پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۲، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۷، صفحات ۱۶۵ تا ۱۶۸

مقاله اصلی
(Original Article)

بررسی فراوانی سندرم روده تحریک پذیردر بیماران با زایمان زودرس

دکتر کبری حمدی*، دکتر پروین باستانی*، دکتر سیدحسن هاشمی،**
دکتر شبنم پورابوالقاسم*، دکتر کاظم فتاحی***

* گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
** دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد واحد تبریز
*** انترن، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

سابقه و هدف: *سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) نوعی بیماری عملکردی شایع روده است که با درد شکمی و تغییر در الگوی اجابت مزاج مشخص می‌گردد. از طرف دیگر، زایمان زودرس در حال حاضر یکی از مهم‌ترین مشکلات در امر سلامت مادر و کودک است. در برخی موارد، علل مشترکی در بیماری IBS و زایمان زودرس دیده می‌شود و شاید افراد مبتلا به IBS استعداد بیشتری به بروز زایمان زودرس داشته باشند. هدف از این مطالعه بررسی فراوانی سندرم روده تحریک‌پذیر در زایمان زودرس است.*

روش بررسی: *در یک مطالعه مورد – شاهدی آینده نگر، ۱۵۰ بیمار مبتلا به زایمان زودرس (گروه مورد) با ۱۵۰ زن با زایمان ترم (گروه شاهد) از نظر وجود IBS با استفاده از معیارهای Rome II مورد بررسی قرار گرفتند. زیرگروه‌های اسهال غالب، یبوست غالب و اسهال ویبوست متناوب در هر دو گروه ارزیابی شدند.*

یافته‌ها: *در کل بیماران، ۳۶ مورد IBS تشخیص داده شد که ۲۲ (۱۴/۷٪) نفرشان در گروه مورد و ۱۴ (۹/۳٪) نفر در گروه شاهد بودند (NS). فرم اسهال غالب در سه بیمار تشخیص داده شد که همگی در گروه مورد قرار داشتند (NS). فرم یبوست غالب در ۱۱ بیمار مشاهده گردید که ۹ بیمار در گروه مورد بودند (P=۰/۰۳) .*

نتیجه‌گیری: *این مطالعه نشان داد که در گروه دچار زایمان زودرس نسبت به زایمان ترم موارد ابتلا به IBS بیشتر است، اما تنها در IBS فرم یبوست غالب این تفاوت معنی‌دار بود.*

واژگان کلیدی: *سندرم روده تحریک‌پذیر، زایمان زودرس ، فرم یبوست غالب IBS.*

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماری عملکردی دستگاه گوارش است که با درد شکم و تغییر عادات روده‌ای بدون حضور پاتولوژی خاص عضوی مشخص می‌گردد. مطالعات جمعیتی در ایالات متحده، میزان شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر را ۲۰-۱۵ درصد و میزان بروز آن را ۲-۱ درصد در سال تخمین زده‌اند. در سراسر جهان میزان شیوع این بیماری متغیر است (۱،۲).

میزان ابتلا به این بیماری مزمن و راجعه، در زنان به نسبت مردان بیشتر بوده (۳،۱) و شامل علائم و نشانه‌های متعددی مانند تغییر عادات روده‌ای، درد و اتساع شکمی، موکوره آشکار غیرالتهابی و شکایت غیر روده‌ای است و دارای مکانیسم‌های ایجاد کننده متفاوتی می‌باشد (۴،۳،۱).

از سوی دیگر، زایمان زودرس در حال حاضر یکی از مهم‌ترین مشکلات در امر سلامت مادر و کودک است که همراه با مورتالیتی و موربیدیتی نوزادان پره ترم بوده و باعث ایجاد مشکلات روحی در والدین، صرف هزینه بالا و مشکلات

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، گروه زنان و مامایی، دکتر کبری حمدی
(**email:** hamdi_kobra@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱/۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۴/۱۷

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

ماندگار در کل دوره زندگی نوزاد متولد شده می‌گردد (۶،۵). علت شروع دردهای زایمانی قبل از موعد (قبل از هفته ۳۷) همیشه مشخص نمی شود. علل مختلفی نیز برای این نوع زایمان برشمرده شده است .

هرچند علل اصلی سندرم روده تحریک‌پذیر نامشخص است، ولی در برخی موارد علل مشترکی در هردو بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر و زایمان زودرس دیده می‌شود و این احتمال می‌رود که تحریک‌پذیری موجود در عضلات صاف جدار روده به هر علت، با مکانیسم مشابهی در عضلات رحمی نیز وجود داشته باشد. هم‌چنین در بیماران دچار سندرم روده تحریک‌پذیر استرس و اضطراب اثرات متعددی در روده دارد. همین علل در زایمان زودرس نیز دخیل هستند و شاید افراد دچار سندرم روده تحریک‌پذیر شانس بیشتری برای شروع انقباضات رحمی داشته باشند که البته در هیچ یک از متون بیماری‌های زنان و زایمان به این امر اشاره نشده است.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای هر دو بیماری مذکور، بررسی علل احتمالی آنها از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی رابطه احتمالی میان این بیماری‌ها در مادران مراجعه کننده یا بستری شده در بیمارستان الزهرا و طالقانی شهرستان تبریز انجام گرفت .

مواد و روشها

در این مطالعه مورد – شاهدی مادران بستری و مراجعه کننده به درمانگاه و بخش مامایی بیمارستان الزهرا و طالقانی شهرستان تبریز مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۵۰ بیماری که از دی ۱۳۸۵ تا شهریور ۱۳۸۶ به مدت ۸ ماه به علت زایمان زودرس بستری شده بودند، به عنوان گروه مورد انتخاب شدند. ۱۵۰ خانم بارداری که در این مدت زایمان ترم در سن حاملگی ۳۷ هفته و بالاترداشتند، در گروه شاهد قرارگرفتند.

بطور متوسط تعداد زایمان‌های این دو بیمارستان در طول یک ماه حدود ۸۰۰ مورد می‌باشد و با توجه به ارجاعی بودن این مراکز حداقل ۱۰ درصد زایمان‌ها به شکل پره ترم هستند. معیارهای خروج از مطالعه شامل سن بالاتر از ۴۰ سال، هماتوشزی، کاهش وزن بیش از ۱۰ پوند، سابقه کانسر کولون در خانواده، تب‌های عود کننده، آنمی و اسهال مزمن شدید بودند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه استاندارد Rome II برای ارزیابی وجود بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده شد. در زمان پر کردن پرسش‌نامه، علایم و نشانه‌های قبل از بارداری پرسده شد، زیرا خود بارداری با علائم گوارشی متعددی همراه است.

پرسش‌نامه Rome II شامل ۶۵ سوال (با ۵ پاسخ برای هر سوال) است و برای تشخیص بیماری‌های مختلف گوارشی به کار می‌رود. برای تشخیص IBS وجود یکی از پاسخ‌های گاهگاهی، اغلب، اکثر و یا تقریبا همیشه به سوال A1 به همراه حداقل ۲ مورد از موارد زیر IBS را مشخص می‌کند:

وجود یکی از پاسخ‌های گاهگاهی، اغلب، اکثر و یا تقریبا همیشه به سوال A10 یا A11 یا A12؛ یا همین پاسخ ها به سوال A13 یا A14. زیرگروه‌های بیماری نیز با توجه به سوالات دیگر ارزیابی می‌شوند. پاسخ‌ها تعریف شده هستند، مثلا منظور از اغلب بیش از یک چهارم سال است.

فراوانی موارد سندرم روده تحریک‌پذیر و زیرگروه های اسهال – یبوست متناوب، اسهال غالب و یبوست غالب بطور جداگانه در هر دو گروه مورد و شاهد مقایسه گردید.

اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۳) مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای‌دو و یا در صورت لزوم آزمون دقیق فیشر و برای مقایسه متغیرهای کمی از آزمون t مستقل استفاده شد. $P<۰/۰۵$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۳۰۰ مادر باردار (۱۵۰ نفر گروه مورد و ۱۵۰ نفر گروه شاهد) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن بیماران گروه مورد ۳۰ سال (محدوده ۴۰-۲۵ سال) و مادران گروه شاهد ۲۹ سال (محدوده ۴۰-۲۵ سال) بود .

میانگین سن بارداری در گروه مورد ۳۲/۶۵±۲/۷۹ هفته (محدوده ۳۶-۲۶ هفته) و در گروه شاهد ۳۹/۲۰±۱/۰۳ هفته (محدوده ۴۱-۳۷ هفته) بود. کمترین سن ۳۷ هفته و بیشترین سن ۴۱ هفته بود.در هیچ یک از بیماران قبلا تشخیص IBS توسط پزشک توضیح داده نشده بود. گراویدیتی و پاریتی و میزان سقط در دو گروه اختلاف معنی دار نداشت. (جدول ۱).

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک و بارداری در دو گروه مورد و شاهد

	گروه مورد	گروه شاهد	P-value
میانگین سن (سال)	۳۰ (۴۰-۲۵)*	۲۹ (۴۰-۲۵)	NS†
میانگین سن بارداری (سال)	۳۲/۶۵±۲/۷۹ (۳۶-۲۶)	۳۹/۲۰±۱/۰۳ (۴۱-۳۷)	۰/۰۲۱
گراویدیتی	۴-۱	۴-۱	NS
پاریتی	۴-۱	۴-۱	NS
سقط	۱-۰	۱-۰	NS
سابقه IBS	منفی	منفی	-

*اعداد داخل پرانتز معرف محدوده سنی هستند.

† Not Significant

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

شایع ترین محل درد یا ناراحتی شکمی به ترتیب، سوپراپوبیک در ۱۲ مورد (۳۳/۳ درصد)، اپی‌گاستر در ۱۲ مورد (۳۳/۳ درصد)، دورناف در ۱۰ مورد (۲۷/۸ درصد) و پهلوها در ۲ مورد (۵/۶ درصد) بود.

در کل افراد مورد مطالعه، ۳۶ نفر (۱۲ درصد) سندرم روده تحریک‌پذیر داشتند. از ۱۵۰ بیمار گروه مورد، ۲۲ بیمار (۱۴/۷ درصد) و از گروه شاهد، ۱۴ مورد (۹/۳ درصد) دچار سندرم روده تحریک‌پذیر بودند. هر چند تعداد موارد سندرم روده تحریک‌پذیر (فرم کلی) در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود، ولی تفاوت آماری معنی داری وجودنداشت (P=۰/۱۵۵ ، OR =۰/۶۳۶ ، CI=۰/۸۱۹-۳/۴۰۴).

از ۳۶ مورد سندرم روده تحریک‌پذیر، ۳ مورد به فرم اسهال غالب بود که همگی در گروه مورد بودند (NS). از ۱۱ مورد سندرم روده تحریک‌پذیر یبوست غالب، ۹ بیمار (۶ درصد) در گروه مورد و ۲ نفر (۱/۳ درصد) در گروه شاهد بودند (CI=۰/۰۴۵-۰/۹۹۷، OR=۴/۵، p=۰/۰۳۲). فرم اسهال و یبوست متناوب در گروه مورد و شاهد به ترتیب در ۱۰ و ۱۲ نفر مشاهده شد (NS) (جدول ۲).

جدول ۲ – توزیع فراوانی IBS و زیرگروه‌های آن در دو گروه مورد و شاهد

	گروه مورد	گروه شاهد	P value
فرم کلی IBS	۲۲	۱۴	NS*
فرم یبوست غالب	۹	۲	۰/۰۳
فرم اسهال غالب	۳	۰	NS
فرم اسهال و یبوست متناوب	۱۰	۱۲	NS

* Not Significant

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تعداد موارد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در بیماران دچار زایمان زودرس بیشتر از افراد با زایمان طبیعی است، هر چند که از نظر آماری معنی‌دار نمی باشد.

ماهیت سندرم روده تحریک پذیر در تاثیر بر حرکت دستگاه گوارش از طریق عضلات صاف جدار روده‌ها (۷) و مشابه مکانیسم زایمان زودرس از نظر تحریک انقباض عضلات صاف جدار رحم است و تفاوت‌های جنسی مطرح شده در این سندرم احتمال وجود رابطه‌ای را مطرح می‌سازد. با این وجود، در بررسی مقالات سایر محققین به مطالعه مشابهی برخورد نشد.

برای این سندرم علل متعددی شامل اختلالات عضلات صاف، افزایش تحریک‌پذیری بافتی، تقابل مغز - روده، عوامل روانی- اجتماعی و عفونت قائل شده اند (۱) که نقاط مشترک فیزیوپاتولوژی دو بیماری زایمان زودرس و سندرم روده تحریک‌پذیر محسوب می‌گردد.

همانطور که اشاره شد، در مطالعه حاضر تعداد موارد سندرم روده تحریک‌پذیر در بیماران دچار زایمان زودرس بیشتر است که این برتری از نظر آماری معنی‌دار نیست. فرم اسهال غالب (Diarrhea Predominant) و یبوست غالب (Constipation Predominant) نیز در گروه زایمان زودرس بیشتر از زایمان ترم بود که در دسته یبوست غالب این اختلاف معنی‌دار بود.

Schmulson در سال ۱۹۹۹ نشان داد که در مبتلایان سندرم روده تحریک پذیر یبوست غالب در مقایسه با بیماران اسهال غالب، علائم مربوط به دستگاه گوارش، عضلانی - اسکلتی و نیز علایم عمومی (Constitutional) بیشتر دیده می‌شود (۸).

در مطالعه دیگری توسط Schuster در سال ۲۰۰۱ علت اصلی سندرم یبوست غالب، اسپاسم (انقباضات سگمنتال) معرفی شد (۹). این دلایل و نتایج می‌توانند توجیه کننده ارزشمند بودن تفاوت آماری در این دسته از بیماران باشد.

با این حال، تعداد موارد بیماران دچار سندرم روده تحریک پذیر اسهال غالب بسیار کم بود که شاید انجام مطالعات بعدی با در نظر گرفتن شیوع این فرم از سندرم روده تحریک‌پذیر و انتخاب حجم نمونه مناسب بتواند نتایج قابل قبول‌تری در این زمینه ارائه دهد. همین امر در مورد کل بیماران مورد مطالعه نیز صادق است.

یکی دیگر از راهکارهای پیشنهادی در مطالعات بعدی، استفاده از معیارهای جدید Rome III در شناسایی سندروم روده تحریک‌پذیر است، چرا که استفاده از این روش می‌تواند با روش دقیق‌تری این دسته از بیماران را شناسایی کند.

با توجه به نقاط مشترک فیزیوپاتولوژی سندرم روده تحریک‌پذیر و زایمان زودرس، بررسی وجود بیماری فعال روده‌ای در زمان رخ دادن زایمان زودرس، ممکن است نتایج بهتری در این زمینه فراهم آورد. نکته دیگری که در مطالعات بعدی باید مدنظر باشد، توجه به تاثیر دو بیماری مذکور بر یکدیگر است، که این فرضیه را مطرح می سازد که افزایش شیوع زایمان زودرس در بیماران دچار سندروم روده تحریک پذیر دیده می‌شود.

در بررسی Palsson و همکارانش (۲۰۰۳)، قاعدگی باعث وخیم‌تر شدن علائم سندروم روده تحریک‌پذیر شده است. در

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

این بررسی، حاملگی منجر به بهبود موقت این سندرم گردیده بود (۱۰).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و نیز موارد ذکر شده در مورد فیزیوپاتولوژی مشترک این دو بیماری، سوالی که مطرح می‌گردد این است که چگونه می‌توان اثر غالب احتمالی یک بیماری بر بیماری دیگر را اثبات نمود؟ چگونه می‌توان ثابت نمود که هر دو معضل زایمان زودرس و سندروم روده تحریک‌پذیر جزئی از یک مجموعه مجزا نباشند؟ با توجه به پیچیدگی‌های موجود در این زمینه و برهمکنش‌های احتمالی عوامل تاثیرگذار بر یکدیگر و نیز توجه به این امر که این بحث هنوز در ابتدای راه خود قرار دارد، انجام مطالعات بعدی با در نظرگرفتن تمامی این عوامل می‌تواند بسیار کمک کننده باشد.

REFERENCES

1. Hattori T, Fukudo S. Effects of gender on irritable bowel syndromes. Nippon Rinsho 2006;64:1549-51.

2. Winter R, Haller U, Hepp H. Preterm labor and risk factors. Gynakol geburtshilfliche Rundsch 2004;44:1.

3. Spinelli A. Irritable bowel syndrome. Clin Drug investing 2007;27:15-33.

4. Longstreth GF, Wolde-Tsadic G. Irritable bowel– type symptoms in HMO examinees. Prevalence, demographics, and clinical correlates. Dig Dis Sci 1993;8:1581-89 .

5. Yeast JD, Poskin M, Stockbaver JW, Shaffer S. Changing patterns in regionalization of perinatal care and the impact on neonatal mortality. Am J Obstet Gynecol 1998;178:131-35.

6. Swang GK, Ostbvet T, Skjaerven R. Association of preterm birth with long term survival, reproduction and next generation preterm birth. JAMA 2008;299:1477-81.

N Engl J Med 1996;334:567-72.

7. Grundfast MB, Komar MJ. Irritable bowel syndrome. JAOA 2001;101:1-5.

8. Schmulson M, Lee OY, Chang L, Naliboff B, Mayer EA. Symptoms differences in moderate to server IBS patients based on predominate bowel habit. AM J Gastroenterology 1999;94:2929-35.

9. Schuster MM. Defining and diagnosing irritable bowel syndrome. Am J Manag Care 2001;7:246-51.

10. Palsson OS, Whitehead WE, Turner MJ, Van Tilburg MA, Kanazawa M. Results of a national survey of the effects of changes in female sex hormones on irritable bowel symptoms. Digest Newsletter of the UNC Center for functional GI and Motility Disorders 2003;1:1-6.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]