

بررسی میزان شیوع علایم مرتبط با اختلالات کف لگن در خانم‌های مراجعه‌کننده 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 می‌باشد.

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) یبوست (P=۰/۰۰۱) و بی اختیاری مقعدی (P=۰/۰۱۴) تفاوت معنی‌دار 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 معنی‌داری دیده نشد. همچنین انواع بی اختیاری ادراری و بواسیر و یبوست 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، پائیز ۸۵، ص ۲۰۳ تا ۲۱۰)

کلواژه‌ها: 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 می‌شود و کیفیت زندگی تعداد زیادی از زنان را در همه سنین در تمام دنیا تحت تأثیر قرار می‌دهد با زایمان و سن مرتبط است.^(۱)

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 مهلبی 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.

یافته‌ها

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

بی‌اختیاری ادراری در ۱۷ تا ۴۵ درصد از زنان بالغ دیده می‌شود^(۴,۳) و در 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 مهلبی 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 مهلبی 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

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 مهبلی 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 مهبلی تنها و زایمان به هر دو طریق مهبلی 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)

آمد. بیشترین تعداد در سنین ۳۵-۲۶ (۳۸/۶٪) و کمترین تعداد در سنین بالای ۵۵ سال (۱۱/۴٪) بودند. همچنین گروه سنی ۳۶-۴۵ سال (۲۶/۴٪) و ۴۶-۵۵ 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 طریقه سزارین (۵۸ نفر) زایمان خود بخودی مهبلی (۳۱۳ نفر) و داشتن حداقل یک زایمان با وسیله (۲۵ نفر) و زایمان به هر دو طریقه خودبخودی مهبلی 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

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

تعداد کل اختلال (%)	زایمان به دو طریق واژینال و سزارین تعداد (%)	حداقل یک زایمان یا وسیله تعداد (%)	زایمان واژینال تنها تعداد (%)	سزارین تنها تعداد (%)	بدون زایمان تعداد (%)	نوع زایمان انواع اختلال لگن	
۹۰ (۱۴/۷)	۳۰ (۱۷/۳)	۸ (۳۲/۰)	۴۵ (۱۴/۴)	---	۷ (۱۷/۰)	بی اختیاری ادراری استرسی تنها اورژانسی تنها مخلوط	
۴۳ (۷/۰)	۸ (۴/۶)	۱ (۴/۰)	۲۶ (۸/۳)	---	۸ (۱۹/۰)		
۹۱ (۱۴/۹)	۱۰ (۵/۷)	۴ (۱۶/۰)	۷۷ (۲۴/۶)	---	---		
۶۱ (۱۰/۰)	۱۲ (۶/۹)	۱ (۴/۰)	۴۴ (۱۴/۰)	-	۴ (۹/۵)	بی اختیاری مقعدی - مدفوعی - گازی	دارد
۱۶۷ (۲۷/۳)	۳۹ (۲۲/۴)	۳ (۱۲/۰)	۱۱۱ (۳۵/۵)	۱ (۱/۷)	۱۳ (۳۱/۰)	یبوست	دارد
۴۶ (۷/۵)	۵ (۲/۹)	۱ (۴/۰)	۳۲ (۱۰/۲)	۲ (۳/۴)	۶ (۱۴/۰)	یواسیر	دارد
۱۶۶ (۲۷/۰)	۴۳ (۲۴/۷)	۳ (۱۲/۰)	۱۰۶ (۳۳/۸)	-	۱۴ (۳۳/۰)	شلی واژن	دارد
۱۲۰ (۱۹/۶)	۲۷ (۱۵/۵)	۱۰ (۴۰/۰)	۶۳ (۲۰/۰)	۳ (۵/۲)	۱۷ (۴۰/۰)	خشکی واژن	دارد
۷۴ (۱۲/۰)	۲۱ (۱۲/۰)	۵ (۲۰/۰)	۳۰ (۹/۶)	۲ (۳/۴)	۱۶ (۳۸/۰)	مقاربت دردناک	دارد
۶۱۲ (۱۰۰)	۱۷۴ (۱۰۰)	۲۵ (۱۰۰)	۳۱۳ (۱۰۰)	۵۸ (۱۰۰)	۴۲ (۱۰۰)	تعداد کل (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 بی اختیاری مقعدی ($P=0/014$) تفاوت معنی دار 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 معنی دار موجود نیست.

بحث

این مطالعه نشان می‌دهد بین شاخص توده بدنی و بی اختیاری ادراری، مقعدی، یبوست ارتباط معنی داری 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 بی اختیاری ادراری، یبوست، خشکی و شلی واژن و بی اختیاری 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 مهلبی 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 مهلبی خودبخودی مطرح است. در مطالعه مروری که در سال ۲۰۰۵ در کانادا انجام شده است نقص های کمی و کیفی بافت کلاژن و عضله بالابرنده مقعد از عوامل مهم زمینه ساز در اختلالات عملکرد کف لگن دانسته شده است. بر اساس این مطالعه تعداد زایمان، زایمان مهلبی، یائسگی و سن از عوامل زمینه ساز اثبات شده در نقایص بافت کلاژن و اختلال عملکرد عضله بالا برنده

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، بی اختیاری استرسی ادرار با تعداد سه زایمان شایعتر از بقیه انواع بی اختیاری ادراری بود و با افزایش تعداد زایمان میزان بی اختیاری ادراری مختلط افزایش می یافت. در زنان با سابقه زایمان فقط به طریق سزارین، هیچیک از انواع بی اختیاری ادراری (استرسی، فوریتی، مخلوط) وجود نداشت. در کسانی که به هر دو طریق واژینال و سزارین زایمان داشتند، بی اختیاری ادراری مخلوط با افزایش تعداد زایمان افزایش یافته بود و بی اختیاری استرسی با سه و چهار زایمان شایع تر بود. در زنانی که سابقه حداقل یک زایمان واژینال به کمک وسیله داشتند بی اختیاری فوریتی با سه زایمان و بی اختیاری ادراری مخلوط در این زنان از زایمان چهار به بعد دیده شد همچنین بی اختیاری استرسی در زنان با یک، سه و پنج زایمان شایع تر بود. (جدول ۱)

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کنار گذاشتن زنان بدون زایمان نشان داد که بین سزارین و زایمان خودبخودی مهلبی در رابطه با اختلالات کف لگن تفاوت وجود دارد. (جدول ۱) بواسیر در زنان با زایمان مهلبی با درصد بالاتری بدست آمد. بطوریکه در زنان با زایمان به طریق سزارین ۳/۴ درصد در زنان با زایمان مهلبی ۱۰/۲ درصد در زنان با زایمان مهلبی با کمک وسیله ۴ درصد و در زنان با زایمان سزارین و مهلبی ۲/۹ درصد دیده شد. مقاربت دردناک در زنانی که زایمان مهلبی داشتند (۹/۶ درصد) و در زنانی که زایمان به طریق سزارین داشتند (۳/۴ درصد) بدست آمد. مقاربت دردناک در زنان با زایمان مهلبی با وسیله (۲۰ درصد) تقریباً دو برابر زنان با سابقه زایمان سزارین و مهلبی 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 ۳۵-۲۶ سال ۳۰ درصد، ۴۵-۳۶ سال ۴۵ درصد،

توجهی را در زایمان‌های با وسیله گزارش کرده‌اند 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 می‌افتند 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 مهلبی 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 نمی‌تواند ارزیابی کند. بی‌اختیاری 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 داشته‌اند. این علائم با شاخص توده بدنی سن، روش و تعداد زایمان مرتبط بوده و کاهش کیفیت زندگی را موجب می شود. لذا انجام اینگونه

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 آمریکائی کمترین احتمال را برای شلی های لگن داشتند و زنان اسپانیائی 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 رابطه‌ای میان تحصیلات، شغل، نحوه زندگی، بیماریهای مزمن، زمان یائسگی، سابقه مصرف سیگار، قهوه و سابقه هیستروکتومی 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 می‌آید که البته اغلب این زایمانها با وسیله (بیشتر واکتوم) بوده است.^(۱۰ و ۱۱) اخیراً یک تمایل کلی در زنان جهت انجام عمل سزارین به طور انتخابی در اولین حاملگی یا حاملگی‌های بعدی دیده می‌شود به این امید که از ایجاد بی‌اختیاری ادراری، مدفوعی، افتادگی و شلی‌های مهبل و بواسیر جلوگیری کنند.

در یک مطالعه در انگلیس^(۱۲) دیده شد که ۳۱٪ سزارین ها به همین منظور در حاملگی‌های بدون عارضه و به طور انتخابی انجام می‌شود. 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 می‌رسد که افزایش صدمه به سیستم تناسلی در طی زایمان (مثل برش وسیع عضلات پرینه) منجر به افزایش عوارض زودرس پس از زایمان و بی‌اختیاری ادراری شود^(۱۴-۱۶) با توجه به اینکه زایمان با وسیله، همراه با درجات بالاتری از اختلالات کف لگن بخصوص بی‌اختیاری ادراری بوده و سبب لزوم انجام اعمال جراحی بر روی مثانه می‌شود، اخیراً تعدادی از کشورها کاهش قابل

برنامه روزانه زنان و پیشگیری از یبوست مزمن از انجام سزارین انتخابی به عنوان یک راه موثر در کاهش اختلالات بعدی کف لگن اجتناب شود.

سپاسگزاری

بدینوسیله از زحمات سرکار خانم دکتر الهام شیخ ویسی که در انجام این مطالعه مساعدت داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

مطالعات و یافتن عوامل مرتبط با این اختلالات جهت بدست آوردن راهکارهای پیش‌گیری کننده از اهمیت زیادی برخوردار است.

همچنین پیشنهاد می‌شود با بکار بردن برخی تمهیدات از جمله کنترل وزن، عدم انجام اپی زیوتومی غیر ضروری و آموزش و گنجانیدن ورزش‌های عضلات کف لگن و پرینه در

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 epidcmiological 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. Enterocele: 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 ۳۰ – ۲۵.

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 ageparity, 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