دراسة دور بعض عوامل الخطورة المؤهبة لسلس البول عند النساء

ريم خوام*، رولا زيّات**

*طالبة دراسات عليا(ماجستير)، قسم التوليد وأمراض النساء وجراحتها، كلية الطب البشري، جامعة حلب.

**قسم التوليد وأمراض النساء وجراحتها، كلية الطب البشري، جامعة حلب.

الملخّص

تهدف الدراسة إلى تقييم بعض من عوامل الخطورة المؤهبة للسلس البولي عند النساء.

شملت الدراسة الوصفية على 507 سيدة ضمّت 163 (32.1%) سيدة كانت تشكو من سلس بولي خلال الأسابيع الأربعة الماضية، ومجموعة شاهدة ضمت 344 (67.9%) سيدة لا تعاني من السلس البولي.

بلغ معدل انتشار السلس في العينة المدروسة 32.1% وذلك بحساب نسبة المرضى اللواتي أجبنّ بالإيجاب حول حدوث السلس البولي الى العدد الكلي للعينة.

أثبتت الدراسة دور داء السكري والسعال والإمساك المزمن والزيادة في عدد الحمول والولادات المهبلية كعوامل خطر مؤثرة دون وجود أهمية إحصائية للولادات القيصرية أو القصة العائلية أو التدخين أو العمل الشاق، وبالرغم من الدور الهام للقيلات المثانية كعوامل أخرى لم نستطع إثبات دور كل من القيلات المستقيمية والهبوط الرحمي كعامل خطر.

التحري المبكر لعوامل الخطر والحد منها يقلل من نسبة انتشار السلس البولي عند النساء.

الكلمات المفتاحية: السلس البولي، معدل انتشار، عوامل خطر.

ورد البحث للمجلة بتاريخ 5/ 6 /2018

قُبل للنشر بتاريخ 26/ 7/2018

Studying the Role of Some Risk Factors Affecting Urinary Incontinence in Women

Rim Khawam*, Rola Zayat **

*Postgraduate Student (MSc), Dept. of Gynecology, Faculty of Medicine, Aleppo University

** Dept. of Gynecology, Faculty of Medicine, Aleppo University

Abstract

This study aimed to evaluate some factors affecting prevalence of urinary incontinence in women and assay their role.

The total number of women included in this descriptive study was 507, among whom 163 (32.1%) confirmed that they had experienced UI during the previous 4 weeks, whilst 344 (67.9%) denied any type of urinary incontinence. So the prevalence of urinary incontinence among women was 32.1%. Chronic cough and constipation, increased gravity and parity and cystocele were statistically significant factors affecting the prevalence of UI. Whereas there were no roles of familial history, rectocele, hard work, smoking, or other pelvic organ prolapse.

To conclude, the study aimed at detecting and reducing these risk factors in the early diagnosis and treatment of urinary incontinence in women (UI).

Key words: urinary incontinence, prevalence, risk factors.

Received: 5/ 6 /2018
Accepted: 26 / 7 /2018

المقدمة والدراسة النظرية:

يُعرّف سَلَس البول بأنّه خروج البول لا إرادياً، وبعد أن كان يعتبر عرضاً **شخصياً** بات يعتبر مرضاً مستقلاً حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية WHO عام 1998 ويسمى سلس البول **وظيفياً** إذا خرج البول لا إرادياً عبر فوهة الإحليل الطبيعية وفيما عدا ذلك يسمى بسلس البول غير الوظيفي أو العضوي [1].

تختلف نسب انتشار سَلَس البول عند النساء حسب الدراسات المختلفة وتتراوح بين 5–50%، ويعود هذا الاختلاف إلى العوامل التالية:

1. تشكل مشكلة سلس البول حرجاً اجتماعياً ومعظم النساء قد لا تفصح عنها.
2. تعتمد بعض الدراسات على المراكز المتخصصة فقط.
3. تراجع بعض الحالات اختصاصي الجراحة البولية.
4. وجود اختلاف نسبي في تصنيف بعض الحالات.

ولكن مهما اختلفت الدراسات في تسجيل نسب سلس البول فإن سلس البول يتزايد عند النساء بعد سن اليأس ليطال حوالي 30% منهنّ كما أن نسبة حدوثه أقل عند الرجال بشكل عام (لا تتجاوز 11% حسب بعض الدراسات).

بالحالة الطبيعية الفيزيولوجية يكون الضغط داخل الإحليل أعلى من الضغط داخل المثانة مما يمنع خروج البول بشكل لا إرادي، ويتحقق هذا في حالة الراحة من خلال آلية ضبط البول الداخلية التي تعتمد على الإحليل نفسه (ونعني سلامة الظهارية والعضلية الإحليلية وتروية جيدة للإحليل) وترتبط بالهرمونات الجنسية الأنثوية، أما في حالات ارتفاع التوتر داخل البطن فإن الآلية السابقة المتعلقة بالإحليل لا تعود كافية ولابد من تدخل الآلية الخارجية والتي تعتمد على قاع العجان الذي يقوم عند ارتفاع الضغط داخل البطن بالتوتر (لعبة التوتر والانتفاخ Tonus-Clones) مغلقاً بذلك الإحليل وهذا يعتمد على تماسك الأنسجة الحوضية وكفاءة عمل العضلة الرافعة للشرج [2].

هناك عدة نظريات تشرح آلية ضبط البول عند المرأة:

A. نظرية انهورننغ Enhorning عام 1961: يتحقق ضبط البول من خلال وقوع

الجزء القريب من الإحليل داخل البطن الذي يُغلق عند ارتفاع الضغط داخل البطن.

B. نظرية ديلانسي De Lancy عام 1988: يتحقق ضبط البول من خلال مرور الإحليل ضمن الأنسجة الضامة التي تشكل شبكة واحدة تتعرض للشد كجزء واحد عند ارتفاع الضغط فينغلق الإحليل.

C. النظرية المشتركة للسويدي Ulmsten والاسترالي Papapetros: يتحقق ضبط البول بتناغم معقد بين الأجزاء العضلية والضامة لقاع العجان وخاصة للأربطة العانية – الإحليلية [3].

صنّف الباحثان سلس البول إلى خمسة أنواع هي: السلس البولي الجهدي Stress urinary incontinence (SUI)، والسلس البولي الإلحاحي Urge urinary incontinence (UUI)، السلس البولي المختلط Mix urinary incontinence (MUI)، السلس بفرط الإفاضة Overflow incontinence، السلس الانعكاسي Reflux incontinence [1،4].

يُعرف السلس البولي الجهدي بأنه فقدان لا إرادي للبول من خلال الإحليل السليم التالي لزيادة مفاجئة في الضغط ضمن البطن وبدون حدوث تقلصات في العضلة المثانية الدافعة (وهوشرط أساسي)، ومن أهم أسبابه اضطرابات وظائف قاع الحوض والتغيرات المرتبطة بالسن [5].

أما السلس البولي الإلحاحي فيعرف بأنّه سلس بولي يترافق مع رغبة قوية بالإفراغ ينتج السلس الإلحاحي عن عدم ثبات العضلة العاصرة للمثانة ويتميز بوجود تقلصات غير مثبطة ولا إرادية لهذه العضلة، وتتراوح أعراضه بين الزحير البولي وتعدد البيلات والسلس الزحيري والبيلة الليلية، ومن أهم أسبابه؛ إنتان بولي، التهاب المثانة الخلالي، نقص استروجين، وجود جسم أجنبي كالحصى البولية، والانسداد تحت المثاني (حصى أو أورام)، وله نوعان من حيث الآلية هما؛ السلس الإلحاحي الحركي ويترافق بدلائل على تقلصات العضلة الدافقة المثانية المثبتة بالدراسة البولية الديناميكية، والسلس الإلحاحي الحسي إذ تكون السعات المثانية ناقصة ويكون حس

امتلاء المثانة مترافقاً مع عسرة تبول أو هو أقرب إلى حس التخريش منه إلى حس الامتلاء ويستمر هذا الحس خلال امتلاء المثانة حتى بلوغ رغبة التبول الشديدة (السعة المثانية العظمى) [6].

تتلخص الآليات المسببة للسلس الإلحاحي عموماً في انخفاض عتبة تنبيه منعكس التبول؛ وذلك بسبب تغيرات إحليلية – مثانية موضعية (سلس بول ثانوي) كالحصى والانتانات والأورام والبوليبات والرتوج والتضيقات، أو اضطربات عصبية – هرمونية (نفسية–إنباتية) كتناذر سن اليأس، أو الأدوية كالاستعمال المفرط للأدوية النفسية والمسكنات، وكذلك هناك أسباب ذاتية قد تكون عصبية أو عضلية أو عملية التقدم بالسن.

في حين يُعرّف السلس البولي المختلط أنّه شكاية يشترك فيها السلس الجهدي مع الالحاحي وقد يغلب أحدها على الآخر.

أما سلس البول بفرط الافاضة فهو خروج البول بشكل لا إرادي من المثانة عبر الإحليل عند الامتلاء الزائد للمثانة (أكثر من السعة العظمى) يترافق مع عدم القدرة على افراغ المثانة بشكل كامل حيث توجد ثمالة بولية كبيرة نتيجة ضعف في العضلة المقلصة للمثانة كما في أذية العصبون المحرك السفلي وأذيات الحبل الشوكي تحت الفقرة القطنية الخامسة حتى الذيل النخاعي أو الاعتلالات العصبية المحيطية كما في الداء السّكري أو لوجود عائق لجريان البول، في هذه الحالة لا تشعر المريضة بحاجة للتبول وبالتالي يحدث التبول اعتماداً على فرق الضغط بين المثانة والإحليل فعندما يزداد التوتر داخل المثانة عن حد معين يخرج البول لاإرادياً من فوهة الإحليل وفي هذا النوع يدرب المرضى على إفراغ مثاناتهم بفواصل زمنية معينة تجنباً لإفراغ البول اللارادي. كما تشعر المريضة بإلحاح بولي دائم مع خروج كميات صغيرة من البول عبر الإحليل بشكل متكرر وربما تلجأ بعض المريضات إلى ضغط البطن أو اتخاذ وضعيات معّينة بهدف دفع البول، ومن أهم أسبابه؛ الأدوية المضادة للكولينرجية، والهبوط التناسلي الذي يؤدي إلى تزوي الإحليل وانسداد مجرى البول، أما عند الذكور فتعتبر ضخامة الموثة (البروستات) بسبب فرط التصنع العقيدي الذي

يشيع مع التقدم في العمر السبب الكلاسيكي والأشيع على الإطلاق.

يحدث السَلَس البولي الانعكاسي كمنعكس لا إرادي دون سيطرة قشر الدماغ نتيجة لأذية النّخاع الشّوكي في مستوى الفقرة القطنيّة الخامسة وما فوقها (انقطاع حبل شوكي، ورم) مما يؤدي إلى فقدان سيطرة المراكز العصبيّة العليا على المثانة وبالتالي تعمل المثانة بذاتيّة مطلقة دون سيطرة المريضة على التبول مثل التّصلب المتعدد [1،6].

يُعّد الهبوط التناسلي من أهم عوامل الخطورة لسلس البول، والذي ينتج عن ضعف الأنسجة الخلقي ويشاهد عند الولودات وعديمات الولادة على حدٍ سواء والأذيات طويلة الأمد خلال الحمل والولادة، حيث يسبب مرور الجنين في أثناء الولادة في القناة التناسلية تمدد العضلات والأنسجة الحوضية الداعمة، وقد يؤدي لتمزقها في بعض الأحيان مما يؤدي لضعفها والنقص في قدرتها الداعمة، ويسبب هبوط الأعضاء الحوضية بأشكاله المختلفة، ولهذا السبب تُعد الولادات المهبلية عامل خطر مهم لحدوث الهبوط التناسلي من الدرجة الثانية وأكثر مقارنة بالولادات القيصرية المبرمجة يعتبر التقدم بالسن من العوامل المؤهبة للاسترخاء الحوضي بسبب التأثير السلبي على محتوى الكولاجين I الأقوى في اللفافة، ويزول تصالب ألياف الكولاجين وتبعثرها وتغير شكل حزمها مع التقدم في السن [7].

إضافة إلى أن نقص الاستروجين الملحوظ يسبب تغيرات ضمورية في هذه الأعضاء بشكل مشابه لتأثيره على مخاطية المهبل، مما قد يسبب ما يلي:

1. التهاب المثانة الضموري الذي يتظاهر بإلحاح بولي وتكرار وسلس بولي وعسرة تبول.
2. التهاب مجاري بولية متكرر.
3. ضمور ظهارية الإحليل ونقص مقوية الإحليل [8].

ومن العوامل المُنّشطة (الفاعلة) التي تؤهب السلس البولي:

1- زيادة الضغط ضمن البطن وذلك من خلال ما يلي: سعال مزمن – إمساك مزمن – كتل ورمية – حَبَن – الاسهال المتكرر المترافق مع زحير – رفع أثقال –

وقوف مديد – الولادات [9].

2- زيادة وزن الرحم: الناجم عن نقص الانطمار أو الأورام الرحمية الصغيرة، أما الكبيرة فهي تبقى ضمن الحوض وتمنع الهبوط.

3- هبوط الرحم للأسفل تحت ثقل بوليب كبير في عنق الرحم أو عمليات جراحية مهبلية (Burch colposuspension) [6،10].

هدف البحث:

تكمن أهمية البحث كونه يناقش السلس البولي الذي يعد حالة شائعة في الممارسة النسائية، والذي يترافق مع العديد من الشكايات والأعراض التي تتحسن في حال المداخلة المبكرة والمناسبة، وبالمقابل قد تسوء في حال الإهمال وتؤدي إلى العديد من الاختلاطات في كلا الجهازين البولي والتناسلي، إضافةً للتباين في شيوع سلس البول لدى الدراسات العالمية تبعاً للاختلاف في اختيار العينة والمعايير المدروسة، لذا يهدف البحث إلى دراسة معدل انشار سلس البول وفق المعايير المستخدمة بالدراسة، ودراسة عوامل الخطورة المؤهبة لدى المُراجِعات لمشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في حلب بهدف الحد منها ما أمكن.

مواد وطرائق البحث:

1- مواد البحث:

هي دراسة وصفية Descriptive لعينة عشوائية شملت المراجعات لمشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بحلب خلال عام 2017، سواءً راجعن بشكاية السلس البولي أو راجعن بأي شكاية أخرى، والغاية منها دراسة شيوع السلس عند عينة عشوائية من المريضات.

2- عينة الدراسة:

هي دراسة من نمط حالة –شاهد Case - Control لمجموعتين هما:

2-1-مجموعة الحالة: المريضات المراجعات بشكاية سلس بولي يتم بالطريق الطبيعي وليس عبر النواسير ويشترط لتصنيفه سلساً أن يحدث مرة أسبوعياً على الأقل.

2-2- مجموعة الشاهد: المريضات اللواتي ليس لديهن سلس بولي.

3- معايير الاستبعاد:

استُبعدت مريضات النواسير من الدراسة والحوامل أو المريضات اللواتي خضعن لولادة أو عملية على الحوض، وذلك خلال الأشهر الثلاث السابقة للدراسة.

4- الإجراء:

أخذت قصة سريرية مفصلة للمريضات تضمنت؛ مراجعة الأعراض التاريخ الطبي العام للمريضة الجراحات السابقة الأدوية الحالية، كما تم قياس الوزن والطول ومشعر كتلة الجسم والضغط الدموي الشرياني وإجراء Dipstick، وفي حال إيجابيتها أجري تحليل بول وراسب أو زرع بول في حال وجود سوابق انتانات متكررة أكثر من مرتين في السنة، بعد ذلك أجري الفحص السريري وحددت درجة القيلات المثانية المستقيمية والهبوط الرحمي، وأجري اختبار الجهد وحجم الثمالة البولية بالتصوير الصدوي إن وجدت.

5- التحليل الإحصائي:

بعد الانتهاء من جمع البيانات تم إدخالها إلى برنامج Microsoft Excel 2016 لتنظيم البيانات ورسم المخططات، تم تحليل البيانات إحصائياً باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS الإصدار 25 (SPSS V.25) واعتبرت قيم P الأقل من 0.05 ذات أهمية إحصائية، وتم توصيف المتغيرات الاسمية بطريقة التوزع التكراري frequencies، وتوصيف المتغيرات الكمية بالمتوسط mean والانحراف المعياري deviation standard. تم حساب الاختلاف في تكرار المتغيرات الاسمية بواسطة اختبار مربع كاي chi-square، بينما تمت مقارنة المتحولات المستمرة باستخدام اختبار independent sample T test أو اختبار one-way ANOVA، وحساب Odds ratio لعوامل الخطر.

النتائج والمناقشة:

شملت العينة النهائية للدراسة 507 مريضات، تضمنت 163 سيدة تعاني من السلس البولي، و344 سيدة في مجموعة الشاهد، كما يوضح الجدول (1):

الجدول (1): مجموعتا الدراسة

المجموعة	عدد الحالات	النسبة المئوية
مجموعة السلس الحالة	163	%32.1
المجموعة الشاهدة	344	%67.9
العدد الكلي	507	%100

وبالتالي فإنّ معدل انتشار السلس البولي يساوي 32.1% وهي نسبة النساء اللواتي أجبن بالإيجاب "نعم أعاني من مشكلة السلس البولي" إلى إجمالي عدد النساء في هذه الدراسة.

الجدول (2): أعمار المريضات (سنة)

المجموعة	مجال الأعمار	القيمة الوسطية	الانحراف المعياري	P value
حالات السلس(163)	14-83	46.3	12.8	0.891
المجموعة الشاهدة (344)	15-82	37.7	12.1	

تراوحت أعمار السيدات في مجموعة السلس بين 14 و83 سنة، وبيّنت النتائج في الجدول (2) أنّ القيمة الوسطية للعمر في هذه المجموعة 46.3 سنة مع انحراف معياري مقداره 12.8، وبالنسبة للمجموعة الشاهدة فقد تراوحت أعمار السيدات الحوامل فيها بين 15 و82 سنة، وكانت القيمة الوسطية للعمر 37.7 سنة مع انحراف معياري مقداره 12.1. وأشارت نتيجة اختبار sample independent T test الإحصائي لعدم وجود فارق ذي دلالة إحصائية في العمر الوسطي بين المجموعتين.

الجدول (3): توزع المريضات حسب المستوى التعليمي.

التعليم	الحالة		الشاهد	
	العدد (مريضة)	النسبة المئوية	العدد (مريضة)	النسبة المئوية
أساسي أوأقل	129	%79.1	280	%81.3
اعدادي	15	%9.3	34	%9.8
ثانوي	8	%4.9	15	%4.3
جامعي	11	%6.7	15	4.3%

لدى دراسة توزع المريضات ضمن العينات المدروسة حسب المستوى التعليمي كانت النتائج الواردة في الجدول (3)، وعند المقارنة بين مجموعتي الحالة

والشاهد باستخدام chi square كانت قيمة P=0.201 أي لا يوجد أهمية إحصائية لمؤشر المستوى التعليمي بين العينتين المدروستين

الجدول (4): تأثير مشعر كتلة الجسم على السلس البولي.

BMI	الحالة		الشاهد		قيمة P	Odds ratio
	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
25>BMI	30	%18.4	122	%35.5	0.001>	2.436 (1.548-3.835)
25<BMI	133	%81.6	222	%64.5		

أشار التحليل الاحصائي لتأثير مشعر كتلة الجسم على السلس البولي في الجدول (4) أنّ 81.6% من مريضات السلس كان لديهن مشعر كتلة الجسم مرتع أكبر من 25 مقابل 64.5% من مريضات الشاهد وبلغت نسبة الأرجحية لمشعر كتلة الجسم BMI نحو 2.436 عند مجال الثقة 95% (3.835_1.548) CI وقيمة P<0.001، مما يشير إلى أنّ مشعر كتلة الجسم هو عامل خطورة ذو أهمية إحصائية لحدوث السلس البولي.

وجد بدراستنا الحالية أنّ 10.4% من مريضات السلس البولي مصابات بالداء السكري مقارنةً بنحو 4.36% من مريضات الشاهد.

الجدول (5): تأثير داء السكري على السلس البولي.

الداء السكري	الحالة		الشاهد		قيمة P	Odds ratio
	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
سكر طبيعي	146	%89.6	329	%95.6	0.009	2.554 (5.253_1.242)
داء سكري	17	%10.4	15	%4.4		

من خلال التحليل الاحصائي للبيانات وجدنا أن نسبة الأرجحية لمرض الداء السكري بلغت 2.554 عند مجال الثقة 95% CI (5.253_1.242) وقيمة P<0.001، مما يشير إلى أنّ الداء السكري هوعامل خطر ذو دلالة إحصائية، ووجوده يزيد من احتمالية الإصابة بالسلس البولي بنحو 2.5 مرة مقارنةً بالنساء السليمات غير المصابات بالداء السكري.

تم دراسة العوامل المؤدية لارتفاع الضغط ضمن البطن كالعمل الشاق الذي يتطلب وقوفاً طويلاً أوحمل أثقال، والأمراض الرئوية المزمنة المترافقة بالسعال

والأمراض الهضمية المزمنة المترافقة بالإمساك أو الزحير واالتدخين.

كانت الأعمال مجهدة والتي تتطلب وقوفاً مديداً غائبة لدى معظم المريضات وربما يعود هذا إلى طبيعة مجتمعنا وخاصةً الفئة الاجتماعية التي تراجع المشفى الذي تتم فيه الدراسة.

أما حالات ارتفاع الضغط المزمن ضمن البطن فكان أكثرها شيوعاً السعال والأمراض الصدرية المزمنة ويليها الإمساك.

الجدول (6): تأثير ارتفاع الضغط ضمن البطن على السلس البولي.

ارتفاع الضغط ضمن البطن	الحالة		الشاهد		قيمة P	Odds ratio
	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
لا إمساك	146	% 89.6	328	%95.3	0.014	2.387 (5.354_1.174)
إمساك	17	%10.4	16	%4.7		
لا سعال	146	% 89.6	332	%96.5	0.002	3.221 (6.917_1.500)
سعال	17	%10.4	12	%3.5		
غير مدخنة	133	%81.6	290	%84.3	0.444	1.211 (1.980_0.741)
مدخنة	30	%18.4	54	%15.7		
ربة منزل	155	%95.1	326	%94.8	0.877	0.935 (2.197_0.398)
عمل شاق	8	%4.9	18	%5.2		

بلغت نسبة الأرجحية لإصابة المريضات بسلس البول في حالتي الإمساك والسعال المزمن نحو 2.3 و 5.3 على التوالي مقارنةً مع مجموعة الشاهد وبفاصلة ثقة ضيقة عند CI 95% تتراوح بين (1.1 –5.3)، و(1.5 – 9.6) وكانت قيمة P أدنى من 0.05 وبالتالي يمكن اعتبار الإمساك والسعال المزمن عامل خطورة في حدوث سلس البول عند مريضات دراستنا الحالية.

أما عند دراسة العلاقة بين التدخين والعمل الشاق وحدوث السلس البولي فكانت قيمة P أكبر من 0.05 أي لا يوجد أي أهمية إحصائية، ولا يعتبر أي منهما عامل خطر لحدوث السلس البولي.

الجدول (7): تأثير الهبوط التناسلي على السلس البولي.

نوع الهبوط	درجة الهبوط	الحالة		الشاهد		قيمة P	Odds ratio
		العدد	النسبة	العدد	النسبة		

القيلات المثانية	لا يوجد	40	%24.5	227	%66	–	–
	درجة أولى	58	%35.6	80	%23.3	<0.001	3.962
	درجة ثانية	51	%31.1	31	%9		8.931
	درجة ثالثة	14	%8.8	5	%1.4		15.288
	درجة رابعة	0	%0	1	%0.3		–
القيلات المستقيمية	لا يوجد	69	%42.3	249	%72.4	0.613	1.339
	درجة أولى	48	%29.5	49	%14.2		
	درجة ثانية	40	%24.5	41	%11.9		
	درجة ثالثة	6	%3.7	5	%1.5		
	درجة رابعة	0	%0	1	%1		
الهبوط الرحمي المهبلي	لا يوجد	161	%98.8	341	%99.1	0.669	0.894
	درجة أولى	1	%0.6	1	%0.3		
	درجة ثانية	0	%0	1	%0.3		
	درجة ثالثة	1	%0.6	1	%0.3		

لوحظ من خلال دراسة العلاقة بين أنواع الهبوط التناسلي وحدوث السلس في الجدول (7) أنّه في دراستنا الحالية كانت P معنوية أقل من 0.05 في القيلات المثانية عند فاصلة الثقة CI 95%، وكانت الأرجحية المعدلة بازدياد ملحوظ طرداً مع درجة القيلة المثانية، فكانت 3.9 في القيلات المثانية من الدرجة الأولى، و15.2 في القيلات من الدرجة الثالثة، مما يؤكد دور درجة القيلات المثانية كعامل خطر مؤكد لحدوث السلس البولي بأنواعه.

في حين لم يكن هناك لقيمة P أي أهمية إحصائية في القيلات المستقيمة والهبوط الرحمي المهبلي ولا يعتبر أي منها عامل خطر لحدوث سلس البول.

لدى دراسة العلاقة بين عدد الحمول وحدوث السلس البولي في الجدول (8) تبيّن أنّ الأرجحية المعدلة كانت 1.5 عندما عدد الحمول أقل من خمسة حمول، وتزداد طردياً بازدياد عدد الحمول عند درجة الثقة 95% وكانت قيمة P أدنى من 0.05 وأن هناك أهمية إحصائية وعلاقة طردية بين حدوث السلس البولي وازدياد عدد الحمول.

الجدول (8): تأثير الحمول والولادات على السلس البولي.

عامل الخطر	العدد	الحالة		الشاهد		قيمة P	Odds ratio
		العدد	النسبة	العدد	النسبة		
عدد الحمول	لا يوجد	14	%8.6	75	%21.8		-
	5 ≥	52	%31.9	134	%39	0.000	1.5
	5 <	97	%59.5	135	%39.2		2.1
عدد الولادات المهبلية	لا يوجد	23	%14.1	99	%28.8		-
	5 ≥	64	%39.3	149	%43.3	0.016	1.3
	5 <	76	%46.6	96	%27.9		2
عدد الولادات القيصرية	لا يوجد	128	%78.5	285	%82.8		-
	3 ≥	31	%19	55	%16	0.364	1.1
	3 <	4	%2.5	4	%1.2		2.7

وكذلك الأمر بازدياد عدد الولادات المهبلية كانت نسبة الأرجحية 1.3 عندما كان عدد الولادات المهبلية خمس أو أقل، ويزداد بازدياد عدد الولادات وكانت قيمة P أدنى من 0.05 عند درجة ثقة 95%، أي يعتبر كل من عدد الحمول والولادات المهبلية عامل خطر هام لحدوث السلس البولي والعلاقة بينهما طردية.

بينما لم نجد أي أهمية إحصائية للولادات القيصرية على معدل حدوث السلس البولي وكانت p أكبر من 0.05، ولا تعتبر الولادات القيصرية عامل خطر ذا أهمية بالنسبة لسلس البول.

وكان شيوع السلس عند النساء ذوات عدد الحمول الأقل أو تساوي خمسة حوالي الثلث فيما ارتفع لقيمة 60% في حالة الحمول الأكثر من خمسة. وبالمثل بلغ شيوع سلس البول عند النساء ذوات الولادات المهبلية الأكثر أو تساوي خمسة 40% بيمنا ازداد لـ 47% في حال تجاوز عدد الحمول الخمسة.

يشكل السلس البولي مشكلة تشخصية وعلاجية لكل من الطبيب والمريضة، وما يرافق ذلك من مشاكل اجتماعية ونفسية وتأثيره على مجريات الحياة اليومية للمريضات، بالإضافة للتكاليف المادية المترتبة على التدابير الموصوفة.

شملت دراسة للباحث Ghafouri ورفاقه عام 2014 نحو 512 مريضة؛ منهنّ 108 سيدات يعانين من شكاية السلس البولي، و413 سيدة لا تعاني من السلس

البـولي [11]. ومـن خـلال المقارنــة بـين نتـائج الدراســة الحاليــة ودراســة الباحـث Ghafouri لوحظت البيانات الواردة في الجدول (9).

الجدول (9): المقارنة بين نتائج الدراسة الحالية ودراسة الباحث Ghafouri لعوامل خطورة السلس البولي.

المقارنة		الدراسة الحالية			دراسة Ghafouri ورفاقه		
عدد المرضى		507			512		
عوامل الخطورة		الحالة	الشاهد	قيمة P	الحالة	الشاهد	قيمة P
العمر		46.31 (12.8)	37.7 (12.1)	0.006	39.9 (8.4)	38.1 (7.0)	0.030
BMI		30.4 (6.2)	26.6 (6.2)	0.00	31.8 (6.5)	31.0 (5.0)	0.028
مستوى التعليم	أساسي أو أقل	%78.9	%81.4	0.49	%33.3	%36.4	0.01
	إعدادي	%9.3	%9.9		%33.3	%41.9	
	ثانوي	%11.8	%8.8		%33.3	%21.8	
عدد الحمول	0	%8.6	%21.8	0.001>	%11.1	%10.7	0.830
	1-5	%31.9	%39		%53.7	%56.9	
	5<	%59.5	%39.2		%35.2	%32.4	
عدد الولادات الطبيعية	0	%14.1	%28.8	0.016	%22.2	%19.4	0.226
	1-5	%39.3	%43.3		%55.7	%62.5	
	5<	%46.6	%27.9		%24.1	%18.2	
عدد القيصريات	0	%78.5	%82.8	0.334	%72.2	%78.5	0.376
	1-3	%19	%16		%22.2	%17.7	
	3<	%2.5	%1.2		%5.6	%3.9	
داء السكري		%10.4	%4.36	0.009	%24.1	%19.1	0.254
السعال		%10.42	%3.48	0.002	%16.7	%6.5	0.001

بالمقارنــة بـين الدراســة الحاليــة ودراســة Ghafouri؛ وجـدنا أنّ معـدل شـيوع السـلس كـان أعلـى لـدينا 32.1% مقابـل20.7% فـي دراسـة المقارنـة، واتفقـت كلتـا الدراستين على اعتبار ازدياد العمر والبدانة والسعال من عوامل الخطر المهمة بينما لم يكن لزدياد عدد الحمول والولادات المهبلية والداء السكري أي أهمية تذكر على العكس مـن دراسـتنا الحاليــة، واتفقـت كلتـا الدراسـتين علـى عـدم اعتبـار الزيـادة فـي عـدد القيصريات عامل خطر ذو أهمية.

وعلـى العكـس فقـد ثبـت دور المسـتوى التعليمـي كعامـل خطـر فـي دراسـة

Ghafouri ولم نستطع إثباته بسبب أن أغلب مراجعات المشفى الذي أجريت فيه الدراسة هنّ من ذوات مستوى التعليم الأساسي فما دون.

في دراسة أخرى للباحث Kocak ورفاقه عام 2013 والتي شملت نحو 1012 مريضة؛ منهم 242 مريضة يعانين من السلس البولي [12]، ولدى مقارنة النتائج بين الدراستين لوحظ الجدول (10).

الجدول (10): المقارنة بين نتائج الدراسة الحالية ودراسة الباحث Kocak لعوامل الخطورة للسلس البولي.

المقارنة		الدراسة الحالية			دراسة Kocak ورفاقه		
عوامل الخطورة		الحالة	الشاهد	قيمة P	الحالة	الشاهد	قيمة P
التعليم	أساسي أو أقل	%31.5	%68.5	0.49	%35.4	%64.6	<0.001
	اعدادي	%30	%70		%21.1	%78.9	
	ثانوي	%39.6	%60.4		%21.3	%78.7	
25< BMI		%37.5	%62.5	<0.001	%31.3	%68.7	<0.001
متوسط العمر		12.8±46.3	12.1±37.7	0.001	15.4±49.7	16.4±41.7	<0.001
متوسط عدد الحمول		3.7±6.3	4.1±4.7	<0.001	1.2±3.4	1.8±2.7	<0.001
متوسط الولادات المهبلية		3.4±5.1	3.4±6.3	0.016	2.2±3.3	1.9±2.6	<0.001
الداء السكري		%53.1	%46.9	0.009	%37.1	%62.9	<0.001
التوتر الشرياني		%46.9	%53.1	<0.01	%40.9	%59.1	<0.001
الامساك		%51.5	%48.5	0.012	%35	%65	<0.001
التدخين		%35.7	%64.3	0.44	28.4	71.6	NS

كما تبيّن أنّ كلاً من الحالة الاجتماعية والبدانة والزيادة في العمر وعدد الحمول والولادات المهبلية والإمساك وارتفاع التوتر الشرياني والداء السكري والإنتانات البولية المتكررة هي من عوامل الخطورة المؤهبة لسلس البول، في حين لم يكن للتدخين أو شرب القهوة أو الشاي أي أهمية إحصائية في كلتا الدراستين.

كما لوحظ اختلاف الدراستين على اعتبار العامل التعليمي عامل خطورة ولم يتم إثباته في دراستنا، وقد يعزى ذلك إلى أن الغالبية العظمى من النساء في الدراسة كن في مستوى التعليم الأساسي فما دون.

وتطرقت دراسة Kocak ورفاقه – بخلاف دراستنا – لدراسة دور العمليات الجراحية على البطن والتبول الليلي والسلس البرازي وثبُت دورها كعوامل خطر هامة،

بينما لم يثبت دور الدور الاقتصادي أو السكن في الأرياف كعوامل خطر، في حين لم تُدرس الاختلاطات الولادية والأنواع الأخرى من السلس الواردة في دراستنا الحالية.

الاستنتاجات:

1- ضم هذا البحث 507 سيدة حامل،163 لديهن شكاية سلس بولي، و344 مريضة لا تشكو من السلس عبارة عن مجموعة شاهد.

2- كان معدل السلس البولي 32.1% في عينة الدراسة.

3- كانت مجموعتا الدراسة متقاربتين من حيث المستوى الدراسي (79.1 % دون التعليم الأساسي لمجموعة السلس مقابل 81.3% للمجموعة الشاهدة)، وكذلك تراوحت أعمار المريضات التي شملتها الدراسة ما بين 14 و83 سنة، وبلغ العمر الوسطي لمريضات الدراسة 40.37 سنة لمريضات الدراسة عموماً، في حين كان متوسط عمر مريضات السلس البولي 46.3 سنة، ومن حيث عمر الحدوث فإن منحنى السلس له ذروة في الفترة حول سن اليأس.

4- يعتبر زيادة مشعر كتلة الجسم عن 25 كغ/م^2 عامل خطورة لتطور السلس البولي في الدراسة، وأثبتت الدراسة الإحصائية أنّ النساء البدينات لديهن احتمالية إصابة بالسلس البولي أكبر بمقدار 2.4 مرة مقارنة بمالمريضات الشاهد غير البدينات.

التوصيات والمقترحات:

1. إجراء المزيد من الأبحاث حول سلس البول والكشف المبكر عنه ومعالجته.
2. الكشف عن عوامل الخطر المتعلقة سلس البول وعلاجها ومحاولة الحد منها كالداء السكري والانتانات البولية
3. علاج حالات الإمساك والسعال المزمنين وتخفيف الوزن ما أمكن للتخفيف من ارتفاع الضغط ضمن البطن.
4. يعتبر كل من الزيادة في عدد الحمول والولادات عامل خطر مهم لحدوث السلس البولي لما يسببه من ضعف وتمطط في بنيه الأنسجة الداعمة الحوضية لذلك فإن تنظيم الأسرة يعتبر متطلب أساسي لابد من التشجيع عليه في مجتمعنا كثير الإنجابية.

المراجع:

1. Hoffman B.L., Schorge J.O., 2016 - **Williams Gynecology**. McGraw-Hill, 3ed Ed., USA, 1270.
2. Bedretdinova D., Fritel X., pango H., ringa V., 2016 - **Prevalence of Female Urinary Incontinence in the General Population According to Different Definitions and Study Designs.** *European Association of Urology*, **69**, 256-264.
3. Decheney A.H., Nathan L., Laufer N., Roman A.S., 2013 - **Current obstetric and gynecology Diagnosis and Treatment**. McGraw-Hill. 11th Ed., USA, 1982.
4. Edmonds D.K, 2007- **Dewhurst's textbook of obstetrics and gynaecology**. Blackwell. 7th Ed., USA., 732.
5. Hacker N., Gambone J., Hobel C., 2016 - **Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecolog.** Elsevier, 6th Ed., 512.
6. Abrams P., 2006 - **Urodynamics.** Springer, 3rd Ed., UK, 339.
7. Gibbs R.S., Karlan B.Y., Haney A.F., Nygaard I., 2008 - **Danforths Obstetrivs and Gynecology**. Lippincott Williams & Wilkins, 10th Ed., USA. 1136.
8. Hunskaar S., Burgio K., Diokno A., Herzog A.R., Hjalmas K., Lapitan M.C., 2003 - **Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI)**. Elsevier, 165 -201.
9. Lucas M.G., Bedretdinova D., Bosch J.L.H.R., Burkhard F., Cruz F., Nambiar A.K., Nilsson C.G., de Ridder D.J.M.K., Tubaro A., Pickard R.S., 2014 - **Guidelines on Urinary Incontinence.** European Association of Urology, 126.
10. Almousa S., van Loon A.B., 2018 - **The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review**, *Maturitas*, **(107)**, 78-83.
11. Ghafouri A., Alnaimi A.R., Alhothi H.M., Alroubi I., Alrayashi M., Molhim N.A., Shokeir A.A., 2014 **– Urinary incontinence in Qatar: A study of the prevalence, risk factors and impact on quality of life**, *Arab Journal of Urology*, **(12)**, 269–274.
12. Kocak I., Okyay P., Dundar M., Erol H., Beser E., 2005 **-Female Urinary Incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of** Life, *European Urology*, **(48)**, 634-641.