

فراوانی بی‌اختیاری استرسی ادرار بدنبال زایمان و عوامل مرتبط با آن در خانمهای اول‌زا

دکتر رباب بهدانی، استادیار بخش زنان بیمارستان آرش، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر الهه رضائی، رزیدنت زنان و زایمان بیمارستان آرش، دانشگاه علوم پزشکی تهران

The Frequency Of Urinary Stress Incontinence After Delivery In Primiparous Women And The Related Factors ABSTRACT

In order to determine the frequency rate of urinary stress incontinence (S.I) after delivery and related factors a longitudinal study carried on primiparous women in Arash Hospital in 1379.

Through a non probability sampling, 400 eligible women were recruited from available population. Patient with complain of urinary stress incontinence on third day after delivery, were examined and undergone for required diagnostic tests. After stabilizing the diagnosis of urinary stress incontinence, they were followed on 6th week, 3th month and the first year after delivery.

The mean of maternal age was 23.5 ± 4.3 years and the mean of gestational age was 37.9 ± 2.1 weeks.

The vaginal delivery and cesarean section rates were 83.7 percent and 16.3 percent respectively. From the cases, 50 Women (12.5 percent) had S.I on third day after delivery, which 28 of them had this problem from their pregnancy (group A), and in 22 patients (5.5 percent), S.I were began after delivery (group B). On first year after delivery, only 6 patient (1.5 percent) had complaint of S.I, totally. All patients with S.I had a vaginal delivery and no cases of S.I had found in cesarean section group (65 women). This difference was significant ($P=0.019$). Comparison of 3 groups A, B and C (including 285 women without S.I after vaginal delivery) had represented that the mean of maternal age and gestational age were significantly higher in group B than other two groups ($P=0.0001$ and $P=0.0009$ respectively).

Key words: Urinary stress incontinence, primiparous.

چکیده

میانگین سن افراد تحت بررسی $23/5 \pm 4/3$ سال و میانگین سن حاملگی آنها $37/9 \pm 2/1$ هفته بود. ۸۳/۷ درصد بطریقه واژینال و ۱۶/۳ درصد از طریق سزارین زایمان کردند. روز سوم پس از زایمان ۵۰ خانم (۱۲/۵ درصد) دچار S.I بودند که ۲۸ نفر آنها سابقه S.I را در دوران حاملگی داشتند (گروه A) و ۲۲ نفر (۵/۵ درصد) پس از زایمان دچار این مشکل شده بودند (گروه B). مجموعاً پس از یکسال تنها ۶ نفر (۱/۵ درصد) دچار S.I بودند. تمامی موارد S.I حاصل زایمان واژینال بودند. در ۶۵ خانمی که سزارین شدند موردی از S.I مشاهده نشد. این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P=0/019$). مقایسه سه گروه C, B, A (۲۸۵ نفری که پس از زایمان واژینال S.I نداشتند) نشان داد که گروه B دارای میانگین سنی بالاتر ($P=0/0001$) و میانگین سن حاملگی بیشتر ($P=0/0009$) نسبت به دو گروه دیگر بود.

مطالعه ای طولی با هدف تعیین میزان فراوانی بی‌اختیاری استرسی ادرار (S.I) stress بدنبال زایمان و عوامل مرتبط با آن در خانمهای پریمی پار بستری شده جهت زایمان در بیمارستان آرش در سال ۱۳۷۹ انجام شد. از خانمها، ۴۰۰ نفر فرد واجد شرایط به طریقه نمونه‌گیری غیرتصادفی (آسان) از جمعیت در دسترس وارد مطالعه شدند. خانمهایی که روز سوم پس از زایمان از بی‌اختیاری استرسی ادرار شکایت داشتند مورد معاینه و تستهای تشخیصی لازم قرار گرفته و در صورت اثبات بی‌اختیاری استرسی ادرار، در هفته ششم، ماه سوم و یکسال پس از زایمان مجدداً از نظر S.I بررسی می‌شدند.

مقدمه

یافتن عوامل مرتبط با آن، مطالعه ای بر روی خانمهای پرایمی پار در بیمارستان آرش صورت گرفت تا بتوان بر اساس آن شیوه ای مناسب جهت رویارویی و حل این مشکل ارائه کرد.

مواد و روشها

نوع مطالعه طولی (longitudinal) و جامعه مورد مطالعه، خانمهای پرایمی پار مراجعه کننده به بیمارستان آرش جهت زایمان در سال ۱۳۷۹ بود.

مواردی که سابقه مصرف داروهای مؤثر بر دستگاه ادراری را داشتند از مطالعه حذف می شدند. نمونه گیری از جمعیت در دسترس به شیوه غیر تصادفی (آسان) تا رسیدن به حجم نمونه محاسبه شده (۴۰۰ مورد) صورت گرفت. پس از بستری بیماران، در صورت رضایت برای شرکت در مطالعه، اطلاعات دموگرافیک و مامایی لازم وارد پرسشنامه می شد.

روز سوم پس از زایمان از تمامی بیماران در مورد بی اختیاری ادرار سؤال می شد و در صورت پاسخ مثبت ۶ هفته بعد از زایمان برای معاینه مراجعه می کرد. بیمار از نظر وجود سیتوسل، کارنکول پیشابراه، حس ناحیه پرینه و تونوس اسفنکتر آنان معاینه شده و با مشاهده اختلال در هر یک از این موارد، اختلال اعصاب ساکرال مطرح می شد و بیمار از مطالعه خارج می گردید. در غیر اینصورت از بیمار خواسته می شد تا در حال ایستاده مانور والسالوا را انجام دهد و اگر ادرار نشست می کرد بی اختیاری ادرار ثابت می گشت. سپس بعد از تخلیه مثانه توسط بیمار، برای او سوند گذاشته می شد و اگر حجم ادرار باقیمانده کمتر از ۵۰cc بود با انجام Q Tip test و تست پرشدگی مثانه وجود بی اختیاری استرسی ادرار (S.I) ثابت می گشت. چنین مواردی ۳ ماه و یکسال پس از زایمان از نظر وجود S.I بررسی می شدند. پیگیری بیماران از طریق تماس تلفنی صورت می گرفت. تحلیل داده ها با استفاده از آزمونهای Fisher's X^2 exact و آنالیز واریانس در سطح معنی داری $a=0/05$ انجام شد.

نتایج

میانگین سنی ۴۰۰ خانم باردار تحت بررسی $23/5 \pm 5/6$ سال و میانگین سن حاملگی آنها $37/9 \pm 2/1$ هفته بود. ویژگیهای مادری و جنینی در جدول (۱) آورده شده است.

بی اختیاری استرسی ادرار (S.I) شایع ترین شکل بی اختیاری ادرار در خانمها می باشد که طی دوره های افزایش فشار داخل شکم روی می دهد (۲،۱).

در یک مطالعه بر روی خانمهای بیشتر از ۱۸ سال، ۲۲ درصد مبتلا به S.I بودند (۱). شیوع S.I در دوران حاملگی بخصوص بعد از هفته ۲۰ حاملگی حدود ۵۰-۳۰ درصد ذکر شده است (۶،۵،۴،۳).

S.I دوران حاملگی در اکثر موارد بطور خودبخود پس از زایمان برطرف می گردد. در یک مطالعه از ۸۸ خانمی که در حاملگی دچار این مشکل بودند، ۳۷ درصد (۳۲ نفر) پس از زایمان، ۱۱ درصد (۹ نفر) ۳ ماه پس از زایمان و ۴ درصد (۳ نفر) یکسال پس از زایمان هنوز دچار این مشکل بودند. این مطالعه نشان می دهد که فاکتورهای مکانیکی ساده ای در ایجاد S.I در دوران حاملگی نقش دارند (۸،۷).

زایمان با آسیب به اعصاب، عضلات و بافت همبندی کف لگن در ایجاد S.I نقش دارد (۲،۹). بروز S.I پس از زایمان با شیوه زایمان واژینال و نیز با طول مدت مرحله دوم زایمان، وزن جنین و دور سر جنین ارتباط دارد (۱۰،۳،۹).

در مطالعه ای از ۲۱ خانمی که پس از زایمان دچار S.I شدند سه ماه پس از زایمان ۳۰ درصد (۶ نفر) و یکسال پس از زایمان ۲۴ درصد (۵ نفر) این مشکل را همچنان داشتند و این اهمیت طولانی مدت فاکتورهای مامایی مرتبط با S.I پس از زایمان را نشان می دهد (۶،۷). طی تحقیقاتی بر روی S.I بدنیاال زایمان واژینال ۲۴/۵ درصد و بدنیاال سزارین ۵ درصد گزارش شده است (۹،۱۰،۳،۷).

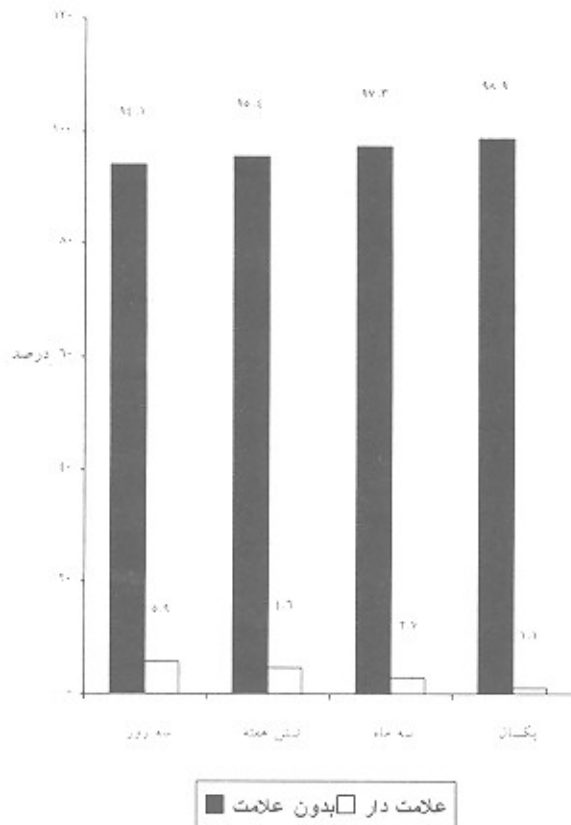
در مورد ارتباط سن با S.I پس از زایمان نظرات متفاوتی وجود دارد. در برخی مطالعات چنین ارتباطی مشاهده نشده است (۱۱). Meyer S. و همکاران، احتمال آن را در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال بالا گزارش کرده اند (۳) و در مطالعه ای فراوانی آن در گروه سنی بالای ۳۰ سال بیشتر از سن زیر ۳۰ سال بوده است (۸).

وزن هنگام تولد بیشتر از ۴۰۰۰ گرم را نیز از عوامل خطر S.I پس از زایمان شمرده اند (۱۰،۷،۹،۳). جهت آگاهی از میزان فراوانی بی اختیاری استرسی ادرار پس از زایمان و سیر آن و

B دارای سن حاملگی بالاتری نسبت به دو گروه دیگر بودند ($P=۰/۰۰۰۹$).

تفاوت معنی داری بین سه گروه از نظر میانگین وزن جنین، دور سر جنین و طول مدت مرحله دوم زایمان مشاهده نشد (جدول ۳).

نمودار ۱ - درصد فراوانی موارد بی‌اختیاری ادراری استرسی با شروع پس از زایمان



از ۲۲ مورد مبتلا در روز سوم پس از زایمان، ۱۷ نفر (۴/۶ درصد) ۶ هفته و ۱۰ نفر (۲/۷ درصد) سه ماه و ۴ نفر (۱/۱ درصد) یکسال پس از زایمان هنوز مشکل خود را داشتند (نمودار ۲).

ارتباط بین شیوه زایمان و بی‌اختیاری استرسی ادرار در هفته ششم بعد از زایمان قابل ملاحظه بود ولی در سطح ۰.۰۵، این معنی داری فرار نمی‌گرفت ($P=۰/۰۵۲$) ارتباط در ماه سوم و یکسال پس از زایمان معنی دار نشد (جدول ۲).

جدول ۱ - ویژگیهای مادری و جنینی در خانمهای پرایمی پار

تحت بررسی در بیمارستان آرش در سال ۱۳۷۹

طیف	انحراف معیار میانگین	n=1۰۰
سن (سال)	۲۳/۵±۱/۶	۱۶-۳۹
سن حاملگی (هفته)	۳۷/۹±۲/۱	۲۷-۴۲
طول مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)	۴۸/۳±۱۳/۶	۱۰-۸۶
وزن جنین (گرم)	۳۱۹۵/۷±۳۰۹/۱	۱۵۰۰-۴۳۰۰
دور سر جنین (سانتی‌متر)	۳۲/۸±۱/۲	۲۸-۳۷

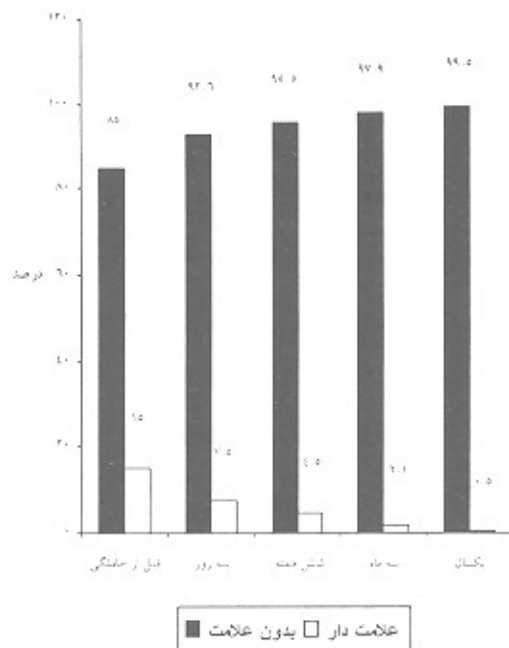
۶۱ نفر (۱۵/۳ درصد) دارای سابقه بی‌اختیاری استرسی ادرار در طی حاملگی بودند که ۳۳ نفر آنها (۵۴/۱ درصد) ناپایان حاملگی خودبخود بهبود یافته بودند. شیوه زایمان در ۸۳/۷ درصد (۳۳۵ نفر) واژینال و در ۱۶/۳ درصد (۶۵ نفر) سزارین بود.

میزان فراوانی S.I در روز سوم پس از زایمان ۵۰ مورد (۱۲/۵ درصد) بود که ۲۸ مورد آنها سابقه این مشکل را در دوران حاملگی نیز داشتند (گروه A) و در ۲۲ مورد (۵/۵ درصد) این مشکل بدنال زایمان پیدا شده بود (گروه B). تمامی موارد S.I حاصل زایمان واژینال بود ۲۸۵ نفر از موارد زایمان واژینال فاقد بی‌اختیاری استرسی ادرار بودند (گروه C).

در بین خانمهایی که سزارین شدند موردی از S.I پس از زایمان مشاهده نشد. جهت بررسی ارتباط شیوه زایمان با S.I، توزیع فراوانی S.I را بر حسب شیوه زایمان در ۳۳۹ بیماری که طی حاملگی دچار S.I نبودند، محاسبه کردیم. در روز سوم پس از زایمان ۲۲ نفر از ۲۸۲ مورد زایمان واژینال (۷/۸ درصد) دچار بی‌اختیاری استرسی ادرار بودند ولی در بین سزارین شدگان این مشکل وجود نداشت. این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P=۰/۰۱۹$).

پیگیری موارد مبتلا در دوره حاملگی (۶۱ مورد) و موارد ایجاد شده پس از زایمان (۲۲ مورد) طی یکسال پس از زایمان نشانگر سیر بهبودی تدریجی آنها بود. از ۶۱ مورد مبتلا در دوره حاملگی، ۲۸ نفر (۷/۵ درصد) سه روز پس از زایمان، ۱۷ نفر (۴/۵ درصد) ۶ هفته و ۸ نفر (۲/۱ درصد) سه ماه و تنها ۲ نفر (۰/۵ درصد) یکسال پس از زایمان همچنان دچار بی‌اختیاری استرسی ادرار بودند (نمودار ۱). با آنالیز واریانس، اختلاف میانگین سن حاملگی بین سه گروه مذکور معنی دار بود و گروه

نمودار ۲ - درصد فراوانی موارد بی اختیاری ادراری استرسی با شروع قبل از زایمان



میانگین سن گروه A $22/74 \pm 4$ سال، گروه B $27/24 \pm 3$ و گروه C $23/64 \pm 4$ سال بود. آنالیز واریانس اختلاف P بین سه گروه را از نظر میانگین سنی معنی دار نشان داد و با تست توکی (Tukey) مشخص شد که میانگین سنی گروه نسبت به دو گروه دیگر بالاتر می باشد ($p=0/0001$).

بحث

بررسی ۴۰۰ خانم پریمی پار نشانگر ۶۱ مورد (۱۵/۳ درصد) بی اختیاری استرسی ادرار طی حاملگی بود که ۳۳ مورد آنها (۵۴/۱ درصد) خودبخود بهبود یافته و ۲۸ مورد آنها (۷/۵ درصد) در روز سوم پس از زایمان این مشکل را داشتند. با گذشت زمان این افراد رو به بهبود گذاشتند به طوری که در هفته ششم ۱۷ نفر (۴/۵ درصد)، در ماه سوم ۸ نفر (۲/۱ درصد) و پس از یکسال ۲ نفر (۰/۵ درصد) از بی اختیاری استرسی ادرار شاکی بودند. در دیگر مطالعات، شیوع S.I در دوران حاملگی بخصوص پس از هفته ۲۰ حاملگی حدود ۵۰ - ۳۰ درصد ذکر شده است (۳،۴،۵،۶).

جدول ۲ - توزیع فراوانی بی اختیاری استرسی ادرار بر حسب شیوه زایمان در خانمهای پریمی پار در بیمارستان آرش سال ۱۳۷۹

سطح معنی داری بر اساس Fisher's exact test	سزارین **n=۵۷	زایمان واژینال *n=۲۸۲	مبتلا به S.I در روز سوم پس از زایمان
p=۰/۰۱۹	۰	۲۲ (۷/۸)	مبتلا به S.I ۶ هفته پس از زایمان
p=۰/۰۵۲	۰	۱۷ (۶/۰)	مبتلا به S.I ۳ ماه پس از زایمان
N.S***	۰	۱۰ (۳/۵)	مبتلا به S.I یکسال پس از زایمان
N.S	۰	۴ (۱/۴)	

* تنها مواردی که در حاملگی سابقه بی اختیاری استرسی ادرار نداشته اند در نظر گرفته شده اند.
** stress incontinence
*** non significant

جدول ۳ - مقایسه میانگین متغیرهای بررسی شده در خانمهای پریمی پار در بیمارستان آرش در سال ۱۳۷۹

سطح معنی داری بر اساس آنالیز واریانس	گروه C n=۲۸۵	گروه B n=۲۲	گروه A n=۲۸	متغیر
p=۰/۰۰۰۱	$23/64 \pm 4$	$27/24 \pm 3$	$22/74 \pm 4$	سن (سال)
p=۰/۰۰۰۹	$27/8 \pm 2/3$	$29/2 \pm 0/6$	$28 \pm 1/1$	سن حاملگی (هفته)
N.S*	$2187/7 \pm 307/4$	$2220/4 \pm 297/8$	$2178/7 \pm 234/4$	وزن جنین (گرم)
N.S	$22/8 \pm 1/3$	$23/1 \pm 1/3$	$22/7 \pm 1/2$	دور سر جنین (سانتی متر)
N.S	$47/9 \pm 10/6$	$54/8 \pm 1/4$	$47/8 \pm 13/2$	طول مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)

گروه A: گروه مبتلا به S.I پس از زایمان واژینال با سابقه S.I در دوران حاملگی
گروه B: گروه مبتلا به S.I پس از زایمان واژینال
گروه C: گروه بدون S.I پس از زایمان واژینال
* non significant (ارقام بصورت انحراف معیار میانگین بیان شده است).

و ۲۴ درصد (۵ نفر) یکسال پس از زایمان این مشکل را داشتند (۶،۷).

جهت بررسی ارتباط S.I پس از زایمان واژینال با سن، سن حاملگی، وزن جنین، دور سر جنین و طول مدت مرحله دوم زایمان، سه گروه مشخص شده پس از زایمان واژینال (گروه A شامل ۲۸ نفر، گروه B شامل ۲۲ نفر، گروه C شامل ۲۸۵ نفر) را با هم مقایسه کردیم و نشان دادیم که گروه B دارای میانگین سن و میانگین سن حاملگی بالاتری نسبت به دو گروه دیگر است ولی میانگین دیگر متغیرهای نام برده شد متفاوت نبود.

در مورد ارتباط سن با S.I پس از زایمان نظرات متفاوتی بیان شده است در یک گزارش چنین ارتباطی وجود نداشته است (۱۱) و در بررسی دیگری گروه سنی بالای ۳۰ سال نسبت به زیر ۳۰ سال بیشتر دچار S.I بوده اند (۸). در برخی مطالعات نیز وزن هنگام تولد بیشتر از ۴۰۰۰ گرم از عوامل خطر S.I پس از زایمان نام برده اند (۹،۱۰،۷،۳).

با توجه به سیر بهبودی S.I در طول یکسال در بیماران تحت بررسی ما چه در مواردیکه پس از زایمان دچار این مشکل می شوند و چه آنهایی که در زمان حاملگی مبتلا بوده اند، می توان پیشنهاد کرد:

۱ - قبل از اقدام جراحی برای خانمهای پریمی پاری که با شکایت بی اختیاری استرسی ادرار مراجعه می کنند، بهتر است حداقل بمدت یکسال صبر شود، چون نزدیک به ۸۲ درصد آنها بهبود خواهند یافت.

۲ - انتخاب شیوه سزارین بجای زایمان واژینال از طرف خانمهای باردار برای پیشگیری از این مشکل منطقی به نظر نمی رسد و باید آگاهی لازم را در این زمینه به خانمهای باردار ارائه نمود.

در یک مطالعه از ۸۸ خانمی که در حاملگی دچار S.I بودند ۳۷ درصد (۳۲ نفر) پس از زایمان، ۱۱ درصد (۹ نفر) ۳ ماه بعد از زایمان و ۴ درصد (۳ نفر) یکسال پس از زایمان هنوز این مشکل را داشتند (۷،۸). از آنجا که تشخیص بی اختیاری ادرار در دوران حاملگی در مطالعه ما مبنی بر پاسخ بیماران بوده است، دوران تورش یاد آوری (recall bias) می تواند سبب برآورد کمتر شیوع S.I حاملگی در بیماران ما نسبت به سایر مطالعات باشد.

در مطالعه ما ۳۳۵ نفر به روش واژینال و ۶۵ نفر به طریق سزارین زایمان کردند. روز سوم پس از زایمان واژینال ۵۰ مورد بی اختیاری ادرار مشاهده شد که ۲۸ مورد آن بیمارانی بودند که در حاملگی نیز این مشکل را داشتند. در میان سزارین شدگان هیچکس این مشکل را نداشت. جهت بررسی ارتباط نحوه زایمان با بی اختیاری استرسی ادرار، توزیع فراوانی S.I را در ۳۳۹ بیماری که در حاملگی فاقد مشکل بودند بر حسب شیوه زایمان محاسبه کردیم که ارتباط شیوه زایمان با S.I در روز سوم پس از زایمان معنی دار حاصل شد ولی این ارتباط یکسال پس از زایمان معنی داز نبود.

در مطالعه ای بروز S.I بدنبال زایمان واژینال ۲۴/۵ درصد و بدنبال سزارین ۵ درصد گزارش شده است (۳،۷،۹،۱۰). (در این مطالعات نیز بر اساس پاسخ بیمار اطلاعات جمع آوری شده است).

۲۲ بیماری که پس از زایمان واژینال دچار بی اختیاری استرسی ادرار شدند در طول یکسال سیر بهبودی طی کردند به طوریکه در هفته ششم ۴/۶ درصد (۱۷ نفر)، در ماه سوم ۲/۷ درصد (۱۰ نفر) و یکسال پس از زایمان ۱/۱ درصد (۴ نفر) دچار این مشکل بودند. در یک مطالعه از ۲۱ خانمی که پس از زایمان دچار S.I شدند ۳۰ درصد (۶ نفر) سه ماه پس از زایمان

منابع

1. Wells - M. Incontinence following childbirth. Br-j-Nurs. 1996 Mar 28-Apr; 10; 5(6): 353-4, 356 . 358.
2. Umlauf- MG, Mathis- JA.. Urinary incontinence among primiparous women. Urol-Nurs. 1995 Dec; 15(4): 112-6.
3. Meyer.S: de-Grandi.P, Kuntzer.T; et al: Birth trauma: its effect on the urine cotinence mechenisms. Gynakol- Geburtshilfliche- Rundsch. 1993; 33(4): 236-42.
4. Viktrup-L, Lose-G, Rolff- M; et al: Urinary tract symptoms in relation to pregnancy and labor in primiparas. Ugeskr- Laeger. 1993 Mar 15: 155(11): 759-93.
5. Huaden-K, the effects of parturition on female pelvic floor anatomy and function. curr- opin- obstet- Gynecol- 1994, Aug; 6(4): 326-30.
6. Deindl- LM; Vodusek- DB, Hesse-U; etal: Pelvic floor activity patterns: comparison of nulliparous continent and parous urinary stress in continent women. Br-J-Urol. 1994 Apr: 73(4): 413-7.
7. Wilson-Po, Herbison-Ru, Herbison Gp. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. Br-J-Obstet- Gynaecole. 1996 Feb: 103(2): 154-61.
8. Sultan- AH, Monga- AK, Stanton-Sl. The pelvic floor sequel of child birth. Br- J- Hosp- Med. 1996 May 1-14; 55(9): 575-9.
9. Mikhail- Ms, Anyaeybunam-A. Lower urinary tract dysfunction in pregnancy: a review. Obstet- Gynecol- Surv. 1995 Sep: 50(9): 675-83.
10. Holzmuller-W, Huber-P, Helling- Hj; et al: extensive injury to the birth canal as a complication of normal delivery. Gynakologe. 1994 Aug; 27(4): 271-2.
11. Skoner-MM, Thompson-WD, Caron-VA. Factors associated with- risk of stress- urinary incontinence in women. Nurs- Res. 1994- Sep- Oct: 43(5): 301-6.
12. Deindl-FM; Vodusek-DB; Hesse- U; Schussler- B., Pelvic floor.Activity patterns: Comparison of nolliparous content and parous urinary stress incontinent women, Br-J-Urol. 1994 Apr; 73(4): 413-7.
13. Haudem-K. The effects of parturition on female pelvic floor anatomy and function. Curr- opin- obstest- Gynecole 1994 Aug; 6(4): 326-30.