



## A Descriptive Study of the Incidence of Anorectal Prolapse in Children Under 10 Years of Age Attending the General Surgery Department of Herat Regional Hospital in 1403 (Solar Hijri Year)



Mohammad Sadiq Yusufi<sup>1\*</sup>, Massoudah Geelani<sup>2</sup>

\*1.Specialist in General Surgery Service of Ghalib Hospital. ([mosabsohaib699@gmail.com](mailto:mosabsohaib699@gmail.com))

2 .Department of Obstetrics and Gynecology, Ghalib Hospital, Herat, Afghanistan. ([massoudahsadiq@gmail.com](mailto:massoudahsadiq@gmail.com))

### Article

### ABSTRACT

#### Info

**Article type:**  
Research  
Article

**pp:** 117-131

**Received:**  
12/10/2025

**Accepted:**  
14/01/2026

**Published:**  
21/03/2026

**Background and Objective:** Anorectal prolapse is a common health issue that can lead to serious complications if not treated promptly. Identifying its causes and appropriate treatment methods is of significant importance. One of the primary causes of this condition is increased intra-abdominal pressure and chronic constipation due to excessive straining during bowel movements, which results in the weakening and stretching of the pelvic floor and anal muscles.

**Method:** This study was conducted as a descriptive cross-sectional and retrospective analysis in the general surgical department, focusing on the contributing factors and treatment methods for anorectal prolapse. Data were collected and analyzed from 206 patients.

**Findings:** Anorectal prolapse in children under 10 years in 1403 reveals that out of 206 patients, 120 (58%) were boys and 86 (42%) were girls, indicating a higher prevalence in boys. Additionally, 82% of the patients were aged 1-5 years, while only 3% were infants (0-1 year) and 15% were older children (6-10 years). In terms of treatment, 180 patients (85%) underwent surgical procedures, while 36 patients (15%) received conservative treatment. Chronic constipation was identified as the most common contributing factor, affecting 102 cases, followed by malnutrition and diarrhea.

**Conclusion:** Based on the findings, there is a clear need for special attention to the physiological, social, and environmental factors in the management and prevention of anorectal prolapse in children. The organization of educational workshops and the improvement of nutritional status are recommended as essential measures to reduce the incidence of this condition.

**Keywords:** Anorectal prolapse, chronic constipation, surgical procedure, pediatrics, prevention.

**Cite this article:** Yusufi M, Geelani M. A Descriptive Study of the Incidence of Anorectal Prolapse in Children Under 10 Years of Age Attending the General Surgery Department of Herat Regional Hospital in 1403 (Solar Hijri Year). *Ghalib Medical Journal*. *Ghalib Medical Journal*. [Internet]. Publication date. 21.03.2026; 3 (1): 117-131: <https://doi.org/10.58342/MJ.V.3.I.1.8>





## مجله علوم طبی غالب (MJ)

صفحه اصلی مجله: <https://www.mj.ghalib.edu.af>

ISSN  
P: 3105-0786  
E: 3006-094X

OPEN ACCESS



<https://doi.org/10.58342/MJ.V.3.I.1.8>

ناشر: پوهنتون / دانش گاه غالب - هرات

### مطالعه توصیفی میزان بروز پرولاپس آنورکتال در کودکان زیر ۱۰ سال مراجعه کننده به دیپارتمنت جراحی عمومی شفاخانه حوزوی هرات در سال ۱۴۰۳ هجری شمسی

محمدصادق یوسفی<sup>۱\*</sup>، مسعوده گیلانی<sup>۲</sup>

۱. متخصص سرویس جراحی عمومی شفاخانه غالب ([mosabsohaib699@gmail.com](mailto:mosabsohaib699@gmail.com))

۲. بخش نسائی و ولادی، شفاخانه غالب، هرات، افغانستان. ([Mosabsohaib699@gmail.com](mailto:Mosabsohaib699@gmail.com))

#### چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات ۱۱۷- ۱۳۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۲۴

تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۰۱/۰۱

**زمینه و هدف:** پرولاپس آنورکتال یک مشکل صحتی شایع است که در صورت عدم تداوی به موقع می تواند عوارض جدی ایجاد کند. شناسایی علل و تداوی مناسب آن، از اهمیت زیادی برخوردار است. از مهمترین عوامل آن می توان به افزایش فشار داخل شکمی، یبوست مزمن به دلیل اعمال فشار زیاد هنگام تخلیه روده که باعث ضعف و کشیدگی عضلات کف لگن و مقعد می شود؛ اشاره کرد.

**روش:** این مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی به شیوه گذشته نگر در سرویس جراحی عمومی انجام شده و عوامل مساعدکننده و به روش های تداوی پرولاپس آنورکتال پرداخته است. اطلاعات به دست آمده از ۲۰۶ بیمار جمع آوری و تحلیل شدند.

**یافته ها:** پرولاپس آنورکتال در کودکان زیر ۱۰ سال در سال ۱۴۰۳ نشان می دهد که از ۲۰۶ بیمار، ۱۲۰ نفر (۵۸٪) پسر و ۸۶ نفر (۴۲٪) دختر بودند که نشان دهنده شیوع بیشتر در بین پسران است. علاوه بر این، ۸۲٪ از بیماران ۱ تا ۵ سال سن داشتند، در حالی که تنها ۳٪ نوزادان کمتر از ۱ سال و ۱۵٪ کودکان بزرگتر از ۶ الی ۱۰ سال بودند. ۱۸۰ بیمار (۸۵٪) تحت عمل جراحی قرار گرفتند، در حالی که ۳۶ بیمار (۱۵٪) درمان محافظه کارانه دریافت کردند. یبوست مزمن به عنوان شایع ترین عامل مؤثر شناسایی شد که ۱۰۲ مورد را تحت تأثیر قرار داد و پس از آن سوء تغذیه و اسهال قرار داشتند.

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته ها، نیاز به توجه خاص به عوامل فیزیولوژیکی، اجتماعی و محیطی در مدیریت و پیشگیری از پرولاپس آنورکتال در اطفال به وضوح محسوس است. توصیه به برگزاری کارگاه های آموزشی و بهبود وضعیت تغذیه به عنوان اقدامات ضروری مطرح می شود.

## کلیدواژه‌ها: پرولاپس آنورکتال، قبضیت مزمن، روش جراحی، اطفال، پیشگیری.

ارجاع به این مقاله: یوسفی م، گیلانی م. مطالعه توصیفی میزان بروز پرولاپس آنورکتال در کودکان زیر ۱۰ سال مراجعه کننده به دیپارتمنت جراحی عمومی شفاخانه حوزوی هرات در سال ۱۴۰۳ هجری شمسی. مجله علوم طبّی غالب. [اینترنت]. ۱۴۰۵/۰۱/۰۱. [تاریخ برداشت: ۱۳۱۱-۱۱۷-۱۳۱۱]. <https://doi.org/10.58342/MJ.V.3.I.1.8>

این مقاله تحت مجوز بین المللی Creative Commons Attribution 4.0 International License منتشر شده است.

## ۱. مقدمه

پرولاپس آنورکتال به عنوان یک بیماری خود محدود شونده در نظر گرفته می شود؛ با این حال می تواند باعث ناراحتی قابل توجهی برای کودکان شود [۱]. این بیماری عمدتاً به یبوست مزمن، اسهال حاد و فیبروز کیستیک نسبت داده می شود [۲]. پرولاپس آنورکتال یک مشکل صحی شایع است که در صورت عدم تداوی به موقع می تواند عوارض جدی ایجاد کند. شناسایی علل و تداوی مناسب آن، از اهمیت زیادی برخوردار است. از مهمترین علت آن می توان به افزایش فشار داخل شکمی، یبوست مزمن به دلیل اعمال فشار زیاد هنگام تخلیه روده که باعث ضعف و کشیدگی عضلات کف لگن و مقعد می شود؛ اشاره کرد. سرفه های مکرر و طولانی مدت باعث افزایش فشار داخل شکمی و در نهایت پرولاپس می شود. بلند کردن اجسام سنگین نیز منجر به افزایش فشار داخل شکمی می شود. همچنین، ضعف عضلات کف لگن و مقعد که با افزایش سن، عضلات کف لگن و مقعد تحلیل رفته و ضعیف می شوند، نیز دیده می شود. ولادت، به ویژه ولادت طولانی مدت به آسیب عضلات لگن منجر می شود. همچنان، برخی افراد به دلیل ضعف ذاتی عضلات دچار پرولاپس می شوند. مریضی های اختلالات عصبی مانند ضایعات نخاعی یا مریضی های مغزی می توانند باعث ضعف عضلات کف لگن شوند. بنابراین پرولاپس مقعدی یک مشکل شایع در سطح جهانی است. افتادگی رکتوم پس از جراحی رادیکال برای ناهنجاری های آنورکتال یک عارضه شایع پس از عمل است که باعث خونریزی و تنگی می شود و گاهی اوقات نیاز به عملیات جراحی دارد. تکنیک های جراحی مختلفی گزارش شده اند، اما اکثر آن ها با میزان عود بالا و مدت زمان طولانی بستری پس از عملیات همراه هستند. روش رزکسیون و آناستوموز مخاطی نیم محیطی برای حفظ عضله مقعد و عملکرد مقعد پیشنهاد شده است. در حقیقت، یک درمان، جراحی ایمن و مؤثر برای پرولاپس رکتوم پس از عمل رادیکال است که حداقل تهاجمی بوده و عضله و عملکرد رکتوم را حفظ می کند [۳]. افتادگی آنورکتال وضعیتی است که در آن انتهای پایینی روده بزرگ، که درست بالای مقعد قرار دارد، کشیده شده و به طور جزئی یا کامل از مقعد بیرون می زند. این بیماری در دوران کودکی و مخصوصاً در افراد کاهل شایع است، اما با در نظر گرفتن هر دو جنسیت، در زنان بسیار بیشتر از مردان (۸۴٪ نسبت به ۱۶٪) شایع است [۴]. تشخیص پرولاپس مخاطی به عنوان یک نهاد تشخیصی بالقوه در

ارزیابی توده آنورکتال مهم است. نه تنها ارزیابی دقیق پاتولوژیک و بالینی در تشخیص این بیماری خوش خیم بسیار مهم است، بلکه تصور وجود توده آنورکتال تشخیص داده نشده نیز ممکن است باعث اضطراب بیش از حد بیمار شود<sup>[۵]</sup>. همچنین، عوامل دیگری نیز وجود دارند که ممکن است در ایجاد افتادگی آنورکتال نقش داشته باشند، مانند سن، مشاغل کم تحرک، بیماری‌ها، جراحات، مداخلات جراحی، عادات، آسیب‌های هنگام تولد، اپیزوتومی. این اثر به علل تشکیل، اهمیت عملیات جراحی مناسب بسیاری از اختلالات و آسیب‌های آنورکتال و همچنین نگرش جراحی ما نسبت به درمان افتادگی اشاره می‌کند. از آنجایی که بسیاری از بیماران مشکل خود را با افتادگی آنورکتال پنهان می‌کنند، بسیار مهم است که آن‌ها را متقاعد کنیم که مشکل‌شان قابل حل است<sup>[۴]</sup>. افتادگی رکتوم، بیرون زدگی لایه‌های دیواره رکتوم از طریق کانال مقعد، ممکن است جزئی (مخاط) یا کامل (تمام ضخامت) باشد. بی‌اختیاری مدفوع و یبوست همراه با آن رایج است. بی‌اختیاری ادرار و افتادگی رحم، واژن یا مثانه نیز ممکن است همزمان وجود داشته باشند. برخی از بیماران ممکن است زخم رکتوم داشته باشند<sup>[۶]</sup>. پرولاپس رکتوم به حالتی گفته می‌شود که دیواره‌های رکتوم تا حدی دچار افتادگی شده‌اند که از مقعد بیرون زده و از بدن قابل مشاهده هستند. نوزادان اغلب زمانی که یبوست مزمن شدید و اسهال آبی مکرر دارند، از این بیماری رنج می‌برند. اوج بروز آن بین ۱ تا ۳ سالگی است. بیمارانی که تحت عمل جراحی رادیکال، ناهنجاری آنورکتال و بیماری هیرشپرونک قرار می‌گیرند<sup>[۷]</sup>. اختلال عملکرد کف لگن می‌تواند به صورت طیفی از اختلالات شامل اختلال عملکرد آنورکتال، افتادگی واژن و بی‌اختیاری ادرار بروز کند<sup>[۸]</sup>. افتادگی رکتوم در کودکان نادر است، اما معمولاً قبل از چهار سالگی رخ می‌دهد. شرایط کمی وجود دارد که زمینه را برای افتادگی رکتوم فراهم می‌کند و همچنین شرایط متعددی وجود دارند که این وضعیت را تقلید می‌کنند؛ که به صورت توده‌ای در ناحیه گلوئیتال بروز کرده و تشخیص آن با تصویربرداری رادیولوژی تأیید و با موفقیت از طریق جراحی مدیریت می‌شود<sup>[۹]</sup>. رادیولوژیست‌ها اغلب با ناهنجاری‌های آنورکتال آشنا نیستند و دانش محدودی در مورد روش‌های جراحی برای ترمیم آن‌ها دارند. علاوه بر این، عوارض عمده بعد از عمل ناشی از استفاده از تکنیک‌های مختلف تصویربرداری، از جمله پرولاپس آنورکتال، تنگی مقعد، آسیب مجرای ادرار، دیورتیکول خلفی مجرای ادرار، مثانه نوروژنیک، چسبندگی واژن بازسازی شده، نشت از خطوط بخیه و فتق محل تروکار ارتباط مستقیم دارد<sup>[۱۰]</sup>. ظهور روش‌ها و جراحی‌های جدید با حداقل تهاجم، گزینه‌هایی را برای بیماران کودک فراهم کرده است. پاتوفیزیولوژی، علت‌شناسی، تظاهرات، تشخیص و اصول مدیریت پرولاپس رکتوم در جمعیت کودکان را که در طول چند دهه گذشته تکامل یافته‌اند؛ توانسته است روش‌های تداومی متعددی برای پرولاپس رکتوم در کودکان ارائه دهد<sup>[۱۰]</sup>. مدیریت اولیه پرولاپس آنورکتال، مدیریت صحی است که به بیماری‌های

زمینه‌ای مرتبط با پرولاپس رکتوم همراه با تلاش برای جان‌دازی دستی می‌پردازد. برای بیماران که دچار پرولاپس رکتوم مکرر می‌شوند، گزینه‌های تداوی غیرتهاجمی و رویه‌ای متنوعی از جمله اسکروتراپی تزریقی و حلقه‌گذاری مقعد، علاوه بر رکتوپکسی جراحی با روش‌های باز و جدیدتر با حداقل تهاجم در دسترس است<sup>[۱۱]</sup>. پرولاپس رکتوم، یک مشکل شناخته شده پس از عمل در کودکان مبتلا به ناهنجاری‌های آنورکتال است. تعیین میزان بروز پرولاپس رکتوم و تعیین عینی عوامل مستعد کننده آن و ارائه توصیه‌هایی در مورد پیشگیری و درمان جراحی از مهمترین نکات در تحقیق بوده است. میزان کلی پرولاپس رکتوم پس از نورکتوپلاستی ساژیتال خلفی کم است. پیشگیری از پرولاپس با تکنیک نورکتوپلاستی ساژیتال خلفی ممکن است به دلیل مراحل فنی کلیدی باشد. بیمارانی که ناهنجاری‌های آنورکتال بالاتر، کیفیت عضلانی ضعیف‌تر و ناهنجاری‌های مهره‌ای داشتند، خطر بیشتری برای ابتلا به پرولاپس رکتوم پس از عمل داشتند. وجود بند ناف و کیفیت استخوان حاجی پیش‌بینی‌کننده پرولاپس پس از عمل نبودند. به نظر می‌رسد پیوست عاملی در ایجاد پرولاپس باشد<sup>[۱۲]</sup>. افتادگی رکتوم یک عارضه شناخته شده در افراد مبتلا به ناهنجاری‌های آنورکتال است که به دلیل تغییر آناتومی لگن، بازسازی‌های قبلی و اختلال در عملکرد روده، چالش‌های جراحی منحصر به فردی را ایجاد می‌کند. رزکسیون‌های پرینه مانند روش‌های اصلاح‌شده دلووم یا آلتمایر اصلاح‌شده برای بیماران مبتلا به پرولاپس رکتوم ناشی از سندرم آپاندیسیت وابسته به سن مؤثر و ایمن هستند. استراتژی‌های جراحی باید برای تطبیق با آناتومی پیچیده و ملاحظات عملکردی در این جمعیت، فردی‌سازی شوند<sup>[۱۳]</sup>. آنورکتال عاجل و فوری به اختلالات آنورکتال اطلاق می‌شود که با علائم هشدار دهنده‌ای مانند درد حاد مقعد و خونریزی بروز می‌کنند و ممکن است نیاز به تداوی عاجل داشته باشند. بسیاری از اختلالات آنورکتال که در شرایط فوری بروز می‌کنند، تهدیدکننده حیات نیستند و ممکن است با موفقیت در یک کلینیک سرپایی درمان شوند، اما تشخیص دقیق و مدیریت صحیح همچنان یک مشکل چالش‌برانگیز برای داکتران است<sup>[۱۴]</sup>. افتادگی رکتوم اغلب همراه با ناهنجاری‌های عملکردی و آناتومیک روده و کف لگن رخ می‌دهد. جراحی افتادگی باید نه تنها اصلاح افتادگی، بلکه بهبود عملکرد تا حد امکان را نیز هدف خود قرار دهد. گرفتن شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی همچنان بهترین ابزار جراح برای قرار دادن افتادگی رکتوم در چارچوب عملکردی آن است. آزمایش‌های فیزیولوژیکی این امر را تقویت کرده و به تصمیم‌گیری جراحی کمک می‌کند. دفکوگرافی می‌تواند افتادگی همزمان محفظه میانی و فتق کف لگن را شناسایی کند<sup>[۱۵]</sup>. پرولاپس رکتوم یک بیماری شایع در کودکان و عمدتاً در سنین ۱ تا ۴ سال مشاهده می‌شود. اگر تداوی محافظه‌کارانه بی‌اثر باشد، اصلاح جراحی پرولاپس رکتوم در کودکانی که قبلاً جراحی آنورکتال نداشته‌اند، در سن بالای یک سال انجام می‌شود<sup>[۱۶]</sup>. افتادگی

رکتوم با ضخامت کامل مقاوم به تداوی محافظه کارانه، همچنان یک مشکل عمده پس از آنورکتوپلاستی برای ناهنجاری آنورکتال بالا یا متوسط است. مدیریت جراحی باید با هدف تثبیت دائمی رکتوم به فاسیای پره ساکرال انجام شود. در حالی که در کودکان مبتلا به پرولاپس آنورکتال پس از ترمیم آنورکتال ملفورمیشن<sup>۱۷</sup>، روش بهینه هنوز مشخص نشده است<sup>[۱۷]</sup>. یافته های L. Li و همکاران در کشور چین در سال ۲۰۲۲ نشان می دهد که ۵۰ بیمار دارای نوع بالا از ناهنجاری های آنورکتال بودند. آنورکتوپلاستی اولیه میزان بالاتری را در مقایسه با آنورکتوپلاستی ساژیتال خلفی نشان داد، به طوری که ۴۹ نفر تحت آنورکتوپلاستی با کمک لاپاروسکوپی قرار گرفتند. این تحقیق، همچنین، به مشکلاتی مانند هیپرپلازی چربی رکتوم، تونل عضلانی متسع، ناپوستگی عضله طولی، اتساع رکتوم، مقعد نابجا و مزورکتوم با تحرک بیش از حد پرداخته است. بر اساس شدت بیماری، بیماران به دو گروه تقسیم شدند: یک گروه شدید (گروه ۱)، تعداد ۳۸ بیمار و یک گروه متوسط (گروه ۲)، که تعداد آن ها ۴۵ بیمار بود. عوارض پس از ترمیم جراحی طبقه بندی شده شامل عفونت زخم در شش بیمار، تنگی مقعد در یک بیمار و عود آنورکتوپلاستی در دو بیمار مشاهده شد. بیست و شش بیمار بدون کولوستومی قبل از ترمیم پرولاپس به مدت ۲ تا ۱۲ سال پیگیری شدند. همه بیماران حرکات روده ای ارادی خود را حفظ کردند. پس از ترمیم، میزان کلی عدم کثیف شدن یا کثیف شدن درجه ۱ بالاتر بود. اما ۳ نفر از ۱۲ بیمار مبتلا به بیوست درجه ۲ به بیوست درجه ۳ ارتقا یافتند<sup>[۱۸]</sup>. همچنان یافته های C. Sun و همکاران در سال ۲۰۱۴ در کشور ژاپان نشان داد که از مجموع ۴۴ مریض شامل ۳۲ زن با اوسط سنی ۲۳ سال شناسایی شدند. مریضان با مشکلات صحت روانی مزمن، ۱۸ نفر بودند که نیاز به تداوی داشتند. همچنین، شایع ترین علامت در مراجعه، افتادگی راست روده در ۴۰ نفر و هماتوزی در ۲۴ نفر بود. ۲۴ نفر تحت رکتوپکسی لاپاراسکوپی، ۱۴ نفر ترمیم شکم باز و ۶ جراحی پرنه داشتند. شایع ترین روش رزکسیون رکتوپکسی در ۲۱ مورد، (۷ مورد باز و ۱۴ مورد لاپاراسکوپی) گزارش شد. نتیجه تحقیقات نشان داد که مریضانی که سابقه جراحی قبلی لگن داشتند؛ می تواند به عنوان عامل مؤثر در ایجاد پرولاپس رکتوم در این گروه از مریضان باشد<sup>[۱۹]</sup>. یافته های R. Chaudhary در کشور هند در سال ۲۰۱۹ نشان داد که از مجموعه مریضان ۳۷٪ زنان و ۶۳٪ از بیماران مردان بودند. مریضی های مزمن و عفونت از مهم ترین فکتورهای خطر شناسایی شدند. مریضان بدون ورزش یا فعالیت بدنی، شیوع رکتوم بیشتری نسبت به مریضانی داشتند که به طور منظم ورزش می کردند. اکثر مریضان، خونریزی و درد داشتند. تعداد ۸۹ نفر دارای اختلالات گوارشی بودند. سبک زندگی معیوب و افتادگی رکتوم به ترتیب از مهمترین اسباب پرولاپس آنورکتال بودند<sup>[۲۰]</sup>. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تحلیل توصیفی داده های کلینیکی

بیماران تحت عمل جراحی، و ارائه پیشنهادهای کاربردی برای بهبود نتایج جراحی عمومی در آینده است. با وجود پیشرفت‌های تکنیکی، همچنان خلأهای علمی قابل توجهی در ادبیات موجود، وجود دارد.

## ۲. هدف تحقیق

دریافت فریکونسی واقعات پرولاپس آنورکتال در نزد اطفال کمتر از ۱۰ سال در سرویس جراحی عمومی شفاخانه حوزوی هرات در طی سال ۱۴۰۳ هـ ش.

### ۲-۱. مقاصد تحقیق

- دریافت میزان واقعات پرولاپس آنورکتال از نظر سن
- دریافت میزان واقعات پرولاپس آنورکتال از نظر جنس (زن، مرد).
- دریافت میزان واقعات پرولاپس آنورکتال از نظر نوع تداوی (جراحی و یا محافظه کارانه)
- دریافت میزان واقعات پرولاپس آنورکتال از نظر فکتور مساعد کننده
- دریافت میزان واقعات پرولاپس آنورکتال از نظر اختلالات بعد از عملیات
- دریافت میزان واقعات پرولاپس آنورکتال از نظر محل سکونت

## ۳. مواد و روش بررسی

جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی اطفال کمتر از ده سال مبتلا به پرولاپس آنورکتال مراجعه کننده به شفاخانه حوزوی هرات در سال ۱۴۰۳ هستند. جهت جمع‌آوری اطلاعات و مواد تحقیق به شیوه‌های مختلف مثل اخذ معلومات از کتاب راجستر مریضان داخل بستر، دوسیه مریضان و راپور HMIS استفاده شد. از میان مریضان مذکور، تعداد ۲۰۶ مریض به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این تحقیق از نوع توصیفی با رویکرد کمی و به صورت گذشته‌نگر طراحی گردیده است. ارقام بدست آمده توسط برنامه اکسیل تحلیل و تجزیه شده‌اند.

## ۴. یافته‌ها

واقعات مراجعین به سرویس جراحی عمومی شامل تمامی واقعات که در طی مدت تحقیق به جراحی عمومی مراجعه نموده اند در جدول یک آمده است. ۶۱۰۰ واقعه که از بین آن‌ها ۲۰۶ بیمار که واقعات پرولاپس آنورکتال داشتند؛ جهت پیشبرد تحقیق جدا گردیده‌اند. در این تحقیق، به بررسی ویژگی‌ها و وضعیت‌های مختلف ۲۰۶ واقعه مبتلا به لوحه پرولاپس آنورکتال پرداخته می‌شود.

جدول ۱: تعداد و فیصدی واقعات پرولاپس آنورکتال در مقایسه با سایر بیماران مراجعه‌کننده

مجموع مریضان	سایر مریضان داخل بستر	کودکان زیر ده سال مبتلا به پرولاپس آنورکتال	
تعداد	۵۸۹۴	۲۰۶	۶۱۰۰
فیصدی	۹۶٫۶۲٪	۳٫۳۸٪	۱۰۰٪

از ملاحظه جدول ۱ دیده می‌شود که لوحه پرولاپس آنورکتال ۲۰۶ واقعه و ۳٫۳۸٪ مجموع واقعات سرویس جراحی عمومی در شفاخانه حوزه‌وی را تشکیل داده است.

جدول ۲: واقعات پرولاپس آنورکتال بر اساس جنسیت

جنسیت	تعداد مریضان	درصد
پسران	۱۲۰	۵۸٪
دختران	۸۶	۴۲٪
مجموع	۲۰۶	۱۰۰٪

از ملاحظه جدول ۲ مشاهده می‌شود، از ۲۰۶ مریض، ۱۲۰ نفر (۵۸٪) پسران هستند. این نشان‌دهنده شیوع بالای پرولاپس آنورکتال در واقعات پسران است که ممکن است به عوامل فیزیولوژیکی و زیستی مرتبط باشد. در واقعات دختران، ۸۶ مریض (۴۲٪) از مریضان دختران هستند. توجه به این تفاوت‌ها می‌تواند به داکتران در تشخیص و تداوی این وضعیت کمک کند و نیاز به تحقیقات بیشتر در زمینه عوامل مؤثر در بروز پرولاپس آنورکتال در هر جنس را نشان می‌دهد.

جدول ۳: واقعات پرولاپس آنورکتال بر اساس سن

گروه سنی	تعداد مریضان	فیصدی
نوزادان کمتر از یک سال	۶	۳٪
اطفال (۱-۵ سال)	۱۷۰	۸۲٪
اطفال (۶-۱۰ سال)	۳۰	۱۵٪
مجموعه	۲۰۶	۱۰۰

از ملاحظه جدول ۳ مشاهده می‌شود؛ از ۲۰۶ مریض، ۶ واقعه مربوط به نوزادان کمتر از یک سال (۳٪)، در این گروه سنی قرار دارند. این نشان‌دهنده شیوع پایین پرولاپس آنورکتال در نوزادان است. اطفال ۱ الی ۵ سال، ۱۷۰ مریض (۸۲٪)، در این گروه سنی قرار دارند. اطفال ۶ الی ۱۰ سال،

۳۰ نفر (۱۵٪)، از مریضان در این گروه سنی هستند. تجزیه و تحلیل این نتایج، می‌تواند به شناسایی نیازهای خاص تداوی و برنامه‌های پیشگیری در این گروه‌های سنی کمک کند و همچنین توجه به عوامل محیطی و اجتماعی در بروز این وضعیت را ضروری می‌سازد.

جدول ۴: واقعات پرولاپس آنورکتال بر اساس نوع تداوی

نوع تداوی	تعداد مریضان	فیصد
عملیات جراحی	۱۸۰ شود	۸۷٪
تداوی محافظه کاران	۳۶	۱۳٪
مجموعه	۲۰۶	۱۰۰٪

از ملاحظه جدول ۴ مشاهده می‌شود، ۱۸۰ مریض (۸۷٪)، تحت عملیات جراحی قرار گرفته‌اند. این روش به‌عنوان رایج‌ترین نوع تداوی برای پرولاپس آنورکتال شناخته می‌شود و نشان‌دهنده اعتماد داکتران به این روش در مدیریت این وضعیت است. بر طبق تداوی محافظه کارانه، ۳۶ مریض (۱۳٪) تداوی شده‌اند. این روش حداقل تهاجمی است و مزایای خاصی مانند زمان بهبودی کوتاه‌تر و عوارض کمتر دارد. تداوی فوق نشان‌دهنده این است که جراحی باز با ۸۷٪، شایع‌ترین نوع تداوی برای پرولاپس آنورکتال در مریضان است؛ که نشان‌دهنده نیاز به رویکردهای چندگانه در مدیریت این وضعیت است. این اطلاعات می‌تواند به ارائه راهنمایی‌های بهتری برای داکتران در تصمیم‌گیری در مورد نوع تداوی مناسب برای مریضان کمک کند.

جدول ۵: واقعات پرولاپس آنورکتال بر اساس علل و اسباب

اسباب (عوامل)	تعداد مریضان
قبضیت مزمن	۱۰۲
سوء تغذیه	۴۰
اسهالات	۳۰
سرفه مزمن	۲۵
دیگر عوامل	۹
مجموعه	۲۰۶

از ملاحظه جدول ۵ مشاهده می‌شود قبضیت مزمن به طور کلی، از مجموع ۲۰۶ مریض مورد بررسی، قبضیت مزمن بیشترین تعداد با ۱۰۲ واقعه را به خود اختصاص داده است. پس از آن، سوء تغذیه ۴۰ واقعه و اسهالات ۳۰ واقعه به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار دارند. سرفه‌های مزمن با ۲۵ واقعه و دیگر عوامل با ۹ واقعه کل واقعات را تشکیل داده‌اند. این اطلاعات می‌تواند به شناسایی

نیازهای خاص تداوی و برنامه‌های پیشگیری در مدیریت پرولاپس آنورکتال کمک کند و توجه به عوامل مختلف بروز این وضعیت را ضروری می‌سازد.

جدول ۶: وقایع پرولاپس آنورکتال بر اساس محل سکونت

محل سکونت	تعداد	درصد
ولسوالی‌های شمال هرات	۳۷	۱۸٪
نواحی مرکزی شهر هرات	۱۳۳	۶۵٪
ولسوالی‌های غرب هرات	۱۷	۸٪
ولسوالی‌های شرق هرات	۱۱	۵٪
ولسوالی‌های جنوب هرات	۸	۴٪
<b>مجموعه</b>	<b>۲۰۶</b>	<b>۱۰۰٪</b>

از ملاحظه جدول ۶ می‌توان نتیجه گرفت که در ولسوالی‌های مربوط به شمال هرات، تعداد ۳۷ واقعه ثبت شده است که معادل ۱۸٪ از مجموع وقایع می‌باشد. نواحی مرکزی شهر هرات این ناحیه با ۱۳۳ واقعه، با ۶۵٪ بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده است. این آمار بیانگر تمرکز بالای وقایع در این ناحیه است. برای ولسوالی‌های غرب هرات در این منطقه، تعداد ۱۷ واقعه (۸٪) ثبت شده از مجموع وقایع است. ولسوالی‌های شرق هرات تعداد ۱۱ واقعه (۵٪) در این منطقه ثبت شده است. نشان‌دهنده وضعیت متوسط در این ناحیه است. برای ولسوالی‌های جنوب هرات، تنها ۵۸ واقعه (۴٪) ثبت شده است. این آمار نشان‌دهنده کمترین میزان وقایع در میان مناطق مختلف است. در مجموع، تعداد کل وقایع ثبت شده ۲۰۶ مورد بوده که نواحی مرکزی شهر هرات بیشترین سهم را از کل وقایع دارند و به دنبال آن ولسوالی‌های شمال هرات قرار می‌گیرند.

## ۵. بحث

یافته‌های توصیفی فوق وقایع پرولاپس آنورکتال در اطفال کمتر از ۱۰ سال در سال ۱۴۰۳ ارائه می‌دهد. داده‌ها بر اساس متغیرهای کلیدی مانند سن، جنسیت، اسباب، نوع تداوی و محل سکونت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مطالعه انجام‌شده در سال ۱۴۰۳ در سرویس جراحی عمومی شفاخانه حوزوی هرات نشان می‌دهد که از مجموعه ۲۰۶ بیمار، به تعداد ۱۲۰ نفر پسر و ۸۶ نفر دختر بودند، که نشان‌دهنده شیوع بالای پرولاپس آنورکتال در پسران است. همچنین، به تعداد ۸۲٪ از بیماران در گروه سنی ۱-۵ سال قرار داشتند، در حالی که تنها ۳٪ از نوزادان کمتر از یک سال و ۱۵٪ از اطفال بین ۶ الی ۱۰ سال مبتلا به این عارضه بودند. در زمینه تداوی طبق جدول ۴، ۱۸۰ بیمار (۸۷٪) تحت عملیات جراحی قرار گرفتند و ۳۶ بیمار (۱۳٪) به تداوی محافظه‌کارانه پاسخ دادند.

قبضیت مزمن به عنوان شایع ترین علت با ۱۰۲ واقعه، شناسایی شد. توزیع جغرافیایی نشان دهنده تخلیه بالا در نواحی مرکزی شهر هرات با ۱۳۳ واقعه و کمتر در ولسوالی های جنوبی با ۸ واقعه است. این یافته ها نشان دهنده نیاز به توجه خاص به عوامل تأثیرگذار بر بروز پرولاپس آنورکتال و نیاز به برنامه های پیشگیری و تداوی مناسب است.

تحلیل مقایسه ای داده های حاصل از مطالعه سرویس جراحی عمومی شفاخانه حوزوی هرات در سال ۱۴۰۳ با تحقیقات L. Li و همکاران<sup>[۱۸]</sup> و یافته های C. Sun و همکاران<sup>[۱۹]</sup> و مطالعه R. Chaudhary و همکاران<sup>[۲۰]</sup>، ناهمگونی آشکاری را در الگوهای دموگرافیک، اتیولوژیک و درمانی پرولاپس آنورکتال آشکار می سازد؛ که می تواند به چندین عامل مرتبط باشد؛ مثل تفاوت های فرهنگی و اجتماعی که بر شناخته شدن و دسترسی به درمان تأثیر می گذارد. همچنان دسترسی متفاوت به خدمات صحتی، تفاوت های ژنتیکی و محیطی که بر شیوع بیماری نقش دارند و نهایتاً روش های تداوی مختلف که تأثیرات کلینیکی متفاوتی ایجاد می کنند. از منظر سن و جنسیت، مطالعه هرات با تمرکز بر اطفال در گروه سنی ۱-۵ سال با فیصدی ۸۲٪ و برتری جنسیتی پسران با فیصدی ۵۸٪، الگویی مشابه با مطالعه هند<sup>[۲۰]</sup> را نشان می دهد که بیانگر ماهیت مادرزادی یا رشد بیماری در این مناطق است؛ این در تضاد کامل با مطالعه ژاپن<sup>[۱۹]</sup> است که در آن بیماری با غلبه دختران (۷۳٪ از ۴۴ بیمار) مشاهده شده است. در هرات، بالاترین شیوع در اطفال و برتری جنسیتی پسران نشان دهنده ویژگی های مادرزادی یا رشدی بیماری است. این اختلافات تأکید بر ضرورت بررسی دقیق تری از عوامل مؤثر بر بروز و شیوع بیماری در جوامع مختلف دارند. در بحث اسباب و عوامل خطر، در حالی که هرات بر عوامل زمینه ای فیزیولوژیک و تغذیه ای شامل یبوست مزمن و سوءتغذیه تأکید دارد، مطالعه هند بر سبک زندگی و عدم فعالیت بدنی و مطالعه ژاپن بر اختلالات سلامت روان و سابقه جراحی لگن تمرکز داشته اند؛ یافته های L. Li و همکاران<sup>[۱۸]</sup> در چین نیز بیشتر معطوف به ناهنجاری های آناتومیک نظیر هیپرپلازی چربی رکتوم بوده است. از نظر روش های تداوی، شفاخانه هرات با ۸۷٪ مداخله جراحی، رویکردی تهاجمی تر نسبت به هند با ۳۵٪ درمان های غیرجراحی شامل دارو و فیزیوتراپی اتخاذ کرده است، هرچند تکنیک های پیشرفته لاپاروسکوپی در چین<sup>[۱۸]</sup> و ژاپن<sup>[۱۹]</sup> نشان دهنده دسترسی به امکانات مدرن تر نسبت به روش های سنتی تر در محیط های با منابع محدود است.

## ۶. نتیجه گیری

نتایج تحقیق در سرویس جراحی عمومی شفاخانه حوزوی هرات به بررسی ویژگی ها و وضعیت های مختلف اطفال زیر ده سال مبتلا به پرولاپس آنورکتال پرداخته و نکات قابل توجهی را روشن کرده است. این تحقیق نشان می دهد که شیوع پرولاپس آنورکتال بیشتر در پسران نسبت به دختران است

که ممکن است به دلایل فیزیولوژیکی و اجتماعی مرتبط باشد. گروه سنی غالب، اطفال سنین پایین، به ویژه اطفال در گروه سنی ۱ الی ۵ سال هستند. این نکته حائز اهمیت است که بررسی‌های بیشتر در خصوص علل و عوامل بروز پرولاپس در این گروه سنی می‌تواند به درمان و پیشگیری کمک کند. در زمینه درمان، نتایج حاکی از آن است که جراحی به عنوان رایج‌ترین و مؤثرترین روش تداوی شناخته شده و بیشتر بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. این موضوع حاکی از اعتماد داکتران به این روش در مدیریت پرولاپس آنورکتال است. با این حال، تعداد قابل توجهی از بیماران نیز با روش‌های محافظه‌کارانه تداوی شده‌اند، که نشان‌دهنده وجود گزینه‌های درمانی متنوع و نیاز به رویکردهای چندگانه در مدیریت این وضعیت است. عوامل مساعدکننده نیز در این تحقیق به وضوح شناسایی شدند. به ویژه قبضیت مزمن به عنوان شایع‌ترین عامل تشدیدکننده مطرح شده و نیاز به توجه به شرایط تغذیه و عادات روزمره بیماران را نشان می‌دهد. همچنین توزیع جغرافیایی وقوعات پرولاپس نشان‌دهنده تمرکز بالای این وضعیت در نواحی مرکزی شهر هرات است، که می‌تواند ناشی از عوامل اجتماعی، محیطی و دسترسی به خدمات صحتی باشد. به طور کلی، این تحقیق نیاز به برنامه‌های پیشگیری و تداوی مناسب‌تری را از طریق شناسایی عوامل مؤثر بر بروز پرولاپس آنورکتال و تکیه بر شیوه‌های درمانی متنوع و متناسب با وضعیت بیماران، به وضوح مشخص می‌کند. نتایج به‌دست‌آمده می‌تواند به بهبود روش‌های تداوی و ارائه راهکارهای مناسب‌تر در این زمینه کمک می‌کند. همچنین، نتایج توزیع جغرافیایی نشان‌دهنده تمرکز بالای موارد در نواحی مرکزی شهر هرات است، که این امر نیاز به مداخلات پیشگیرانه و تداوی مناسب را در این مناطق تأکید می‌کند.

### پیش‌نهادهای

#### - آموزش و آگاهی

برگزاری کارگاه‌ها و سمینارهای تخصصی آموزشی برای داکتران و جامعه درباره علل و عوامل خطر پرولاپس آنورکتال، به ویژه در گروه‌های سنی کم سن و سال.

#### - بهبود وضعیت تغذیه

ارتقاء برنامه‌های تغذیه‌ای، به‌ویژه برای اطفال، برای کاهش خطر قبضیت و مشکلات گوارشی.

#### - تشخیص زودهنگام

ترتیب پروگرام‌های مشخص در مراکز صحتی برای شناسایی زودهنگام علائم پرولاپس آنورکتال به‌ویژه در اطفال.

### - تداوی غیر جراحی

ترویج روش‌های تداوی محافظه کارانه مانند فیزیوتراپی و تجویز دواهای مناسب قبل از ارجاع به جراحی، به منظور کاهش عوارض جراحی و تسریع بهبود بیمار.

### - تحقیقات بیشتر

انجام تحقیقات گسترده‌تر برای بررسی عوامل موثر بر بروز پرولاپس آنورکتال، به‌ویژه در زنان و بررسی تفاوت‌های جنسیتی.

### - توجه به شرایط جغرافیایی

طراحی برنامه‌های صحی متمرکز بر مناطق با بالاترین شیوع پرولاپس آنورکتال، به‌ویژه در نواحی مرکزی و دورافتاده.

### محدودیت‌های تحقیق

- دوسیه‌های بیماران به صورت مکمل و مشرح گاهاً خانه‌پری نمی‌شود.
- یک دیتابیس کامپیوتری در میدیکال ریکارد وجود ندارد که در قسمت دریافت معلومات در مورد مریضان سهولت بخشد.
- چون تحقیق در یک شفاخانه انجام می‌شود ممکن، نتایج و ارقام همگانی نباشد.
- ممکن بعضی از ارقام به صورت صحیح در دوسیه‌ها و کتاب‌های راجستر درج نشده باشد.

### تقدیر و تشکر

نویسنده این تحقیق، مراتب تشکر و تقدیر خویش را از مرکز تحقیقات و مجلات علمی پوهنتون غالب هرات بخاطر ایجاد زمینه نشر تحقیقات علمی ابراز می‌دارد.

### تضاد منابع

هزینه مالی این تحقیق توسط نویسنده صورت گرفته است.

### ORCID

MohammadSadiq Yusufi

 <https://orcid.org/0009-0000-4671-3776>

Massoudah Geelani

 <https://orcid.org/0009-0000-2158-6598>

## References

- [1] P. Senthamilarasu, J. L. Sharp, S. K. Sampath, D. H. Casson, and M. K. H. Auth, "Rectal prolapse in children: Aetiology and treatment," 2010.
- [2] S. P., S. J.L., S. S.K., C. D.H., and A. M.K.H., "Rectal prolapse in children: Aetiology and treatment," *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, vol. 50, 2010.
- [3] A. Takimoto *et al.*, "Hemi-circumferential mucosal resection and anastomosis procedure for rectal prolapse following anorectoplasty for anorectal malformations," *Surg. Today*, vol. 53, no. 5, 2023, doi: [10.1007/s00595-022-02611-7](https://doi.org/10.1007/s00595-022-02611-7).
- [4] P. Stenström *et al.*, "Anorectal prolapse after anorectal reconstruction: Incidence and risk factors according to the ARM-Net Consortium," *Colorectal Disease*, vol. 27, no. 2, 2025, doi: [10.1111/codi.70010](https://doi.org/10.1111/codi.70010).
- [5] S. He, S. Fang, L. Voltaggio, A. Murphy, and I. Leeds, "Mucosal prolapse: unusual anorectal 'MASS,'" *Dis. Colon Rectum*, vol. 62, no. 6, 2019.
- [6] A. Fox, P. H. Tietze, and K. Ramakrishnan, "Anorectal conditions: rectal prolapse.," 2014.
- [7] A. K. Sinha, A. Kumar, Rashi, M. M. Ali, and B. Kumar, "Female Anorectal Malformation with Genitourinary Prolapse: A Rare Association," *Afr. J. Paediatr. Surg.*, vol. 21, no. 3, 2024, doi: [10.4103/ajps.ajps\\_121\\_22](https://doi.org/10.4103/ajps.ajps_121_22).
- [8] R. E. Colbran, A. M. Warwick, H. G. Krause, J. T. Goh, and C. J. Gillespie, "The Effect of Transvaginal Prolapse Surgery on Anorectal Function," *Journal of Coloproctology*, vol. 43, no. 1, 2023, doi: [10.1055/s-0043-1764196](https://doi.org/10.1055/s-0043-1764196).
- [9] J. Lodhia, J. Tadayo, A. Mashambo, A. Sadiq, and D. Msuya, "Anorectal prolapse in an infant mimicking gluteal mass," *J. Pediatr. Surg. Case Rep.*, vol. 85, 2022, doi: [10.1016/j.epsc.2022.102435](https://doi.org/10.1016/j.epsc.2022.102435).
- [10] T. Hosokawa *et al.*, "Complications after surgical correction of anorectal malformations," 2020. doi: [10.12809/hkjr2017047](https://doi.org/10.12809/hkjr2017047).
- [11] K. Kodia, C. T. Huerta, and E. A. Perez, "Rectal prolapse in the pediatric population—a narrative review of medical and surgical management," *Transl. Gastroenterol. Hepatol.*, vol. 9, 2024, doi: [10.21037/tgh-23-128](https://doi.org/10.21037/tgh-23-128).
- [12] A. Belizon, M. Levitt, G. Shoshany, G. Rodriguez, and A. Peña, "Rectal prolapse following posterior sagittal anorectoplasty for anorectal malformations," *J. Pediatr. Surg.*, vol. 40, no. 1, 2005, doi: [10.1016/j.jpedsurg.2004.09.035](https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2004.09.035).
- [13] V. Melkonian, L. de la Torre, L. Evans, J. Ketzer, A. Pena, and A. Bischoff, "Rectal prolapse in adult patients with anorectal malformations: considerations for adult colorectal surgeons," *Pediatr. Surg. Int.*, vol. 41, no. 1, 2025, doi: [10.1007/s00383-025-06077-9](https://doi.org/10.1007/s00383-025-06077-9).
- [14] V. Lohsiriwat, "Anorectal emergencies," 2016. doi: [10.3748/wjg.v22.i26.5867](https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i26.5867).
- [15] G. Kwakye and L. H. Maguire, "Anorectal Physiology Testing for Prolapse-What Tests are Necessary?," 2021. doi: [10.1055/s-0040-1714246](https://doi.org/10.1055/s-0040-1714246).

- [16] V. G. Svarich and V. A. Svarich, "Treatment of rectal prolapse after proctoplasty in a child with rectal atresia," *Pirogov Russian Journal of Surgery*, no. 9, 2024, doi: [10.17116/hirurgia2024091106](https://doi.org/10.17116/hirurgia2024091106).
- [17] A. Elhaddad, E. E. Amerstorfer, G. Singer, A. Huber-Zeyringer, and H. Till, "Laparoscopic posterior rectopexy (Well's procedure) for full-thickness rectal prolapse following laparoscopic repair of an anorectal malformation: A case report," *Int. J. Surg. Case Rep.*, vol. 42, 2018, doi: [10.1016/j.ijscr.2017.12.020](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.12.020).
- [18] L. Li *et al.*, "Pattern of anatomic disorder and surgical management of anorectal prolapse in anorectal malformation," *Pediatr. Surg. Int.*, vol. 38, no. 7, 2022, doi: [10.1007/s00383-022-05141-y](https://doi.org/10.1007/s00383-022-05141-y).
- [19] C. Sun, T. Hull, and G. Ozuner, "Risk factors and clinical characteristics of rectal prolapse in young patients," *J. Chir. Visc.*, vol. 151, no. 6, 2014, doi: [10.1016/j.jvisc.2014.07.013](https://doi.org/10.1016/j.jvisc.2014.07.013).
- [20] R. Chaudhary and C. S. Dausage, "Prevalence of Anal Fissure in Patients with Anorectal Disorders: A Single-centre Experience," *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH*, 2019, doi: [10.7860/jcdr/2019/38478.12563](https://doi.org/10.7860/jcdr/2019/38478.12563).