> از جمله دانشمندان مسلمانی است که در کتاب مشهور پزشکی خود به نام قانون در طب به طور مبسوط به بی‌اختیاری ادرار و درمان‌های آن پرداخته است (۱۵ و ۱۶).

البته متقدمین به نام مکتب طب ایرانی از جمله علی ابن سهل طبری (۲۶۰ ق.) در کتاب «فردوس‌الحکمه»، محمد ابن زکریای رازی (۳۱۳ ق.) در کتب «الحاوی» و «المنصوری فی الطب» و ربیع ابن احمد اخوینی (۴ ق.) در کتاب «هدایت المتعلمین» دیدگاه و رویکرد خود را به بی‌اختیاری ادرار به خوبی بیان نموده‌اند. از منظر طب کهن ایران، بی‌اختیاری ادرار بیماری نیست، بلکه علامت مشترکی است که در انواع بیماری‌های موجود در مثانه و اعضای مجاور و مافوق مثانه ناشی از علل مختلف دیده می‌شود.

از این منظر، هریک از اعضا هنگامی از سلامتی برخوردارند که عملکرد صحیح داشته باشند و هرگونه نقص و خلل و تغییر در عملکرد یا فعل آن عضو، حاکی از وجود بیماری در آن عضو است (۱۷).

فعل مثانه، که در واقع هدف غایی از خلقت آن عضو نیز می‌باشد این است که نگاهداری ادرار کند تا بشر نه تنها نیاز به تخلیه مداوم ادرار نداشته باشد، بلکه قادر باشد به هنگام نیاز، ادراری را که اندک‌اندک از کلیه و از راه حالب‌ها در مثانه جمع شده است، در زمان و جایگاه مناسب و به طور کاملاً اختیاری به یک‌باره و به طور کامل تخلیه کند (۱۸).

شکل بلوطی مثانه و جنس بافت آن که از الیاف عصبی تشکیل یافته و حتی جایگاه آن که در پایین بدن است آن را مستعد می‌سازد که به خوبی از عهده این فعل برآمده و ادرار را که ماده دفعی به حساب می‌آید از نزدیک‌ترین راه به بیرون بدن دفع نماید (۱۹ و ۲۰).

بر اساس کتاب «قانونچه چغمینی»، خصوصیت عصب و اعضای عصبانی، یعنی اعضای که از بافت عصبی تشکیل شده‌اند از جمله مثانه، رحم و معده این است که در عین انعطاف‌پذیری، مقاوم در برابر پارگی می‌باشند (۲۱). این اعضا قادرند در حالت سلامت تا چندین برابر، افزایش حجم یابند بدون این‌که گسستگی در بافت آن‌ها اتفاق بیفتد. رحم نیز که از اعضای عصبانی است به دلیل همین خصوصیت به خوبی از عهده فعل خود برآمده و بدون هیچ‌گونه خطر پارگی، جنین را تا پایان بارداری در خود جای می‌دهد.

مثانه مانند دیگر اعضای باطنی یا همان احشا برای این‌که بتواند فعلش را که حبس ادرار و البته دفع کامل ادرار به هنگام اراده است به خوبی انجام دهد، نیازمند دارابودن قوای طبیعی سالم است، زیرا که از دیدگاه طب ایرانی قوت‌ها، منشأ صدور افعال می‌باشند (۲۲). این قوا در مثانه به مناسبت نقشی که ایفا می‌کنند عبارتند از: قوه جاذبه برای جذب ادرار از کلیه‌ها، قوه ماسکه برای حبس ادرار تا مدت زمان لازم، قوه دافعه برای دفع کامل ادرار به خارج از بدن. از آنجا

که جذب، حبس و دفع ادرار افعال مثانه به حساب می‌آیند و هر فعلی به طور ذاتی نوعی حرکت به حساب می‌آید و حرکت امکان‌پذیر نیست، مگر به کمک الیاف عصبی، الیاف مناسب این افعال در مثانه وجود دارد. الیاف طولی جهت جذب، الیاف مورب جهت حبس و الیاف حلقوی جهت دفع ادرار (۲۳). این‌ها همان عضلات صاف جدار مثانه در علم تشریح امروزی می‌باشند. دو عضله دیگر، به مثانه در انجام فعلش کمک می‌کنند. یکی عضله گوشتی حلقوی در گردن مثانه که امروزه از آن به اسفنکتر خارجی نام برده می‌شود و تحت کنترل اراده است و دیگری عضلات شکمی که هنگام تخلیه ادرار مثانه را می‌فشارند (۲۴). در کتب طبی منظور از نفس مثانه، جرم آن و در واقع الیاف جدار آن است و منظور از عضله مثانه همان عضله حایل بر گردن مثانه است که به طور معمول در حالت انقباض بوده و با انسداد گردن مثانه آن را در حبس ادرار یاری می‌کند. فعل این عضله ارادی است و از نخاع شوکی شاخه‌های عصب حسی و حرکتی به آن می‌رسد (۲۵) و هر جا که در متون، مبادی عضله ذکر می‌شود منظور، این اعصاب و البته گاه نخاع و دماغ می‌باشد.

«سلس‌البول» در متون کهن طبی معادل بی‌اختیاری ادرار می‌باشد (۲۶ و ۲۷). سلس‌البول یا خروج بول به غیر اراده بسته به شدت آسیب می‌تواند مدام و یا گاه‌گاهی باشد.

در این متون از «بول فی الفراش» به معنای ادرار کردن در بستر (۲۸) یا همان شب‌ادراری، به «سلس‌البول کیلی» (۲۹) که دفع ناخواسته بول شب‌ها در رختخواب می‌باشد، نیز تعبیر می‌شود.

اسباب و علل به وجودآورنده این دو عارضه یکی است با این تفاوت که سبب، در سلس‌البول از شدت بیشتری نسبت به بول فی الفراش برخوردار است (۳۰).



از منظر طب سنتی «سبب»، آن چیزی است که با واسطه منجر به ضرر در فعل اعضا می‌شود. بیماری یا «مرض» آن چیزی است که بی‌واسطه منجر به ضرر در فعل یا عملکرد اعضا می‌شود و ضرر در فعل همان چیزی است که در این مکتب، «عرض» نامیده می‌شود (۳۱).

بی‌اختیاری ادرار در واقع عرض است که بیماری‌ها یا امراض موجود در مثانه یا اعضای مجاورش موجب آن شده‌اند. در کتاب «ذخیره خوارزمشاهی» چنین آمده «ساکن شدن قوت عضو از فعل خویش، عرض است مرض نیست» (۳۲). از آنجا که بی‌اختیاری ادرار، اشکال در فاز ذخیره‌ای ادرار است و فاز ذخیره‌ای ادرار همان نگاه داشتن ادرار توسط قوت ماسکه مثانه است، آسیب این قوت موجب ضعف مثانه از انجام فعل خود که انباشت ادرار است می‌شود.

### ۱- اسباب و علل موجب بی‌اختیاری ادرار

اسبابی که موجب بیماری می‌شوند یا خارج از بدن است که به آن اسباب «بادیه» گویند یا داخل بدن است که به آن اسباب «بدنی» گویند (شکل ۱) (۳۳).

**اسباب بادیه:** اسباب بادیه، اموری خارج از بدن می‌باشند که بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهند مثل فصل زمستان که باعث افزایش امراض مثانه می‌شود (۳۴) و یا افزایش دردهای مثانه در فصول سرد سال و هنگام وزش بادهای شمالی و سکونت در مناطق شمالی که از مزاج سرد برخوردارند (۳۵). این بدان علت است که مزاج مثانه به واسطه دارابودن بافت رباطی - عصبی، سرد است (۳۶).

این مزاج پایه و همچنین دوربودن این عضو از قلب که مرکز حرارت بدن است و سروکار داشتن مثانه با ادرار که ماهیت مائی سرد دارد، آن را مستعد امراض سرد می‌کند (۳۷) و امراض سرد و بلغمی و رطوبی بیش از همه در ایام سرد سال حادث می‌شوند.

از دیگر اسباب بادیه موجهه سلسالبول یکی کثرت استعمال مدرات و نوشیدنی‌های فراوان و مصرف زیاد میوه‌های آبدار مثل خربزه و هندوانه است و دیگری ضربه (مثل تصادفات) یا «سقطه» (مثل سقوط از بلندی یا زمین خوردن بیمار) است که باعث دررفتگی مهره یا مهره‌های قرار گرفته به موازات مثانه شده و به واسطه آسیب به مبادی عضله مثانه (اعصاب و رباطات)، فعل آن عضله دچار اختلال شده و دیگر قادر به قبض و انسداد گردن مثانه نمی‌باشد (۳۸ و ۳۹).

**اسباب بدنی:** از علل بدنی ایجادکننده سلسالبول، «خلع» یا دررفتگی مثانه است که به معنی خارج شدن مثانه از جایگاه طبیعی‌اش می‌باشد. اسباب خلع مثانه یا رطوبت است که باعث شل شدن رباطات مثانه شود، یا بادی (از جنس نفخ) است که در رباط بیفتد و باعث کشیده شدنش شود و یا ضربه یا سقطه‌ای است که به ستون فقرات کمری برسد و بعضی رباطات مثانه را پاره کرده و مثانه را به یک طرف مایل سازد (۴۰).

و گاه بی‌اختیاری ادرار به دلیل «بحران»<sup>۷</sup> است، یعنی در جنگ میان مرض و طبیعت مدبر بدن، شعور باطنی بر مرض چیره شده و ماده بیماری‌زا را به طریق ادرار خارج می‌کند. در این هنگام طبیب به جای این‌که به درمان سلسالبول بپردازد باید به طبیعت برای خروج هرچه بیشتر ماده بیماری‌زا از بدن و از همان راه ادرار کمک کند. گاه به واسطه وجود مرض در اعضای مجاور مثانه، فعل مثانه مختل شده و سلسالبول حادث می‌شود. اثر فشار رحم روی مثانه در دوران بارداری یا تجمع مدفوع در روده و یا ورم‌های بزرگ در رحم و ناف از این قبیل است.

ایجاد سوء مزاج گرم در مثانه که به واسطه آن جذب مایعات از تمام بدن به سمت آن افزایش یابد به ویژه اگر هم‌زمان ضعف زمینه‌ای مثانه موجود داشته

باشد، چنانچه قادر به نگاهداری ادرار جذب شده به خود نباشد از دیگر علل منجر به سلس البول است.

از دیگر اسباب بدنی سلس البول، سوء مزاج عارض بر جرم مثانه به دلیل سردی و تری (رطوبت) است که آن نیز به نوبه خود قوت مثانه را برای نگهداری ادرار کاهش می دهد.

آخرین سبب، «استرخاء»<sup>۸</sup> یا سستی و شلی عضله محیط بر گردن مثانه به دلیل سردی و رطوبت است که در نتیجه آن قادر به انقباض گردن مثانه و حبس بول نمی باشد (۳۸ و ۳۹). پیشینیان بر این دو مورد آخر به عنوان علل ایجادکننده سلس البول بیش از علل دیگر تأکید داشته اند.

سردی و تری عارض بر مثانه و عضله آن یا منشأ بیرونی دارد، مثل آب و هوای سرد، وزش بادهای شمالی سرد، نشستن در مکان های سرد، شغل خاص مثل ماهی گیری و سروکارداشتن مدام آن ها با آب، استحمام مکرر با آب سرد، نوشیدن مایعات سرد، مصرف ترشی جات که سردکننده مثانه اند و وجود وسواس برای طهارت از نجاسات و کثرت استفاده از آب سرد در دستشویی (۴۱) و یا منشأ درونی دارد، مثل اطفال و کهنسالان که مزاج غالب بر بدن ایشان رطوبت است یا هنگام وجود بیماری های سرد و مرطوب در کل بدن که مثانه را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

## ۲- روش تشخیص و درمان اسباب ذکر شده

اسباب بادیه از شرح حال بیمار دریافت می گردد. اگر از فرد مبتلا به سلس البول بخواهیم به مدت دو تا سه روز به طور مرتب میزان مایعات دریافتی و نوع آن ها را یادداشت کند می توان کثرت استعمال مدرات را به عنوان سبب این عارضه در نظر گرفت. بدیهی است ترک عادات زیستی غلط و توصیه های بهداشتی به بیمار

پیرامون خوردنی‌ها و نوشیدنی‌ها به رفع سلس‌البول کمک خواهد کرد. اگر با اصلاح عادات، علایم بیمار همچنان پابرجا بود از داروهای مناسب می‌توان استفاده نمود.

تقدم ضربه یا سقطه بر بی‌اختیاری ادرار، راهنمای خوبی برای صحه‌گذاشتن بر تشخیص دررفتگی مهره‌ها است. اگر دررفتگی مهره به سوی خارج به قطع رباطات و اعصاب مثانه انجامیده باشد، علاج‌ناپذیر است، چون ترمیم رباط و عصب گسسته امکان‌پذیر نیست، ولی اگر موجب کشیدگی آن‌ها شود علاجش اصلاح دررفتگی مهره است.

وضعیت اعضای مجاور مثانه نیز از شرح حال و معاینه و وجود حاملگی، حضور مدفوع کثیر در روده و یا ورم در این اعضا دریافت می‌گردد که رفع سلس‌البول در این موارد، ثانویه به ایجاد سلامتی در این اعضاست.

اگر هیچ‌یک از این‌ها از شرح حال و معاینه معلوم نشد ادرار بیمار بررسی شود. اگر ادرار پررنگ و همراه با سوزش باشد و گرمی مزاج و تشنگی وجود نداشته باشد و علایم بیمار با مصرف گرمی‌جات بدتر شود، سببش حرارت مفرط مثانه است و علاج این نوع، داروهای با مزاج سرد و دارای قوت قبض است. نگاه داشتن آلو بخارا، سماق، تمر هندی و دانه انار ترش در دهان به رفع تشنگی در این موارد کمک می‌کند. نسخه‌های ساده و پیچیده زیادی در کتب ذکر شده که مجالی برای طرح آن در این مقاله نیست.

اگر رنگ ادرار سفید باشد و با سوزش همراه نباشد و بیمار تشنگی را مطرح نسازد و علایم وی با مصرف سردیجات بدتر شود، سببش سردی و ضعف مثانه و استرخا و ضعف عضله آن می‌باشد (۳۸ و ۳۹).

از آنجا که در متون طبّی قدیم بر سردی و تری مئانه و عضله آن به عنوان علت سلس البول، بیش از همه تأکید شده است، لذا به توضیح استرخا می‌پردازیم. استرخا به معنی رخوت و سستی، فلج شلی است که عارض یک عضو خاص می‌شود (۴۲). در حالت طبیعی، خروج بول با انقباض مئانه و دفع ادرار به کمک قوه دافعه موجود در آن و شل کردن ارادی عضله محیط بر گردن مئانه که به طور معمول در حالت انقباض است اتفاق می‌افتد. استرخای عضله مئانه باعث بطلان فعل آن عضله می‌شود که با انقباض گردن مئانه ممانعت از خروج غیر ارادی بول می‌کند. پس شل شدن و استرخای این عضله باعث خروج بول بلااراده است، همان‌گونه که استرخای عضله مقعد باعث خروج غیر ارادی مدفوع می‌شود (۴۳). استرخای عضله مئانه در خواب موجب بول فی الفراش یا همان شب‌ادراری و استرخای آن هم در خواب و هم در بیداری موجب سلس البول است. چنانچه ذکر شد علل به وجود آورنده این دو یکی است با این تفاوت که سبب در سلس البول از قوت بیشتری برخوردار است. بیشترین علت بول فی الفراش در کتب، استرخای عضله گردن مئانه به دلیل غلبه رطوبت ذکر می‌شود به همین دلیل است که این مشکل بیش از همه در اطفال به دلیل رطوبت مزاج ایشان دیده می‌شود. عمیق‌تر بودن خواب اطفال به دلیل رطوبت بیشتر مغز در ایشان به این معضل دامن می‌زند (۴۴).

اسباب کلی استرخا دو چیز است: یکی آنکه قوت حس و حرکت به دلیل قطع عرضی عصب و یا وجود هرگونه انسداد مکانیکی یا عملکردی در داخل عصب، به عضله راه نیابد.

این انسداد یا به سبب خارج بدنی مثل سرمای ناشی از برف و سرما می‌باشد که عصب را جمع می‌کند و یا ناشی از اسباب بدنی از جمله حضور خلط لزج و غلیظ در داخل اعصاب دارای مجرای واضح و یا سوء مزاج سرد تغلیظ‌کننده بافت

عصب و یا تحت فشار قرار گرفتن عصب به دلیل شکستگی یا در رفتگی رباط یا استخوان می‌باشد.

دوم آنکه قوت حس و حرکت در عصب گذر کند، اما عضو به سبب وقوع فساد در مزاجش از آن قوت‌ها متأثر نشده و منفعل نگردد. اغلب در غیاب آسیب جدی به اعصاب، فساد در مزاج بافت عضو هدف، علت استرخای محدود به یک یا چند موضع است.

موجب فساد مزاج هریک از چهار کیفیت گرمی، سردی، خشکی و تری می‌توانند باشند، اما این عارضه از گرمی و خشکی چون این دو کیفیت موافق حرکت و قوت هستند کم‌تر حادث می‌شود مگر این‌که بسیار مفرط شده و منجر به ضعف عضو شوند که البته نادر است.

اما سردی و تری در این میان نقش مهمی ایفا می‌کنند، چون این دو، مخالف قوت و حرکت بوده و عضو را مهیای سستی و اختلال در انجام فعلش می‌کنند (۴۵). در این میان قوت ماسکه مثانه بیش از دیگر قوا از تری متضرر شده و دیگر قادر به حبس ادرار نیست (۴۶).

مجدداً بیان می‌شود که غلبه سردی و تری بر مثانه و عضله محیط بر گردن آن یا به تبع غلبه این نوع مزاج بر کل بدن است و یا ناشی از علل خارج بدنی مثل عادت به نوشیدن آب یخ و بسیار سرد و ماندن در برف و یا ایستادن در آب می‌باشد. جالینوس مرد ماهیگیری را مثال می‌زند که به سبب زیادماندن در آب، عضلات مثانه و مقعد وی استرخا یافته و به بی‌اختیاری دفع ادرار و مدفوع مبتلا گشت (۴۷).

از آنجا که اساس علاج از دیدگاه طب ایرانی درمان به ضد است (۴۸). درمان سلس البول ناشی از فرط برودت مثانه و استرخای عضله آن، گرم کردن و خشک کردن

رطوبات مثانه و عضله آن می‌باشد. انواع روش‌های درمانی که به این منظور انجام می‌شود، شامل روغن‌مالی موضعی با روغن‌های گرم، بادکش، تزریق داروهای با مزاج گرم از راه پیشابراه به مثانه و حتی انما و تنقیه با داروهای گرم‌مزاج است که به طور مجاورتی مثانه را تقویت می‌کنند (ورزش‌های کف لگن به نوعی با افزایش حرارت در موضع و در نتیجه خشک کردن کف لگن منجر به رفع استرخا و تقویت عضله مثانه می‌شود) و نیز نسخ خوراکی فراوان تک‌دارویی و یا مرکب از چند دارو برای رفع این معضل ذکر شده است.

خوردن مربای زنجبیل، انجیر، مویز، کندر، مصطکی، چلغوز، عسل، جوزبوا، نارگیل، خولنجان، زیره سیاه، تخم و برگ خشک مورد، جوشانده پوست انار، چند مثال از نسخه‌های بی‌شماری است که با صفت مجرب در کتب کهن طبیبی، ذکر شده است (۴۹). منظور از مجرب، یعنی نسخی که بارها و بارها در بالین بیماران استفاده شده و مفید فایده بوده است.

### نتیجه‌گیری

بر اساس آنچه به طور مبسوط ذکر شد، بی‌اختیاری ادرار از دید پیشینیان ناشی از علل خارج بدنی و داخل بدنی است (شکل ۱).

علل خارج بدنی عبارتند از ضربه به ستون فقرات، آب و هوای سرد و زیستن در مکان‌های سرد و مرطوب، عادات زیستی غلط و تماس زیاد موضعی با آب مثل آنچه در مشاغل خاص مثل ماهی‌گیری به روش سنتی و شستشوی بسیار ناحیه مثانه ناشی از وسواس دیده می‌شود.

علل داخل بدنی به دو دسته خارج مثانه‌ای و داخل مثانه‌ای تقسیم می‌شود. از علل خارج مثانه‌ای وضع اعضای مجاور مثانه و بحث بحران است و از علل داخل

مثانه‌ای انواع امراض مثانه از جمله امراض ترکیبی مثانه شامل خلع مثانه و استرخای عضله موجود بر گردن مثانه و امراض مزاجی گرم و یا سرد موجود در آن است.

از این میان، بی‌اختیاری ادرار ناشی از آسیب ستون فقرات و قطع اعصاب و رباطات از دیرباز شناخته شده است و به طرق مختلف باعث از دست‌دادن بدون اراده ادرار می‌شود (۵۰). مطالعه علمی قابل استنادی که شیوع بالاتر بی‌اختیاری ادرار را در کشورهای دارای آب و هوای سرد و یا فصول سرد سال نشان دهد، یافت نشد، اما اثر سبک زندگی بر روی سلامت مثانه و پیشگیری از ابتلا به امراض در آن در مطالعات اخیر به چشم می‌خورد. اثر محدود کردن مایعات دریافتی در کنترل بی‌اختیاری ادرار، از آن جمله است (۵۱ و ۵۲).

استفاده از داروهای ادرارآور با این فرضیه که به دلیل افزایش بار بر روی مثانه موجب بی‌اختیاری ادرار می‌شوند (۵۳ و ۵۴) با علل ذکرشده در طب سنتی هم‌خوانی دارد و آن این است که مثانه ضعیف‌شده به دلیل ابتلا به انواع مرض مزاجی به ویژه نوع سرد و مرطوب تحمل حجم زیاد ادرار را ندارد.

تأثیر اعضای مجاور به ویژه رحم و رکتوم بر مثانه در مطالعات امروزی به چشم می‌خورد. رابطه بارداری و زایمان و هرگونه اعمال جراحی بر روی لگن از جمله برداشتن رحم با بی‌اختیاری ادرار دیده شده است. یبوست به عنوان فاکتور مساعدکننده برای بی‌اختیاری ادرار مطرح شده است (۵۳ و ۵۴).

عامل بحران و خلع مثانه به عنوان علل داخل بدنی منجر به بی‌اختیاری ادرار در قدم اول نیازمند تبیین دقیق می‌باشند تا در قدم بعد به جستجوی مستندات آن در مطالعات امروزی پرداخته شود.



امروزه عفونت ادراری به عنوان عاملی برای بی‌اختیاری ادرار شمرده می‌شود (۵۵). این امر با مبانی طب سنتی توجیه‌پذیر است. از این منظر کیفیت لذّاع و سوزاننده ادرار در این مواقع به گونه‌ای است که قوت دافعه مثانه برای خارج کردن هرچه سریع‌تر ادرار اقدام می‌کند تا مثانه را از گزند ادرار در امان بدارد و این خارج کردن ادرار حتی گاه بدون اراده صورت می‌گیرد. عفونت از جمله علل ایجادکننده سوء مزاج گرم است.

بر اساس متون کهن و البته معتبر طبّی غلبه سردی و تری مضعف قوای ماسکه مثانه و عضله گردن آن، بیشترین علت سلس‌البول را شامل می‌شود. ذکر شد که مزاج سرد مثانه و دوربودن آن از قلب که مرکز حرارت بدن است و سروکارداشتن مثانه با ادرار که از جنس رطوبت و مائیت است آن را مستعد ابتلا به امراض سرد و تر می‌کند. به نظر می‌رسد امروزه نیز در مبتلایان به بی‌اختیاری ادرار بدون علت واضح از قبیل سابقه تروما، دیسکوپاتی و یا سایر بیماری‌های درگیرکننده سیستم عصبی، عفونت ادراری و مشکلات آناتومیکی و عملکردی در اعضای لگنی بتوان رد پای این اسباب را یافت. نتایج مطالعات علمی که بیشترین مبتلایان را خانم‌های میانسال و مسن اعلام می‌کند (۹) و این‌که چاقی را از عوامل خطرثابت شده بی‌اختیاری ادرار بیان می‌کنند (۵۶)، شاهدی بر این مدعا می‌توانند باشند.

عوامل مستعدکننده بی‌اختیاری ادرار بر اساس مطالعات انجام‌گرفته در دنیا عبارتند از: سن، بارداری و زایمان، یائسگی، عمل‌های جراحی در ناحیه لگن از جمله برداشتن رحم، چاقی، مصرف سیگار و الکل، سابقه فامیلی و ژنتیک، آسیب‌های عملکردی از قبیل محدودیت‌های حرکتی، آسیب‌های شناختی، عفونت‌های ادراری، وجود سایر علایم حاکی از اختلال عملکرد سیستم ادراری تحتانی و سایر علل از جمله یبوست، استفاده از داروهای ادرارآور، ورزش و افسردگی.

از این میان تنها سالمندی، مؤنث بودن و چاقی به عنوان عوامل خطر قطعی برای بی‌اختیاری ادرار به حساب می‌آیند و مابقی علل ذکر شده نیاز به مطالعات بیشتری دارد (۵۳). مزاج غالب در خانم‌ها، سنین بالا و افراد چاق به طور عموم رطوبت و سردی است (۵۷) این دو کیفیت در ایجاد امراض یاری‌گر یکدیگر می‌باشند و اگر در ابتدا فقط یکی از آن دو موجب مرض باشد به مرور زمان زمینه ظهور و بروز آن دیگری را نیز فراهم می‌سازد.

مطالعات متعددی شیوع بالاتر بی‌اختیاری ادرار را در نژاد سفیدپوست نسبت به سیاه‌پوستان نشان می‌دهد (۵) این نتیجه با میانی طب سنتی که سفیدی رنگ پوست را یکی از علل غلبه سردی بر مزاج کل بدن می‌داند قابل توجیه است.

به طور خلاصه، بر اساس متون کهن طبی، کنترل ادرار حاصل عملکرد بی‌عیب و نقص خود مثانه و عضله موجود بر گردن مثانه (اسفنکتر خارجی) طی فاز نگهدارنده یا ذخیره‌ای ادرار است. در واقع قوت ماسکه یا نگهدارنده ادرار در مثانه و انقباض قوی و محکم عضله بر دهانه مثانه است که مانع از ریزش بدون اراده ادرار است، انواع سوء مزاج به ویژه نوع سرد که تضعیف‌کننده قوه ماسکه مثانه می‌باشد و استرخای عضله اسفنکتر ارادی که مانع از انقباض کارآمد آن طی مرحله جمع‌شدن ادرار در مثانه است، علل اصلی بی‌اختیاری ادرار هستند.

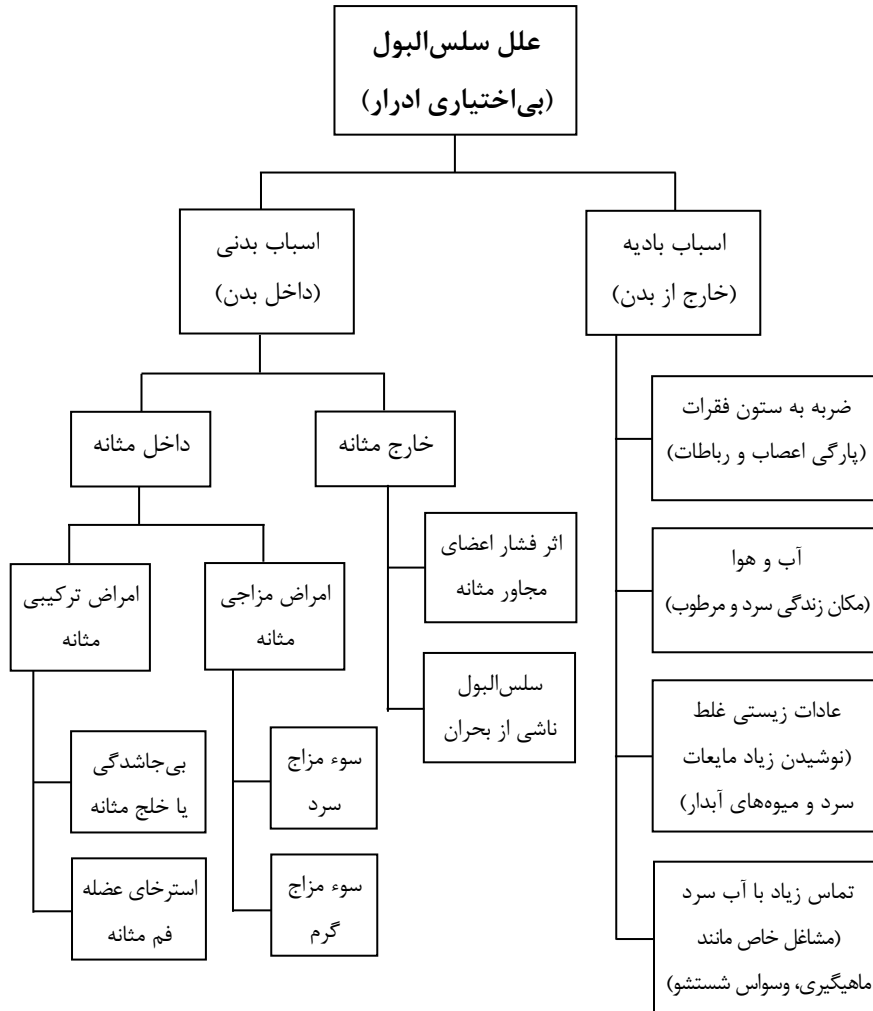
امروزه نیز فعل صحیح مثانه را منوط به سلامت مسیر پیچیده عصبی - اسفنکتری می‌دانند (۵۸). بحث استرخا به نوعی بیان وجود آسیب در همین مسیر است که راهکارهای درمانی خاص خودش را دارا می‌باشد. استفاده از این راهکارها شاید بتواند نقطه امید در بی‌اختیاری‌های ادرار حتی انواع مداوم و مقاوم به درمان‌های جاری باشد.

## پیشنهادات

در کنار پاتولوژی‌های واضح و قابل رؤیت، مثل پارگی‌ها، دررفتگی‌ها، ورم‌ها، شکستگی‌ها، سنگ و تومورها و... آسیب‌های دیگری در اعضا و جوارح آدمی وجود دارند که اگرچه منجر به نقص و حتی بطلان عملکرد آن اعضا شده‌اند، اما هنوز حتی با چشم علمی مسلح به تکنیک‌های دقیق و پیشرفته آزمایشگاهی و تشخیصی، ملموس و قابل درک نیستند، مگر آنکه نگاه تازه‌ای از منظر کهن طب ایرانی به بیماری‌ها و اسباب و علل به وجود آورنده آن‌ها و اعراض حاصل از آن‌ها بیندازیم. به نظر می‌رسد به دور از هرگونه تعصب، آشتی با زبان و منطق اصیل و معقول این مکتب طبی، و با به روزآوری اصطلاحات و مفاهیم طبی آن، از قبیل مزاج و امراض حاصل از خروج مزاج از اعتدال و استفاده از راهکارهای طبی طبیعی فراوان که در قلب این مکتب جای گرفته است، بتوان طیف گسترده بیماری‌های با علل ناشناخته را که امروزه در تمام رشته‌های تخصصی بالینی به چشم می‌خورد بازنگری کرد و به درمان آن‌ها پرداخت. بدون شک تغییر رویکرد جزئی‌نگر و وابسته به ابزار پیشرفته حاکم بر طب امروزی به رویکردی کلی‌نگر و فارغ از قیل و قال ابزار و ادوات و متکی بر دانش و درایت طبیب با چالش‌های جدی و فراوانی مواجه خواهد شد و شاید به نوعی حرکتی قهقراپی به حساب آید. حال آنکه به نظر می‌رسد با کمی تأمل و درنگ و بدون خط بطلان کشیدن بر پیشرفت‌های فوق‌العاده امروزی می‌توان از پتانسیل بالفعل و بالقوه این مکتب طبی نیز در مواجهه با امراض بهره گرفت.

### سپاسگزاری

این مقاله، مقدمه دو کار بالینی، یکی بررسی اثر نسخه‌ای از گنجینه کهن طب ایرانی در درمان بی‌اختیاری اضطراری ادرار در خانم‌ها و مقایسه آن با درمان دارویی روتین و دیگری اثرگذاری فرآورده طب سنتی بر شبادراری کودکان می‌باشد. از راهنمایی استاد اسماعیل ناظم در حوزه بازخوانی و درک متون سپاسگزاریم.



شکل ۱

## پی‌نوشت‌ها

۱. سلس البول در قاموس القانون: Incontinence of urine.
۲. بول فی الفراش در معالجات عقیلی: Bed wetting.
3. International Continenence Society
4. 377-460 B.C.
5. 129-201 A.D.
6. 930-1037 A.D.
۷. بحران: تغییر عظیم در مرض به طور دفعی یا تدریجی به سمت صحت یا هلاکت.
۸. استرخاء، آن است که عضله‌ها و وترها سست شود و عضوی که حرکت او بدان عضله‌ها باشد بیکار گردد، یعنی حرکت و جنبش آن عضو برود و حس او نیز زایل شود و بطلان یا نقصان حس و حرکت به حسب قلت و کثرت سبب است و ممکن است که حس بر جای باشد و حرکت باطل گردد، بهر آنکه آفت اندر آلت حرکت افتاده باشد نه اندر آلت حس. گاه سبب در شعبه‌های عصب افتد و عضوی که بدان شعبه تعلق دارد مسترخ می‌گردد، مثلاً حنجره یا مثانه و... و گاه سبب در اعصاب نخاعی و دماغی یک شق بدن افتد و در این حالت، نیمه بدن از سر تا پا مسترخ می‌گردد که به آن فالج گویند.

## فهرست منابع

1. Legendre G, Ringa V, Fauconnier A, Fritel X. Menopause, hormone treatment and urinary incontinence at midlife. *Maturitas*. 2013; 74 (1): 26-30.
2. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2007; 21 (2): 321-9.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck PV, Victor A, Wein A. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21 (2): 167-78.
4. Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, Fultz NH, Goldstein NE. Urinary incontinence as a risk factor for mortality. *J Am Geriatr Soc*. 1994; 42 (3): 264-8.
5. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003; 82: 327-38.

6. Tennstedt SL, Chiu GR, Link CL, Litman HJ, Kusek J, McKinlay JB. The effects of severity of urine leakage on quality of life in Hispanic, white and black men and women: The Boston Area Community Health Survey. *Urology*. 2009; 75: 27-33.
7. Minassian VA, Devore E, Hagan K, Grodstein F. Severity of urinary incontinence and effect on quality of life in women by incontinence type. *Obstet Gynecol*. 2013; 121: 1083-90.
8. Hajebrahimi S, Madaen SK. Prevalence of urinary incontinence in Tabrizian women. *Iranian J Urol*. 2001; 61-4.
9. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, Spino C, Whitehead WE, Wu J, Brody DJ. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008; 300 (11): 1311-6.
10. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2007; 21 (2): 321-9.
11. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int*. 2008; 101 (11): 1388-95.
12. Capasso R, Borrelli F, Capasso F, Mascolo N, Izzo AA. Inhibitory effect of the antidepressant St. John's wort (*hypericum perforatum*) on rat bladder contractility in vitro. *Urology*. 2004; 64: 168-72.
13. Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence: does it increased risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48 (7): 721-5.
14. Andersson KE. The pharmacological treatment of urinary incontinence. *BJU International*. 1999; 84: 923-47.
15. Bloom DA, McGuire EJ, Lapidus J. A brief history of urethral catheterization. *J Urol*. 1994; 151 (2): 317-25.
16. Schultheiss D. A Brief History of Urinary Incontinence and its Treatment. *Incontinence*. 2009; 19-34.

17. Aghili Khorasani SMH. *Kholase al Hekma*. Correction by professor Nazim. 1385; 1: 366-7.
18. Ibn Sina. *Ghanon fi Alteb*. 2009; 3: 411.
19. Aghili Khorasani SMH. *Kholase al Hekma*. Correction by professor Nazim. 1385; 1: 336.
20. Ebne Nafis. *Sharhr Tashrihe ghanon*, Online PDF file, 245.
21. Chaghminy M. *Ghanunche dar teb*. Correction by professor Nazim. 1390; 49.
22. Arzani Hakim MA. *Mofarraholgholub, Sharhe ghanunche dar teb*. 41.
23. Ibn Sina. *Ghanon fi Alteb*. 2009; 1: 46.
24. Ibn Sina. *Ghanon fi Alteb*. 2009; 1: 81.
25. Ibn Sina. *Ghanon fi Alteb*. 2009; 1: 92.
26. Ibn Sina. *Ghanon fi Alteb*. 2009; 3: 435.
27. Heravi M. *Bahroljavaheer*. 1387; 215.
28. Heravi M. *Bahroljavaheer*. 1387; 87.
29. Ibn Sina. *Ghanon fi Alteb*. 2009; 3: 437.
30. Kirmani N. *Sharh al asbab va al alamat*. 1387; 2: 172.
31. Ahvazi A. *Kamel Alsanaa Altabyh*. 1387; 2: 38.
32. Jarjani SE. *Zakhireye Kharazmshahy*. 1380; 1: 150.
33. Chaghminy M. *Ghanunche dar teb*. Correction by professor Nazim. 1390; 89.
34. Ibn Sina. *Ghanon fi Alteb*. 2009; 3: 412.
35. Ibn Sina. *Ghanon fi Alteb*. 2009; 3: 423.
36. Jarjani SE. *Zakhireye Kharazmshahy*. 1380; 1: 15.
37. Kirmani N. *Sharh al asbab va al alamat*. 1387; 2: 126.
38. Ibn Sina. *Ghanon fi Alteb*. 2009; 3: 435-6.
39. Choshty, MAK. *Exir e Azam*. 3: 516.
40. Ibn Sina. *Ghanon fi Alteb*. 2009; 3: 422.
41. Arzani Hakim MA. *Teb e Akbari*. 1387; 1: 114.
42. Heravi M. *Bahroljavaheer*. 1387; 31.
43. Arzani Hakim MA. *Teb e Akbari*. 1387; 2: 111.



44. Ibn Sina. *Ghanon fi Aldeb*. 2009; 3: 437.
45. Arzani Hakim MA. *Teb e Akbari*. 1387; 1: 112.
46. Ebne Fakhreddine Shirazi MF. *Kolliate Ghanone Ibn Sina*. Persian translation. 1386; 83-4.
47. Kirmani N. *Sharh al asbab va al alamat*. 1387; 1: 174.
48. Ibn Sina. *Ghanon fi Aldeb*. 2009; 1: 272.
49. Choshty, MAK. *Exir e Azam*. 3: 516-21.
50. Hansen RB, Biering Sorensen F, Kvist Kristensen J. Urinary incontinence in spinal cord injured individuals 10-45 years after injury. *Spinal Cord*. 2010; 48: 27-33.
51. Lukacz ES, Sampsel C, Gray M, MacDiarmid S, Rosenberg M, Ellsworth P, Palmer MH. A healthy bladder: a consensus statement. *Int J Clin Pract*. 2011; 65 (10): 1026-36.
52. Gungor I, Kizilkaya BN. Lifestyle changes for the prevention and management of lower urinary tract symptoms in women. *International Journal of Urological Nursing*. 2011; 5 (1): 3-13.
53. Hunskaar S. *Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP)*. 2009; 274.
54. Moller LA, Lose G, Jorgenson T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Obstet Gynecol*. 2000; 96: 446-51.
55. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age and type dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EpiIncont study. *Obstet Gynecol*. 2001; 98: 1004-10.
56. Khullar V, Sexton CC, Thompson CL, Milsom I, Bitoun CE, Coyne KS. The relationship between BMI and urinary incontinence subgroups: Results from EpiLUTS. *Neurourology and Urodynamics*. 2014; 33 (4): 392-9.
57. Ibn Sina. *Ghanon fi Aldeb*. 2009; 1: 30-3.
58. Michel MC, Barendrecht MM. Physiological and pathological regulation of the autonomic control of urinary bladder contractility. *Pharmacology and Therapeutics*. 2008; 117 (3): 297-312.

یادداشت شناسه مؤلفان

فاطمه نوجوان: استادیار، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. (نویسنده مسؤل)  
نشانی الکترونیکی: fnojavan@muq.ac.ir

حسین شریفی: دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

فتانه هاشم دباغیان: استادیار، مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی  
ایران، تهران، ایران.

زینت قنبری: استاد، گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

محمد کمالی نژاد: دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

روشنک مکبری نژاد: استادیار، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

**Urinary Incontinence in Traditional Iranian Medicine***Fatemeh Nojavan**Hussein Sharifi**Fattaneh Hashem Dabbaghian**Zinat Ghanbari**Mohammad Kamalinejad**Roshanak Mokabberinejad***Abstract**

ICS (International continence society) has explained urinary incontinence as any loss of urine involuntarily. UI (urinary incontinence) is not a mortal condition but has many adverse effects on patients' quality of life. Studies have shown a high prevalence of UI among women, especially in older ages and higher body mass index.

Due to intervention of UI with religious activities, demand for treatment of UI is more serious in our country. It is believed that all the kinds of drug therapy and surgeries have many side side effects especially in old patients. On the other hand it seems that Iranian Traditional Medicine can manage this disease as a hypothesis. So a plan was programmed as a first step to review philosopher's approach to diseases specially UI.

Terms "salasolbol" and "bolfelferash" which mean loss of urine involuntarily and enuresis respectively, were considered equivalent for UI. Causes and treatments of these conditions were excluded and written in this review article. Based on ancient's opinion, the most causes of UI is "cold" and "wet" of bladder and "esterkha" of external sphincter which make them be weak and lost their internal natural powers specially "maseke" which is bladder's power for holding urine.

Signs and symptoms of patients who suffer from UI, even their laboratories studies on the basis of traditional medicine, confirm this idea. It seems new view from an old but original frame of traditional

---

medicine to UI can introduce effective way for treating urinary incontinence.

**Keywords:**

Urinary Incontinence, Iranian Traditional Medicine, Salasolbol, Bolfelferash, Estrkha