

بررسی میزان شیوع علایم مرتبط با اختلالات کف لگن در خانم‌های مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان

دکتر بتول تیموری*، دکتر مسعود رودباری**

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۱۲/۵

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه زنان و زایمان

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات کف لگن شامل بی اختیاری ادرار، بی اختیاری مقعد، شلی ارگانهای لگن و مشکلات جنسی متعاقب آن شکایات شایعی هستند هدف از این مطالعه تعیین شیوع اختلالات کف لگن و عوامل مساعد کننده آن شامل سن، شاخص توده بدنی، تعداد و نوع زایمان می باشد.

مواد و روش کار: در این مطالعه مقطعی ۶۱۲ خانم مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) در سنین ۱۵ سال و بالاتر مورد بررسی و در مورد آنها پرسشنامه‌ای شامل سن، تعداد زایمان، روش زایمان، اختلالات کف لگن شامل انواع بی اختیاری ادراری، شلی‌های مهبل، اختلال در دفع گاز و مدفوع و مقاربت دردناک تکمیل شد. همچنین قد و وزن این زنان اندازه گیری و شاخص توده بدنی آنان تعیین گردید. اطلاعات به دست آمده جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: از ۶۱۲ زن مورد مطالعه، بیشترین تعداد در گروه سنی ۲۶ - ۳۵ سال (۳۸/۵٪) و کمترین تعداد در سنین ۵۶ سال و بالاتر (۱۱/۴٪) بودند. ۶۸/۶٪ از زنان تجربه حداقل یک مورد از انواع اختلالات کف لگن و ۵۰/۹٪ حداقل دو مورد و ۳۱/۴٪ سه مورد یا بیشتر را داشتند. انواع اختلالات کف لگن با افزایش تعداد زایمان افزایش داشته است. بین شاخص توده بدنی و اختلالات کف لگن شامل بی اختیاری ادراری (P=۰/۰۰۱) بیوست (P=۰/۰۰۱) و بی اختیاری مقعدی (P=۰/۰۱۴) تفاوت معنی دار بود ولی بین شاخص توده بدنی و مقاربت دردناک (P=۰/۳۳) خشکی واژن (P=۰/۹۶) و شلی واژن (P=۰/۵۸) و بواسیر (P=۰/۲۵) هیچ ارتباط معنی داری دیده نشد. همچنین انواع بی اختیاری ادراری و بواسیر و بیوست و بی اختیاری مدفوعی - گازی در گروهی که تنها بطریقه واژینال زایمان داشته اند در مقایسه با سایر روشهای زایمانی (سزارین و زایمان با وسیله) با درصد بالاتری وجود داشت و در گروهی که تنها سزارین شده بودند این علائم به نسبت کمتری وجود داشت همچنین مقاربت دردناک در زنانی که زایمان طبیعی با وسیله داشتند تقریباً دو برابر زایمان خودبخودی طبیعی و سزارین بود.

نتیجه گیری: اختلالات کف لگن شایع بوده و با سن، شاخص توده بدنی و تعداد زایمان مرتبط است و زایمان به روش سزارین هر چند با کاهش در اختلالات کف لگن در مقایسه با زایمان طبیعی خودبخودی و زایمان طبیعی به کمک وسیله همراه است ولیکن این کاهش چندان محسوس نیست. (مجله طبیب شرق، سال هشتم، شماره ۳، پانیز ۸۵، ص ۲۰۳ تا ۲۱۰)

کلواژه ها: اختلالات کف لگن، بی اختیاری ادراری، بی اختیاری مقعدی، زایمان

مقدمه

اختلالات کف لگن که باعث بی اختیاری ادراری و روده‌ای (مدفوعی، گازی) و شلی‌های رحمی - مهبل می شود و کیفیت زندگی تعداد زیادی از زنان را در همه سنین در تمام دنیا تحت تأثیر قرار می دهد با زایمان و سن مرتبط است.^(۱و۲)

بی‌اختیاری ادراری در ۱۷ تا ۴۵ درصد از زنان بالغ دیده می‌شود (۴۳) و ۴ تا ۱۷ درصد از این زنان بی‌اختیاری مدفوعی دیده می‌شود که با افزایش سن، شیوع آن افزایش می‌یابد. (۵)

مطالعات اپیدمیولوژیک متعددی در جمعیت‌های مختلف عوامل متعددی را در ارتباط با اختلالات کف لگن و مخصوصاً بی‌اختیاری ادراری دخیل می‌دانند و از طرفی شلی‌های رحمی مهبل یک مسئله شایع بوده و در حدود ۲۰ درصد از اعمال جراحی زنان را در کشورهای پیشرفته شامل می‌شوند. (۶)

عوامل مستعد کننده این اختلالات شامل افزایش سن، زایمان، چاقی و یائسگی می‌باشد. (۷) اهمیت هر یک از این عوامل هنوز ارزیابی نشده است. البته نقش صدمات ناشی از زایمان مهبل به عنوان عامل مساعد کننده اختلالات کف لگن، به خوبی شناخته شده است. (۸) میزان سزارین در تمام دنیا افزایش یافته است و زنان ترجیح می‌دهند که زایمان شکمی را به خاطر ترس از احتمال ایجاد اختلالات کف لگن در آینده انتخاب کنند. (۹) بنابراین با توجه به اهمیت زیاد این مشکلات باید عوامل مساعد کننده احتمالی را در ایجاد این اختلالات شناخت تا بتوان از ایجاد آن پیشگیری کرد و یا حداقل جهت کاهش آنها تلاش کرد. این مطالعه با هدف بررسی میزان اختلالات کف لگن و تعیین عوامل خطر آن انجام شده است.

روش کار

این مطالعه مقطعی با استفاده از گردآوری اطلاعات از ۸۰۰ زن مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان انجام شده است. افراد مورد پرسش با سرفه مزمن طی سه ماهه گذشته (برونشیت مزمن) و همچنین در صورت داشتن بیماریهای گوارشی، آسم، دیابت، عفونت ادراری و زایمان طی سه ماهه گذشته از مطالعه حذف شدند. همچنین اطلاعات دموگرافیک افراد شامل سن، وزن، قد، تعداد زایمان و روش زایمان ثبت شد. از این زنان سوالاتی در مورد هر کدام از علائم اختلالات کف لگن شامل بی‌اختیاری دفع گاز، بی‌اختیاری دفع

مدفوع، بی‌اختیاری دفع ادرار با سرفه، خنده، عطسه (بی‌اختیاری استرسی) یا احساس ناگهانی نیاز شدید به دفع ادرار و خیس کردن خود قبل از رسیدن به توالت (بی‌اختیاری اورژانسی ادراری) پرسیده شد. از این افراد راجع به وجود علائمی از بواسیر شامل یبوست و خونریزی و درد سوال شد. همچنین تعداد و روش زایمان شامل، سزارین، زایمان با وسیله و یا زایمان خودبخودی مهبل پرسیده شد و اطلاعات آن ثبت گردید. همچنین اطلاعاتی در مورد شلی مهبل در هنگام مقاربت و یا درد در حین مقاربت، سوال شد این سوالات ابتدا توسط پرسشگر جهت افراد مورد مطالعه توضیح داده شد و سپس پرسشنامه بصورت پاسخ‌های بلی و خیر تکمیل گردید. در مورد هر یک از این زنان BMI (شاخص توده بدن) با قد و وزن آنان تعیین شد و به سه گروه، وزن طبیعی ($BMI < 25$) و چاق ($BMI = 25-29.9$) و خیلی چاق ($BMI \geq 30$) تقسیم شدند. به منظور تجزیه و تحلیل تأثیر تعداد حاملگی و روش زایمان و شاخص توده بدنی بر روی انواع اختلالات کف لگن، اختلالات فعلی یا قبلی کف لگن به چهار گروه شامل بی‌اختیاری فوریتی، استرسی یا مختلط ادراری، بی‌اختیاری گازی یا مدفوعی، علائم بواسیر و علائم مقاربت درد ناک تقسیم بندی شدند.

اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و با آزمون X^2 تجزیه و تحلیل شدند و ارتباط بین متغیرهای وابسته و مستقل تعیین شد. سطح $P\text{-value} < 0.05$ جهت معنی دار بودن روشهای آماری در نظر گرفته شد.

یافته ها

تعداد کل پاسخ دهندگان ۸۰۰ نفر بودند که ۱۲۴ نفر بدلیل سرفه طی سه ماه گذشته (آسم و برونشیت مزمن)، بیماریهای گوارشی، دیابت، عفونت ادراری و ۶۴ نفر هم به دلیل داشتن زایمان طی سه ماه گذشته از مطالعه حذف و نهایتاً ۶۱۲ نفر واجد شرایط وارد مطالعه شدند. میانگین سن این افراد ۳۸ سال (با دامنه سنی ۸۰ - ۱۶ سال) و انحراف معیار (۱۰/۰۷) به دست

آمد. بیشترین تعداد در سنین ۳۵-۲۶ (۳۸/۶٪) و کمترین تعداد در سنین بالای ۵۵ سال (۱۱/۴٪) بودند. همچنین گروه سنی ۴۵-۳۶ سال (۲۶/۴٪) و ۵۵-۴۶ سال (۲۳/۶٪) بودند. با اندازه گیری شاخص توده بدنی در این زنان (۶۴/۶٪) در حد طبیعی، (۲۸/۷٪) چاق و (۶/۷٪) خیلی چاق بودند. این زنان بر اساس انواع روشهای زایمان قبلی در ۴ گروه بدون زایمان (۴۲ نفر) زایمان فقط به طریق سزارین (۵۸ نفر) زایمان خود بخودی مهبل (۳۱۳ نفر) و داشتن حداقل یک زایمان با وسیله (۲۵ نفر) و زایمان به هر دو طریق خودبخودی مهبل و سزارین (۱۷۴ نفر) تقسیم بندی شدند. موارد توأم سزارین و زایمان با واکيوم نداشتیم.

به طور کلی ۶۸/۶٪ از زنان تجربه حداقل یکی از انواع اختلالات کف لگن شامل بی اختیاری ادراری (استرسی یا فوریتی) بی اختیاری در دفع گاز یا مدفوع علائم فعلی از شلی

های کف لگن یا ترمیم قبلی آن را در گذشته داشتند. وجود حداقل دو نوع از اختلالات کف لگن در ۵۰/۹٪ و سه نوع یا بیشتر در ۳۱/۴٪ زنان دیده شد. انواع اختلالات کف لگن بعد از اولین زایمان ایجاد شده و در حاملگی های بعدی هم افزایش نشان می داد. در جدول شماره یک میزان فراوانی اختلالات کف لگن بر اساس نوع زایمان نشان داده شده است. بی اختیاری ادراری در مورد گروه زنان با زایمان مهبل تنها و آنهایی که حداقل یک زایمان با وسیله داشتند با شیوع بیشتر ملاحظه شد.

بی اختیاری مقعدی و یبوست هم در زنان با زایمان مهبل تنها و زایمان به هر دو طریق مهبل و سزارین با شیوع بالاتری مشهود بود. مقاربت دردناک در زنان با حداقل یک زایمان با وسیله با شیوع دو برابر در مقایسه با زایمان خودبخودی طبیعی و سزارین وجود داشت. (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱ - میزان فراوانی اختلالات کف لگن بر اساس نوع زایمان

نوع زایمان انواع اختلال لگن	بدون زایمان تعداد(٪)	سزارین تنها تعداد(٪)	زایمان واژینال تنها تعداد(٪)	حداقل یک زایمان با وسیله تعداد(٪)	زایمان به دو طریق واژینال و سزارین تعداد(٪)	تعداد کل اختلال تعداد(٪)
بی اختیاری ادراری استرسی تنها اورژانسی تنها مخلوط	۷(۱۷/۰)	--- ---	۴۵(۱۴/۴)	۸(۳۲/۰)	۳۰(۱۷/۳)	۹۰(۱۴/۷)
	۸(۱۹/۰)	--- ---	۲۶(۸/۳)	۱(۴/۰)	۸(۴/۶)	۴۳(۷/۰)
	---	---	۷۷(۲۴/۶)	۴(۱۶/۰)	۱۰(۵/۷)	۹۱(۱۴/۹)
بی اختیاری مقعدی - مدفوعی - گازی	۴(۹/۵)	-	۴۴(۱۴/۰)	۱(۴/۰)	۱۲(۶/۹)	۶۱(۱۰/۰)
یبوست	۱۳(۳۱/۰)	۱(۱/۷)	۱۱۱(۳۵/۵)	۳(۱۲/۰)	۳۹(۲۲/۴)	۱۶۷(۲۷/۳)
بواسیر	۶(۱۴/۰)	۲(۳/۴)	۳۲(۱۰/۲)	۱(۴/۰)	۵(۲/۹)	۴۶(۷/۵)
شلی واژن	۱۴(۳۳/۰)	-	۱۰۶(۳۳/۸)	۳(۱۲/۰)	۴۳(۲۴/۷)	۱۶۶(۲۷/۰)
خشکی واژن	۱۷(۴۰/۰)	۳(۵/۲)	۶۳(۲۰/۰)	۱۰(۴۰/۰)	۲۷(۱۵/۵)	۱۲۰(۱۹/۶)
مقاربت دردناک	۱۶(۳۸/۰)	۲(۳/۴)	۳۰(۹/۶)	۵(۲۰/۰)	۲۱(۱۲/۰)	۷۴(۱۲/۰)
تعداد کل (درصد)	۴۲(۱۰۰)	۵۸(۱۰۰)	۳۱۳(۱۰۰)	۲۵(۱۰۰)	۱۷۴(۱۰۰)	۶۱۲(۱۰۰)

تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد که افزایش سن، تعداد زایمان، افزایش وزن و روش زایمان با اختلالات کف لگن مرتبط هستند. در زنان با زایمان طبیعی قبلی، بی‌اختیاری استرسی ادرار با تعداد سه زایمان شایع‌تر از بقیه انواع بی‌اختیاری ادراری بود و با افزایش تعداد زایمان میزان بی‌اختیاری ادراری مختلط افزایش می‌یافت. در زنان با سابقه زایمان فقط به طریقه سزارین، هیچیک از انواع بی‌اختیاری ادراری (استرسی، فوریتی، مخلوط) وجود نداشت. در کسانی که به هر دو طریقه واژینال و سزارین زایمان داشتند، بی‌اختیاری ادراری مخلوط با افزایش تعداد زایمان افزایش یافته بود و بی‌اختیاری استرسی با سه و چهار زایمان شایع‌تر بود. در زنانی که سابقه حداقل یک زایمان واژینال به کمک وسیله داشتند بی‌اختیاری فوریتی با سه زایمان و بی‌اختیاری ادراری مخلوط در این زنان از زایمان چهار به بعد دیده شد همچنین بی‌اختیاری استرسی در زنان با یک، سه و پنج زایمان شایع‌تر بود. (جدول ۱)

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کنار گذاشتن زنان بدون زایمان نشان داد که بین سزارین و زایمان خودبخودی مهبل در رابطه با اختلالات کف لگن تفاوت وجود دارد. (جدول ۱) بواسیر در زنان با زایمان مهبل با درصد بالاتری بدست آمد. بطوریکه در زنان با زایمان به طریقه سزارین ۳/۴ درصد در زنان با زایمان مهبل ۱۰/۲ درصد در زنان با زایمان مهبل با کمک وسیله ۴ درصد و در زنان با زایمان سزارین و مهبل ۲/۹ درصد دیده شد. مقاربت دردناک در زنانی که زایمان مهبل داشتند (۹/۶ درصد) و در زنانی که زایمان به طریقه سزارین داشتند (۳/۴ درصد) بدست آمد. مقاربت دردناک در زنان با زایمان مهبل با وسیله (۲۰ درصد) تقریباً دو برابر زنان با سابقه زایمان سزارین و مهبل بود. همچنین زنانی که زایمان نداشتند نیز ۳۸ درصد مقاربت دردناک را گزارش نمودند. بطوریکه وجود حداقل یکی از این علائم در گروه سنی ۲۵ سال و کمتر، ۲۸ درصد و در گروه ۲۶-۳۵ سال ۳۰ درصد، ۳۶-۴۵ سال ۴۵ درصد،

۵۵-۴۶ سال ۶۰ درصد بود و در گروه سنی ۵۶ و بالاتر در ۸۰ درصد موارد حداقل یکی از علائم مرتبط با اختلالات کف لگن وجود داشت. بین شاخص توده بدنی و انواع اختلالات کف لگن با استفاده از توزیع کای دو ارتباط موجود است. به طوریکه بین شاخص توده بدنی و اختلالات ادراری ($P=0/001$) یبوست ($P=0/001$) و بی‌اختیاری مقعدی ($P=0/014$) تفاوت معنی‌دار بود ولی بین شاخص توده بدنی و مقاربت دردناک ($P=0/33$) خشکی واژن ($P=0/96$) و شلی واژن ($P=0/58$) و بواسیر ($P=0/25$) ارتباط معنی‌دار موجود نیست.

بحث

این مطالعه نشان می‌دهد بین شاخص توده بدنی و بی‌اختیاری ادراری، مقعدی، یبوست ارتباط معنی‌داری وجود دارد. تجزیه و تحلیل نتایج همچنین حاکی از آن است که افزایش سن، تعداد زایمان، افزایش وزن و روش زایمان با اختلالات کف لگن مرتبط است. بیشترین شیوع علایمی از قبیل بی‌اختیاری ادراری، یبوست، خشکی و شلی واژن و بی‌اختیاری مقعد در گروه سنی ۵۶ و بالاتر دیده شد. همچنین مقاربت دردناک و اختلالات میان دو راه در ماه‌های بعد از زایمان به علت ضربات وارده و بخیه زدن در اولین زایمان مهبل به طور شایع دیده شد که در زنان جوانتر بیش از زنان مسن وجود داشت. میزان شیوع علائم بواسیر نیز پس از اولین حاملگی به سرعت افزایش یافته و تحت تأثیر روش زایمان بود.

همچنین سزارین به عنوان یک روش زایمانی با کاهش در انواع اختلالات کف لگن در مقایسه با زایمان مهبل خودبخودی مطرح است. در مطالعه‌ی مروری که در سال ۲۰۰۵ در کانادا انجام شده است نقص‌های کمی و کیفی بافت کلاژن و عضله بالابرنده مقعد از عوامل مهم زمینه‌ساز در اختلالات عملکرد کف لگن دانسته شده است. بر اساس این مطالعه تعداد زایمان، زایمان مهبل، یائسگی و سن از عوامل زمینه‌ساز اثبات شده در نقایص بافت کلاژن و اختلال عملکرد عضله بالا برنده

مقعد می‌باشند که در این زمینه نقش اختلافات نژادی در عملکرد این بافتها نیز مطرح شده است.^(۹) در مطالعه ای در سال ۲۰۰۴ والتر نشان داده زنان آفریقایی و آمریکایی کمترین احتمال را برای شلی های لگن داشتند و زنان اسپانیایی تبار در معرض خطر بیشتری می باشند. همچنین افزایش تعداد زایمان (البته بیشتر از ۵) و افزایش شاخص توده بدنی احتمال شلی های لگن را شدیداً بالا می برد بر اساس این مطالعه رابطه ای میان تحصیلات، شغل، نحوه زندگی، بیماریهای مزمن، زمان یائسگی، سابقه مصرف سیگار، قهوه و سابقه هیستریکتومی با ایجاد شلی های لگن بدست نیامده است.^(۷)

این مسئله در مطالعات زیادی مورد بحث قرار گرفته است که در زایمان صدمات ساختمانی و عصبی به وجود می آید که البته اغلب این زایمانها با وسیله (بیشتر واکنوم) بوده است.^(۱۰ و ۱۱) اخیراً یک تمایل کلی در زنان جهت انجام عمل سزارین به طور انتخابی در اولین حاملگی یا حاملگی های بعدی دیده می شود به این امید که از ایجاد بی اختیاری ادراری، مدفوعی، افتادگی و شلی های مهبل و بواسیر جلوگیری کنند.

در یک مطالعه در انگلیس^(۱۲) دیده شد که ۳۱٪ سزارین ها به همین منظور در حاملگی های بدون عارضه و به طور انتخابی انجام می شود. در مطالعه ما نیز سزارین انتخابی و یا در سیر زایمان باعث کاهش این اختلالات شده است. از سوی دیگر یکی از علل تأثیر تعداد زایمان بر میزان شیوع اختلالات کف لگن، اثر طولانی مدت هورمونهای حاملگی روی بافت همبند و عملکرد عضلات کف لگن مطرح شده است.^(۱۳)

با انجام تحقیقات مامایی متنوع به نظر می رسد که افزایش صدمه به سیستم تناسلی در طی زایمان (مثل برش وسیع عضلات پیرینه) منجر به افزایش عوارض زودرس پس از زایمان و بی اختیاری ادراری شود^(۱۴-۱۶) با توجه به اینکه زایمان با وسیله، همراه با درجات بالاتری از اختلالات کف لگن بخصوص بی اختیاری ادراری بوده و سبب لزوم انجام اعمال جراحی بر روی مثانه می شود، اخیراً تعدادی از کشورها کاهش قابل

توجهی را در زایمان های با وسیله گزارش کرده اند و این مسئله با افزایش میزان سزارین و کاهش زایمان مشکل با وسیله همراه بوده است که این کاهش در مطالعه ما نیز مشهود بود. در مطالعه ای موالی و همکارانش بیان کرده اند که تفاوت معنی داری در سن کنونی، تعداد زایمان و حاملگی در افراد دارای شلی کف لگن نسبت به افراد گروه کنترل وجود ندارد^(۱۷) که با نتایج این مطالعه و بررسی های دیگران مغایرت دارد.

مطالعه دیگری نیز نشان داد که ارتباط بین بی اختیاری ادراری و مدفوعی و افزایش شاخص توده بدنی (BMI) معنی دار بوده و با تأثیرات مهمی بر کیفیت زندگی همراه است.^(۱۸ و ۱۱)

اختلالات عملکرد کف لگن، زنان همه سنین را تحت تأثیر قرار می دهد و طیف وسیعی از علائم را که ندرتاً به تفکیک اتفاق می افتند ایجاد می کند و برخی عوامل مستعد کننده آن شامل: حاملگی، صدمات زایمانی، افزایش سن، خارج کردن رحم و نحوه زندگی است.^(۱۹) لذا جهت پیشگیری بایستی راهکارهای آن در برنامه های آموزش سلامت زنان گنجانده شود. عملکرد خوب کف لگن نقش محافظتی مهمی در پیشگیری از افتادگی و شلی های مهبل و همچنین علائم ادراری ایفا می کند.^(۲۰) بدیهی است آموزش لازم در رابطه با عوامل ایجاد کننده اختلال عملکرد عضلات کف لگن و ورزش منظم این عضلات بایستی در برنامه روزانه زنان قرار گیرد.

این مطالعه اطلاعات مربوط به وضعیت یائسگی و زنان بدون زایمان که حاملگی های قبل از هفته بیست داشته اند را جمع آوری نکرده است پس ارتباط بین مراحل اولیه حاملگی و اختلالات بعدی کف لگن را نمی تواند ارزیابی کند. بی اختیاری ادراری و مقعدی و بقیه علائم افتادگی سیستم تناسلی به عنوان یک مشکل بزرگ در جامعه مطرح می باشد. بر اساس این مطالعه ۶/۶۸٪ از زنان تجربه حداقل یکی از انواع اختلالات کف لگن و یا ترمیم قبلی آن را در گذشته داشته اند. این علائم با شاخص توده بدنی سن، روش و تعداد زایمان مرتبط بوده و کاهش کیفیت زندگی را موجب می شود. لذا انجام اینگونه

مطالعات و يافتن عوامل مرتبط با اين اختلالات جهت بدست آوردن راهکارهای پیش گیری کننده از اهميت زيادی برخوردار است. برنامه روزانه زنان و پيشگيري از يبوست مزمن از انجام سزارين انتخابی به عنوان يک راه موثر در کاهش اختلالات بعدی کف لگن اجتناب شود.

سياست‌گذاری

همچنين پيشنهاد می‌شود با بکار بردن برخی تمهيدات از جمله کنترل وزن، عدم انجام ابی زیوتومی غير ضروری و آموزش و گنجاندن ورزش های عضلات کف لگن و پرينه در بدینوسیله از زحمات سرکار خانم دکتر الهام شيخ ویسی که در انجام اين مطالعه مساعدت داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

منابع

1. Lewis LW. Incontinence, Prolapse and disorders of pelvic floor in: Berek JS, Novak Gynecology 2002; 13th edit; chap 22.
2. Uustal Fomell E, Wingren G, Kjolhede P, Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. Acta obstet Gynecol Scand. 2004; 83: 383 – 9.
3. Peschers UM, Sultan AH, Jundt K, et al Urinary and anal incontinence after vacuum delivery. 2003; 110: 39 – 42.
4. Thom DH, Brown JS. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiological literature. JAm Geriatr Soc 1998; 46:1411–7.
5. Parmentier H, Damon H, Henry L, et al. Frequency of anal incontinence and results of pelvic viscerography in 291 women with pelvic organ prolapse. Gastroenterol Clin Biol 2004; 28: 226 –30.
6. Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. BMJ 2002; 324: 1258 – 1262.
7. Walters MD. Pelvic floor disorders in women: an overview. Rev Med Univ Navarra 2004; 48: 9 – 12.
8. Hendrix SL. Clark A. Pelvic organ prolapse in women's health initiative: gravity and gravidity. AMJ Obstet Gynecol 2002; 186: 1160 –6.
9. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. obstet Gynecol clin north Am 1998; 25: 723 – 46.
10. Meschia M, Buonaguidi A, Pifarotti P, et al. Prevalence of anal incontinence in women with symptoms of urinary incontinence and genital prolapse. Obstet. Gynecol. 2002; 100:719– 3.
11. Roberts R, Jacobsen S, Reilly WT, et al. Prevalence of combined fecal and urinary incontinence: a community – based study. J am GeriatrSoc 1999; 47:837- 41.
12. Lapalus MG. Henry L, Barth X, et al. Enterocoele: Clinical risk factors and association with others pelvic floor disorders (about 544 defecographies). Gynecol Obstet Fertil 2004; 32: 595 – 600.

13. Goldberg RP, Kwon C, Gandhi S, et al Urinary incontinence among mothers of multiples: the protective effect of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188: 1447 – 50.
14. Sartore A, Pregazzi R, Bortoli P, et al. Effects of epidural analgesia during labor on pelvic floor function after vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82:143 – 6.
15. Eva UF, Gun W, Preben K. Prevalence of urinary and fecal incontinence and symptoms of genital prolapse in women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 280 – 6.
16. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, et al. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. 1998; 25:143 –60.
17. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial; three year follow – up. *BMJ* 1998; 295: 749 –51.
18. Dannecker C, Anthuber C. The effects of childbirth on the pelvic – floor. *J Perinat Med* 2000; 28:175 – 84.
19. Heit M, Mudd K, Culligan P. Prevention of childbirth injuries to the pelvic floor, *Curr Womens Health Rep* 2001; 1: 72 – 80.
20. اخلاقی فریده. بررسی میزان شیوع اختلالات کف لگن. زنان و مامائی و نازائی ایران. دوره هفتم، شماره اول، سال ۱۳۸۳ ص ۲۵ – ۳۰.

The prevalence of symptoms of pelvic floor disorders in women that referred to the clinic of gynecology in Ali-ebn-Abitaleb Hospital, Zahedan, Iran

Taimoori B., MD*; Roudbari M., PHD**

Background: Female urinary and genital systems have anatomic and embryologic similarities and both structures and other pelvic floor organs may be damaged during pregnancy and delivery. Other factors such as age and BMI may also affect pelvic floor functions. Pelvic floor disorders such as urinary incontinence, (stress, urgent or mixed type), anal incontinence, pelvic organ prolapse and sexual abnormalities are common problems. The purpose of this study was to define the prevalence of pelvic floor disorders and to determine predisposing factors including age parity, BMI (Body mass index) and mode of delivery.

Methods and Materials: This prospective study was done on 612 randomly selected women aged 15 years or higher that referred to the gynecologic clinic of Ali-ebn-Abitaleb Hospital. These women were questioned about age parity, delivery method, and pelvic floor disorders including urinary incontinences, flatus and fecal incontinences, disparonia, hemorrhoids, based on which questionnaire was completed. Also women's weight and height were measured and BMI was defined. The data were analyzed with SPSS software and X^2 test.

Results: most of these 612 women occurred in age between 26-35 years (38.5%), and the lowest common age range was 56 years or higher (11.4%). 50.9% of the women had one pelvic floor disorder, 68.6% had two pelvic floor disorders, and 31.4% had three or more pelvic floor disorders. All types of pelvic floor disorders increased after the next deliveries. There was a significant difference between Body Mass Index and pelvic floor disorders including urinary incontinence ($P=0.001$), Constipation ($P=0.001$) and fecal incontinence. ($P=0.014$)

But there was no significant difference between disparonia ($p=0.33$), vaginal relaxation ($P=0.58$), vaginal dryness ($P=0.96$), hemorrhoid ($P=0.25$) and Body mass Index and also the proportion of hemorrhoid, Constipation, fecal incontinence and urinary incontinence were higher in women with vaginal deliveries compared with other kinds of deliveries (caesarean- instrumental delivery). The lowest proportion was in cesarean delivery. Also disparonia in the instrumental delivery group was two times higher than the cesarean and vaginal delivery group.

Conclusion: Pelvic floor disorders are very common and are associated with female aging, BMI, and parity. Caesarean delivery is not associated with a significant reduction in long – term pelvic floor morbidity compared with spontaneous, and instrumental vaginal delivery.

KEY WORDS: Pelvic Floor Disorders, Urinary Incontinence, Anal Incontinence, Delivery

* Gynecology Dept, Faculty of Medicine, Zahedan University of medical sciences and health services, Zahedan, Iran.

** Biostatistics Dept. Faculty of Health, Zahedan University of medical sciences and health services, Zahedan, Iran