

بررسی رابطه میان میزان شیوع بی‌اختیاری ادراری استرسی پس از زایمان و روش زایمان در زنان پرایمی‌پار

نویسندگان: دکتر طاهره افتخار^{۱*}، دکتر شیرین قاضی‌زاده^۲، دکتر بهاره حاجی‌براعتلی^۳، دکتر ابادر شهیر^۳ و دکتر نقی روستایی^۳

۱. استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. پزشک عمومی

* نویسنده مسئول:

Email: eftkhardt@sina.tums.ac.ir

چکیده

بی‌اختیاری ادراری (Urinary Incontinence: UI) عبارت است از نشت غیرارادی ادرار. بی‌اختیاری استرسی (Stress Urinary Incontinence: SUI) به معنای دفع ناگهانی ادرار در زمان افزایش فشار داخل شکم مثل خندیدن، سرفه کردن، تغییر وضعیت یا پریدن است. اصولاً بی‌اختیاری ادراری به‌عنوان یک مشکل اجتماعی، بهداشتی و روانی در افراد مبتلا مطرح است و بیمار را چه از نظر جسمی و چه از روحی آزار می‌دهد. در حدود ۸-۴ درصد جمعیت جهان از این مشکل رنج می‌برند. هدف: با توجه به اهمیت موضوع، این مطالعه با هدف بررسی میزان شیوع بی‌اختیاری ادراری استرسی پس از زایمان و رابطه آن با نوع روش زایمان در زنان پرایمی‌پار ترتیب داده شده است. مواد و روش‌ها: در این مطالعه آینده‌نگر مقطعی که طی سال ۱۳۸۲ در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، تعداد ۱۰۰۰ خانم پرایمی‌پار که هیچ سابقه‌ای از بیماری‌های دستگاه ادراری نداشتند، انتخاب شدند و چهار ماه بعد از زایمان پرسشنامه‌ای را تکمیل کردند. داده‌های جمع‌آوری شده در بانک اطلاعاتی نرم‌افزار آماری SPSS ذخیره‌سازی و طبق روش آماری Chi-Square تحلیل شده است.

نتایج: تعداد ۷۰۲ خانم پرسشنامه را تکمیل کردند که در کل ۷۰/۲ درصد از سؤالات پاسخ داده شده است. نتایج نشان می‌دهد ۱۴/۱ درصد از پاسخ‌دهندگان از بی‌اختیاری ادراری رنج می‌برند که در این میان ۳۵۷ نفری که تجربه زایمان واژینال را گذرانده‌اند، ۱/۹ درصد بیش‌تر در معرض ابتلا بوده‌اند. این در حالی است که در بقیه خانم‌ها که زایمان سزارین داشتند، این درصد ابتلا تا ۱۲/۲ درصد کاهش یافته است. شیوع بی‌اختیاری ادراری در میان مادرانی که به علت عدم پیشرفت زایمان، سزارین شده بودند، تا ۲۵ درصد افزایش نشان می‌دهد. در حالی که در سزارین انتخابی تنها ۱۰/۷ درصد افراد از بی‌اختیاری ادراری رنج می‌برند. این مطالعه نشان داد که شیوع بی‌اختیاری استرسی ادرار مادران با وزن جنین متولد شده و (Body Mass Index: BMI) قبل از حاملگی مادر ارتباط مستقیم دارد ($BMI > 30$). این مطالعه بیان می‌کند که نوع زایمان، اعم از واژینال یا سزارین تأثیری بر میزان شیوع بی‌اختیاری ادراری ندارد. البته شیوع بی‌اختیاری ادراری در سزارین انتخابی به‌طور معنادار کمتر است. همچنین بین فراوانی بی‌اختیاری ادراری و عواملی چون سن مادر، سن حاملگی، وزن جنین، دور سر جنین، طول مدت مرحله دوم زایمان، استفاده از اپیزوتومی و پارگی خودبه‌خود واژینال درجه ۲ و بالاتر ارتباط معناداری حاصل نشده است. نتیجه‌گیری: مطالعه‌ای که در این مقاله ارائه شده نشان می‌دهد که سزارین انتخابی می‌تواند باعث کاهش شیوع SUI شود. از طرفی BMI بالای مادر و وزن بالای جنین احتمال ابتلا به SUI را در زایمان واژینال بالا می‌برد.

واژه‌های کلیدی: زایمان واژینال، سزارین و بی‌اختیاری استرسی

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال سیزدهم - شماره ۶۴
شهریور ۱۳۸۵

تاریخ وصول: ۸۴/۶/۱۲
تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۲/۲

مقدمه

زایمان واژینال، عاملی برای تخریب ساختمان و عملکرد عضلات کف لگن محسوب می‌شود. مطالعات بالینی در مورد عوامل خطرزا در بارداری و زایمان که به کف لگن آسیب می‌رسانند [۱] مورد توجه زیادی قرار گرفته است. یکی از این عوارض، ایجاد بی‌اختیاری ادراری پس از زایمان است. در حدود ۷ میلیون نفر از زنان آمریکایی با این عارضه دست به گریبانند [۲]. در مطالعات انجام شده، همراهی زایمان واژینال و بی‌اختیاری ادراری کم‌تر مورد توجه قرار گرفته که ممکن است به علت غیرقابل مشاهده بودن صدمات مثانه و مجرای ادرار در حین زایمان باشد. بررسی عملکرد عصبی-عضلانی مجرای ادراری به علت کوچک بودن اندازه آن خیلی پیچیده و مشکل است و لذا بیش‌تر شواهد از بررسی‌های اپیدمیولوژیک به دست می‌آید [۱]. شایع‌ترین شکل بیماری بی‌اختیاری ادراری، بی‌اختیاری ادراری استرسی یا SUI است که به دنبال افزایش فشار داخل شکم ناشی از عواملی چون سرفه، خنده و تغییر وضعیت بروز می‌کند.

در مطالعات اپیدمیولوژیک که در مورد بی‌اختیاری ادراری در دنیا انجام شده، ارتباط آن با تولد جنین به اثبات رسیده است [۳ و ۴]. در برخی مطالعات، زایمان واژینال به عنوان مؤثرترین عامل ایجاد بی‌اختیاری ادراری معرفی شده است. از دیگر عوامل خطرزا که در مطالعات از آن‌ها یاد می‌شود می‌توان به وزن جنین، به کار بردن فورسپس یا واکيوم، اپیزوتومی، پارگی خودبه‌خود واژینال، اندکس توده بدن (BMI) بالای مادر، دیابت و بیماری‌های زمینه‌ای مادر اشاره کرد. اسکات (Scott) و فارل (Farrel) طی مطالعه‌ای در مورد شیوع و عوامل خطرزای بی‌اختیاری ادراری بعد از زایمان واژینال، به کار بردن فورسپس و ابتلا به بی‌اختیاری ادراری حین حاملگی را به عنوان عوامل خطرزا ذکر می‌کنند [۵]. عوامل دیگری از قبیل سن

مادر، سن حاملگی، دور سر جنین و طول مدت مرحله دوم زایمان به عنوان عوامل مؤثر در مقالات متعدد مطرح شده‌اند [۶]. برخی از محققین در مطالعات گذشته نگر زایمان واژینال را عامل خطر برای SUI نمی‌دانند [۷]. البته در مورد نقش آن‌ها در ایجاد بی‌اختیاری ادراری اختلاف نظر وجود دارد. در این مقاله، اثر نوع زایمان واژینال و سزارین در بروز بی‌اختیاری استرسی ادرار مقایسه شده است.

موارد و روش‌ها

در این مطالعه که به روش کوهورت (Cohort) انجام گرفت [۸]، یک بررسی آینده‌نگر روی خانم‌های نولی‌پاری که برای زایمان به بیمارستان‌های بهارلو، شریعتی و ولیعصر (دانشگاه علوم پزشکی تهران) در سال ۱۳۸۲ مراجعه کرده بودند، انجام شد. معیارهای ورود افراد به مطالعه عبارت بود از: ۱) نولی‌پاریتی، ۲) نداشتن سابقه بیماری دستگاه ادراری، ۳) نداشتن سابقه جراحی لگن، ۴) نداشتن بیماری طبی سیستمیک (دیابت، فشارخون)، ۵) عدم مصرف داروهایی که بر دستگاه ادراری مؤثر باشند (دیورتیک‌ها)، ۶) قرار داشتن در سه ماهه سوم حاملگی، ۷) سکونت در شهر تهران و ۸) نداشتن سابقه بی‌اختیاری ادراری قبل از حاملگی. معیارهای خروج افراد از مطالعه عبارت بود از: ابتلا به دیابت و فشارخون.

در این تحقیق با توجه به شیوع ده درصدی این بیماری در جامعه، تعداد ۱۰۰۰ خانم نولی‌پاری که معیارهای ورود را داشتند، به عنوان حجم نمونه، به صورت نمونه‌گیری متوالی، با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش مطالعه انتخاب شدند. به شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ای داده می‌شد که شامل یک سؤال پایه‌ای بود: «آیا شما بی‌اختیار ادرار دفع می‌کنید؟» در صورت پاسخ مثبت به این سؤال، از بیماران خواسته می‌شد که به سایر سؤالات در مورد مدت، تعداد دفعات دفع

مختلف اطلاعی به دست نیامد (درصد پاسخ دهی: ۷۰/۲ درصد). از ۷۰۲ مورد باقیمانده که پرسشنامه ۴ ماه بعد از زایمان را تکمیل کردند، ۳۵۷ مورد (۵۰/۹ درصد) زایمان واژینال و ۳۴۵ مورد (۴۹/۱ درصد) روش زایمان سزارین داشتند. از میان مواردی که به طریقه سزارین زایمان کرده بودند، ۳۶ نفر پس از تحمل درد زایمان طبیعی، به علت عدم پیشرفت جهت سزارین فرستاده شدند که ۱۰/۴ درصد موارد سزارین را شامل می شدند. سایر علل انجام سزارین به صورت زیر است: سزارین به درخواست بیمار ۱۲ مورد (۳/۹ درصد)، مشکلات جنینی ۱۵۶ مورد (۵۰/۵ درصد)، قرار غیرطبیعی ۴۲ مورد (۱۳/۶ درصد)، بیماری های مادر ۲۷ مورد (۸/۷ درصد) و سزارین انتخابی ۷۲ مورد (۲۳/۳ درصد) بود. باید توجه کرد که سزارین انتخابی به معنای انجام سزارین قبل از شروع مرحله فعال زایمان است

بی اختیاری استرسی ادراری در ۹۹ نفر از مجموع ۷۰۲ نفر مورد مطالعه مشاهده شد که میزان شیوع SUI در جمعیت مورد مطالعه ۱۴/۱ درصد محاسبه گردید. درصد شیوع SUI برای زایمان طبیعی ۱۶ درصد و برای زایمان سزارین ۱۲/۲ درصد است، ولی ارتباط خاصی بین روش زایمان و ایجاد SUI کشف نشد.

پس از تقسیم بیماران مبتلا به SUI به دو دسته بی اختیاری استرسی کلینیکال و بی اختیاری استرسی خفیف، توزیع فراوانی هر کدام از دو گروه در بین بیماران شرکت کننده در مطالعه به شرح زیر به دست آمد:

فراوانی بی اختیاری ادراری خفیف در زایمان طبیعی بیش تر از زایمان سزارین مشاهده شد (۳۳/۳ درصد در مقابل ۱۲/۱ درصد) و بی اختیاری ادراری کلینیکال در زایمان سزارین بیش از زایمان طبیعی بود (۳۰/۳ درصد در مقابل ۲۴/۲ درصد). میزان شیوع SUI در سزارین انتخابی در کل ۱۰ درصد است که در مقدار میزان SUI

غیر ادراری، وجود مشکل مشابه در دوران حاملگی و قبل از آن و وجود عامل تحریک کننده بی اختیاری پاسخ دهند. داشتن اپیزودهای روزانه بی اختیاری ادراری مکرر (بی اختیاری استرسی بیش از سه بار در روز) همراه با اختلال در فعالیت روزانه که با کارهای ساده ایجاد شود، اختلال کلینیکی یا شدید نامیده می شود. در غیر این صورت اختلال خفیف (سابکلینیک) محسوب می گردد. در این تحقیق، اطلاعات زایمان از نمودار زایمانی بیمار و پرونده بیمارستانی او استخراج شد که شامل مشخصات فردی، سن حاملگی، روش زایمان، وجود پارگی و درجه آن، اپیزوتومی، استفاده از وسایل کمکی یا بی حسی نخاعی، وزن جنین، دور سر جنین، طول مدت مرحله دوم زایمان در موارد زایمان واژینال، قد، و وزن مادر بود. برای هر شرکت کننده پرسشنامه مشابهی چهار ماه پس از زایمان تهیه شد.

در این مطالعه متغیر وابسته، بی اختیاری استرسی ادراری و متغیر مستقل شامل تعدادی متغیر کمی و کیفی بود. متغیرهای کمی شامل سن مادر، سن حاملگی، BMI مادر، دور سر جنین (سانتی متر) و وزن جنین (گرم)، طول مدت مرحله دوم زایمان و متغیرهای کیفی شامل روش زایمان، انجام اپیزوتومی و علت سزارین است. متغیر وابسته بی اختیاری استرسی به دو گروه کلینیکال و خفیف تقسیم شد. برای محاسبه تأثیر متغیرهای اسمی از آزمون های کای دو و فیشر استفاده گردید.

در پایان داده ها پس از جمع آوری در بانک اطلاعاتی نرم افزار آماری SPSS ذخیره شدند و آمارهای توصیفی و آمارهای استنباطی استخراج شد، به طوری که نتایج زیر به دست آمد.

نتایج

طی سال ۱۳۸۲، ۱۰۰۰ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، در این مطالعه وارد شدند که در مرحله پیگیری ۴ ماه بعد از زایمان، از ۲۹۸ مورد به دلایل

درصد بود که از نظر آماری تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشتند. این میزان شیوع SUI در مطالعه‌ای که توسط شارلوت و همکاران او سه ماه بعد از زایمان انجام شده [۱۱] تقریباً مشابه مطالعه حاضر بوده است. در مطالعه ویکراپ و همکارانش که روی ۲۰۸ زن سه ماه بعد از زایمان صورت گرفته [۶]، میزان شیوع SUI ۶ درصد بوده است. در مطالعه اسکات ۶ هفته بعد از زایمان میزان SUI در سزارین ۱۰ درصد و برای زایمان واژینال ۲۲ درصد گزارش شده است. در بررسی‌هایی که ۶ ماه تا یک سال بعد از زایمان انجام شده، شیوع SUI به ۴/۶ درصد کاهش داشته است. در مطالعه ویکراپ یک سال بعد از زایمان، شیوع SUI به ۳ درصد رسیده است [۶]. این مسأله نشان‌دهنده عامل مهم زمان در بهبود عملکرد عضلات کف لگن و مجرای ادرار برای کاهش SUI است، ولی به هر حال در بررسی انجام شده توسط مایر معلوم شده که ۱۵ تا ۱۸ درصد از این زنان اختلالات SUI را برای مدت‌های مدید دارا خواهند بود [۷]. در بیمارانی که به علت عدم پیشرفت سزارین شده‌اند، میزان شیوع SUI به ۲۵ درصد بوده است ولی در سزارین انتخابی ۱۰/۷ درصد محاسبه شده است که شبیه آمار به دست آمده توسط اسکار و همکاران او بود [۵]. شیوع SUI در بیمارانی که زایمان واژینال داشته‌اند و زنانی که به علت عدم پیشرفت سزارین شده‌اند تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشته است. در مواردی که سزارین انتخابی انجام گرفته میزان SUI نسبت به زایمان واژینال کاهش معنادار داشته است ($\chi^2=12/42$ و $p=0/01$). در مطالعه اسکات همین آمار به دست آمده است ($p=0/046$) و سزارین به‌عنوان عامل محافظت‌کننده کف لگن ذکر شده است. در مطالعه‌ای که توسط لیاوم انجام شده [۶] نیز بر همین عامل تأکید شده است. در مطالعه گروتس و همکاران او در مورد سزارین به علت عدم پیشرفت میزان SUI بیش‌تر از زایمان واژینال بوده [۸] و در مورد سزارین انتخابی این

شدید یا کلینیکال ۷۳ درصد و SUI خفیف ۲۷ درصد بود. در موارد سزارین به علت عدم پیشرفت میزان SUI ۲۵ درصد بود که ۷۰ درصد آن کلینیکال و ۳۰ درصد آن خفیف بود.

شیوع SUI خفیف در بیماران تحت سزارین به‌طور معنادار کم‌تر از گروه زایمان واژینال بود ($\chi^2=8/4$ و $p=0/004$). بیمارانی که به علت عدم پیشرفت زایمان سزارین شدند از نظر شیوع SUI تفاوت قابل ملاحظه‌ای با گروه زایمان واژینال نداشتند، ولی شیوع SUI در موارد سزارین انتخابی به‌طور معنادار کم‌تر از گروه زایمان واژینال بود ($\chi^2=42$ و $p=0/01$).

در بررسی سایر فاکتورها، از قبیل سن مادر در هنگام حاملگی، وزن جنین، سن حاملگی هنگام زایمان، دور سرجین، طول مدت مرحله دوم زایمان واژینال، و BMI مادر، نتایج به‌صورتی که در جدول ۱ درج شده، مشاهده گردید.

در بررسی موارد ذکر شده در جدول ۱، رابطه بی‌اختیاری استرسی ادراری با سن مادر، دورسرجین، طول مدت مرحله دوم زایمان در نمونه‌های مورد مطالعه معنادار نشد. در حالی که رابطه بین شیوع بی‌اختیاری استرسی ادرار و افزایش وزن موقع تولد چندان قابل توجه نبود ($\chi^2=22/5$ و $p=0/000$). همچنین در موارد BMI بیش از ۳۰ مادر، شیوع SUI بیش‌تر گزارش شد ($\chi^2=17/6$ و $p=0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

آیا زایمان واژینال یک عامل خطر قطعی برای ایجاد SUI است؟ [۹] با توجه به اثر SUI بر کاهش کیفیت زندگی و هزینه‌گزار اصلاح آن و ریسک بازگشت بعد از درمان، آیا انجام سزارین انتخابی برای تمام مادران پیشنهاد می‌شود؟ [۱۰] در این مطالعه میزان شیوع SUI در کل زایمان‌های انجام شده ۱۴ درصد، برای زایمان‌های واژینال ۱۶ درصد و برای سزارین ۱۲

جدول ۱ توزیع فراوانی و شیوع بی‌اختیاری استرسی ادرار بر حسب سن مادر، BMI مادر، دورسرجین، وزن موقع تولد در شرکت‌کنندگان در مطالعه

شیوع بی‌اختیاری ادراری (درصد)	دارای بی‌اختیاری ادراری (درصد) تعداد	نرمال (بدون بی‌اختیاری ادراری) (درصد) *تعداد	سن
۱۴/۲	۹(۱/۳)	۵۴(۷/۳)	۲۰>
۱۵/۸	۵۱(۷/۳)	۲۷۰(۳۸/۶)	۲۰-۲۴
۱۰/۱	۱۸(۲/۶)	۱۵۹(۲۲/۷)	۲۵-۲۹
۱۲/۱	۱۲(۱/۷)	۸۷(۱۲/۴)	۳۰-۳۴
۲۳/۱	۹(۱/۳)	۳۰(۴/۳)	۳۵≤
۱۴/۱	۳۳(۱۰/۷)	۲۷۶(۸۹/۳)	مجموع
			اندکس توده بدنی
۱۰/۷	۹(۱/۳)	۷۵(۱۱/۱)	۲۰>
۹/۷	۲۷(۱۴)	۲۵۲(۳۷/۳)	۲۰-۲۴
۱۸/۳	۴۵(۶/۷)	۲۰۱(۲۹/۸)	۲۵-۲۹
۲۷/۳	۱۸(۲/۷)	۴۸(۷/۱)	۳۰≤
۱۴/۶	۹۹(۱۴/۷)	۵۷۶(۸۵/۳)	مجموع
			دور سرجین (سانتی‌متر)
۶/۶	۶(۱/۱)	۸۴(۱۵/۴)	۳۲>
۱۴/۳	۵۱(۹/۳)	۳۰۶(۵۶)	۳۲-۳۷
۱۵/۱	۱۵(۲/۷)	۸۴(۱۵/۴)	۳۷<
۱۳/۲	۷۲(۱۳/۲)	۴۷۴(۸۶/۸)	مجموع
			وزن تولد جنین (گرم)
۰	۰	۳۰(۴/۶)	۲۰۰۰>
۱۸/۲	۱۸(۲/۸)	۸۱(۱۲/۴)	۲۰۰۰-۲۴۹۹
۲۲/۲	۳۰(۴/۶)	۱۰۵(۱۶/۱)	۲۵۰۰-۲۹۹۹
۱۴/۳	۳۶(۵/۵)	۲۱۶(۳۳/۲)	۳۰۰۰-۳۴۹۹
۱۰/۷	۹(۱/۴)	۷۵(۱۱/۵)	۳۵۰۰-۳۹۹۹
۰	۰	۵۱(۷/۸)	۴۰۰۰≤
۱۴/۳	۹۳(۱۴/۳)	۵۵۸(۸۵/۷)	مجموع

* درصدها به کل محاسبه شده‌اند.

بین دور سر جنین و SUI یافت نشد. همچنین در هیچ یک از مطالعات بررسی شده، ارتباط معناداری بین این دو گزارش نشده است.

در این مطالعه، هیچ رابطه معناداری بین شیوع SUI و طول مدت مرحله دوم زایمان به دست نیامد. در میان مقالات بررسی شده نیز تنها در مطالعه فریتل، زایمان طولانی مدت به عنوان عامل خطر ذکر شده است [۱۳]. در مطالعه حاضر، بیشترین میزان شیوع بی‌اختیاری استرسی در BMI بالای ۳۰ و کمترین میزان آن در BMI بین ۲۰ تا ۲۴ مشاهده شده است (نمودار ۱ و ۲).

همچنین بین SUI، BMI مادران رابطه معناداری به دست آمد ($\chi^2=17/6$ و $p=0/001$). در مطالعه شیتل، چاقی به عنوان فاکتور خطر برای SUI ذکر شده است [۱۴، ۱۵]. ایسل نیز افزایش BMI را به عنوان عامل خطر معرفی کرده است [۱۲]. در سایر مطالعات، ارتباط معناداری بین این دو عامل به دست نیامده بود.

در این مطالعه بین SUI و انواع روش‌های زایمان ارتباطی یافت نشد؛ ولی بین سزارین انتخابی و SUI ارتباط معناداری به دست آمد. از بررسی مجموع مطالعات با توجه به تعداد موارد شرکت داده شده در مطالعات و بررسی کارهای انجام شده توسط دپیزو و همکاران به نظر می‌رسد [۳] اکثر مؤلفان در مورد رابطه معنادار سزارین انتخابی و شیوع کم‌تر SUI اتفاق نظر دارند [۱۶ و ۱۷]. در نهایت این سؤال مطرح می‌شود که آیا سزارین به علت زایمان انسدادی می‌تواند نقش مؤثری در تشدید یا ایجاد بی‌اختیاری داشته باشد. بررسی آتی به این پرسش پاسخ خواهد داد.

در پایان با توجه به این که اکثر مطالعات رابطه بین SUI با روش زایمان را تأیید و زایمان طبیعی را به عنوان یک عامل خطر در برابر زایمان سزارین مطرح می‌کنند، باید در مطالعه‌ای با تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر و روش بررسی دقیق‌تر، عوامل خطرزا را که باعث تشدید SUI در زایمان واژینال می‌شوند تشخیص داد تا با دخالت به موقع خطر شیوع در این افراد کاهش یابد.

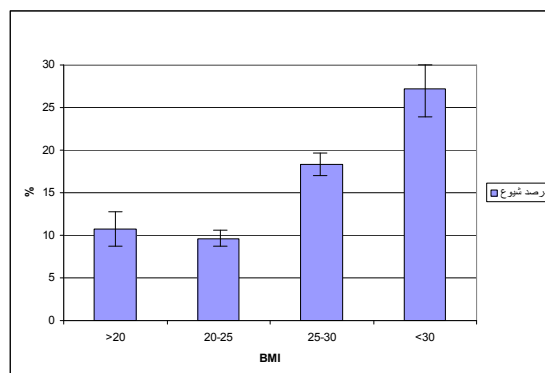
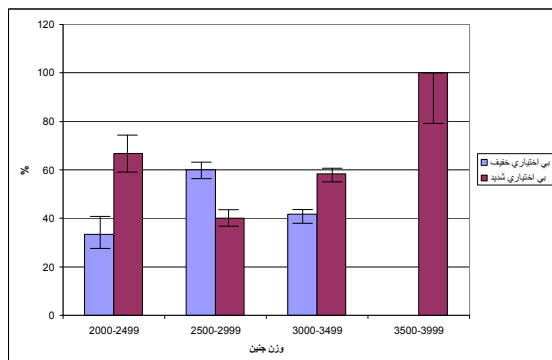
میزان شیوع به‌طور مشخصی کاهش داشته است ($p<0/05$). یاسون نیز در مطالعه‌ای که روی ۹۴۹ زن طی سه ماه بعد از زایمان انجام داده، همین نتیجه را به دست آورده است [۱۲]. برخی مطالعات اثر نوع زایمان در شیوع SUI رد می‌کنند [۸]. از آنجا که تعداد نمونه‌های تحت بررسی در این مطالعات عموماً کم بوده (کم‌تر از ۱۵۰ نفر)، نتایج به دست آمده چندان قابل اعتماد نیست. زایمان واژینال به عنوان یک عامل خطر در ایجاد SUI مشخص شده و حال باید ببینیم چه عواملی خطر SUI را در زایمان واژینال بیش‌تر می‌کند.

در مطالعه حاضر، سن بالای ۳۵ سال با میزان شیوع ۲۳ درصد SUI در مقایسه با ۱۰/۲ درصد در سن ۲۵ تا ۲۹ سال به دست آمده، ولی ارتباط مشخصی یافت شده است. در مطالعه شارلوت بین سن بالای مادر و شیوع SUI رابطه معناداری به دست آمده است [۱۱] ($p=0/001$). در مطالعه فریل، بین خانم‌های بالای ۳۰ سال در اولین حاملگی و ایجاد SUI ارتباط معناداری به دست آمده ($OR=2/4/95$ و $CI=1/4-4/2$) [۱۳]. ولی در مطالعه ایسون [۲] و نیز مطالعه منتشر شده توسط دوپویز بین سن مادر SUI ارتباط معناداری یافت نشده است [۱۲ و ۳].

در این مطالعه، بین سن حاملگی موقع زایمان و SUI ارتباط معناداری یافت نشد. در هیچ یک از مطالعات بررسی شده، سن حاملگی به عنوان عامل خطر ذکر نشده است. در این مطالعه، رابطه وزن جنین (نمودار ۳ و ۴) با ایجاد SUI معنادار شده است ($\chi^2=22/5$ و $p=0/00$). در مطالعه شارلوت و همکاران او، افزایش OR با بالا رفتن وزن جنین دیده شده [۱۱]، ولی در مطالعه اسکات و مطالعه فریتل و نیز مطالعه ایسون و همکارانش هیچ رابطه معناداری یافت نشده است [۱۲ و ۳].

در این مطالعه، میزان شیوع SUI با افزایش دور سر جنین کم و بیش افزایش یافته ولی هیچ رابطه معناداری

دکتر ظاهره افتخار و همکاران

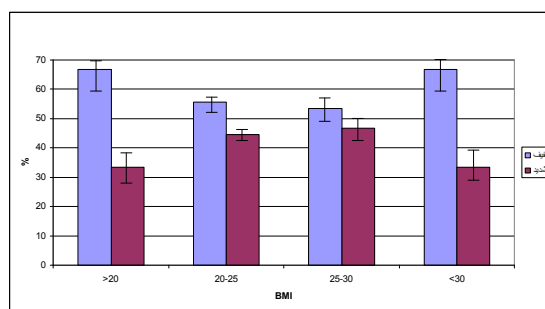


نمودار ۴ توزیع فراوانی نوع بی‌اختیاری بر حسب وزن جنین در بیماران SUI

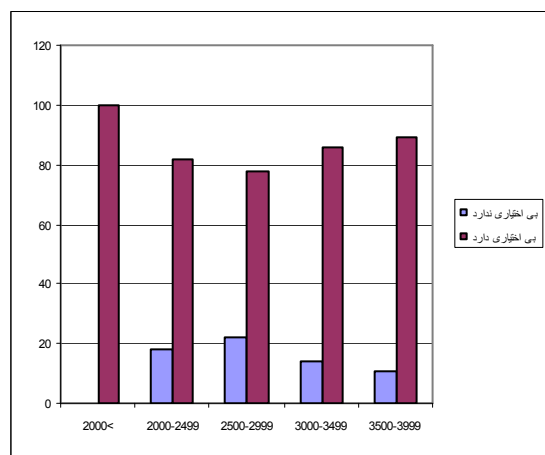
نمودار ۱ توزیع فراوانی و شیوع بی‌اختیاری استرسی ادرار بر حسب BMI مادر

منابع

1. Faundes A., Guarisi T., Pinto A. M., "The risk of urinary incontinence of parous women who delivered only by cesarean section international", J. of Gynecology and Obstetrics, 72(2):14-19 2001.
2. Kinj K., Freeman R. M., "Bladder neck mobility risk factor postpartum," J. of Gynecology and Obstetrics, 97(3):67-71, 2001.
3. Dupuis O., Madelenaf P., Rudigoz R. C., "Fecal and urinary incontinence after delivery: risk factor and prevention," J. of Gynecology and Obstetrics, 32(6):51-55, 2004.
4. Schytt E., Lindmark G., Waldenstrom U., "Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample," Acta Obstet Gynecol Scand J., 83(10):16-22, 2004.
5. Farrell B., Scott A., Victoria M., Baskett T., "Parturition and urinary incontinence in primiparas," J. of Gynecology and Obstetrics, 97(3):12-35, 2001.
6. Lal M., "Prevention of urinary and anal incontinence: role of elective cesarean delivery," J. of Gynecology and Obstetrics, 15(6):64-69, 2003.
7. Afrakhteh M., Bahrami N., Sattari S., Valaei N., "Evaluation of the association between normal vaginal delivery and stress urinary stress", Proc. of American Public Health Association, 1:10-29, Aug 2005.
8. Groutz A., Rimon E., Peled S., Gold R., Puzner D., Lessing J. B., Gordon D. "cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their delivery," Neuroroul urodyn J., 23(1):35-39, 2004.
9. Prson J, Wolner H., Rydstroem H., "Obstetric Risk factor for stress urinary incontinence," J. of Gynecology and Obstetrics, 81(2):41-46, 2000.



نمودار ۲ توزیع فراوانی بی‌اختیاری خفیف و شدید بر حسب BMI مادر در بیماران بی‌اختیاری استرسی



نمودار ۳ توزیع فراوانی بی‌اختیاری بر حسب وزن جنین

14. Viktrup L., Epidural G. L., "Anesthesia during labor and stress incontinence after delivery," J. of Gynecology and Obstetrics, 82(6):41-45, 1993.
15. Hvidman L., Fold Spang A., Mommsen S., Nielsen J. B., "Post partum urinary incontinence," J. of Gynecology and Obstetrics, 82(12):45-49, 2003.
16. Cathryn M. A., Glazener G., Herbison P., Wilson P. D., Arthur C. M., Lang G. D., Gee H., Graut A. M., "Conservative management of persistent post natal urinary and faecal incontinence: randomized controlled trial," BM J., 323(1):53-58, 2001.
17. Tincello D. G., Adams E. J., Richmond D. H., "Antenatal screening for postpartum urinary incontinence in nulliparous women: a pilot study," J. of Gynecology and Obstetrics, 101(3):19-24, 2002.
10. Pregazzi R., Sartore A., Troiano L., Grimaldi E., Bortoli P., "Salvatore siracusano, secondo Guaschino, Post partum urinary symptoms: prevalence and risk factors," J. of Gynecology and Obstetrics, 103(1):84-91, 2002.
11. Chaliha C., Kalia V., Stanton S. L., Antenatal M., "Prediction of postpartum urinary and fecal incontinence," J. of Gynecology and Obstetrics, 94(9):21-24, 1999.
12. Eason E., Labrecque M., Marcoux S., Mondor M., "Effects of carrying a pregnancy and of method of delivery on urinary incontinence: a prospective cohort study," J. of BMC pregnancy childbirth, 19(4):73-76, 2004.
13. Fritel X., Fauconnier A., Levet C., Benifla J. L., "Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey," J. of Gynecology and Obstetrics, 83(10):54-57, 2004.