

بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان و راه‌کارهای پیشگیری آن از منظر طب سنتی ایران و مقایسه آن با طب رایج

ملیحه تبرایی^۱

زهرا نیک‌طبع^{۲*}

نعمت‌اله مسعودی^۳

طاهره افتخار^۴

لیلا شیرینی^۵

چکیده

مقدمه: بی‌اختیاری استرسی ادرار، ریزش ادرار به دنبال هر گونه زورزدن، سرفه و عطسه بوده، از معضلات بهداشتی وسیع دنیا با تبعات منفی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روانی است. هدف این مطالعه، تبیین بی‌اختیاری ادراری استرسی زنان و دستیابی به روش‌های پیشگیری از بی‌اختیاری مذکور در طب ایرانی و مقایسه آن با طب رایج است.

روش: با مطالعه کتابخانه‌ای، علل ایجاد بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان و راه‌های پیشگیری از آن در منابع و مقالات طب آلوپاتی و ارتباط علل مذکور با مکانیسم‌های

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

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

* (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: salman.farsy@gmail.com

۳- دستیار تخصصی طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، متخصص زنان و فلوشیپ کف لگن، دپارتمان کف لگن مجتمع درمانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵- استادیار طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نوع مقاله: مروری تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۳۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۲۴

ایجاد این نوع بی‌اختیاری ادراری در کتب مرجع طب ایرانی بررسی شد، سپس به تجزیه تحلیل محتوایی دیدگاه طب سنتی ایران در تبیین بی‌اختیاری ادراری استرسی زنان و راه‌های پیشگیری از آن با تأکید بر کنترل اسباب ایجاد آن پرداخته، یافته‌ها با نتایج مطالعات جدید مقایسه گردید.

یافته‌ها: در سیر تاریخی و منابع مکتوب گذشته، گزارشاتی درباره بی‌اختیاری ادرار یافته شد. با توجه به علائم بیماری و ریسک فاکتورهای بی‌اختیاری استرسی ادراری در طب آلوپاتی، این نوع بی‌اختیاری، برخی انواع سلس‌البول و تقطیرالبول که در اثر سردی، رطوبت و ضعف مثانه ایجاد شده‌اند را شامل می‌شود. بر این اساس، ریسک فاکتورهای ایجاد یا تشدید بی‌اختیاری ادراری خانم‌ها، باعث پرولاپس ارگان‌های لگنی و ضعف لگن است که عامل مهم ایجاد بی‌اختیاری استرسی می‌باشد. ضعف یا شلی ارگان‌های لگنی و از جمله گردن مثانه، باعث ضعف قوه نگه‌دارنده ادرار توسط مثانه (ضعف ماسکه مثانه) می‌شود. بوعلی‌سینا و سایر حکمای طب ایرانی، رطوبت و سردی را عامل ضعف قوه نگهداری ادرار توسط مثانه می‌دانند. پیشگیری از افزایش غیر عادی رطوبت و سردی در بدن و ناحیه لگن و مثانه می‌تواند باعث پیشگیری از ایجاد بی‌اختیاری مذکور گردد. این پیشگیری شامل مواردی مانند دستورات سبک زندگی در جهت حفظ صحت کل بدن و حفظ سلامت اعضای مجاور مثانه می‌باشد و شامل رعایت قوانین خوردن و آشامیدن، ورزش، وزن مناسب، خواب و بیداری، استحمام، مکان نشستن می‌باشد.

نتیجه‌گیری: در زمینه علل ایجاد بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان و پیشگیری از آن در طب آلوپاتی و طب سنتی ایرانی مشترکات قابل ملاحظه‌ای هست. با این حال توصیه‌های طب سنتی در پیشگیری و اصلاح سبک زندگی بیماران جامعیت و گستردگی چشمگیری دارد و می‌تواند زمینه‌ساز تهیه برنامه‌ای مدون در این حیطه باشد. امید که استفاده از طب سنتی ایران در تهیه برنامه مدون آموزش جنس مؤنث از کودکی به ویژه در مراکز بهداشتی و درمانی و سایر مراکزی که زنان و مادران از گروه‌های هدف آن‌ها می‌باشند، در پیشگیری و کنترل این بیماری راه‌گشا باشد.

واژگان کلیدی:

بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان، طب سنتی ایرانی، سلس‌البول، تقطیرالبول،
پیشگیری

مقدمه

بی‌اختیاری ادرار عبارتست از شکایت از هر گونه از دست دادن ادرار به صورت غیر ارادی (۱-۴). بی‌اختیاری فشاری یا استرسی^۱ یکی از انواع بی‌اختیاری ادراری زنان می‌باشد که دفع غیرارادی ادرار طی سرفه، عطسه، فعالیت فیزیکی و تغییر ناگهانی وضعیت در آن دیده می‌شود. بی‌اختیاری استرسی حاصل تحریک بیش از حد قطعه وزیکو یورترال در اثر ضعف کف لگن است (۳، ۵) و در یک مطالعه مروری جمعیت محور شیوع آن به طور متوسط ۴۹٪ گزارش شده است (۱). بی‌اختیاری ادراری در فعالیتهای متعارف زندگی و احساس آرامش روانی بیماران اثرات منفی قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد (۶). از اثرات منفی این معضل بر کیفیت زندگی بیماران می‌توان به اجتناب از حضور در جامعه و کاهش روابط اجتماعی، انزوای، اختلال عملکرد جنسی و پرهیز از فعالیتهای فیزیکی اشاره کرد. بیشتر هزینه‌های مراقبتی مربوط به بی‌اختیاری را مستقیماً خود خانم‌ها متحمل می‌شوند (۵، ۷). شیوع بی‌اختیاری ادرار در خانم‌ها در ایران ۲۳/۵ درصد گزارش شده است (۸). به نظر می‌رسد تبعات منفی این اختلال در زنان کشور ما که به دلایل اعتقادی تقید بیشتری به طهارت و اعمال عبادی با شرایط طهارت دارند، بیش از سایرین است.

امروزه به منظور درمان بی‌اختیاری ادراری در زنان اقداماتی از قبیل رفتار درمانی، بازتوانی مثانه، ورزش عضلات کف لگن، دارو درمانی، محرک‌های الکتریکی عملکردی، ابزارهای اینترا واژینال مثل پساری‌ها^۲ و جراحی مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱، ۴، ۹). با این وجود در مورد درمان بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان هنوز موفقیت درمانی تعریف شده عمومی و جهانی وجود ندارد (۴). جراحی دارای عوارض کوتاه‌مدت و بلند مدتی از قبیل سوراخ شدن مثانه، فیستول

یوروژنیتال، ایجاد آروزیون و گرانولوم و دیس پارونی می‌باشد (۳). در عین حال از میزان اثربخشی داروها سخنی به میان نیامده و برای برخی از آن‌ها خطرات قابل توجهی ذکر شده است (۹). از میان داروهای خوراکی، دولوکستین برای درمان بی‌اختیاری استرسی در اروپا تصویب شده، اما سازمان غذا داروی آمریکا^۳ آن را تأیید نکرده است (۴)، لذا با توجه به محدودیت و ناکفایتی درمان‌های دارویی بی‌اختیاری استرسی از یکسو و عوارض قابل توجه جراحی از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که در حال حاضر به منظور کنترل این بیماری توجه ویژه به مبحث پیشگیری بیش از هر امر دیگری ضروری است. در طب ایرانی، بی‌اختیاری ادرار، ذیل چهار مبحث خروج ادرار بدون اراده، سلس‌البول به معنای خارج شدن ادرار بدون اراده، تقطیر بول به معنای خروج قطره‌قطره ادرار و بول فی الفراش به معنای ادرار کردن در رختخواب یا شب ادراری مورد بحث قرار گرفته است (۱۱-۱۰). علائم خروج بی‌اراده و قطره‌قطره ادرار در انواعی از سلس‌البول و تقطیرالبول که در آن‌ها ضعف مثانه، افزایش سردی و تری یا فشار فیزیکی بر مثانه غلبه دارد، می‌تواند بیانگر خوبی از بی‌اختیاری استرسی باشد. در متون طب سنتی به خروج بدون اراده ادرار، سلس‌البول و به اندک و قطره‌قطره آمدن ادرار، تقطیرالبول گفته می‌شود (۱۲). بر این اساس بررسی دقیق متون طب سنتی جهت دستیابی به راه‌کارهای پیشگیری و درمان ضروری به نظر می‌رسد.

هدف از این مطالعه، تبیین بی‌اختیاری ادراری استرسی زنان و دستیابی به روش‌های پیشگیری از آن در طب سنتی ایران و مقایسه با طب رایج می‌باشد.

روش

با مطالعه کتابخانه‌ای به بررسی مروری تحلیلی علل ایجاد بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان در منابع و مقالات طب آلوپاتی و یافتن ارتباط آن‌ها با مکانیسم‌های ایجاد این نوع بی‌اختیاری ادراری در کتب مرجع طب سنتی ایران با محوریت کتاب «قانون در طب» بوعلی‌سینا پرداخته شده است. با استفاده از نتایج حاصل از این بررسی، تجزیه تحلیل محتوایی دیدگاه طب سنتی ایران در خصوص بی‌اختیاری ادراری استرسی زنان انجام شده است، سپس مقالاتی که به این بحث از دیدگاه طب آلوپاتی پرداخته‌اند، با واژگان کلیدی «پیشگیری»، «بی‌اختیاری ادراری» و «بی‌اختیاری ادراری استرسی» در پایگاه‌های اطلاع‌رسانی PubMed، Google Scholar و Scopus مورد جستجو قرار گرفتند. پس از جمع‌بندی علل وقوع بیماری، دیدگاه حکمای طب سنتی ایران به ویژه بوعلی‌سینا در امر پیشگیری از اسباب ایجاد این نوع بی‌اختیاری جمع‌بندی گردید و در نهایت، یافته‌ها با نتایج مطالعات جدید مقایسه گردیدند.

یافته‌ها

با توجه به این‌که در متون طب سنتی ایران ذیل عنوان جداگانه‌ای به پیشگیری از بی‌اختیاری استرسی زنان پرداخته نشده است، لازمه ورود به این مبحث در گام اول بررسی علل به وجودآورنده بی‌اختیاری از دیدگاه طب سنتی ایران است. بدیهی است روش‌هایی که به طور کلی با توجه به مبانی این دیدگاه طبی برای کنترل و مقابله با این اسباب مطرح شده‌اند، همان راه‌کارهای پیشگیری از بی‌اختیاری استرسی ادراری از دیدگاه طب ایرانی خواهند بود، لذا با تکیه بر این نگرش، یافته‌های این مطالعه در سه قسمت ارائه می‌گردد. نخست جایگاه

بی‌اختیاری ادراری استرسی زنان از دید تاریخی در متون طب سنتی، مورد بررسی قرار می‌گیرد، سپس به ریسک فاکتورها و علل به وجودآورنده بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان از دو دیدگاه طب آلوپاتی و طب سنتی ایران پرداخته می‌شود و در نهایت روش‌های پیشگیری از این بیماری از منظر این دو مکتب طبّی بیان می‌گردد.

۱- جایگاه بی‌اختیاری ادراری استرسی زنان از دید تاریخی و علمی در طب سنتی ایران

از دید تاریخی گزارشاتی درباره بی‌اختیاری ادرار وجود دارد. در پاپیروس‌های مصری هزاره دوم قبل از میلاد به بی‌اختیاری ادرار ناشی از آسیب نخاعی اشاره شده است و در بعضی از این پاپیروس‌ها نسخ درمانی برای تکرر ادرار و بی‌اختیاری ادرار، بیان شده است. بقراط مطالب زیادی درباره بیماری‌های مجاری ادرار از جمله بی‌اختیاری ادرار دارد. جالینوس از اولین دانشمندانی است که به فیزیولوژی ادرار کردن اشاره کرده است و بوعلی‌سینا دانشمند مسلمانی است که به صورت تفصیلی به بی‌اختیاری ادرار و درمان‌های آن پرداخته است، البته متقدمین او نیز در حوزه مکتب طب ایرانی دیدگاه خود را در بی‌اختیاری ادرار به خوبی بیان نموده‌اند که از آن جمله می‌توان به «علی ابن سهل طبری» (۲۶۱ ق.) در کتاب «فردوس الحکمه»، «محمد ابن زکریای رازی» (۳۱۳ ق.) در کتب «الحاوی» و «المنصوری فی الطب» و «ربیع ابن احمد اخوینی» (قرن ۴ ق.) در کتاب «هدایت المتعلمین» اشاره کرد (۱۱).

در این سیر تاریخی و نیز منابع مکتوب گذشته، بی‌اختیاری ادراری به طور عمده ذیل زیر شاخه خروج ادرار بدون اراده، سلس‌البول، تقطیرالبول و بول فی الفراش مورد بحث قرار گرفته است که هر یک با توجه به علل به وجودآورنده

دارای انواعی می‌باشند. با مطالعه دقیق این متون به نظر می‌رسد آنچه که امروزه بی‌اختیاری ادراری استرسی زنان نامیده می‌شود، در ذیل انواعی از سلس‌البول و تقطیرالبول قرار می‌گیرد.

۲- علل و ریسک فاکتورهای بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان از دو دیدگاه طب آلوپاتی و طب سنتی ایران

۲-۱- طب رایج: امروزه در طب رایج بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان به حالتی گفته می‌شود که در آن بیمار دچار ریزش ادرار به دنبال هر گونه زورزدن، سرفه، عطسه، برداشتن بار سنگین و مانند آن می‌گردد و این امر حاصل تحریک بیش از حد قطعه وزیکو یورترال در نتیجه ضعف کف لگن می‌باشد (۳، ۵).

علل به وجودآورنده و ریسک فاکتورهای بی‌اختیاری استرسی از دیدگاه طب نوین در جدول ۱ آورده شده‌اند. عوامل ذکرشده در جدول ۱ مقدمه بروز پرولاپس ارگان‌های لگنی و به دنبال آن ایجاد ضعف لگن می‌گردند. ضعف لگن نیز از مهم‌ترین عوامل به وجودآورنده بی‌اختیاری استرسی محسوب می‌شود (۱، ۵، ۱۴-۱۳).

۲-۲- طب سنتی ایران و مقایسه آن با طب رایج: بر اساس مبانی طب سنتی ایران چهار نوع خلط یا جسم مایع شکل‌پذیر در بدن انسان‌ها وجود دارد که از غذای خورده‌شده به نسبت‌های مختلف در بدن تولید می‌شود. این اخلاط شامل دم، بلغم، صفرا و سودا می‌باشد که به نسبت متعادل باید در بدن حضور داشته باشند و بر اساس این نسبت، مزاج خاصی در اعضای مختلف بدن ایجاد می‌کند. اگر این نسبت از حالت طبیعی به هم بخورد یا کیفیت اخلاط از شکل طبیعی خارج شود، باعث ایجاد سوء مزاج در عضو یا کل بدن می‌شود (۱۰، ۱۵).

بنابراین هر عضو بدن بر اساس نوع وظیفه‌ای که در بدن دارد، دارای مزاج مخصوصی است. مزاج مثانه سالم سرد و خشک به اعتدال می‌باشد. اگر مثانه سردتر، خشک‌تر، گرم‌تر و یا تر تر از میزان طبیعی خود شود، دچار سوء مزاج گشته است. از آنجا که مثانه مزاج پایه سرد دارد و از مرکز حرارت بدن، یعنی قلب دور می‌باشد و نیز دائم با ادرار که ماهیت سرد و رطوبی دارد، سر و کار دارد، لذا مستعد امراض سرد و رطوبی است. شیوع بیشتر امراض مثانه در ساکنین مناطق سرد و شرایط آب و هوایی و جوی سرد نیز نشانگر این مطلب است. مثانه‌ای که ضعیف شود نمی‌تواند مقادیر زیاد ادرار را نگه دارد، لذا ایجاد تکرر ادرار می‌کند. اگر این ضعف به عضله گردن مثانه هم سرایت کند، آن را نیز از فعل خود باز می‌دارد. ضعف مثانه می‌تواند مادرزادی یا در اثر سقوط، ضربه به لگن و مثانه و یا انواع بیماری‌های مثانه و سوء مزاج‌های آن به ویژه سوء مزاج سرد و تر ایجاد شود و این نوع سوء مزاج از سایر سوء مزاجات مثانه ناتوان کننده‌تر است (۱۶).

همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان، شامل برخی انواع سلس‌البول و تقطیرالبول می‌باشد که در طب سنتی مطرح شده است. برای توضیح بیشتر این موضوع انواع سلس‌البول و تقطیرالبول در ذیل آورده می‌شوند و در ادامه مواردی که منطبق با بی‌اختیاری استرسی هستند تبیین می‌گردند:

۱-۲-۲- انواع و اسباب سلس‌البول:

- استرخای (شلی) عضلات: در این نوع مثانه و عضلات اطراف آن به واسطه شدت بروودت و رطوبت دچار شلی و استرخا گردند. حکیم ارزانی تأکید می‌کند که در این نوع حرقت و سوزش ادرار وجود ندارد و سایر علامات سوء مزاج بارد مشاهده می‌شود.

- زوال فقرات محاذی مثانه: نوع دوم به دلیل جابجایی و دیسلوکیشن در آن دسته از مهره‌های ستون فقرات که محاذی و مرتبط با مثانه و سیستم عصب‌دهی آن هستند رخ می‌دهد و در واقع یکی از علل آناتومیک بی‌اختیاری ادراری محسوب می‌شود.

- سوء مزاج گرم مفرط مثانه: در این نوع مثانه دچار سوء مزاج شدیداً گرم شده، بیمار دچار سوزش ادرار و پرننگی آن است و از مصرف خوراکی‌هایی که دارای مزاج گرم هستند، متضرر می‌گردد.

- اثر فشاری اعضای مجاور مثانه: در این نوع بی‌اختیاری مثانه از سوی اعضای مجاور خود تحت فشار قرار می‌گیرد. یبوست و به دنبال آن احتباس مدفوع در روده‌ها، ورم ناف و یا بارداری مصادیقی از این نوع بی‌اختیاری محسوب می‌گردند.

- مصرف مدرات: استعمال مدراتی مثل شراب، خربزه و امثال آن می‌تواند باعث سلس‌البول گردد.

- خلع مثانه: جا به جایی مثانه از موضع طبیعی خود در اثر عواملی چون افتادن، ضربه به پشت و یا وجود ریح و گیر افتادن آن در بافت‌ها (۱۷).

۲-۲-۲- انواع و اسباب تقطیرالبول (قطره‌قطره‌آمدن ادرار):

- حدت ادرار: در این نوع به دلیل اخلاط گرم ادرار دچار حدت می‌گردد و بیمار دچار سوزش ادرار، فرکوانسی و تیره‌شدن رنگ ادرار می‌شود.

- ضعف ماسکه (قوه نگه‌دارنده): در این نوع به دلایلی از قبیل ضعف جرم مثانه، سردی مزاج مثانه و یا استرخا و شلی عضلاتی که اطراف مثانه قرار دارند و به قول حکیم ارزانی عضلات مطیف مثانه (پیچیده شده بر مثانه) هستند، تقطیرالبول ایجاد می‌گردد، هرچند که به طور کلی در تعریف ذکر می‌شود که تقطیرالبول، قطره‌قطره‌آمدن ادرار در مواردی است که بیمار به طور ارادی ادرار

خود را دفع می‌نماید، اما باید توجه داشت که به بیان حکما این نوع تقطیرالبول ممکن است همراه با بی‌اختیاری ادرار نیز مشاهده گردد. با مطالعه دقیق آناتومی مثانه و اسفنکترهای آن به نظر می‌رسد آنچه که امروزه اسفنکتر نامیده می‌شود را می‌توان جزئی از عضلات مطیف مثانه محسوب نمود.

- عسرالبول (دشواری خروج ادرار): در این نوع اختلالاتی از قبیل ورم‌هایی مانند بزرگی پروستات و یا سنگ‌های ادراری منجر به دشواری خروج ادرار و قطره‌قطره آمدن آن می‌گردند (۱۷).

همان‌گونه که مشاهده می‌شود از این دیدگاه ضعف کل مثانه یا بخشی از آن به ویژه گردن مثانه و ضعف یا شلی سایر ارگان‌های لگنی، باعث ضعف قوه نگه‌دارنده ادرار توسط مثانه (ضعف ماسکه مثانه) می‌شوند. بدیهی است که ضعف گردن مثانه باعث عدم توان کنترل ادرار می‌شود. نیز ضعف سایر اعضای لگنی با اثر فشاری بر روی مثانه می‌تواند باعث ضعف قوه نگه‌دارنده ادرار توسط مثانه (ضعف ماسکه مثانه) شوند. از آنجا که در دیدگاه بوعلی‌سینا و سایر حکمای طب سنتی ایران، رطوبت باعث ضعف قوه نگه‌دارنده مذکور می‌شود و قدرت دافعه هر عضوی از سردی نفع می‌برد (بالعرض) (۱۰، ۱۸)، لذا علت اولیه ضعف قوه نگه‌دارنده ادرار توسط مثانه افزایش رطوبت و سردی آن می‌باشد (۱۰، ۱۷).

امروزه تشخیص بی‌اختیاری استرسی بر اساس گزارش بیمار و معاینه بیمار در شرایط نشت ادرار مسجل می‌گردد (۹)، اما سوزش ادرار از علائم التهاب مثانه و مجرای ادرار می‌باشد (۵) و به نظر می‌رسد سلس‌البول ناشی از سوء مزاج گرم مفرط مثانه و تقطیرالبول ناشی از حدت ادرار همراهی زیادی با این اختلال داشته باشند (۱۷).

از سوی دیگر با توجه به آنچه که امروزه ریسک فاکتورهای بی‌اختیاری استرسی نامیده می‌شود و مقایسه آن با مبانی طب سنتی، انواعی از سلس‌البول و تقطیرالبول که حاصل سردی، رطوبت و ضعف عضو می‌باشند با بی‌اختیاری استرسی همراهی قابل ملاحظه‌ای دارند.

۳- روش‌های پیشگیری از ایجاد بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان از دو دیدگاه طب آلوپاتی و طب سنتی ایران:

۳-۱- طب آلوپاتی: در طب آلوپاتی از روش‌های مؤثر در پیشگیری از بی‌اختیاری ادرار به طور کلی به موارد زیر اشاره شده است: ورزش‌های تقویت عضلات کف لگن به ویژه کگل و آموزش‌های مستقیم روش انجام آن‌ها، رژیم‌ها و برنامه‌های کاهش وزن، کاهش سیگار، درمان مناسب آسم و یبوست، زایمان مناسب برای پیشگیری از پرولاپس ارگان‌های لگنی و آسیب‌های مجرا و آسیب‌های عضلات کف لگن (۱۹). در عین حال ورزش‌های سنگین برای بی‌اختیاری ادراری یک ریسک فاکتور تلقی می‌شود (۲۰).

اما در زمینه پیشگیری از بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان که موضوع مورد بحث ما می‌باشد، تعدادی مطالعه بالینی مربوط به تکنیک‌های جراحی پروفیلاکتیک برای پیشگیری از بی‌اختیاری استرسی ادراری در زمان ترمیم پرولاپس اعضای لگنی وجود دارد (۲۱-۲۲). علاوه بر آن یکسری مقالات به مقوله پیشگیری از بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان در دوران بارداری پرداخته است که استراتژی ویژه در این باب ورزش‌های تقویت‌کننده عضلات کف لگن می‌باشد (۲۳-۲۶).

اگرچه درمان بی‌اختیاری استرسی موضوع مورد بحث این مقاله نمی‌باشد، اما به دلیل ارتباط مشترک آن با مکانیسم‌های ایجاد و پیشگیری از بی‌اختیاری

استرسی در طب سنتی ایران، اشاره مختصری به آن می‌شود. در مطالعات با موضوع درمان، در روش‌های غیر جراحی مقالات اخیر، دارو درمانی نقش چندانی ندارد. به نظر می‌رسد این سیر در بخش غیر جراحی بیشتر به سمت بررسی اثر کاهش وزن (۲۷)، روش‌های تقویت اعضای لگنی و مثانه با روش‌هایی مثل فیزیوتراپی، ورزش‌های لگنی، طب سوزنی، استفاده از الکترودهای محرک عضلات از طریق واژن رفته است. از موارد ذکر شده مقاله‌ای است که به بررسی اثر یک برنامه فیزیوتراپی ۱۲ هفته‌ای بر بی‌اختیاری ادراری زنان مسن هونگ کونگی پرداخته است. این زنان دارای یکی از انواع بی‌اختیاری استرسی، اضطرابی یا میکس بوده‌اند. در نهایت، این روش، روشی مؤثر در کنترل علائم بی‌اختیاری خفیف تا متوسط در مقایسه با گروه کنترل ارزیابی شده است (۲۸) یا مطالعاتی که تأثیرات مثبت از تحریکات الکتریکی سطحی و اینترا واژینال را بر بی‌اختیاری استرسی بررسی کرده است. به عنوان مثال در یک مطالعه کارازمایی بالینی در زنان بالای ۵۰ سال مبتلا به بی‌اختیاری استرسی، اثرات خوبی از تحریک الکتریکی در بهبود کیفیت زندگی، کنترل نشت ادرار و تقویت قدرت و فشار عضلات کف لگن گزارش شده است (۳۰-۲۹).

۲-۳- طب سنتی: در مقالاتی که در موضوع مثانه و بی‌اختیاری ادراری در طب سنتی ایران بررسی شد، مطالب مهمی در حوزه پیشگیری و بهداشت مثانه دیده می‌شود (۱۱). از دیدگاه طب سنتی ایران، بی‌اختیاری ادرار بیماری نیست، علامت مشترک است که در انواع بیماری‌های موجود در مثانه و اعضای مجاور و مافوق مثانه ناشی از علل مختلف قابل مشاهده است. با این دیدگاه، سلامتی اعضا، یعنی عملکرد صحیح آن‌ها و هر نقص و اشکال و تغییر در عملکرد یا فعل آن عضو، به معنای بیماری عضو است (۱۱). مثانه در این میان مستثنی نیست. مزاج مثانه

در حالت سلامت سرد و خشک به اعتدال بوده و چنانچه از این حالت خارج شود، دچار بیماری می‌شود. این مزاج سرد در مثانه آن را مستعد ابتلا به امراض سرد و رطوبی می‌کند (۱۱).

از آنجا که علت اولیه ضعف قوه نگه‌دارنده ادرار توسط مثانه و عضله گردن مثانه، افزایش رطوبت و سردی آن می‌باشد (۱۰، ۱۲، ۱۷، ۳۱)، پیشگیری از افزایش غیر عادی رطوبت و سردی در بدن و به ویژه در ناحیه لگن و مثانه می‌تواند باعث پیشگیری از ایجاد بی‌اختیاری استرسی در زنان گردد. اسباب این افزایش سردی و رطوبت و مکانیسم اثر آن‌ها از دیدگاه مکتب علمی طب سنتی در جدول ۲ بیان شده است.

همانطور که ملاحظه می‌شود، در جدول مذکور روش‌های پیشگیری از این بیماری بر اساس حفظ الصحه و استفاده از اعمال یداوی نیز مستور می‌باشد. به بیان دیگر می‌توان توصیه‌های پیشگیرانه طب ایرانی را ذیل تقسیم‌بندی زیر نیز بیان نمود:

توصیه‌های مرتبط با تنظیم سبک زندگی شامل آب و هوا، خوردن و آشامیدن، خواب و بیداری، حرکت و سکون، احتباس و دفع مواد از بدن، استحمام، اعراض نفسانی و توصیه‌های مرتبط با اعمال یداوی^۴.

- ۱-۲-۳- توصیه‌های مرتبط با آب و هوا: پرهیز از نشستن مکرر و طولانی در مکان‌های سرد و مرطوب و کثرت استفاده از آب سرد در شستشو و طهارت.
- ۲-۲-۳- توصیه‌های مرتبط با خوردن و آشامیدن: پرهیز از کثرت مصرف ترشی و پرخوری و زیاده‌روی در خوردن غذاهای رطوبت‌زا، غذا به حد اعتدال خوردن، درمان مشکلات گوارشی، گرم‌کننده‌های خوراکی مثانه، مقویات خوراکی مثانه.

۳-۲-۳- توصیه‌های مرتبط با خواب و بیداری: خواب و بیداری معتدل و در زمان مناسب.

۳-۲-۴- توصیه‌های مرتبط با حرکت و سکون: ورزش معتدل، دلك (ماساژ) و غمز (طب فشاری) معتدل.

۳-۲-۵- توصیه‌های مرتبط با احتباس و دفع مواد از بدن: پرهیز از کم‌حرکی و پرخوری، درمان یبوست (اثر فشاری بر مثانه)، داشتن وزن مناسب که در بحث مقاله به دو مورد اخیر پرداخته شده است.

۳-۲-۶- توصیه‌های مرتبط با استحمام: حمام معتدل، پرهیز از استحمام با شکم پر.

۳-۲-۷- توصیه‌های مرتبط با اعراض نفسانی: پرهیز از شستشوی زیاد و درمان وسواس شستشو.

۳-۲-۸- توصیه‌های مرتبط با اعمال یدای: بادکش گرم بدون استفاده از تیغ در قسمت سوپراپوبیک.

بحث

در مطالعات مروری و بالینی طب سنتی ایرانی با موضوع بی‌اختیاری ادراری و سلامت مثانه، در راستای پیشگیری از بیماری‌های مثانه و بهداشت آن مطالب مهمی بیان شده است (۱۱، ۱۶). از روش‌های مؤثر در پیشگیری از بی‌اختیاری ادرار که در طب آلوپاتی اشاره شده است: ورزش‌های تقویت عضلات کف لگن به ویژه کگل و آموزش‌های مستقیم روش انجام آن‌ها می‌باشد (۱۹) که بوعلی‌سینا نیز به ورزش معتدل و منع کم‌حرکی در بحث نقش اسباب مسخنه (گرم‌کننده) و مسبب رطوبت بیش از حد بافت‌های بدن، در کاهش سردی و تری که عامل

ایجاد بی‌اختیاری استرسی است، تأکید دارد (۱۰). از دیگر روش‌های مؤثر در پیشگیری در طب آلوپاتی، رژیم‌ها و برنامه‌های کاهش وزن می‌باشد (۱۹). بوعلی‌سینا به این دو نکته نیز در دستور غذا به حد اعتدال خوردن در اسباب مسخنه و عدم زیاده‌روی در خوردن غذاهای رطوبت‌زا و منع پرخوری در کنترل عوامل مسبب رطوبت بیش از حد بدن تأکید کرده است (۱۰)، ضمن این‌که وی و سایر حکمای طب سنتی ایران، پرخوری را عامل افزایش رطوبت بدن و بالطبع مثانه می‌دانند (۱۰، ۱۸). کاهش مصرف سیگار، درمان مناسب آسم و یبوست، زایمان مناسب برای پیشگیری از پرولاپس ارگان‌های لگنی و آسیب‌های مجرا و آسیب‌های عضلات کف لگن نیز از سایر روش‌های پیشگیری در طب آلوپاتی می‌باشد (۱۹).

با مروری بر ریسک فاکتور سن در طب ایرانی مشخص می‌گردد که در این طب با عبور از دوره جوانی، افزایش سن منجر به سردتر شدن مزاج بدن نسبت به گذشته می‌گردد و فرد را مستعد بروز بیماری‌های سرد می‌نماید. علاوه بر آن در این سنین بدن به تدریج دچار تجمع رطوبات زائد نیز می‌شود (۱۸).

در بروز ریسک فاکتور چاقی نیز از دیدگاه طب سنتی ایران عامل برودت و رطوبت مزاج همواره دخیل می‌باشد (۱۸) و افراد بسیار چاق دچار شدت سردی مزاج و کثرت بلغم می‌باشند (۱۲) و چاقی شدید باعث آفت و ضرر در افعال طبیعی بدن می‌شود (۱۰).

ابن سینا ذیل مبحث جلوگیری از بارداری، درباره تأثیر حاملگی بر ایجاد عوارض ادراری ذکر می‌کند در افرادی که دچار ضعف مثانه هستند، گاه طبیب به ناچار توصیه به جلوگیری از بارداری می‌نماید، چه بسا سنگینی ناشی از جنین

فرد را دچار شقاق مثانه و سلس البول می‌نماید و فرد تا آخر عمر قادر به حبس ادرار خود نمی‌باشد (۱۰).

در نظر بوعلی‌سینا و سایر حکمای طب سنتی ایران یکی از علل بی‌اختیاری ادراری، عامل فشارنده مزاحمی است که مثانه را می‌فشارد که یبوست، بارداری و آسم به دلیل فشارهایی که به طور مستقیم و یا به واسطه افزایش فشار داخل شکم به مثانه وارد می‌کنند، در این بحث قرار می‌گیرند. یکی دیگر از علل ایجاد بی‌اختیاری ادراری در دیدگاه طب سنتی ایران جابجایی مثانه است که پرولاپس اعضای لگن و آسیب عضلات کف لگن می‌تواند باعث این جا به جایی شود. استفاده درازمدت از سیگار به دلیل ایجاد سرفه مزمن با مکانیسم عامل فشارنده باعث ایجاد بی‌اختیاری ادراری می‌شود (۱۰، ۱۲)، لذا حذف تدریجی سیگار که در طب آلوپاتی به آن اشاره شده، در دیدگاه حکمای ایرانی منطقی می‌باشد (۱۰، ۱۸). در عین حال ورزش‌های سنگین برای بی‌اختیاری ادراری یک ریسک فاکتور تلقی می‌شود (۲۰)، که همانطور که در یافته‌ها اشاره شد این نکته در دیدگاه بوعلی‌سینا در توضیح نقش اسباب مسخنه در کاهش سردی و تری به خوبی بیان شده است. بوعلی‌سینا از حرکت، ورزش و دلک و غمز معتدل و نه به افراط در این باب یاد کرده است (۱۰).

در زمینه پیشگیری از بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان در تعدادی از مطالعات اثرات پروفیلاکتیک تکنیک‌های جراحی برای پیشگیری از بی‌اختیاری استرسی ادراری در زمان ترمیم پرولاپس اعضای لگنی تأیید شده است (۲۱-۲۲). علاوه بر آن یکسری مطالعات به مقوله پیشگیری از بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان در دوران بارداری پرداخته است که استراتژی ویژه در این باب ورزش‌های تقویت‌کننده عضلات کف لگن می‌باشد (۲۳-۲۶).

در بخش درمان نیز، در روش‌های غیر جراحی مقالات اخیر، این سیر بیشتر به سمت روش‌های غیر دارویی مثل کاهش وزن (۲۷) بررسی اثر روش‌های تقویت اعضای لگنی و مثانه با روش‌هایی مانند فیزیوتراپی، ورزش‌های لگنی، طب سوزنی، استفاده از الکترودهای محرک عضلات از طریق واژن رفته است (۳۰-۲۸). در نگاه طب سنتی ایرانی تمام این راه‌کارها باعث کاهش رطوبت و سردی ناحیه با ایجاد گرمی در ناحیه یا عضو مبتلا می‌شود (۱۰) و همان‌گونه که ذکر شد، عامل ایجاد بی‌اختیاری استرسی ادراری افزایش رطوبت و سردی در مثانه و اعضای مجاور آن می‌باشد.

در مجموع به نظر می‌رسد که در زمینه علل ایجاد بی‌اختیاری استرسی ادراری زنان و پیشگیری از آن در طب آلوپاتی و طب سنتی ایرانی مشترکات قابل ملاحظه‌ای مشاهده می‌شود، با این حال توصیه‌های طب سنتی در زمینه پیشگیری و اصلاح سبک زندگی بیماران با توجه به اتیولوژی این بیماری در این طب، از جامعیت و گستردگی چشمگیری برخوردار است و می‌تواند زمینه‌ساز تهیه یک برنامه مدون در این حیطه باشد، لذا طراحی مطالعات بالینی جهت تعیین اثربخشی این تدابیر جهت پیشگیری از این اختلال ضروری به نظر می‌رسد. امید است که با توجه به پیامدهای منفی این اختلال و دشواری درمان آن، استفاده از طب سنتی ایران جهت تهیه برنامه مدون آموزش جنس مؤنث از کودکی به ویژه در مراکز بهداشتی و درمانی و سایر مراکزی که زنان و مادران از جمله گروه‌های هدف آن‌ها می‌باشند، در پیشگیری و کنترل این بیماری راه‌گشا باشد.

جدول ۱: علل و ریسک فاکتورهای بی‌اختیاری ادراری زنان در طب رایج (۱، ۹، ۱۳)

علل و ریسک فاکتورها	توضیحات
سن	در میان‌سالی شایع‌تر است و اثر پیشرفته‌تری دارد (۹).
چاقی	در ایجاد تمام انواع بی‌اختیاری مؤثر است. در بی‌اختیاری نوع استرسی و اضطرابی با مکانیسم افزایش فشار داخل شکمی عمل کرده و تأثیر بیشتری دارد ($BMI > 30$) یا افزایش وزن بیش از ۲۰٪ وزن ایده‌آل (۹).
تعداد بارداری	در استرسی اثر پیشرفته‌تری دارد (۹).
زایمان	مکانیسم اثر در نوع استرسی شامل کاهش قدرت عضله بالابرنده مقعدی، نزول عضله گردن مثانه، نوروپاتی پودندال که باعث دنرویشن نسبی عضلات لگنی می‌شود، آسیب مستقیم عضلات لگنی و بافت همبند و آسیب عصبی در اثر تروما و کشش می‌باشد. وزن جنین مساوی یا بیش از ۴ کیلوگرم باعث افزایش ریسک ایجاد همه انواع بی‌اختیاری ادراری زنان می‌شود (۱، ۱۳).
یائسگی	
هیستریکتومی	یک عامل خطر برای پیشرفت بی‌اختیاری ادراری است (۱۳).
علائم ادراری	
آسیب عملکردی	شامل پرولاپس ارگان‌های لگنی و هر عاملی که باعث کاهش عملکرد در دفع ادراری شود.
آسیب شناختی	مانند آسیب‌های مغزی از جمله آلزایمر
افزایش مزمن فشار شکمی	
سرفه مزمن	
یبوست	
عوامل شغلی	
سیگار	مکانیسم‌ها: افزایش فشار داخل شکمی در اثر سرفه مزمن کاهش سنتز کلاژن به دلیل اثرات ضد استروژنی سیگار (۱۳).
نژاد	در زنان سفید پوست نوع استرسی و در زنان آفریقایی و آمریکایی نوع اضطرابی شایع‌تر است (۱۳).
تاریخچه فامیلی	احتمال ابتلا در دختران و خواهران مبتلایان بیشتر است (۱۳).

جدول ۲: پیشگیری از بی‌اختیاری ادراری استرسی بر اساس کنترل رطوبت و سردی

(۱۱-۱۰، ۱۶، ۱۸، ۳۲)

مکانیسم اثر	اقدامات پیشگیرانه	توضیحات
جلوگیری از افزایش غیر عادی رطوبت در کل بدن و در نتیجه مثانه (۱۰)	پرهیز از کم‌حرکی	
	پرهیز از خواب زیاد	
	پرهیز از پرخوری	
	اجتناب از زیاده‌روی در خوردن غذاهای رطوبت‌زا	
	پرهیز از رفتارهای رطوبت‌زا	مثل استحمام با شکم پر، تماس زیاد با آب (شغل‌های خاص، وسواس شستشو)
تقویت اسباب مسخنه (عوامل گرم‌کننده) (۱۰)	غذا به حد اعتدال خوردن	
	حرکت معتدل	ورزش معتدل
		دلک و غمز معتدل
	گذاشتن بادکش خشک	
کاهش تولید خلط خام (۱۰، ۱۸)	غذای حار	
	حمام معتدل	
	خواب و بیداری معتدل	
	پرهیز از پرخوری	
رفع ضعف عضو (تقویت عضو) (۱۶، ۳۲)	درمان مشکلات گوارشی	
	گرم‌کننده‌های خوراکی مثانه	دارچین با قند و یا مویز که به جای دانه آن فلفل قرار داده باشند. غذاهای جالی و مسخن مثانه مثل انجیر و مویز (در تسخین و جلای مثانه اختصاصی عمل می‌کنند).
	مقویات خوراکی اعضا از جمله مثانه	مغزهای مقوی اعضا مانند گردو، پسته، بادام، چلغوزه، کنجد سیاه پوست گرفته‌شده با نبات.

با کاهش رطوبت و سردی ناحیه باعث تقویت می شود (۱۰).	بادکش گرم بدون استفاده از تیغ در قسمت سوپراپوبیک	
با کاهش رطوبت و سردی ناحیه و رفع استرخا و شلی مثانه باعث تقویت می شود (۱۰).	گرم کردن موضعی	
مثلاً روی چمن یا سنگفرش یا زیر اندازهایی که مزاج مناسب با فصل و محیط ندارند. مسکن سرد و مرطوب مثل زیر زمین.	نشستن مکرر و طولانی در مکان های سرد و مرطوب	منع رفتارهایی که مستقیماً باعث غلبه سردی و تری در اعضای لگن و به ویژه مثانه می شود (۱۱).
	وسواس و کثرت استفاده از آب سرد در طهارت	
مضر مثانه است	کثرت مصرف ترشی	

پی‌نوشت

1. Stress Urinary Incontinence

۲. پساری (Pessary) وسیله‌ای است اینتراواژینال که در نوع بی‌اختیاری استرسی برای حفاظت از گردن مثانه استفاده می‌شود.

3. FDA: Food and Drug Administration

4. Manipulation

فهرست منابع

1. Berek JS. *Berek & novak's Gynecology*. 15th ed. California: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business; 2012. 865-889.
2. Thirugnanasothy S. Managing urinary incontinence in older people. *BMJ*. 2010; 9(341): 339-343.
3. Long R, Giri S, Flood H. Current concepts in female stress urinary incontinence. *The Surgeon*. 2008; 6(6): 366-372.
4. Cameron AP, Haraway AM. The treatment of female stress urinary incontinence: an evidenced-based review. *Open Access J Urol*. 2011; 17(3): 109-20.
5. McAninch JW, Lue TF. *Smith & Tanago's general urology*. 8th ed. California: Mc Graw-Hill Companies; 2013. 36, 480-485.
6. Abrams P, Smith AP, Cotterill N. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU Int*. 2015; 115(1): 143-152.
7. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007; 21(2): 321-329.
8. Hajebrahimi S, Madaen S. Prevalence of urinary incontinence in Tabrizian women. *Iranian J Urol*. 2001; 61-64.
9. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nigaard IE. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 870-876, 890-897.

10. Ibn Sina AA. *Al-Qanun fi Tibb*. 1st ed. Beirut: Al-Alami Library; 2005. Vol.1, 111-113; Vol.2, 41-9, 361-365.
11. Nojavan F-SH, Hashem Dabbaghian F, Ghanbari Z, Kamalinejad M, Mokabberinejad R. Urinary Incontinence in Traditional Iranian Medicine. *Quarterly Journal of Medical History*. 2015; 7(23): 99-125. [Persian]
12. Nazemjahan MA. *Exireh Azam: Iran University of Medical Sciences & Health Services Research Institute for Islamic and Complementary Medicine (RICM)*. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2008. 75-76, 511-521. [Persian]
13. Hofman BI, Schorge JO, Schafer JI, Halvorson LM, BradshawKD, Cunningham FG. *Williams Gynecology*. 2nd ed. Texas: McGraw-Hill Companies; 2012. 634-639.
14. Dehghanmanshadi F, Ganbari Z, Jabbari Z, Miri E. Associated disorders and risk factors for urinary incontinence in women. *Cientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2012; 11(2): 56-63. [Persian]
15. Emtiazy M, Choopani R, Khodadoost M, Tansaz M, Nazem E. Atheroprotector role of the spleen based on the teaching of Avicenna (Ibn Sina). *Int J Cardiol*. 2013; 167(1): 26-28.
16. Noojavan F, Mkbrynejad R, Ghanbari Z. *Maintain bladder health profile of traditional medicine perspective. Paper presented at: First National Conference on medicinal herbs, traditional medicine and organic farming*. Hamadan: Shahid Mofatteh Faculty; 2013. COI Code article: HBHEAITH01_110. [Persian]
17. Arzani MA. *Tebbe Akbari*. 1st ed. Qom: Jalal-Aldin; 2008. 605-607, 1870-1874. [Persian]
18. Aghili MH. *Kholasat-Alhekmata*. Researched by Nazem A. 1st ed. Qom: Esmaeilian; 2006. Vol.1, 16, 65, 500; Vol.2, 1050-1051. [Persian]
19. Kissler K, Yount SM, Rendeiro M, Zeidenstein L. Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Case Study of Prenatal and Intrapartum Interventions. *J Midwifery Womens Health*. 2016; 61(4): 507-511.

20. Lousquy R, Jean-Baptiste J, Barranger E, Hermieux J. Sport and urinary incontinence in women. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014; 42(9): 597-603.
21. Colombo M, Maggioni A, Zanetta G, Vignali M, Milani R. Prevention of postoperative urinary stress incontinence after surgery for genitourinary prolapse. *Obstet Gynecol*. 1996; 87(2): 266-271.
22. Matsuoka PK, Pacetta AM, Baracat EC, Haddad JM. Should prophylactic anti-incontinence procedures be performed at the time of prolapse repair? Systematic review. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2015; 70(5): 313-314.
23. Sahakian J. Stress incontinence and pelvic floor exercises in pregnancy. *Br J Nurs*. 2012; 21(18): S2-5.
24. Kocaoz S, Eroglu K, Sivaslioglu AA. Role of pelvic floor muscle exercises in the prevention of stress urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Gynecol Obstet Invest*. 2013; 75(1): 34-40.
25. Gorbea Chavez V, Velazquez Sanchez Mdel P, Kunhardt Rasch JR. Effect of pelvic floor exercise during pregnancy and puerperium on prevention of urinary stress incontinence. *Ginecol Obstet Mex*. 2004; 72: 628-36.
26. Sangsawang B, Sangsawang N. Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: a randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 197: 103-10.
27. Brown JS, Wing R, Barrett-Connor E, Nyberg LM, Kusek JW, Orchard TJ, et al. Lifestyle Intervention Is Associated With Lower Prevalence of Urinary Incontinence The Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*. 2006; 29(2): 85-90.
28. Leong BS, Mok NW. Effectiveness of a new standardized Urinary Continence Physiotherapy Program for community-dwelling older women in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2015; 21(1): 30-37.
29. Terlikowski R, Dobrzycka B, Kinalski M, Kuryliszyn-Moskal A, Terlikowski SJ. Transvaginal electrical stimulation with surface-EMG biofeedback in managing stress urinary incontinence in women of

premenopausal age: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2013; 24(10): 1631-1638.

30. Correia GN, Pereira VS, Hirakawa HS, Driusso P. Effects of surface and intravaginal electrical stimulation in the treatment of women with stress urinary incontinence: randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014; 173: 113-118.

31. Jorjani EBH. *Zakhire Kharazmshahi*. 1st ed. Qom: The revival of the Institute of Natural Medicine; 2013. Vol.3, 583.

32. Nejatbakhsh F. *The rules of nutrition in disease based on the principles of Iranian Traditional Medicine*. 1st ed. Tehran: Choogan; 2014. 1502-1509. [Persian]

یادداشت شناسه مؤلفان

ملیحه تبرایی: استادیار طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

زهرایک طبع: دستیار تخصصی طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: salman.farsy@gmail.com

نعمت‌اله مسعودی: دستیار تخصصی طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

طاهره افتخار: دانشیار، متخصص زنان و فلوشیپ کف لگن، دپارتمان کف لگن مجتمع درمانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

لیلا شیربیگی: استادیار طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

Female Stress Urinary Incontinence in Iranian Traditional medicine, its prevention and comparison to modern medicine

Maliheh Tabarraei

Zahra Niktabe

Nematollah Masoudi

Tahereh Eftekhara

Laila Shirbeigi

Abstract

Introduction: Stress urinary incontinence (SUI) is defined as involuntary emission of urine following straining or cough or sneezing. It is considered one of the major health issues throughout the world with its negative social, cultural and psychological impact. The aim of this study is to achieve substantive theory and Prevention strategies of SUI in the Iranian Traditional medicine (ITM) and comparing them with contemporary medicine.

Method: we searched contemporary medical articles in various libraries for etiology of SUI and its preventive methods. Then we discussed the SUI from ITM perspective while mentioning its preventive methods with emphasis on control of main causes. They were compared with the ones mentioned in contemporary medicine.

Results: We found reports about urinary incontinence (UI) in ancient sources of ITM. Considering SUI symptoms in modern medicine, we found footprints of SUI in Salas-albool (Urine incontinence) and Taghtir-albool (Dribbling) caused by moisture (Rotubat), coldness and weakness of bladder. Risk factors for development or aggravation of stress incontinence are weakness of pelvic structures such as bladder neck with resultant decreased prehensility of bladder (quvah maskah). Avicenna and other ITM scholars believe that moisture (Rotubat) and coldness can weaken the retention capacity (quvah maskah) of bladder. Therefore controlling the aggravation of moisture and coldness in the body and pelvic region and bladder in particular can prevent the development of stress

incontinence. They include lifestyle recommendations for bladder and related organs such as eating and drinking habits, exercise, maintaining a healthy weight, sleep and wakefulness, bathing and proper sitting habits.

Discussion & Conclusion: There is considerable similarity between contemporary medicine and ITM about etiology and prevention of SUI. Still ITM medicine's recommendations seem to be more comprehensive paving the way for an educational program for women, mothers and young females. Despite scientific advancements managing stress incontinence can be easier by using preventive methods of ITM.

Keywords:

Female Stress Urinary Incontinence, Iranian Traditional Medicine, Salas-Albool (Urine Incontinence), Taghtir-Albool (Dribbling), Prevention