

بررسی رابطه روش اولین زایمان با ابتلاء به بی اختیاری استرسی ادرار

پس از یک سال

چکیده

زمینه و هدف: بی اختیاری استرسی ادرار (Stress Urinary Incontinence-SUI)، یکی از مشکلات بهداشتی مهم برای زنان می باشد که شناخت عوامل ایجادکننده آن از اهمیت ویژه ای برخوردار است. هدف از این مقاله، تعیین رابطه بین روش زایمان و ابتلاء به بی اختیاری استرسی ادرار در زنان یک بار زایمان کرده، یک سال پس از زایمان است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت کوهرت تاریخی در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران در فاصله زمانی فروردین ۱۳۸۵ تا فروردین ۱۳۸۶ صورت گرفته است. ۱۴۰ بیمار که یک بار زایمان کرده و یک سال از زایمانشان گذشته بود، وارد مطالعه شدند و در سه گروه مورد مقایسه قرار گرفتند. تشخیص (SUI) با پرسشنامه Stress Urinary Incontinence شد. بیماران مبتلا به بیماری های داخلی یا افزایش فشار مزمن داخل شکمی و نیز بیماران با عفونت ادراری از مطالعه خارج شدند. نتایج حاصله توسط نرم افزار آماری SPSS و از طریق تست های Chi² و t Test مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: بیماران مورد مطالعه در سه گروه مورد بررسی قرار گرفتند. گروه (۱) یا گروه زایمان واژینال (۴۰۰ نفر)، گروه دوم یا گروه سزارین انتخابی (۶۰۰ نفر) و گروه سوم گروه سزارین اورژانس (۴۰۰ نفر) از نظر بی اختیاری استرسی ادرار مورد بررسی قرار گرفته، که جمماً ۲۵ (۱/۹٪) مورد دارای SUI بودند. در این تعداد ۱۲ نفر (۲٪) به صورت واژینال و ۵ نفر (۰/۸٪) به صورت سزارین انتخابی و ۸ نفر (۰/۷٪) به طریق اورژانسی سزارین شده بودند که از نظر آماری اختلاف معنی داری را نشان دادند ($p=0.37$).

از نظر سن، وزن کنوئی، انجام یا عدم انجام ورزش، شغل، قومیت، وزن نوزاد، علت سزارین و طول مرحله دوم زایمان بین سه گروه اختلاف معنی داری وجود نداشت. رابطه معنی داری بین SUI و وزن نوزاد، نژاد و قومیت، و علت سزارین به دست نیامد. میانگین مدت مرحله دوم زایمان در افراد دارای $SUI = 8/1 \pm 4/2$ دقیقه و در گروه بدون $SUI = 9/6 \pm 5/2$ دقیقه بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنی دار بود ($p=0.000$).

نتیجه گیری: زایمان واژینال در اولین حاملگی یک عامل خطر برای وقوع SUI یک سال پس از زایمان می باشد.

کلیدواژه ها: ۱- بی اختیاری استرسی ادرار ۲- روش زایمان، ۳- زایمان واژینال

دکتر شایسته پراشی I

* دکتر مریم کاشانیان II

دکتر فرزانه نیک نفس III

مقدمه

هرماه باشند مانند: دیابت، استروک و صدمات طناب خناعی. تعدادی دیگر از بیماری ها به طور مشکوک ادعا می شود که با بی اختیاری ادرار همراه هستند. این گروه شامل هیسترکتومی، بیوست، محرك های استرس زای شغلی، سیگار و مسائل ژنتیک هستند.

حاملگی و زایمان، زنان را برای SUI حداقل در سنتین جوان تر مستعد می سازد^(۱). حدود نیمی از زنان، علائم SUI را در طول حاملگی گزارش می کنند، اما در اکثر موارد، علائم پس از زایمان فروکش می کنند. در یک

بی اختیاری استرسی ادرار (SUI) به دفع بی اختیار ادرار با افزایش فشار داخل شکمی مثل سرفه، عطسه، یا ورزش اطلاق می شود^(۲) و وقتی ایجاد می شود که فشار داخل مثانه ای بیش از میزان فشاری شود که مکانیزم بسته شدن اورترا بتواند آن را تحمل کند. SUI شایع ترین فرم بی اختیاری ادرار در زنان است که به ویژه در زنان جوان تر دیده می شود^(۳). شواهدی وجود دارد که نشان می دهد سن، حاملگی، زایمان و چاقی با افزایش میزان SUI همراه هستند^(۴).

بعضی از بیماری ها می توانند با بی اختیاری ادرار

این مقاله خلاصه ای است از پایان نامه دکتر فرزانه نیک نفس چهت دریافت درجه دکتری تخصصی بیماری های زنان و زایمان به راهنمایی دکتر شایسته پراشی، سال ۱۳۸۶.
(I) استادیار و متخصص بیماری های زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، چهارراه مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران
(II) دانشیار و متخصص بیماری های زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، چهارراه مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران (مؤلف مسئول)
(III) متخصص بیماری های زنان و زایمان

می کردند و $\%_{\text{C}}$ و $\%_{\text{A}}$ نرمال داشتند، بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل وجود سابقه بی اختیاری ادرار از هر گونه قبل از زایمان و سابقه هر گونه بیماری سیستمیک مثل دیابت، بیماری های مزمن ریوی (سرفه مزمن، COPD و آسم)، یبوست مزمن، آنومالی های شناخته شده سیستم ادراری، وجود عفونت ادراری، بیماری های قلبی، نورولوژیک و روانی، آنومالی های پشت و ستون فقرات، توده های شکمی و هر گونه مصرف دارو، زایمان با وسیله (واکیوم یا فورسپس)، مصرف سیگار، زایمان دوقلو و وزن نوزاد بالای ۴ کیلوگرم بود. برای کلیه بیمارانی که SUI را ذکر می کردند، $\%_{\text{C}}$ و $\%_{\text{A}}$ درخواست شد که نرمال بود. تشخیص SUI بر اساس پرسشنامه گداشته شد (که سوالات آن بر اساس تعریف International Continence Society-ICS گداشته شده که تست گردیده و اعتبار و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است^(۱۵)). سپس سیستومتری انجام شده و لحظه اولین احساس ادرار در بیمار و لحظه عدم تحمل برای نگهداری ادرار ثبت شد (برای اطمینان از نبودن اشکال در عضله دترسور مثانه). در حجم، ۴۰۰-۳۰۰ سی سی از مایع وارد شده به مثانه از بیمار خواسته شد. همچنین از بیمار خواسته شد تا در حالت خوابیده و ایستاده سرفه کند و خروج ادرار بررسی شد (برای تایید بی اختیاری استرسی).

وزن، قومیت، تحصیلات، وزن نوزاد، طریقه زایمان، طول مدت زایمان و علت سازارین در بیماران یادداشت گردید و مورد مقایسه قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده با نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از تست های آماری χ^2 و t test برای مقایسه استفاده گردید.

یافته ها

۱۴۰۰ بیمار در سه گروه قرار گرفتند. گروه اول یا

مطالعه آینده نگر^(۶)، حدود ۳۰٪ زنان پریمی پار SUI را در حاملگی شان نشان دادند که ۷٪ بعد از زایمان ادامه یافت و در انتهای یک سال فقط ۳٪ از آنها SUI را گزارش کردند؛ ۹۵٪ این زنان پس از ۵ سال SUI را مجددًا نشان دادند. بنابراین SUI گذرا پس از زایمان می تواند یک علامت برای SUI در آینده بیمار باشد.

تغییرات متفاوتی پس از زایمان اتفاق می افتد که ممکن است زنان را برای SUI مستعد سازد. قدرت عضله لواتور آنی کاهش می یابد^(۷). حدود ۲۰٪ زنان یک دیفتکت قابل روئیت در عضلات لواتور آنی، پس از زایمان پیدا می کنند^(۸). گردن مثانه نزول پیدا می کند^(۹) و عضلات لگنی Partial denervation با نوروپاتی پودنال^(۱۰) پیدا می کنند. در اکثر مطالعات، پاریتی قویاً با SUI در زنان جوان تر ارتباط دارد^(۱۱). با این حال بر اساس مطالعات انجام شده در زنان ۶۰ ساله و بالاتر، پاریتی عموماً یک ریسک فاکتور غیروابسته برای SUI نیست^(۱۲). در برخی از مطالعات^(۱۳) زایمان واژینال در مقایسه با سازارین الکتیو به عنوان یک ریسک فاکتور مهم برای SUI معرفی شده است که در مطالعه دیگری نیز^(۱۴) تأیید شده است. حال آنکه بعضی از مطالعات^(۱۵)، خود حاملگی و نه نوع زایمان را عاملی برای ایجاد SUI می دانند.

هدف از مطالعه حاضر بررسی رابطه بین روش زایمان با ابتلاء SUI یک سال پس از زایمان است.

روش بررسی

این مطالعه به صورت کوهورت تاریخی بر روی ۱۴۰۰ زن (پس از در نظر گرفتن معیارهای خروج و ورود به مطالعه) و در فاصله زمانی فروردین ۱۳۸۵ تا فروردین ۱۳۸۶ در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران صورت گرفته است. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیمارانی که یک سال از زایمانشان گذشته باشد، یک بار زایمان داشته اند، وجود بی اختیاری استرسی ادرار را ذکر

ورزش می کردند و ۱۹ نفر (۷۶٪) ورزش نمی کردند که اختلاف از نظر آماری معنی دار است ($p=0.003$).

جدول شماره ۲- فراوانی بیماران مبتلا به SUI از نظر شغل و انجام ورزش در سه گروه

P value	مشخصات گروهها	سازارین انتخابی	سازارین واژینال	زایمان اورژانسی	زایمان
0.77	شغل خانه دار	۸/۱۰	۴/۱۰	۱۱/۹۱	۷/۷۶
	کارمند	۰/۰	۰/۲۰	۱/۸۳	۱/۸۳
	ورزش به	۲/۲۵	۱/۲۰	۳/۲۵	۳/۲۵
0.65	قبل خیر	۶/۷۵	۴/۱۰	۹/۷۵	۹/۷۵
	ورزش به	۱/۱۲/۵	۱/۲۰	۲/۱۶/۷	۲/۱۶/۷
	بعد از خیر	۷/۱۷/۰	۴/۱۰	۱۰/۱۳/۳	۱۰/۱۳/۳

در مورد ورزش پس از زایمان در افراد مبتلا به SUI ۴ نفر (۱۶٪) ورزش می کردند، در حالی که ۲۱ نفر (۸۴٪) ورزش نمی کردند که اختلاف از نظر آماری معنی دار است ($p=0.001$).

بحث

در مطالعه حاضر، زایمان واژینال یک ریسک فاکتور برای بروز SUI در یک سال پس از زایمان بوده است. شیوع SUI در گروه زایمان واژینال ۳٪، در گروه سازارین الکتیو ۸۳٪ و در گروه سازارین اورژانسی ۲٪ بود که اختلاف آماری معنی داری بین گروه سازارین انتخابی و زایمان واژینال را نشان می داد ($P=0.037$). همچنین، میانگین مدت مرحله دوم زایمان در افراد دارای SUI طولانی تر از گروه بدون SUI بود که تا حدی می تواند توجیه کننده علت ایجاد SUI باشد.

میزان SUI یک سال پس از زایمان در مطالعه حاضر ۱/۹٪ بوده که به مطالعه Vitruپ^(۱) نزدیک است.

در مطالعه ای^(۲) که بر روی زنان پریمی پار مسن صورت گرفت، بروز SUI پس از زایمان واژینال بیشتر از

گروه زایمان واژینال ۴۰۰ نفر (۲۹٪) را تشکیل می داد. گروه دوم یا گروه سازارین الکتیو که ۶۰۰ نفر (۴۲٪) بودند و گروه سوم یا گروه سازارین اورژانسی که ۴۰۰ نفر (۲۹٪) را تشکیل می دادند.

بیماران دو گروه مبتلا و نیز غیر مبتلا به SUI از نظر سن، وزن کنونی، شغل، قومیت و علت سازارین اورژانسی و نیز ورزش قبل از زایمان و پس از زایمان تفاوت معنی دار نداشتند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- مشخصات بیماران در دو گروه با و بدون SUI

P value	SUI بدون	SUI دارای	سن (سال)
0.000	۲۰/۲±۵/۴۱۳	۲۵/۴۸±۴/۵۵	وزن کنونی (kg)
0.323	۷۶±۴/۱۳	۷۴/۲±۹/۵۱	وزن نوزاد (گرم)
0.114	۳۱۵۰±۹۲۴/۴	۳۳۲۴/۴±۳۹۲/۵	مدت زمان مرحله دوم زایمان (دقیقه)
0.000	۲۵±۹/۶	۳۴±۸/۱	

شیوع SUI در گروه زایمان واژینال ۱۲ نفر (۳٪)، در گروه سازارین الکتیو ۵ نفر (۰٪) و در گروه سازارین اورژانسی ۸ نفر (۲٪) بود ($P=0.037$)، که اختلاف آماری معنی داری بین گروه سازارین انتخابی و زایمان واژینال را نشان می داد.

میانگین مدت مرحله دوم زایمان در افراد دارای SUI ۳۴±۸/۱ دقیقه و در گروه بدون SUI ۲۵±۹/۶ دقیقه بود، که بین دو گروه اختلاف آماری معنی دار بود ($p=0.000$). قومیت در بیماران دارای SUI و بدون SUI تفاوت معنی دار نداشت. شغل بین دو گروه دارای SUI و بدون SUI تفاوت معنی دار نداشت. همچنین فراوانی ورزش قبل از زایمان، علت سازارین اورژانسی و ورزش بعد از زایمان بین دو گروه دارای SUI و بدون SUI اختلاف معنی داری نداشت (جدول شماره ۲).

در افراد مبتلا به SUI، ۶ نفر (۲۴٪) قبل از زایمان

Vikstrup و همکاران ریسک فاکتورهای SUI را ۵ سال^(۱۶)، و ۱۲ سال^(۲۰) پس از اولین حاملگی و زایمان ارزیابی کرد. بر اساس آن مطالعات، سزارین در اولین حاملگی با کاهش ریسک قابل توجه SUI همراه بود و وجود ۳ SUI ماه پس از زایمان اول، ریسک طولانی شدن SUI را بسیار زیاد می کرد. مطالعات دیگر^(۲۱-۲۳) نیز مؤید این نظریه می باشد.

مطالعه دیگر^(۱۵) بر عکس معتقد است که حاملگی، ریسک بی اختیاری ادرار را زیاد می کند و نه نوع زایمان. مطالعه دیگری^(۲۴) وقوع SUI در زایمان واژینال و سزارین به علت انسداد لیبر (Obstructed labor) را یکی نشان داده است؛ ولی در موارد سزارین الکتیو میزان SUI خیلی کمتر بوده است. این نکته بیانگر این وضعیت است که با سیر زایمان، اختلالات کف لگن حاصل می شود که با سزارین الکتیو می توان جلوی آن را گرفت. مطالعه فوق بسیار به مطالعه حاضر نزدیک است. فقط این مطالعه بر روی ۲۶۳ بیمار یک سال پس از زایمان صورت گرفته است که از نظر تعداد، کمتر از مطالعه حاضر می باشد.

در مطالعه حاضر نیز میزان SUI پس از زایمان واژینال و موارد سزارین اورژانس تفاوت نداشته است و نیز با افزایش طول مدت مرحله دوم زایمان، ریسک SUI بیشتر بوده است. پیشنهاد می شود در مواردی که احتمال زایمان سخت و یا مراحل طولانی در زایمان پیش بینی می شود، با بیمار در مورد ریسک SUI صحبت شود.

عدم آگاهی بیمار از بیماری های خفیف و یا آنومالی های بدون علامت واضح در سیستم عصبی و یا سیستم ادراری، محدودیت پژوهش بود که از اختیار پژوهشگر خارج بوده است.

نتیجه گیری

در مجموع با توجه به مطالعه حاضر و مقالات متعدد به نظر می رسد زایمان واژینال ریسک مهمی برای ایجاد SUI پس از یک سال از زایمان می باشد و سزارین الکتیو

می تواند این ریسک را کاهش دهد.

فهرست منابع

- 1-Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. Fourteenth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 854-6.
- 2- Hunskaar S, Burgio K, Diokno A. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology* 2003; 62: 16-23.
- 3- Groutz A, Helpman L, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, Gordon D. First vaginal delivery at an older age: Does it carry an extra risk for the development of stress urinary incontinence? *Neurourol Urodyn* 2007; 26(6): 779- 82.
- 4- Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C, Lancashire R, McGee MA, Grant AM, et al. New postnatal urinary incontinence: Obstetric and other risk factors in primipara. *BJOG* 2006 Feb; 113 (2): 208- 17.
- 5- Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Fauconnier A, Piault S, Breart G. Mode of delivery and severe stress incontinence. A cross- sectional study among 2,625 perimenopausal women. *BJOG* 2005 Dec; 112(12):1646- 51.
- 6- Viktrup L, Lose G, Rolff M. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primipara. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 945- 949.
- 7- Peschers UM, Schaer GN, DeLancey JO. Levator ani function before and after childbirth. *BJOG* 1997; 104: 1004- 1008.
- 8- DeLancey JO, Kearney R, Chou R. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 46- 53.
- 9- Dietz HP, Bennett MJ. The effect of childbirth on pelvic organ mobility. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 223- 228.
- 10- Snooks SJ, Swash M, Mathers SE. Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. *Br J Surg* 1990; 77: 1358- 138.
- 11- Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn* 1999; 18: 567- 571.
- 12- Brown JS, Grady D, Ouslander JG. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Heart & Estrogen/ Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 66- 70.
- 13- Ekstrom A, Altman D, Wiklund I, Larsson A, Andolf E. Planned cesarean section versus planned vaginal delivery: comparison of lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007 Sept; 26:156-160.
- 14- Van Brummen HJ, Bruinse HW. Bothersome lower urinary tract symptoms 1 year after first delivery: prevalence and the effect of childbirth. *BJU Int* 2006 Jul; 98 (1): 89- 95.
- 15- Mc Kinnie V, Swift SE, Wang W, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, et al. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2005 Aug; 193 (2): 512- 7.
- 16- Viktrup L. The risk of lower urinary symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn* 2002; 21 (1): 2- 29.
- 17- Mac Arthur C, Glazener CM, Wilson PD, Lancashire RJ, Herbison GP, Grant AM. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six- year longitudinal study. *BJOG* 2006 Feb; 113 (2): 218- 24.
- 18- Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young women. *Prog Urol* 2002 Feb; 12 (1): 52 – 9.
- 19- Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Benifla JL. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004 Oct; 83(10):941-5.
- 20- Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol* 2006 Aug; 108 (2): 248- 54.
- 21- Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. VIVA Study Group. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG* 2003. Oct; 110 (10); 927- 33.
- 22- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Norvwegian EPINCONT Study. *N Engl J Med* 2003 Mar; 348 (10): 900- 7.

23- Eftekhar T, Hajibaratali B, Ramezanzadeh F, Shariat M. Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primiparas. Int J Gynecol Obstet 2006 Aug; 94 (2): 114-8.

24- Groutz A, Rimon E, Peled S, Gold R, Pauzner D,

Lessing JB, et al. Cesarean section: does it really prevent the development of post partum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. Neurourol Urodyn 2004; 23 (1): 2-6.

Evaluation of the Relationship Between the Mode of First Delivery and Stress Urinary Incontinence After 1 Year

SH. Parashi, MD^I ***M. Kashanian, MD^{II}** **F. Niknafs, MD^{III}**

Abstract

Background and Aim: Stress urinary incontinence (SUI), is one of the important health problems for women and the knowledge about its risk factors is considerably significant.

The purpose of the present study is finding a relationship between the mode of delivery and SUI, one year after first delivery.

Patients and Methods: A historical cohort study was performed in Akbarabadi Teaching Hospital, Tehran, Iran, between March 2006- March 2007. One thousand four hundred primiparaous women who had delivered one year ago entered the study and were compared. They were divided into three groups.

Patients were diagnosed with incontinence by questionnaire. The patients with internal disorders or chronic high intra-abdominal pressure and urinary infection were excluded from the study. Statistical analysis was performed using SPSS. t and Chi² tests were used for comparing the results.

Results: The patients were evaluated in 3 groups. Group 1 or vaginal delivery group (400 cases), group 2 or elective cesarean section group(600 cases), and third group or emergency cesarean section group(400 case)were compared. 25 women (1.9%) had SUI, 12 of which (3%) were in the vaginal delivery group, 5 (0.83%) were in the elective cesarean group and 8 cases (2%) were in the emergency cesarean group showing a statistically significant difference ($p=0.037$). There was no significant difference between women in the 3 groups according to age, maternal weight, doing exercise, occupation, race, reason for cesarean section and neonatal weight. Mean duration of the second stage of labor was longer in patients with SUI (34 ± 8.1 min vs 25 ± 9.63 min), showing a statistically significant difference ($P=0.000$).

Conclusion: Vaginal delivery in the first pregnancy is a risk factor for SUI after one year

Key words: 1) Stress urinary incontinence (SUI) 2) Mode of delivery
3) Vaginal delivery.

This article is a summary of the thesis by F. Niknafs, MD for the degree of speciality in Obstetrics and Gynecology under supervision of SH. Parashi, MD (2007).

I) Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Molavi St, Molavi Crossing, Shaheed Akbar Abadi Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

II) Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, Molavi St, Molavi Crossing, Shaheed Akbar Abadi Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services Tehran, Iran (*Corresponding Author)

III) Gynecologist and Obstetrician