

فراوانی اپی‌زیاتومی و عوارض آن در زنان نخست‌زا (بررسی طولی سه ماهه)

کبری خاجوی شجاعی*، علی دواتی**، فرید زایری***

* مربی بهداشت مادر و کودک، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

** استادیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

*** استادیار آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اپی‌زیاتومی عملی است رایج که در مامایی انجام می‌شود. تقریباً ۳۳٪ زنانی که در سال ۲۰۰۰ زایمان کردند، اپی‌زیاتومی شدند. با این وجود فواید بالینی اپی‌زیاتومی هنوز مورد بحث است. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی اپی‌زیاتومی و عوارض به جای مانده از آن (درد پرینه، دیسپارونی) در طی ۳ ماه پس از زایمان می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران بر روی ۵۱۰ زن نخست‌زا انجام گرفت. اطلاعات مورد نیاز به وسیله مصاحبه ۱، ۱۰، ۴۰ و ۹۰ روز پس از زایمان اخذ و در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. پس از تکمیل تعداد نمونه‌ها اطلاعات با استفاده از آزمون آماری χ^2 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در این مطالعه شیوع اپی‌زیاتومی ۹۷/۳٪ برآورد شد، ۳۲/۳٪ اپی‌زیاتومی نوع مدین و ۶۷/۷٪ نوع مدیولترال دریافت کردند. عوارض اپی‌زیاتومی شامل درد پرینه که در ۱، ۱۰، ۴۰ و ۹۰ روز پس از زایمان به ترتیب ۹۶/۴٪، ۶۳٪، ۲۵٪ و ۱۲٪ به دست آمد و دیسپارونی در ۱۰، ۴۰ و ۹۰ روز پس از زایمان به ترتیب ۱۰۰٪، ۶۶٪ و ۳۱/۲٪ محاسبه گردید.

نتیجه‌گیری: شیوع اپی‌زیاتومی در ایران بسیار بیشتر از میزان‌های گزارش شده از سایر نقاط دنیا می‌باشد و شیوع اپی‌زیاتومی مدیولترال در ایران علی‌رغم مشکلات آن بیشتر از اپی‌زیاتومی مدین است. به همین دلیل قاعدتاً شیوع عوارض آن (درد پرینه، دیسپارونی) در جامعه زنان ایرانی نیز بیشتر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: شیوع اپی‌زیاتومی؛ دیسپارونی؛ درد پرینه.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: khajavi@shahed.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۲۸۳۵۹۳۰

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۸۷/۷/۲۳

مقدمه

۳۳٪ از زایمان‌های واژینال انجام می‌شود. تا پایان دهه‌ی ۱۹۷۰، برش اپی‌زیاتومی تقریباً در تمام زنانی که برای بار اول زایمان می‌کردند، به صورت رایج انجام می‌شد. یکی از دلایل پذیرفتن اپی‌زیاتومی، جایگزین شدن یک برش جراحی مستقیم با قابلیت ترمیم آسان‌تر، به جای پارگی‌های ناهمواری بود که در صورت عدم استفاده از اپی‌زیاتومی ایجاد می‌گردید. مزیت دیگری که ثابت نشده بود؛ اما به طور رایج بیان می‌شد، تأثیر انجام

اپی‌زیاتومی برش عضلات پرینه در مرحله دوم زایمان، با هدف تسریع تکمیل مرحله دوم به منظور بهبود نتیجه در مادر و نوزاد می‌باشد. تقریباً ۸۰ سال است که اپی‌زیاتومی به صورت روتین به کار برده می‌شود. اما بهترین تکنیک اپی‌زیاتومی و منافع بالینی آن تا حد زیادی ناشناخته مانده است. اگرچه استفاده از اپی‌زیاتومی بین سال‌های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۳ کاهش یافته است؛ اما هنوز تقریباً در

نمایند (۱۰). برای جلب همکاری نمونه‌ها با طرح، آموزش‌های لازم داده شد و موافقت آن‌ها جهت همکاری با طرح جلب گردید. ولی اگر نمونه‌ها در مرحله‌ای حاضر به ادامه همکاری نمی‌شدند وضعیت قبلی درد آن‌ها ثبت می‌شد. تعداد نمونه‌های مورد نیاز این پژوهش با استفاده از فراوانی درد پرینه پس از زایمان بعد از ۴۰ روز که از طریق مطالعه راهنما (Pilot) به دست آمده بود ($P=0/12$)، با فاصله اطمینان ۹۵٪ و خطای ۲/۸٪، از فرمول تعیین حجم نمونه با استفاده از میزان نسبت‌ها ۵۱۰ نفر برآورد شد. در نهایت پی‌گیری ۴۹۶ نمونه به مدت ۳ ماه با موفقیت انجام گردید. پس از تکمیل داده‌ها، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11.5 و آزمون‌های آماری χ^2 با توجه به نوع متغیرها تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. فراوانی اپی‌زیاتومی در بین زنان نخست‌زا مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی با زایمان طبیعی ۹۷/۳٪ برآورد شد؛ در حالی که فقط ۲/۷٪ از این گروه با پرینه سالم زایمان کردند. نوع اپی‌زیاتومی در ۶۶٪ موارد Mediolateral، ۳۱٪ Median و ۳٪ موارد Intact بود. زودرس‌ترین عارضه اپی‌زیاتومی درد پرینه بود، که شیوع آن در ۱، ۱۰، ۴۰ و ۹۰ روز پس از زایمان به ترتیب ۹۶٪، ۶۳/۴٪، ۲۵٪ و ۱۲٪ به دست آمد. شیوع آن در سه مقطع ۲۴ ساعت، ۱۰ روز، ۴۰ روز و ۳ ماه برحسب نوع اپی‌زیاتومی در جدول شماره ۲ آمده است. بین نوع اپی‌زیاتومی و فراوانی درد پرینه در مقطع زمانی ۱ روز ($P<0/001$)، ۱۰ روز ($P<0/001$)، ۴۰ روز ($P<0/017$) و ۹۰ روز بعد از زایمان ($P<0/035$) رابطه معنی‌دار مشاهده گردید. فراوانی دیسپارونی در ۴/۵٪ زنانی که ۱۰ روز بعد از زایمان نزدیکی داشتند، ۱۰۰٪ بود و در ۴۴/۹٪ زنانی که ۴۰ روز بعد از زایمان نزدیکی داشتند، این میزان به ۶۵/۵٪ رسید. در مرحله آخر پی‌گیری (۹۰ روز بعد از زایمان) در ۳۱/۲٪ زنان مورد مطالعه دیسپارونی دیده شد. بین نوع اپی‌زیاتومی و شدت درد در طی نزدیکی بعد از ۹۰ روز رابطه معنی‌دار آماری مشاهده گردید ($P<0/001$).

اپی‌زیاتومی روتین در جلوگیری از شل شدن لگن و به عبارتی از ایجاد سیستم رکتوسل، رکتوسل و بی‌اختیاری ادراری بود. ولی تعدادی از مطالعات مشاهده‌ای و کارآزمایی‌های تصادفی شده، نشان داد که انجام اپی‌زیاتومی روتین با افزایش بروز پارگی‌های اسفنکتر مقعد و رکتوم همراه است (۵-۱). در سال ۱۹۹۱ Larsson و همکاران مشخص نمودند که عقیده قدیمی مبنی بر درد کمتر بعد از اپی‌زیاتومی و التیام بهتر اپی‌زیاتومی در مقایسه با پارگی، ظاهراً نادرست است (۶). مطالعات زیاد دیگری نیز نشان دادند که اپی‌زیاتومی از جسم پرینه محافظت نمی‌کند و به دلیل افزایش خطر پارگی‌های درجه ۳ و ۴، انجام اپی‌زیاتومی در ایجاد بی‌اختیاری اسفنکتر مقعد نقش دارد (۷). Signorello و همکاران گزارش کردند احتمال بی‌اختیاری مدفوع و گاز، در زنانی که در هنگام زایمان تحت اپی‌زیاتومی قرار گرفته بودند در مقایسه با زنانی که قرار نداشتند، ۶-۴ برابر بیشتر می‌باشد؛ حتی مشخص گردید در مقایسه با گروهی که دچار پارگی‌های خودبه‌خودی پرینه شده بودند، نیز اپی‌زیاتومی خطر بی‌اختیاری مدفوع و گاز را به ترتیب ۳ و ۲ برابر افزایش می‌دهد (۸). بنابراین این نتیجه‌گیری که اپی‌زیاتومی نباید به طور روتین انجام گردد، منطقی به نظر می‌رسد (۹). هدف از این مطالعه فراوانی اپی‌زیاتومی و عوارض همراه آن در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران می‌باشد.

روش بررسی

این تحقیق به روش توصیفی پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه و اخذ مجوز ورود به بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران؛ انجام گردید. نمونه‌ها از میان زنان نخست‌زا مراجعه‌کننده به بیمارستان جهت زایمان واژینال انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز پس از گرفتن رضایت‌نامه کتبی از آن دسته از شرکت‌کنندگان که فقط اپی‌زیاتومی به روش استاندارد داشتند و فاقد هرگونه پارگی بودند، به وسیله مصاحبه ۲۴ ساعت پس از زایمان اخذ و در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. سپس در روزهای ۱۰، ۴۰ و ۹۰ پس از زایمان از نظر وجود درد پرینه و دیسپارونی پی‌گیری شدند. سنجش شدت درد با مقیاس دیداری ۱۰ واحدی بود که با پرسش از نمونه‌ها خواسته شد؛ تا وضعیت آن را مشخص

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی ۵۱۰ زن نخست‌زای اپی‌زیاتومی شده

نام متغیر	حد اقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۱۵	۳۴	۲۲/۴۴	±۳/۶۹
BMI (kg/m ²)	۱۷/۳۰	۳۶	۲۵/۷۲	±۳/۴۱
فاز اول زایمان (ساعت)	۱/۱۵	۱۴	۶/۷۳	±۲/۵۳
فاز دوم زایمان (دقیقه)	۱۵	۷۵	۳۵/۲۶	±۱۶/۴۲
وزن نوزاد (گرم)	۲۱۰۰	۴۱۰۰	۳۲۱۰	±۳۸۴/۹۳

جدول شماره ۲: توزیع زنان نخست‌زای بر حسب نوع اپی‌زیاتومی و درد پرینه در مقاطع پی‌گیری

اپی	درد		اروز		روز ۱۰		روز ۴۰		روز ۹۰	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مدین	۱۴۶	۹۱/۳	۱۴	۸/۸	۶۳	۴۰/۶	۹۲	۴۰/۶	۲۹	۱۸/۷
	۱۴۶	۹۱/۳	۱۴	۸/۸	۶۳	۴۰/۶	۹۲	۴۰/۶	۲۹	۱۸/۷
مدیولترال	۳۳۲	۹۸/۸	۴	۱/۲	۲۱۰	۷۵/۳	۶۹	۲۴/۷	۷۹	۲۸/۳
	۳۳۲	۹۸/۸	۴	۱/۲	۲۱۰	۷۵/۳	۶۹	۲۴/۷	۷۹	۲۸/۳
جمع	۴۷۸	۹۶/۴	۱۸	۳/۶	۲۷۳	۶۲/۹	۱۶۱	۳۷/۱	۱۰۸	۲۴/۹
	۴۷۸	۹۶/۴	۱۸	۳/۶	۲۷۳	۶۲/۹	۱۶۱	۳۷/۱	۱۰۸	۲۴/۹

بحث

۹۷/۳٪ از تعداد ۵۱۰ زنی که در این مطالعه شرکت داشتند، مورد عمل اپی‌زیاتومی قرار گرفتند. ۲/۷٪ دارای پرینه سالم بودند؛ که از مطالعه خارج شدند. در واقع شیوع اپی‌زیاتومی در بین زنان نخست‌زا ۹۷/۳٪ بود. این میزان بسیار بیشتر از میزان گزارش شده توسط Abraham و همکارانش (۶۲٪) و American College of Obstetricians-Gynecologists (۳۳٪) بوده است (۵، ۱۱). ۳۲/۳٪ از زنان تحت مطالعه اپی‌زیاتومی نوع Midline و ۶۷/۷٪ تحت مطالعه نوع Mediolateral قرار گرفتند. این موضوع مشخص نمود که در کشور ایران از اپی‌زیاتومی Mediolateral علی‌رغم مشکلات آن بیشتر استفاده می‌شود؛ در حالی که طبق گزارش Abraham و همکارانش، ۶۷٪ افراد تحت مطالعه‌شان اپی‌زیاتومی Midline و مابقی Mediolateral دریافت نمودند (۱۱). ۹۳/۹٪ زنان بعد از ۲۴ ساعت درد در ناحیه پرینه داشتند. Macarthur این میزان را ۹۷٪ گزارش نمود که تقریباً نزدیک به میزان مطالعه حاضر می‌باشد. در پی‌گیری بعدی (روز دهم) از تعداد باقی‌مانده در ۶۱/۲٪ درد پرینه گزارش گردید؛ در حالی که Macarthur بعد از ۷ روز درد در ناحیه پرینه را در افراد

تحت مطالعه خود ۷۱٪ بیان کرد. این اختلاف شاید به علت اختلافی می‌باشد که در روزهای پی‌گیری در دو مطالعه وجود داشته است (۱۲). روز چهارم پی‌گیری فراوانی درد در گروه مورد مطالعه ۲۵/۱٪ به دست آمد؛ در صورتی که Abraham و همکارانش یک‌ماه بعد از زایمان درد پرینه را ۴۱٪ و بعد از ۲ ماه ۱۲٪ گزارش کردند. تفاوت موجود بین میزان‌های به دست آمده می‌تواند به علت تفاوت در زمان‌های پی‌گیری در دو طرح باشد، اما Klein و همکارانش ۳ ماه بعد از اپی‌زیاتومی فراوانی درد را ۵۴٪ اعلام نمودند که این اختلاف می‌تواند به علت نوع ترمیم اپی‌زیاتومی و یا اختلاف در پاریته نمونه‌ها باشد. Andrews و همکاران نشان دادند که ۹۲٪ از زنان درد پرینه را در روز اول تجربه کردند و درد در ۸۸٪ از آن‌ها در مدت ۲۲ ماه برطرف شده بود (۳، ۱۱، ۱۴). فراوانی دیسپارونی بعد از ۱۰ روز در بین افراد معدودی (۲۳ نفر) که نزدیکی داشتند، ۱۰۰٪ گزارش گردید، و بعد از ۴۰ روز این میزان در بین ۴۴/۹٪ از زنان مورد مطالعه در همان شرایط به ۶۵/۹٪ رسید و در نهایت بعد از ۳ ماه پی‌گیری شیوع دیسپارونی در بین کلیه افراد ۳۱/۲٪ مشاهده شد. این یافته‌ها به یافته‌های Abraham و همکارانش نزدیک بود. Abraham و

سعی شود با آموزش زایمان فیزیولوژیک به ماماهاى ایران و احیای این روش زایمانی از صدمه بیشتر به سلامت زنان جلوگیری گردد.

همکارانش دیسپارونی در ماه اول را در ۹۱٪ از زنان گزارش کردند. بعد از ۲ ماه ۵۹٪، بعد از ۳ ماه ۳۳٪، درد در طی نزدیکی داشتند (۱۱). Langer و Minetti اپی‌زیاتومی را علت خیلی از دردهای پرینه و دیسپارونیا در هفته‌های اول بعد از زایمان بیان نمودند (۱۵).

تشکر و قدردانی

لازم به ذکر است، این تحقیق با بودجه مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد انجام شده است، که بدین وسیله بر خود لازم می‌دانم از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه شاهد و کلیه کارکنان این حوزه هم‌چنین همکاران محترم در ستاد مراکز تحقیقاتی دانشگاه شاهد خصوصاً سرکار خانم مریم عسکری و تمایبی افرادی که در جمع‌آوری نمونه‌ها و پی‌گیری آن‌ها مرا یاری نموده‌اند، کمال تقدیر و تشکر را بنمایم.

نتیجه‌گیری

شیوع اپی‌زیاتومی در ایران بسیار بیشتر از میزان‌های گزارش شده از سایر نقاط دنیا می‌باشد و شیوع اپی‌زیاتومی مدیولترال در ایران علی‌رغم مشکلات آن بیشتر از اپی‌زیاتومی مدین است. به همین دلیل قاعدتاً شیوع عوارض آن (درد پرینه، دیسپارونی) در جامعه زنان ایرانی نیز بیشتر می‌باشد. بنابراین ضروری به نظر می‌رسد؛ تا

References:

1. Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuaria G, et al. Severe Perineal Lacerations During Vaginal Delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1083-87.
2. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine Versus Selective Episiotomy: A Randomized Controlled Trial. *Lancet* 1993;342:1515-18.
3. Eason E, Labrecque M, Wells G, et al. Preventing Perineal Trauma During Child Birth. A Systematic Review. *Obstet Gynecol* 2000;95:464-69.
4. Negar CW, Helliwell JP. Episiotomy Increases Perineal Laceration Length in Primiparous Women. *Am J Ostet Gynecol* 2001;185:444-48.
5. American College of Obstetricians Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2006 Apr;107(4):957-62.
6. Larsson P, Platz-Christensen J, Bergman B, et al. Advantage or Disadvantage of Episiotomy Compared with Spontaneous Perineal Laceration. *Gynecol Obstet Invest* 1991;31:213-17.
7. Ratchadawan S, Jadsada T, Pisake L, Witoon P, Jeerichuda P, Kanok S, et al. The Outcomes of Midline Versus Medio-Lateral Episiotomy. *Reprod Health* 2007 Oct 29;4(10).
8. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, et al. Midline Episiotomy and Anal Incontinence: Retrospective Cohort Study. *Br Med J* 2000;320:86.
9. Eason E, Feldman P. Much Ado about a Little Cut: Is Episiotomy Worthwhile? *Obstet Gynecol* 2000;95:616-20.
10. Otoide VO, Ogbonmwan SM, Oknofua FE. Episiotomy in Nigeria. *Int J Gynecol Obstet* 2000;68:13-17. Available, from: URL: <http://www.elsevier.com/locate/ijgo>. Accessed December 20, 2009.
11. Abraham S, et al. Recovery after Childbirth: A Preliminary Prospective Study. *Med J Aust* 1990;152(1):9-12.
12. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, Severity and Determinates of Perineal Pain after Vaginal Delivery: A Prospective Cohort Study. *Am J Obstet Gynecol* 2004 October;191(4):1199-1204.
13. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, Johnson B, Waghorn K, Gelfand MM, Guralnick MS, et al. Relationship of Episiotomy to Perineal Trauma and Morbidity, Sexual Dysfunction, and Pelvic Floor Relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:591-598.
14. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of Postpartum Perineal Pain and Dyspareunia: A Prospective Study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008 Apr;137(2):152-6.
15. Langer B, Minetti A. Early and Late Complications of Episiotomy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006 Feb;35(1 Suppl):1S59-1S67.