	آزمون توانمندی سرپرستاران **بزرگی خوش خیم پروستات** **(Benign prostatic hyperplasia)**	
کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵		

ماهیت بیماری:

پروستات غدهای است سفت به شکل یک هرم وارونه که قسمتی از آن بافت غددی و قسمتی بافت عضلانی–همبندی دارد و مجرای ادرار پروستاتی را احاطه مینماید .شایعترین علت انسداد ادراری است که در میان مردان رخ میدهد،(هایپرپلازی)بیشرویش یا افزایش تعداد سلولهای اپیتلیال است که در آزمایش میکروسکوپی مشاهده میشود .رشد غده پروستات از موقع تولد تا بلوغ بسیار کند ۴۵سالگی ثابت میماند ولی بعد از این سنین - است ولی بعداز بلوغ تا سن ۳۰ سالگی باسرعت زیادی رشد میکند و پس از آن تا ۴۰ کم کم دچار هیپرپلازی خوش خیم میشود .به طور کلی ندول های خیلی بزرگ غالبا بعداز ۷۰ سالگی ایجاد میشوند .وزن پروستات در فرد سالم و بالغ حدود ۲۰ -۲۵ گرم و اندازه ۴×۲× ۳ سانتی متر است .

در بزرگی خوش خیم پروستات اول قسمتهای مرکزی پروستات بزرگ میشود، بزرگی این ناحیه معمولاً بر روی پیشابراهی که از داخل پروستات عبور میکند فشارمیآورد .گاهی اوقات این حالت منجر به بروز علایم و مشکلات ادراری خواهد شد معمولاً بزرگی خوش خیم پروستات در عملکرد جنسی اختلالی ایجاد نخواهدکرد. باید بخاطر داشت که بزرگی خوش خیم پروستات سرطان نبوده و منجر به بروز سرطان نیز نخواهد شد اما ممکن است فرد همذزمان دچار بزرگی پروستات و سرطان پروستات باشد.

عوامل مستعد کننده:

علت اصلی بیماری نامشخص است اما دو عامل برای ایجاد آن ضروری است:

۱. بالا رفتن سن : معمولا درسنین بالای ۴۵ سال رخ میدهد.
۲. دی هیدروتستوسترون
- درمورد نقش آندروژن و استروژن هنوز ابهام وجود دارد.

علائم و نشانه ها:

- **علائم انسدادی:** تاخیر در شروع ادرار، کاهش نیروی جهش و قطر جریان ادرار (یکی از علائم اولیه وثابت می باشد) احساس تخلیه ناکامل مثانه، ادرار کردن مضاعف(اقدام به ادرار کردن برای دومین باردر طول ۲ساعت بعد از ادرار قبلی)، زورزدن موقع ادرار و آمدن ادرار قطره قطره بعداز ادرار کردن. این علائم به تدریج ظاهر میشوند و وقتی پروستات به حدی بزرگ شود که مجرای ادراری تقریبا

بسته شود، اجازه خروج ادرار را نمیدهد و حالت احتباس ادراری پیش میآید و مثانه بزرگ میشود ولی بیمار نمیتواند ادرار کند. در این حالت بیمار باید سریع به بیمارستان منتقل شده و برای بیمار سوند گذاشته شود.

- **علائم تحریکی** : شامل تکرر ادرار و شب ادراری می باشند ولی دیزوری و احساس فوریت در ادرار علائم شایعی نیستند. در سرطان پروستات هم این علائم دیده میشود و تشخیص این دو از هم در درجه اول با معاینه پزشکی و سپس با سونوگرافی و آزمایش PSAافتراق داده میشود. البته وضعیت کلیه ها و عفونت نیز در بزرگی خوش خیم پروستات بررسی میشود.

به طور کلی علائم شامل:

۱. افزایش دفعات نیاز به دفع ادرار در شب
۲. مشکل در شروع ادرار
۳. کم فشاری یا جریان منقطع ادرار
٤. چکه کردن در انتهای ادرار
٥. فشار زیاد در حین ادرار کردن
٦. ناتوانی برای خالی کردن کامل مثانه
۷. نیاز فوری و مکرر به دفع ادرار

علائم و نشانه های کمتر شایع عبارتند از:

۱. عفونت مجرای ادرار
۲. ناتوانی در ادرار
۳. وجود خون در ادرار

عوامل خطر در بزرگی پروستات عبارتند از:

۱.افزایش سن : حدود یک سوم از مردان تا ۶۰ سالگی مبتلا به علائم متوسط تا شدید میشوند و حدود نیمی از مردان نیز تا ۸۰ سالگی دچار این بیماری میشوند.

۲**.سابقه خانوادگی :** داشتن نسبت خونی مانند پدر یا برادری که مبتلا به مشکلات پروستات میباشد به این معنی است که احتمال ابتلا به این مشکلات بیشتر خواهد بود

۳**.پیش زمینه های نژادی :** بزرگی پروستات در مردان آسیایی بیشتر از مردان سیاه و سفید شایع است.

۴. دیابت وبیماری قلبی : دیابت و بیماری قلبی و استفاده از مسدودکنندههای بتا ممکن است خطر ابتلا به بزرگی پروستات را افزایش دهد.

۵. **شیوه زندگی :** چاقی خطر ابتلا به بزرگی پروستات را افزایش میدهد در حالیکه ورزش میتواند این خطر را کاهش دهد.

روش های تشخیصی:

۱. **معاینه فیزیکی:** شامل معاینه مجرا، آلت و معاینه با انگشت از راه آنوس که بیان کننده پربودن پروستات و از بین رفتن قوس میانی بین لوب جانبی پروستات است.

۲. بررسی تست های آزمایشگاهیCBC U/A -U/C وتست های بیوشیمی(افزایش اوره وکراتینین که بیانگر کاهش عملکرد کلیوی است) و بررسی فانکشن کلیه، سیتولوژی ادرار وPSA (آنتی ژن اختصاصی پروستات ،افزایش می یابدکه بین ۴تا۱۰ میباشد و در موارد بالای ۱۰باید به سرطان پروستات شک کرد)، تست ارودینامیک، IVP(جهت بیمارانی که سنگ کلیه ، هماچوری، انسداد گردن مثانه و یا سابقه جراحی روی مجرای ادراری دارند)وگاهی طبق صلاحدید جراح مربوطه سیستوسکوپی، MRIکه البته درصورت سرطان پروستات جهت اندازه گیری دقیق ابعاد پروستات بدخیم شده استفاده میشود.

۳. **سونوگرافی** که بیان کننده هیپرتروفی پروستات است.

درمان:

د رمان شامل درمان دارویی و درمان جراحی میباشد.

الف : درمان دارویی:

۱. داروهای بلوک کننده آلفا آدرنرژیک مانند تامسولوسین، دوکسازوسین، ترازوسین
۲. مهارکننده آنزیم ۵ آلفا ردوکتاز مانند فیناستراید که بعداز مصرف ۶ ماهه به طور قابل توجهی باعث کاهش ۵۰ درصدی PSA سرم و کاهش اندازه پروستات میشود. جهت کنترل خونریزی و هماچوری های راجعه نیز در بیماران مبتلا به BPH استفاده میشود.
۳. دارودرمانی ترکیبی
٤. تادالافیل (سیالیس)

ب: : **درمانهای با حداقل تهاجم یا جراحی**:

- **TURPبرداشتن پروستات از طریق مجرای ادرار:**

بک اسکوپ نورانی داخل مجرای ادرار قرار داده میشود و جراح به جز بخش بیرونی پروستات تمام آن را جدا میکند. پس از این عمل ممکن است موقتاً نیاز به یک کاتتر برای تخلیه مثانه باشد و تا زمان بهبودی، بیمار میتواند فعالیت های سبک انجام دهد. در صورت نیاز نمونه هم برداشته و به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال میشود.

	آزمون توانمندی سرپرستاران **بزرگی خوش خیم پروستات** **(Benign prostatic hyperplasia)**	
کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵		

نکته قابل توجه : شایع ترین علت مرگ بعداز جراحی TURP شامل عوارض قلبی و سپسیس میباشد که در تمام بیماران باید عفونت ادراری قبل از عمل درمان شود و در زمان عمل ادرار باید کامل استریل باشد.

- **TUIPبرش پروستات از طریق مجرای ادرار:**

جراح یک یا دو برش کوچک در غده پروستات ایجاد میکند که حرکت ادرار در داخل مجرای ادرار را آسان تر میکند. این جراحی ممکن است در صورتی که بزرگی غده پروستات کم یا متوسط باشد، گزینه مناسبی باشد بویژه اگر مشکلات سلامتی انجام جراحیهای دیگر را بیش از حد خطرناک میکند.

- **TUMTگرما درمانی مایکروویو از طریق مجرای ادرار:**

پزشک یک الکترود مخصوص را از طریق مجرای ادرار به ناحیهی پروستات وارد میکند. انرژی مایکروویو ناشی از الکترود بخش داخلی غده بزرگ شده پروستات را از بین میبرد و با کوچک شدن غده جریان ادرار راحت تر میگردد.

- **TUNAتخریب سوزنی از طریق مجرای ادرار:**

در این روش سرپایی، یک اسکوپ به داخل مجرای ادرار هدایت میشود و به پزشک اجازه میدهد تا سوزنها را در داخل غده پروستات قرار دهد. امواج رادیویی از طریق سوزنها عبور کرده و موجب داغ شدن و از بین رفتن بافت پروستات که مانع جریان ادرار شده است، میشود. این روش ممکن است در صورتی که بیمار به راحتی دچار خونریزی میشود یا دارای مشکالت سالمتی دیگری باشد گزینه مناسبی باشد.

- **لیزر درمانی:**

یک لیزر با انرژی بالا بافت بزرگ شده پروستات را از بین میبرد و یا جدا میکند و بلافاصله موجب تسکین علائم شده و خطر عوارض جانبی آن نسبت به جرای غیر لیزری کمتر است.لیزر درمانی را می توان در مردانی که به دلیل مصرف داروهای رقیق کننده خون نباید از سایر روشهای درمانی استفاده کنند، مورد استفاده قرار داد.

- **پروستاتکتومی باز:**

۱۰ درصد از موارد پروستاتکتومی به صورت باز انجام میشود:
معمولا در صورتی انجام میشود که بیمار دارای پروستات بالای ۶۰ گرم باشد، مثانه آسیب دیده باشد مثلا سنگ مثانه نیز بیمار داشته باشد و یا دیورتیکول وجود داشته باشد. جراح برشی را در پایین شکم ایجاد میکند تا به پروستات برسد و بافت آن را بردارد این جراحی معمولا مستلزم بستری کوتاه مدت در بیمارستان بوده و احتمال نیاز به انتقال خون نیز در آن بیشتر است. در صورت نیاز نمونه برداری هم انجام و نمونه به پاتولوژی ارسال میشود.

	آزمون توانمندی سرپرستاران **بزرگی خوش خیم پروستات** **(Benign prostatic hyperplasia)**	
کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵		

داروهای مصرفی:

داروهایی مثل آلفا بلوکرها، (پرازوسین، ترازوسین و فنوکسی بنزامین) و همچنین فیناستراید اثر خوبی در بیماران دارند.

فعالیت مجاز و غیر مجاز:

توجه داشته باشید که بیمار از انجام فعالیت های شدید ، ورزشهای سنگین خودداری نماید. عضلات کف لگن از استخوان عانه در جلوی کشاله ران تا استخوان دنبالچه در پشت ادامه دارند و درست زیر پروستات هستند و از مثانه، پروستات و راست روده در لگن حمایت می کنند. با جراحی پروستات، با توجه به نزدیکی این عضلات به پروستات، ضعف عضلات اجتناب ناپذیر است. با شروع به تقویت عضلات لگنی قبل از عمل، میتوان ضعف عضلات را کاهش داده و با انقباض عضلات کف لگنی نیز میتوان خطر ابتلا به بی اختیاری ادراری بعد از عمل جراحی را کاهش داد. به بیمار آموزش دهید ابتدا راجع به بلند کردن پرینه، ناحیه بین بافت بیضه ها و راست روده، فکر کند. برای تعیین این که آیا از عضلات به درستی استفاده میکند، میتواند به بالا رفتن آلت تناسلی در طول انقباض نگاه کند. از تحت فشار قرار دادن خود اجتناب کند. عضلات کف لگن را بدون سفت کردن مقعد یا عضلات شکمی تحریک کند .هنگام تحت فشار قرار دادن این عضلات برای اولین بار، به پشت دراز بکشد و دستان خود را روی ناحیه تحتانی شکم قرار دهد. هنگام تحت فشار قرار دادن عضلات لگن، نباید حرکاتی زیر دستان خود احساس کند. اگر هنگام اجرای تمرینات کگل نشت ادراری در بیمار افزایش یابد احتمالا اینکار را نادرست انجام میدهد.

فیزیوتراپیست میتواند با ارائه ارزیابی، مشاهده و بیو فیدبک به بهبود تقویت لگن کمک کند.

ورزش قبل از پروستات:

بیمار پس از ترخیص میتواند با توصیه و آموزش پرستار ورزش کگل را شروع نماید .اگر قبل از عمل جراحی این ورزش را انجام نداده است بهتر است بیمار با یک انقباض ملایم (کمتر از ۱۰۰ درصد ثانیه) شروع کند .انقباض را باید برای مدت سه ثانیه نگه دارد و سپس ۱۵ ثانیه ریلکس بماند و این کار را بیمار باید سه بار در روز (در هر مرحله پنج مرتبه) تکرار کند. هر روز شدت انقباضات را افزایش دهد. همچنین، زمان انقباض را با یک ثانیه افزایش و زمان ریلکسیشن را با یک ثانیه در روز کاهش دهد تا زمانی که به مدت ۱۰ ثانیه نگه داشته و یک استراحت ۱۰ ثانیه ای انجام دهد. پنج بار تکرار و سه بار در روز را ادامه دهد. گام بعدی این است که تمرینات را نشسته یا ایستاده انجام دهد. فواصل زمانی مشابه را همانطور که در بالا ذکر شد، با یک بازه ۵ ثانیه ای انقباض و ۱۵ ثانیه ریلکسیشن ادامه دهد و تا ۱۰ ثانیه انقباض و ۱۰ ثانیه ریلکسیشن پیش برود.

کاهش تدریجی نشت ادرار و افزایش بازه های زمانی نیاز به ادرار کردن را متوجه خواهد شد. همچنین باید فوریت در ادرار کردن را حداقل ۱۵ دقیقه به تاخیر بیاندازد و بدون نشت ادراری به سرویس بهداشتی برود. اگر با افزایش دفعات ادرار یا نشت زیاد مشکل دارد، با پزشک مشورت کند.

	آزمون توانمندی سرپرستاران **بزرگی خوش خیم پروستات** **(Benign prostatic hyperplasia)**	
کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵		

ر ژیم غذایی مجاز و غیر مجاز:

به طور کلی رژیم غذایی بیمار معمولی خواهد بود مگر پزشک نظر دیگری داشته باشد. سبزیجات و میوه های تازه مصرف کند، مایعات زیاد بنوشد (۸تا ۱۰ لیوان) تا ادرار رقیق شود. بعد از شروع مصرف مایعات، از آب، چای کمرنگ، آب کمپوت (سیب، گالبی، آناناس)استفاده کند و برای مدتی از آب میوه های خام استفاده نکند. از مصرف غذاها و نوشابه های محرک سیستم عصبی مثل کافئین (قهوه و نوشابه های حاوی کولا مثل کوکاکولا) و نوشابه های الکلی خودداری کند.

تشخیص ها و مداخالت پرستاری:

۱. ریسک اختلال دفع ادرار
۲. احتباس ادراری
۳. ریسک بی اختیاری ادرار

مداخلات پرستاری:

۱. کاتتر سه راهی پس از عمل را حفظ کنید. یکی برای شستشو، یکی برای تخلیه و سومی برای بادکردن بالون نگهدارنده در نوک کاتتر است. هنگام راه رفتن کیسه ادرار باید پایین تر از سطح بدن باشد ولی مواظب باشید کشیده نشود و به محض اینکه دو سوم کیسه پر شد، می بایست تخلیه گردد.
۲. پایش جذب و دفع
۳. پایش علائم حیاتی
٤. پایش شستشو مثانه
٥. محاسبه دقیق مایعات وارد شده به مثانه از معایعات خروجی از مثانه جهت محاسبه دقیق ادرار
٦. بررسی رنگ ادرار بیمار . بالاترین ریسک خونریزی در روز اول پس از عمل می باشد.

آموزش های خود مراقبتی:

۱. در منزل به طور مرتب راه بروید، تحرک داشته باشید و از نشستن به مدت طولانی (بیش از ۲ ساعت) خودداری کنید.
۲. هنگام دفع زور نزنید و با رعایت رژیم غذایی نظیر سبزیجات و میوه جات و یا با مصرف ملین طبق نظر پزشک، از پیدایش یبوست جلوگیری کنید.
۳. مرتب با ورزش های پرینه مثل جمع کردن و شل کردن عضلات باسن و ایستادن و نشستن، عضلات ناحیه باسن را تقویت کنید(۱۰. بار در ساعت) هر روز دوش بگیرید و برای تسکین ناراحتی ناحیه پرینه از لگن آب گرم طبق نظر پزشک میتوانید استفاده کنید.
٤. هنگام ادرار کردن جریان ادرار را قطع و وصل کنید. این کار به تقویت اسنفگتر ها و کنترل ادرار کمک میکند
٥. تعویض پانسمان در منزل یا درمانگاه باید با روش استریل انجام شود.
٦. داروهایی که برایتان تجویز شده را به موقع استفاده کنید و مقدار آن را کم و یا زیاد نکنید.

۷. .چنانچه مصرف دارویی را فراموش کردید، اگر نزدیک به ساعت بعدی است آن را نخورید و داروی ساعت بعدی را مصرف کنید.
۸. هفته بعد از جراحی مجاز به فعالیت جنسی هستید. در صورت ناتوانی جنسی از مشاوره پزشک کمک بگیرید.
۹. اندازه گیری درجه حرارت از راه مقعد، تنقیه، رکتال تیوب (لوله مخصوص دفع گاز از روده) و شیاف ممنوع میباشد.
۱۰. به مدت ۴ تا ۶ هفته از بلند کردن اجسام سنگین خودداری کنید و فعالیت های خود را به مرور افزایش دهید.
۱۱ . از رانندگی در جاده های پردست انداز خودداری کنید و حد مجاز رانندگی حداکثر ۲ ساعت میباشد.

علائم هشدار دهنده بیماری و پیگیری:

۱. تا مدتی ممکن است بی اختیاری داشته باشید، این امری طبیعی است بنابراین نگران نباشید این نوع بی اختیاری مدتی طول میکشد و به مرور برطرف خواهد شد.
۲. در صورت پیدایش علائم و نشانه هایی مثل بسته شدن راه ادرار، احساس پری در مثانه، احساس نیاز به دفع ادرار، اسپاسم (گرفتگی عضلات) مثانه، نشت ادرار اطراف سوند، کاهش ادرار یا قطع ادرار در کیسه به مدت ۴ ساعت و علائم عفونت ادراری شامل تب، لرز، گیجی و بی قراری فورا به جراح خود گزارش دهید.

منابع:

۱. ارولوژی عمومی، تالیف دکتر ناصر سیم فروش(استاد ممتاز ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، دکتر اکبر نورعلیزاده و دکتر محمدحسین سلطانی)دانشیاران ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید پزشکی)و با همکاری اعضای هیئت علمی منتخب سراسر کشور. ۱۳۹۹
۲. .گایدلاین ارولوژی، تالیف دکتر کامران احمدی . ۱۳۹۲
۳. .برونر سودارث کلیه و مجاری ادراری(پرستاری داخلی جراحی) ترجمه مریم حضرتی و زهرا نسایه)اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز(ویرایش صدیقه سالمی)هیئت عملی دانشگاه علوم پزشکی تهران(.۲۱۱۲
٤. www.elmnet.ir.
٥. WWW.MEDSCAPE.COM