مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲٤، شماره ٤، زمستان ۱۳۸۵: ۳٤۹-۳٤۳

● **مقاله تحقیقی**

بررسی عوامل مؤثر بر شلی کف لگن

دکترصدیقه آیتی [۱*]
دکترفاطمه وحید [۲]
دکترحبیب اله اسماعیلی [۳]

۱. استادیار زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۲. دانشیار زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۳. استادیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

چکیده

زمینه: اختلالات کف لگن ازشکایت‌های شایع مراجعین به درمانگاه زنان می‌باشد که در کشورآمریکا 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 شاهدی است که درآن 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.

داده‌های مورد نیاز مطالعه با استفاده از پرسشنامه از مراجعه‌کنندگان به درمانگاه زنان طی مدت ٤ ماه جمع‌آوری گردید و پس از جمع‌آوری داده‌ها و کدبندی، وارد رایانه شد سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل از آزمون‌های کای دو،t-student ورگرسیون لوجیستیک استفاده شد. در همه آزمون‌ها P-value کمتر از ۰/۰۵ به عنوان نتایج معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، گروه دارای شلی کف لگن نسبت به گروه کنترل نمایه توده بدنی بیشتری داشتند (۳/۷±۲۷/٦) در مقابل، ۳/۷±۲۳/۹ (P< ۰/۰۰۱). میانگین سن اولین زایمان درگروه مورد کمتربود. (۳/۱±۱۸/۵ در مقابل ۳/۵±۱۹/۷، P=۰/۰۱) و تعداد حاملگی در آنها بیشتر بوده است (۲/۹±٤/۱ در مقابل ۱/۲±۲/۱، P<۰/۰۰۱). همچنین سابقه عمل جراحی، استفاده از فورسپس یا واکیوم، تولد نوزاد بیشتر از ٤ کیلوگرم در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت (P< ۰/۰۱). در این مطالعه رابطه معنی‌داری بین شغل افراد، نوع زایمان آنها و ایجاد شلی کف لگن به دست نیامد.

نتیجه‌گیری: با استفاده از نتایج به دست آمده مشخص شدکه زایمان‌های مشکل و با استفاده از ابزارکمکی و جنین‌های درشت و چاق از عوامل عمده مستعدکننده شلی کف لگن می‌باشند.

واژگان کلیدی: عوامل خطرساز، شلی کف لگن، زایمان سخت

*__نشانی نویسنده مسئول:__ مشهد، بیمارستان قائم (عج)، گروه زنان، تلفن: ۸٤۱۷٤۹۳ -۰۵۱۱، فکس: ۸٤۰۷٤۹۳ -۰۵۱۱،
پست‌الکترونیک: ff_vahid @ yahoo. com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٤/۱/۲۱ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۱۱/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۲/۱

Archive of SID
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]
www.SID.ir

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 می‌باشندکه ۲۰-۱۰ ٪ آنها علامت‌دار می‌شوند و ۱۱٪ آنها در طول حیاتشان نیاز به ترمیم جراحی کف لگن دارند [۱].

پرولاپس رحم، سیستوسل ورکتوسل تقریباً جزء شایع‌ترین اندیکاسیون‌های اعمال جراحی زنان می‌باشند. مرکز مطالعات آماری بین‌المللی پرولاپس اعضای لگنی را سومین علت شایع هیسترکتومی 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 واکئوم، اپیزیوتومی، نوزاد درشت، بی‌حسی اپیدورال و سن بالای مادر می‌باشد و عوامل مستعدکننده دیگر شامل هیسترکتومی قبلی، افزایش سن، یائسگی و چاقی است [۳، ۴]. فاکتورهای سرشتی دیگر مثل نحوه متابولیسم کلاژن 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[1] یا رفتار درمانی، درمان می‌کنند و تعدادی نیز نیاز به اعمال جراحی ترمیمی دارند.

روش کار

بررسی حاضر مطالعه‌ای مورد شاهدی 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 و۱۰۰ 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 ۸۳/۲/۱۵ لغایت ۸۳/۶/۲۰ 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 (OR)[2] برای هر یک از متغیرها محاسبه گردید. در کلیه آزمون‌های انجام

1- Pessary

2- Odds Ratio

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

جدول ۱ - مقایسه برخی عوامل مؤثر در شلی کف لگن در دو گروه مورد و شاهد			
	دارای شلی کف لگن	بدون شلی	نتیجه آزمون
سن	۴۰/۷±۹/۵	۲۹/۵±۸/۷	t=۵۷/۴ P< ۰/۰۰۱
سن اولین زایمان	۱۸/۵±۳/۱	۱۹/۷±۳/۵	t=۶/۸ P=۰/۰۱
تحصیلات(دیپلم و بالاتر)	۲۸(٪۲۸)	۵۰(٪۵۰)	χ2=۳۰/۲ P<۰/۰۰۱
تحصیلات همسر(دیپلم و بالاتر)	۴۲(٪۴۲)	۵۹(٪۵۹)	χ2=۱۲/۳ P=۰/۰۰۶
BMI	۲۷/۶±۳/۷	۲۳/۹±۳/۷	t=۶/۸ P<۰/۰۰۱
وضعیت شغلی (شاغل)	٪۹	٪۱۳	χ2=۱/۳۳ P=۰/۲۰۰
تعداد زایمان‌ها	۴/۱±۲/۹	۱/۲±۱/۲	t =۷/۸ P<۰/۰۰۱

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 ۹/۵±۴۰/۷ و در گروه شاهد ۸/۷±۲۹/۵ بودکه از نظرآماری 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).

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 سیستم ادراری (P=۰/۰۰۱)، اختلال عملکردجنسی (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 حالته می‌باشد، از مدل رگرسیون لوجیستیک 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 لوجیستیک 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).

همچنین عدم استفاده ازفورسپس 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 می دهد.

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

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

www.SID.ir

جدول ۲- مقایسه برخی عوامل مؤثر مربوط به زایمان در دو گروه مورد و شاهد			
	دارای شلی کف لگن	بدون شلی کف لگن	نتیجه آزمون
استفاده از ابزار	۱۲(٪۱۲)	۲(٪۲)	x2=۷/۸ P=۰/۰۰٦
وجود سابقه عمل جراحی (هیسترکتومی)	۱٤(٪۱٤)	۳(٪۳)	x2=۷/۷ P=۰/۰۰۵
داشتن سابقه زایمان بیشتر از ٤ کیلو	۲٦(٪۲٦)	۵(٪۵)	x2=۱٦/۸ P<۰/۰۰۱
وجود اختلال عملکرد گوارشی	۱٤(٪۱٤)	۸٦(٪۸٦)	x2=۱۵/۰۵ P <۰/۰۰۱
وجود اختلال عملکرد سیستم ادراری	۵۹(٪۵۹)	٤۱(٪٤۱)	x2=۷٦/٦ P <۰/۰۰۱
وجود اختلال عملکرد جنسی	۱۷(٪۱۷)	۸۳(٪۸۳)	x2=۱۵/۵ P< ۰/۰۰۱
روش زایمان (طبیعی)	۸۷ (٪۸۷/۰)	۸٦(٪۸٦/۰)	χ2=۰/٤۳ P =۰/۸۳

جدول ۳ - ضرایب مدل رگرسیون لوجستیک				
متغیر	ضریب رگرسیون	P	OR	دامنه اطمینان ۹۵ درصدی
سن	۰/۱۳۵	<۰/۰۰۱	۱/۱٤	(۱/۰۹٦و۱/۱۹٤)
عدم استفاده از فورسپس	۱/۷۹	۰/۰۳۹	۰/۱٦	(۰/۹۱ و ۰/۰۳۱)
سابقه عمل جراحی	۱/٦۳۵	۰/۰۳۱	۵/۱۲۹	(۲۲/٦ و ۱/۱٦۳)
سابقه بچه با وزن بیشتر از ٤ کیلوگرم	۱/۹۲۸	۰/۰۰۱	٦/۸۷	(۲۱/۸ و ۲/۱٦)

بروز شلی کف لگن ثابت شده است. این مسأله در سنین بالا شایع‌تر می‌باشدکه علت احتمالی آن ضعف عمومی همه بافت‌ها و از جمله عضلات و نوع بافت همبندی کف لگن می‌باشد [۶].

علاوه بر این با گذشت زمان اثر تجمعی علل مختلف بر روی کف لگن افزایش می‌یابند. بیشترین موارد پرولاپس بعد از سن یائسگی اتفاق می‌افتد همه بافت‌های لگنی دارای گیرنده استروژنی می‌باشند و تغییرات آتروفیک که در نبود استروژن اتفاق می‌افتد یکی از علل ایجاد شلی کف لگن هستند. از طرفی با افزایش سن و طولانی شدن وضعیت کمبود استروژنی، پوکی استخوان اتفاق می‌افتد و تغییرات گوژپشتی ستون مهره‌ها حاصل از پوکی استخوان باعث جابجایی دهانه ورودی لگن به وضعیت افقی می‌شود این تغییر در دهانه ورودی لگن اجازه می‌دهد 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 می‌کند.

– 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. درمطالعه مشابهی که توسط سوزان، ال. هندریکس و همکارانش انجام شده نشان داده شدکه همه اشکال شلی کف لگن در افراد مسن‌تر بیشتر است [۲].

– در این بررسی سن اولین زایمان در دو گروه اختلاف معنی‌دار داشت. همچنین در این مطالعه مشخص شد سابقه استفاده از وسایلی چون فورسپس یا واکئوم در زایمان در ایجاد شلی کف لگن نقش دارد. در مطالعه‌ای 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

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]
Archive of SID
www.SID.ir

داشته‌اند (۵/۳±۲۵/۸ در مقایسه با ۴/۹±۲۸/۴) و تعداد موارد استفاده از فورسپس یا واکئوم 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[1] نیز در ایجاد پرولاپس نقش دارد و بلندکردن اشیاء سنگینی که حمل آنها نیازمند مانوروالسالوا 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 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 درآمریکا 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 دادکه 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 اسپانیایی‌تبار بیشترین احتمال را برای پرولاپس داشتند، همچنین افزایش پاریتی (البته این افزایش تا ≤ ۵ 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، مصرف قهوه، سابقه هیسترکتومی 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، هیسترکتومی 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 یافتندکه هیسترکتومی 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 هیسترکتومی می‌باشد [۸].

در این مطالعه همچنین مشخص گردیدکه 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 لواتورآنی هنگام زایمان واژینال شایع است که می‌تواند علت قسمتی از تحلیل و

1- Life Style

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

www.SID.ir

کش‌آمدن 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 راکاهش 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=۰/۸۳). که البته علت سزارین و مرحله انجام آن مورد بررسی قرار نگرفته است.

در مطالعه ما مشخص گردیدکه ۲۶ نفر از افرادی که شلی کف لگن دارند سابقه‌ای از تولد نوزاد درشت (وزن ≤۴ کیلوگرم) داشته‌اند. در مقایسه با گروه کنترل که فقط ۵ نفرآنها 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<۰/۰۰۰۱) [۱].

– موالی[1] و همکارانش در تحقیقی که از جولای ۱۹۹۹ تا جولای ۲۰۰۰ به طول انجامید نشان دادندکه 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 (۶/۳± ۲۸/۶ در مقایسه با ۶/۱±۲۶/۴) سن کمتری در اولین زایمان خود داشتند، (۵/۳±۲۵/۸ در مقایسه با ۶/۱±۲۶/۴) استفاده از فورسپس در زایمان خود داشته‌اند (۶۴٪ در مقایسه با ۴۴٪) و همچنین سابقه‌ای از جراحی ژنیکولوژی قبلی داشتند (۳۴٪ در مقایسه با ۱۶٪). در این مطالعه همچنین نشان داده شده است که بعد از یائسگی استفاده از هورمون به میزان ۵ سال یا بیشتر محافظت کننده است[2].

در مطالعه دیگری که توسط کوری روتویت[3] 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 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 پرینه 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 گردیدکه 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 دارندکه منجر به عوارض زیاد برای

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

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

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 surgicaly 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. Relxation 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 incontinecnce after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med 2003; 348(10): 900-7.*
11. *Troiano L, Pregazzi, Bortolip, et al. Post partum urogenitial and perineal prolapse. Minerva Gynecol 2000; 52(7,8): 299-305.*
12. *Jackson RA, Vittinghoff E, Kanaya AM, et al. Urinaty incontinence in elderly Women: findings from the health, aging, and composition study. Obstet Gynceol 2004; 104(2): 301-7.*

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-31]

www.SID.ir