

● مقاله تحقیقی



بررسی عوامل مؤثر بر شلی کف لگن

چکیده

زمینه: اختلالات کف لگن از شکایتهای شایع مراجعین به درمانگاه زنان می باشد که در کشور آمریکا حدود ۵۰٪ گزارش شده است. در این مقاله در صدد هستیم تا عوامل مؤثر بر شلی کف لگن را مورد بررسی قرار دهیم.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه مورد شاهدهی است که در آن ۱۰۰ نفر از زنانی که دارای درجاتی از شلی دیواره لگن (گروه مورد) بودند با ۱۰۰ نفر از زنانی که شلی نداشتند (گروه شاهد) باهم مقایسه شدند.

داده های مورد نیاز مطالعه با استفاده از پرسشنامه از مراجعه کنندگان به درمانگاه زنان طی مدت ۴ ماه جمع آوری گردید و پس از جمع آوری داده ها و کدبندی، وارد رایانه شد سپس با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل از آزمون های کای دو، t-student و رگرسیون لجیستیک استفاده شد. در همه آزمون ها P-value کمتر از ۰/۰۵ به عنوان نتایج معنی دار تلقی گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد، گروه دارای شلی کف لگن نسبت به گروه کنترل نمایه توده بدنی بیشتری داشتند (۲۷/۶±۳/۷) در مقابل، (۲۳/۹±۳/۷) (P< ۰/۰۰۱). میانگین سن اولین زایمان در گروه مورد کمتر بود. (۱۸/۵±۳/۱) در مقابل (۱۹/۷±۳/۵) (P=۰/۰۱) و تعداد حاملگی در آنها بیشتر بوده است (۴/۱±۲/۹) در مقابل (۲/۱±۱/۲) (P<۰/۰۰۱). همچنین سابقه عمل جراحی، استفاده از فورسپس یا واکيوم، تولد نوزاد بیشتر از ۴ کیلوگرم در دو گروه تفاوت معنی داری داشت (P< ۰/۰۱). در این مطالعه رابطه معنی داری بین شغل افراد، نوع زایمان آنها و ایجاد شلی کف لگن به دست نیامد.

نتیجه گیری: با استفاده از نتایج به دست آمده مشخص شد که زایمان های مشکل و با استفاده از ابزار کمکی و جنین های درشت و چاق از عوامل عمده مستعدکننده شلی کف لگن می باشند.

واژگان کلیدی: عوامل خطر ساز، شلی کف لگن، زایمان سخت

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۲/۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۱۱/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱/۲۱

*نشانی نویسنده مسئول: مشهد، بیمارستان

قائم (عج)، گروه زنان، تلفن: ۸۴۱۷۴۹۳-۰۵۱۱

فکس: ۸۴۰۷۴۹۳-۰۵۱۱

پست الکترونیک: ff_yahid@yahoo.com

مقدمه

اختلالات کف لگن شامل بی‌اختیاری ادراری، بی‌اختیاری مدفوعی و پایین افتادگی اعضاء لگنی از شکایت‌های شایع مراجعین به درمانگاه زنان می‌باشد. در کشور آمریکا ۵۰٪ زنان زایمان کرده دارای درجاتی از شلی کف لگن می‌باشند که ۲۰-۱۰٪ آنها علامت‌دار می‌شوند و ۱۱٪ آنها در طول حیاتشان نیاز به ترمیم جراحی کف لگن دارند [۱].

پرولاپس رحم، سیستوسل و رکتوسل تقریباً جزء شایع‌ترین اندیکاسیون‌های اعمال جراحی زنان می‌باشند. مرکز مطالعات آماری بین‌المللی پرولاپس اعضای لگنی را سومین علت شایع هیستریکتومی در زنان معرفی کرده است [۲].

علت اصلی اختلالات کف لگن ناشناخته است ولی به نظر می‌رسد که عوامل متعددی در ایجاد آن دخالت دارند. مطالعات اپیدمیولوژیک قبلی عوامل مستعدکننده متعددی را برای اختلالات کف لگن پیشنهاد نموده‌اند که شامل زایمان طبیعی با به کارگیری وسایلی چون فورسپس یا واکتوم، اپیزیوتومی، نوزاد درشت، بی‌حسی اپیدورال و سن بالای مادر می‌باشد و عوامل مستعدکننده دیگر شامل هیستریکتومی قبلی، افزایش سن، یائسگی و چاقی است [۳، ۴]. فاکتورهای سرشتی دیگر مثل نحوه متابولیسم کالژن نیز به عنوان عوامل

مستعدکننده معرفی شده‌اند [۳].

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۲ در کشور آمریکا صورت گرفته است نشان داده شده که افزایش تعداد زایمان و چاقی احتمال ایجاد اختلالات کف لگن را شدیداً بالا می‌برند. همچنین در این بررسی نتیجه‌گیری شده که احتمال ایجاد این اختلالات در نژادهای مختلف متفاوت است. برطبق این مطالعه زنان آفریقایی - آمریکایی کمترین خطر را برای ایجاد پرولاپس دارند و زنان اسپانیایی تبار بیشترین احتمال پرولاپس را داشته‌اند [۵].

هدف مطالعه ما بررسی عوامل مستعدکننده اختلالات کف لگن در سطح جامعه خودمان است.

بسیاری از زنان جامعه دارای علائم مختلف اختلالات عملکرد کف لگن شامل بی‌اختیاری ادراری، اختلالات دفع ادرار، بی‌اختیاری مدفوع و اختلالات عملکرد جنسی می‌باشند و بسیاری از آنها علائم خود را با وسایل مکانیکی، فیزیوتراپی^۱ یا رفتار درمانی، درمان می‌کنند و تعدادی نیز نیاز به اعمال جراحی ترمیمی دارند.

روش کار

بررسی حاضر مطالعه‌ای مورد شاهدهی است. که با هدف تعیین عوامل مؤثر بر شلی

کف لگن به صورت دو گروهی انجام پذیرفت. به طوری که ۱۰۰ بیمار با شلی کف لگن و ۱۰۰ نفر از زنانی که دارای شلی دیواره لگن نبودند به دلایل دیگری مراجعه کرده بودند به عنوان شاهد انتخاب شدند (افراد مبتلا براساس معاینه بالینی و در برخی از موارد با استفاده از مانوروالسالوا توسط متخصص زنان انتخاب می‌شدند).

داده‌های مورد نیاز از طریق تکمیل پرسشنامه‌های تهیه شده در این زمینه از مراجعه‌کنندگان به درمانگاه زنان بیمارستان قائم (عج) از تاریخ ۱۵/۲/۸۳ لغایت ۲۰/۶/۸۳ به دست آمده است. این پرسشنامه‌ها حاوی اطلاعاتی پیرامون سن، سن اولین زایمان، شغل، تحصیلات، تعداد زایمان‌ها، سابقه جراحی لگنی و ... می‌باشد.

پس از جمع‌آوری داده‌ها و کدبندی، اطلاعات وارد رایانه شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS پس از اطمینان از صحت ورود داده‌ها به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداختیم.

در قسمت تحلیلی برای مقایسه نسبت‌ها از آزمون کی دو و برای مقایسه میانگین در دو گروه از آزمون t-student استفاده گردید.

در انتها جهت تعیین عوامل مؤثر از مدل رگرسیون لوجستیک استفاده شد و نسبت شانس^۲ (OR) برای هر یک از متغیرها محاسبه گردید. در کلیه آزمون‌های انجام

2- Odds Ratio

1- Pessary

جدول ۱ - مقایسه برخی عوامل مؤثر در شلی کف لگن در دو گروه مورد و شاهد			
نتیجه آزمون	بدون شلی	دارای شلی کف لگن	
t=۵۷/۴ P<۰/۰۰۱	۲۹/۵±۸/۷	۴۰/۷±۹/۵	سن
t=۶/۸ P=۰/۰۱	۱۹/۷±۳/۵	۱۸/۵±۳/۱	سن اولین زایمان
$\chi^2=۳۰/۲$ P<۰/۰۰۱	۵۰(٪۵۰)	۲۸(٪۲۸)	تحصیلات (دیپلم و بالاتر)
$\chi^2=۱۲/۳$ P=۰/۰۰۶	۵۹(٪۵۹)	۴۲(٪۴۲)	تحصیلات همسر (دیپلم و بالاتر)
t=۶/۸ P<۰/۰۰۱	۲۳/۹±۳/۷	۲۷/۶±۳/۷	BMI
$\chi^2=۱/۳۳$ P=۰/۲۰۰	٪۱۳	٪۹	وضعیت شغلی (شاغل)
t =۷/۸ P<۰/۰۰۱	۱/۲±۱/۲	۴/۱±۲/۹	تعداد زایمانها

همچنین عدم استفاده از فورسپس یک عامل نگهدارنده برای ابتلاء به شلی کف لگن می‌باشد (OR=۰/۱۶). سابقه عمل جراحی و سابقه بچه با وزن بیشتر از ۴ کیلوگرم نیز خطر شلی کف لگن را افزایش می‌دهد.

بحث

پرولاپس اعضاء لگنی درصد زیادی از زنان با سن بالا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هر چند که مرگومیر قابل توجهی ندارد اما میزان از کارافتادگی همراه با پرولاپس قابل توجه می‌باشد و بر روی سیستم ادراری، گوارشی و فعالیت جنسی تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود بسیاری از زنان در فعالیت روزانه خود محدود شوند [۶].

در این مطالعه مشخص شد که افزایش سن در بروز شلی کف لگن مؤثر است در مطالعات مختلف تأثیر افزایش سن در احتمال

همچنین استفاده از ابزار کمکی موقع زایمان (P = ۰/۰۰۶)، سابقه عمل جراحی (P = ۰/۰۰۵)، سابقه تولد نوزاد بیشتر از ۴ کیلوگرم (P=۰/۰۰۱)، اختلال عملکرد گوارشی (P=۰/۰۰۱)، اختلال عملکرد ادراری (P=۰/۰۰۱)، اختلال عملکرد جنسی (P=۰/۰۰۱) در دو گروه مورد و شاهد متفاوت بودند اما از نظر نوع زایمان تفاوت معنی‌داری نداشتند (جدول ۲).

برای متغیر وابسته که در این مطالعه ابتلاء یا عدم ابتلاء به شلی کف لگن و یک متغیر دو حالتی می‌باشد، از مدل رگرسیون لجیستیک استفاده نمودیم؛ تا بتوان تأثیر هر کدام از متغیرها را به طور مستقل بر شلی کف لگن مشخص نمود. لذا عوامل مؤثر اصلی یعنی متغیرهای معنی‌دار در جداول یک و دو در یک مدل رگرسیون لجیستیک وارد شد، که نتایج نهایی در جدول ۳ آمده است. به طوری که با افزایش سن، احتمال شلی کف لگن بیشتر می‌شود (OR=۱/۱۴).

شده، سطح معنی‌دار ۵ درصد مدنظر بود. برای کلیه افرادی که وارد طرح شدند در مورد اهداف این طرح توضیح داده می‌شد و رضایت آنها را جلب کردیم.

نتایج

نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار سن در گروه مورد ۴۰/۷±۹/۵ و در گروه شاهد ۲۹/۵±۸/۷ بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری دارند (P<۰/۰۰۱). حداقل و حداکثر سن در گروه دارای شلی کف لگن به ترتیب ۲۴ و ۷۰ سال و در گروه بدون شلی کف لگن ۱۶ و ۵۷ بود.

سن اولین زایمان (P=۰/۰۱)، سطح تحصیلات (P<۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات همسر (P=۰/۰۰۶) BMI (P=۰/۰۰۱) در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت (جدول ۱). ولی شغل افراد تحت مطالعه، روش زایمان و تعداد زایمان آنها در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (جدول ۱).

جدول ۲- مقایسه برخی عوامل مؤثر مربوط به زایمان در دو گروه مورد و شاهد			
استفاده از ابزار	دارای شلی کف لگن	بدون شلی کف لگن	نتیجه آزمون
	۱۲(٪۱۲)	۲(٪۲)	$x^2=7/8$ P=۰/۰۰۶
وجود سابقه عمل جراحی (هیستکتومی)	۱۴(٪۱۴)	۳(٪۳)	$x^2=7/7$ P=۰/۰۰۵
داشتن سابقه زایمان بیشتر از ۴ کیلو	۲۶(٪۲۶)	۵(٪۵)	$x^2=16/8$ P<۰/۰۰۱
وجود اختلال عملکرد گوارشی	۱۴(٪۱۴)	۸۶(٪۸۶)	$x^2=15/05$ P<۰/۰۰۱
وجود اختلال عملکرد سیستم ادراری	۵۹(٪۵۹)	۴۱(٪۴۱)	$x^2=76/6$ P<۰/۰۰۱
وجود اختلال عملکرد جنسی	۱۷(٪۱۷)	۸۳(٪۸۳)	$x^2=15/5$ P<۰/۰۰۱
روش زایمان (طبیعی)	۸۷(٪۸۷/۰)	۸۶(٪۸۶/۰)	$\chi^2=0/43$ P=۰/۸۳

جدول ۳- ضرایب مدل رگرسیون لجستیک			
متغیر	ضریب رگرسیون	P	OR
سن	۰/۱۳۵	<۰/۰۰۱	۱/۱۴
عدم استفاده از فورسپس	۱/۷۹	۰/۰۳۹	۰/۱۶
سابقه عمل جراحی	۱/۶۳۵	۰/۰۳۱	۵/۱۲۹
سابقه بچه با وزن بیشتر از ۴ کیلوگرم	۱/۹۲۸	۰/۰۰۱	۶/۸۷

بروز شلی کف لگن ثابت شده است. این مسأله در سنین بالا شایع تر می باشد که علت احتمالی آن ضعف عمومی همه بافت ها و از جمله عضلات و نوع بافت همبندی کف لگن می باشد [۶]. علاوه بر این با گذشت زمان اثر تجمعی علل مختلف بر روی کف لگن افزایش می یابند. بیشترین موارد پرولاپس بعد از سن یائسگی اتفاق می افتد همه بافت های لگنی دارای گیرنده استروژنی می باشند و تغییرات آتروفیک که در نبود استروژن اتفاق می افتد یکی از علل ایجاد شلی کف لگن هستند. از طرفی با افزایش سن و طولانی شدن

وضعیت کمبود استروژنی، پوکی استخوان اتفاق می افتد و تغییرات گوژپشتی ستون مهره ها حاصل از پوکی استخوان باعث جابجایی دهانه ورودی لگن به وضعیت افقی می شود این تغییر در دهانه ورودی لگن اجازه می دهد تا وزن محتویات شکمی به طور مستقیم بر روی کف لگن فشار بیاورد [۶]. همچنین نشان داده شده که بعد از یائسگی مصرف هورمون استروژن به میزان ۵ سال یا بیشتر از شلی کف لگن محافظت می کند. - در مطالعه ما حداقل و حداکثر سن در گروه بیمار به ترتیب ۲۴، ۷۰ سال و در گروه شاهد ۱۶ و ۵۷ سال بوده است. در مطالعه

مشابهی که توسط سوزان، ال. هندریکس و همکارانش انجام شده نشان داده شد که همه اشکال شلی کف لگن در افراد مسن تر بیشتر است [۲]. - در این بررسی سن اولین زایمان در دو گروه اختلاف معنی دار داشت. همچنین در این مطالعه مشخص شد سابقه استفاده از وسایلی چون فورسپس یا واکتوم در زایمان در ایجاد شلی کف لگن نقش دارد. در مطالعه ای مشابه که توسط موآلی و همکارانش صورت گرفته نتایج مشابهی به دست آمده به طوری که در مطالعه وی افراد بیمار سن کمتری در اولین زایمان خود



مصرف قهوه، سابقه هیستریکتومی و ایجاد پرولاپس به دست نیامد.

در مطالعه ما مشخص شد سابقه جراحی قبلی لگن در ایجاد شلی کف لگن مؤثر است. در این مطالعه منظور از جراحی ژنیکولوژی، هیستریکتومی به هر علتی می‌باشد. در مطالعه مشابه که توسط موآلی و همکارانش صورت گرفته نیز نتایج مشابهی به دست آمده به طوری که سابقه عمل جراحی ژنیکولوژی در گروه دارای شلی ۳۵ درصد در مقایسه با ۱۶ درصد در گروه کنترل بوده است. کاراسیک واستیل نیز یافتند که هیستریکتومی قبلی با افزایش قابل توجهی در بی‌اختیاری مدفوعی و شلی کف لگن همراه است. برای تعیین دقیق ارتباط بین جراحی لگن قبلی و ایجاد پرولاپس نیاز به بررسی بیشتر از نظر علت هیستریکتومی می‌باشد [۸].

در این مطالعه همچنین مشخص گردید که میانگین تعداد زایمان‌ها در دو گروه دارای اختلاف معنی‌داری است به طوری که میانگین تعداد زایمان‌ها در گروه دارای شلی ۴/۱ و در گروه بدون شلی ۲/۱ بوده است. در مطالعه‌ای مشابه که در سال ۲۰۰۲ توسط آقای Sherard انجام شده نیز افزایش تعداد زایمان به عنوان یکی از علل افزایش دهنده شلی کف لگن معرفی شده است [۹].

صدمه به عضلات و عصب‌رسانی لواتورانی هنگام زایمان واژینال شایع است که می‌تواند علت قسمتی از تحلیل و

از نظر آماری معنی‌دار نبود در نتیجه شغل از لیست عوامل مؤثر بر شلی کف لگن حذف شد. در مطالعات مختلف نتایج متفاوتی در زمینه ارتباط شغلی با ایجاد شلی کف لگن به دست آمده است. در یک بررسی در آمریکا رابطه معنی‌داری بین شغل و ایجاد شلی کف لگن به دست نیامد. از طرفی در مطالعه دیگری در کشور آلمان نشان داده شده که ۴۰ درصد از زنان دارای پرولاپس رحمی سابقه انجام کارهای سنگین را داشته‌اند در مقایسه با ۱۷ درصد در گروه کنترل [۲].

بررسی BMI در دو گروه نشان داد که افزایش BMI در بروز شلی کف لگن دخالت دارد اختلاف از نظر آماری معنی‌دار است. در مطالعات مختلف چاقی به عنوان یک عامل مؤثر در ایجاد شلی کف لگن معرفی شده است [۱، ۲، ۷]. در مطالعه ما نیز چاقی یک عامل مستعدکننده برای ایجاد شلی کف لگن محسوب می‌شود. در این مطالعه اکثر افراد در گروه کنترل BMI نرمال داشتند. براساس مطالعه در سال ۲۰۰۲ نشان داده شده که زنان آفریقایی آمریکایی کمترین احتمال زنان اسپانیایی تبار بیشترین احتمال را برای پرولاپس داشتند، همچنین افزایش پاریتی (البته این افزایش تا $5 \leq$ صدق می‌کند) و BMI احتمال پرولاپس را شدیداً بالا می‌برند. طبق این مطالعه رابطه‌ای میان تحصیلات، شغل، نحوه زندگی، بیماری‌های مزمن، زمان یائسگی، سابقه مصرف سیگار،

داشته‌اند ($25/8 \pm 5/3$) در مقایسه با $28/4 \pm 4/9$) و تعداد موارد استفاده از فورسپس یا واکتوم نیز در آنها بیشتر بوده است. (۶۴ درصد در مقایسه با ۴۴ درصد) [۱].

براساس این مطالعه سطح تحصیلات نیز در بروز شلی لگن مؤثر بوده است. در مطالعه‌ای که توسط سوزان. ال. هندریکس و همکارانش انجام شد ارتباط چندانی میان سطح تحصیلات، شغل و نحوه زندگی افراد با احتمال ایجاد پرولاپس به دست نیامده است [۲] ولی اختلاف به دست آمده در مطالعه ما بیشتر ناشی از وضعیت اجتماعی کشورماست که افراد تحصیل کرده روز به روز رو به افزایش هستند.

روش زندگی^۱ نیز در ایجاد پرولاپس نقش دارد و بلندکردن اشیاء سنگینی که حمل آنها نیازمند مانور و سالوا یا نگه‌داشتن نفس می‌باشد باعث تحمیل استرس فیزیکی به کف لگن می‌شود. چاقی نیز که در کشور آمریکا اپیدمیک می‌باشد فشار وارده به کف لگن را افزایش داده و تحرک را کاهش می‌دهد [۶]. در این مطالعه برای بررسی روش زندگی افراد آنها را به دو گروه شاغل و خانه‌دار تقسیم کردیم که ۸ نفر از افراد دارای شلی لگن شاغل بودند در حالی که این تعداد در گروه بدون شلی ۱۳ نفر بود این اختلاف

کش آمدن رباطها در زندگی آینده باشد. درجاتی از آسیب نیز در بافت همبند اطراف رحم و اطراف واژن هنگام زایمان رخ می‌دهد. اما معمولاً اتساع واژن هنگام زایمان را علت ایجاد پرولاپس می‌دانند [۸].

در مطالعه‌ای که توسط Ratveit و همکارانش تحت عنوان بی‌اختیاری ادراری بعد از زایمان طبیعی یا سزارین انجام شد. شیوع بی‌اختیاری در گروه زنان بدون فرزند ۱۰ درصد، در گروهی که تحت سزارین قرار گرفتند ۱۵/۹ درصد و در گروهی که زایمان واژینال داشته‌اند ۲۱ درصد به دست آمد و نیز نشان داد شده که سزارین انتخابی فقط به مقدار خیلی ناچیزی احتمال پرولاپس را کاهش می‌دهد و همچنین مشخص شد که سزارین در طول یک زایمان فعال اثرات مشابهی بر روی ارگان‌های لگنی دارد [۱۰]. در نتایج بدست آمده در مطالعه ما بین شلی کف لگن و نوع زایمان رابطه معنی‌داری وجود نداشت. به طوری که تعداد سزارین در افراد دارای شلی ۱۳ مورد و در افراد بدون شلی ۱۴ مورد بوده و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/83$). که البته علت سزارین و مرحله انجام آن مورد بررسی قرار نگرفته است.

در مطالعه ما مشخص گردید که ۲۶ نفر از افرادی که شلی کف لگن دارند سابقه‌ای از تولد نوزاد درشت (وزن ≤ 4 کیلوگرم) داشته‌اند. در مقایسه با گروه کنترل که فقط

۵ نفر آنها چنین سابقه‌ای را داشتند. موآلی و همکارانش در تحقیق خود رابطه‌ای را میان تولد نوزاد با وزن بیشتر از ۴ کیلوگرم و ایجاد شلی لگن نیافتند. ($P<0/0001$) [۱].

- موآلی^۱ و همکارانش در تحقیقی که از جولای ۱۹۹۹ تا جولای ۲۰۰۰ به طول انجامید نشان دادند که تفاوت معنی‌داری در نژاد، سن کنونی، پاریتی و گراویتی افراد دارای شلی کف لگن نسبت به گروه کنترل وجود ندارد. اما این افراد با مقایسه با گروه کنترل BMI بیشتری داشتند ($28/6 \pm 6/3$ در مقایسه با $26/4 \pm 6/1$) سن کمتری در اولین زایمان خود داشتند، ($25/8 \pm 5/3$ در مقایسه با $26/4 \pm 6/1$) استفاده از فورسپس در زایمان خود داشته‌اند (64% در مقایسه با 44%) و همچنین سابقه‌ای از جراحی ژنیکولوژی قبلی داشتند (34% در مقایسه با 16%). در این مطالعه همچنین نشان داده شده است که بعد از یائسگی استفاده از هورمون به میزان ۵ سال یا بیشتر محافظت کننده است.^۲

در مطالعه دیگری که توسط کوری روتویت^۳ و همکارانش صورت گرفته نشان داده شده است که شیوع بی‌اختیاری در زنان زایمان نکرده ۱۰٪، در زنانی که تحت سزارین قرار گرفتند ۱۵/۹٪ و در زنانی که

1- Pamela A. Moalli
2- Susan L. Hendrix
3- Couri Routveit

زایمان واژینال داشته‌اند ۲۱٪ است. براساس شدت بی‌اختیاری ادراری (موارد متوسط تا شدید) شیوع در گروه اول ۳/۷٪، در گروه دوم ۶/۲٪ و در گروه سوم ۸/۷٪ بوده است.

در مطالعه دیگری در کشور ایتالیا در سال ۲۰۰۰، سن مادر، پاریتی، وزن، طول مدت مرحله دوم زایمان، وزن نوزاد، شرایط زایمان و وضعیت پربینه به عنوان عوامل مؤثر در ایجاد پرولاپس و اختلالات کف لگن معرفی شده‌اند [۱۱].

در مطالعه‌ای که توسط جکسون و همکارانش صورت گرفت عواملی مثل بیماری‌های مزمن ریوی، نژاد سفید، استفاده اخیر استروژن و BMI بیشتر، از عوامل مؤثر در ایجاد بی‌اختیاری استرسی ادرار معرفی شدند [۱۲]. در مطالعه ما سن بالاتر - سن پایین در اولین زایمان BMI بالاتر. زایمان با استفاده از ابزار، سابقه عمل جراحی لگنی و سابقه جنین درشت به طور واضحی با ایجاد اختلالات کف لگن در آینده ارتباط داشته است.

بنابراین براساس این پژوهش مشخص گردید که افزایش سن خانم‌ها، سن کم مادر در طی اولین حاملگی، انجام زایمان‌های تروماتیک، انجام کارهای سنگین و روش زندگی، افزایش BMI و سابقه اعمال جراحی لگنی و افزایش تعداد زایمان‌ها و زایمان نوزادان درشت در ایجاد شلی کف لگن دخالت دارند که منجر به عوارض زیاد برای

بیمار خواهد شد و نیاز به اعمال جراحی و در نتیجه هزینه بیمار و اجتماع را افزایش می‌دهد. اغلب این موارد قابل پیشگیری بوده و با اجتناب از افزایش وزن و انجام کارهای سنگین توسط خانم‌ها و کاهش تعداد زایمان‌ها و جلوگیری از زایمان‌های مشکل می‌توان از این عارضه جلوگیری نمود. انجام عمل سزارین در پیشگیری از این عارضه نقشی ندارد. بنابراین به بهانه کاستن شلی کف لگن در آینده نباید از این روش جهت زایمان استفاده نمود.

مراجع

1. Moalli PA, Ivy SJ, MeyR LA, et al. Risk factors Associated with pelvic floor disorder in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 869-74.
2. Menefee SA, Lewis LW. Incontinence , prolapse and Disorders of the pelvic floor. In: Berek JS.Novak 's Gynecology.13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002: 645-710.
3. Gurel H, Gurel SA. Pelvic relaxation and associated risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(4): 290-3.
4. Carley ME, Turner RJ, Scott DE, et al.Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am Assoc J Gynecol Laparosc* 1999; 6(1): 85-9.
5. Hendrix SL, clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the women's health Initiative: Gravity and gravidity. *Am J obstet Gynecol* 2002; 186(6): 1160-6.
6. Zimmerman CW.Surgical correction of Defects in pelvic support. In: Rock JA, jones HW. Telinds's operative Gynecology. 9th ed. Philadelphia :Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 927-965.
7. Taray CM, Dorr CH. Relaxation of pelvic supports. In: Decherney AH, Nathan L. *Current Obstetric & Gynecology*. 9th ed. New York:Mc Graw-Hill; 2003: 776-797.
8. Karasick S, Spettell CM. The role of parity and hysterectomy on the development of pelvic Floor abnormalities revealed by defecography. *Am J Roentgend* 1997; 169(6): 1555-8.
9. Sherard GB, Dorezal JM.Pregnancy, Labor, Delievery and pelvic organ prolapse. *Obstet Gyncol* 2002; (Spt 1) 100: 981-6.
- 10.Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348(10): 900-7.
- 11.Troiano L, Pregazzi, Bortolip, et al. Post partum urogenital and perineal prolapse. *Minerva Gynecol* 2000; 52(7,8): 299-305.
- 12.Jackson RA, Vittinghoff E, Kanaya AM, et al. Urinary incontinence in elderly Women: findings from the health, aging, and composition study. *Obstet Gynceol* 2004; 104(2): 301-7.