

بررسی ارتباط بین شدت استریای حاملگی با صدمات پرینه و واژن حین زایمان در زنان مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان هاجر شهرکرد در سال ۹۰-۱۳۸۹

منیژه سرشتی^۱، دکتر فاطمه دریس^۲

نویسنده‌ی مسول: شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، گروه مامایی M_sereshti@yahoo.com

دریافت: ۹۱/۱۰/۱۷ پذیرش: ۹۲/۷/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: استریایی حاملگی می‌تواند به‌عنوان یک نشانه از خاصیت الاستیسیته ضعیف پوست و زمینه ساز صدمات پرینه حین زایمان باشد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین شدت استریای حاملگی با صدمات پرینه و واژن حین زایمان در زنان مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان هاجر شهرکرد انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی- مقطعی در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. نمونه‌ی پژوهش شامل ۵۸۷ زن باردار مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان هاجر شهرکرد بود. جمع آوری داده‌ها با استفاده از معاینه فیزیکی و فرم مصاحبه و پرونده مددجو انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، تی دانشجویی و کای اسکور، آنالیز واریانس یکطرفه، لجستیک رگرسیون متد فوروارد انجام شد.

یافته‌ها: در ۸۲/۸ درصد واحدهای پژوهش استریایی حاملگی مشاهده شد و در ۱۴/۵ درصد زنان مورد مطالعه پارگی کانال زایمان رخ داد. ارتباط آماری معنی دار بین استفاده از بیحسی موضعی ($P < ۰/۰۰۰۱$) دیلاته کردن واژن ($P = ۰/۰۲۳$)، طول مرحله‌ی اول زایمان ($P = ۰/۰۴۴$) و استریایی روی پستان ($P = ۰/۰۰۵$) با صدمات حین زایمان وجود داشت. ارتباط آماری معنی دار بین وزن و دورسر نوزاد هنگام تولد و شاخص توده‌ی بدنی هنگام بارداری با صدمات حین زایمان وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: زنان با استریایی بارداری بر روی پستان در معرض خطر صدمات پرینه و واژن می‌باشند، با توجه به یافته‌های پژوهش توصیه می‌شود ماماها و متخصصین زایمان با ارزیابی خطوط استریا در بارداری به‌عنوان یک روش ساده و غیر تهاجمی جهت ارزیابی خطر پارگی‌های واژن و پرینه در طی زایمان واژینال استفاده کنند.

واژگان کلیدی: صدمات پرینه، زایمان، استریای بارداری

مقدمه

عضلات ممکن است باعث عوارضی نظیر خونریزی، درد پرینه، دیسپارونیا، فیستول رکتواژینال، آبسه‌ی پرینه و بی‌اختیاری شود (۱). همچنین زخم ناشی از پارگی و یا اپی‌زیوتومی موجب محدودیت حرکتی، خستگی و یا بی‌حوصلگی و حتی بی‌خوابی مادر می‌شود. اغلب مادران

صدمه به پرینه یک عارضه‌ی جانبی شایع در زایمان واژینال است که دامنه‌ی آن از پارگی مخاط تا صدمات شدید در عضلات پرینه و رکتوم متغیر است. عضلات میان دوره در بسیاری از فعالیت‌های شخص مانند راه رفتن، نشستن و دفع شرکت فعال دارند. بنابراین صدمات به این

۱- دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

۲- دکتری تخصصی اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

شوند. استریا در زنان با سن کمتر، غیر سفید پوست، دارای سابقه‌ی شخصی و یا فامیلی، شاخص توده‌ی بدنی بالا و دارای جنین بزرگ بیشتر دیده می‌شود (۹-۸). عوامل ژنتیک، نژاد، سبک زندگی، میزان آب دریافتی، مصرف الکل و سیگار نیز در ایجاد و گسترش استریای حاملگی نقش دارند (۱۰). در برخی مطالعات به ارتباط بین استریا گراویداروم و پارگی واژن (۱) و شل شدگی‌های لگن (۱۱) اشاره شده است، از جمله هالپرن (۱) و واهمن (۱۲) در مطالعات خود نشان دادند که میزان صدمات پرینه و واژن در زنان با استریای شدید حاملگی، بیشتر اتفاق می‌افتد. اما یافته‌های مطالعه Cardin ارتباطی را بین استریای بارداری و صدمات پرینه نشان نداد (۱۳). اگر چه الاستیسیته ضعیف پوست در بررسی‌های قبلی به‌عنوان یک عامل پیشگویی کننده صدمات پرینه معرفی شده است (۹) اما در این مطالعات ارتباط بین کلیه‌ی متغیرهای مداخله‌گر نظیر سبک زندگی در ایجاد صدمات پرینه و استریای حاملگی ارزیابی نگردیده است. نتایج تحقیقات قبلی نشان داده است که میزان استریا در زنان با پوست تیره با سن کم بیشتر (۱۴) می‌باشد در حالی که صدمات پرینه بیشتر در زنان غیر سیاهپوست (به ویژه زنان آسیایی) با سن بالا بیشتر اتفاق می‌افتد (۴). لذا با توجه به نتایج ضد و نقیض مطالعات و نقش عوامل ژنتیک، نژاد و سبک تغذیه در ایجاد استریا گراویداروم و عدم مطالعه در این زمینه در ایران، جهت شناسایی زنان در معرض خطر صدمات و پارگی‌های پرینه، انجام مطالعه‌ای با عنوان بررسی ارتباط بین شدت استریای حاملگی با صدمات پرینه و واژن حین زایمان ضروری به نظر می‌رسد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی و مقطعی است که در فاصله‌ی فروردین سال ۱۳۹۰ تا بهمن‌ماه سال ۱۳۹۱ در بیمارستان هاجر شهرکرد بر روی ۵۸۷ نفر زن که در بیمارستان

به علت درد پرینه از عمل دفع هراس داشته، این مساله می‌تواند موجب یبوست، احتباس ادرار و مشکلات متعاقب آن شود (۲) چنین عوارضی تاثیر منفی بر کیفیت زندگی دارد (۱). عوامل خطر متعددی نظیر سن بالا، نخست‌زایی، زایمان با ابزار، ماکروزمی، بی‌حسی اپی دورال و موضعی، زایمان سخت، اپی‌زیوتومی، نژاد آسیایی جهت صدمات پرینه ذکر شده است. علیرغم توجه به عوامل خطر فوق در هدایت زایمان و مداخلات بالینی مختلف جهت به حداقل رساندن صدمات پرینه حین زایمان، توانایی تشخیص زنان در معرض خطر همچنان محدود است و صدمات پرینه حین زایمان ادامه دارد (۵ و ۴، ۳، ۱) و یک نگرانی عمده برای زنان محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده است که تعداد زنانی که به دلیل ترس از صدمات دستگاه تناسلی و یا تجربیات ناخوشایند ناشی از آن در زایمان‌های قبلی از متخصصین مامایی درخواست سزارین می‌نمایند، به‌طور معنی‌داری در حال افزایش است (۶). اپی‌زیوتومی یکی از شایع‌ترین عمل‌های جراحی در مامایی محسوب می‌شود، در دهه‌ی گذشته، استفاده از این پروسیژر بحث برانگیز شده است و سازمان جهانی بهداشت بر لزوم کاهش آن تاکید دارد (۷). بنابراین شناسایی بهتر زنان در معرض خطر صدمات خودبخود پرینه ضروری است. استریای حاملگی یک پدیده‌ی شایع در اکثر حاملگی‌هاست، که می‌تواند به‌عنوان یک نشانه از الاستیسیته ضعیف پوست باشد. این خطوط در ۹۰ درصد زنان باردار در سه ماهه‌ی سوم بارداری ابتدا در دیواره‌ی شکم و بعدا به میزان کمتری بر روی سینه‌ها، ران‌ها، باسن، و بازوها نمایان می‌شود. علت پیدایش این خطوط را به مجموعه‌ای از تغییرات هورمونی و عوامل فیزیکی نسبت می‌دهند. این خطوط که به رنگ صورتی تا ارغوانی و گاهی با خارش مختصر ظاهر می‌شوند، معمولا یک مشکل ظاهری است ولیکن در برخی موارد به خصوص اگر وسیع باشد ممکن است زخمی شده و یا در جریان حوادث به سادگی پاره

باسن، پستان، ران و بازو نیز در صورت وجود شمارش می‌شود. روایی و پایایی پرسشنامه Fitzpatrick Classification و مقیاس Davey's در مطالعات مختلف اثبات شده است (۱۵ و ۱۲). جهت تعیین پایایی پرسشنامه و فرم مصاحبه از پایایی هم ارز استفاده شد. بدین ترتیب که فرم مشاهده و مصاحبه جهت ۱۰ نفر توسط دو کارشناس مامایی تکمیل و سپس همبستگی بین نتایج دو مصاحبه کننده ۰/۸۶ تعیین شد. روایی پرسشنامه و فرم مصاحبه با استفاده از اعتبار محتوی انجام شد. به این ترتیب که برای طرح سوالات از جدیدترین منابع علمی شامل کتب، نشریات و مقالات علمی استفاده شد. سپس پرسشنامه در اختیار ۱۰ کارشناس ارشد مامایی و پرستاری قرار گرفت. بعد از بررسی لازم در این رابطه از نظرات آن در پرسشنامه استفاده شد. با رعایت ملاحظات اخلاقی به واحدهای پژوهش مراجعه نموده، در صورتی که واجد شرایط پژوهش بود با کسب اجازه مصاحبه حضوری با وی انجام شد و پرسشنامه محقق ساخته و Fitzpatrick Classification Questionnaire تکمیل گردید. جهت بررسی شدت استریا تعداد استریا در بخش‌های مختلف بدن مشاهده (شکم، باتوک و ران‌ها، بازوها و پستان) و سپس هر قسمت جداگانه شمارش، و ثبت شد. سپس با حضور کمک پژوهشگر هنگام زایمان، انجام اپی‌زیوتومی و در صورت پارگی، محل و درجه‌ی آن بررسی گردید. متغیرهای مربوط به طول مراحل زایمانی و مشخصات نوزاد با استفاده از پرونده کامل شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی (کای دو- تی تست- آنالیز واریانس یک طرفه و آنالیز رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این بررسی ۵۸۷ زن باردار مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن واحدهای پژوهش $26/56 \pm 0/3$ بود. از نظر

هاجر شهرکرد زایمان طبیعی داشتند، انجام شد. نمونه‌گیری به‌روش در دسترس و مبتنی بر هدف انجام شد. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی خانم‌هایی بود که جهت زایمان به بیمارستان هاجر شهرکرد مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل حاملگی تک‌قلو با نمایش قله سر و موقعیت اکسی پوت قدامی و معیارهای خروج شامل: بیماری‌های غدد فوق کلیه، پلی‌هیدرامنیوس، حاملگی چند قلو، اکسیپوت خلفی پایدار، عدم فلکسیون سر، زایمان با ابزار، پرزانتاسیون غیر ورتکس، زایمان سریع، استفاده از کورتیکواستروئیدها و دیابت یا دیابت بارداری بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مصاحبه و مشاهده‌ی محقق ساخته بود. فرم مصاحبه شامل دو بخش مشخصات فردی، زایمانی و ریسک فاکتورهای استریای بارداری و صدمات پرینه بود و فرم مشاهده شامل مشخصات زایمانی و مشخصات مربوط به نوزاد بود. منظور از صدمات زایمانی در این مطالعه پارگی مخاط، آسیب به عضلات واژن، پرینه و رکتوم طی فرایند زایمان بود، جهت بررسی نوع پوست از پرسشنامه Fitzpatrick Classification استفاده شد. این پرسشنامه نوع پوست و درجه‌ی آسیب‌پذیری آن در اثر تحریکات (نور خورشید) را مشخص می‌نماید. این پرسشنامه متغیرهای رنگ مو، پوست، تغییرات پوست در اثر تحریکات و درمان احتمالی را بررسی می‌نماید. این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت ۴ رتبه‌ای تنظیم شد. در صورتی که نمره‌ی جمع متغیرهای مختلف بین ۰ تا ۷، پوست نوع یک، نمره‌ی بین ۸ تا ۱۶ نوع ۲ و ۱۷ تا ۲۵ نوع ۳ از ۲۶ تا ۳۰ نوع ۴ و بیشتر از آن نوع ۵ می‌باشد هرچه امتیاز نوع پوست بیشتر باشد، بیانگر آسیب‌پذیری بیشتر پوست می‌باشد. به‌منظور بررسی شدت استریا از مقیاس Davey's استفاده شد. در این مقیاس شکم به چهار بخش تقسیم می‌شود و تعداد استریا در هر بخش به‌طور مجزا شمارش می‌شود. اگر تعداد استریا در هر بخش بین ۱ تا ۳ خفیف، ۴ تا ۶ متوسط و بیشتر از ۶ باشد، شدید در نظر گرفته می‌شود (۱۲)، علاوه بر آن استریا روی

کردند. $14/5$ ، $74/14$ ، $6/5$ درصد افراد به ترتیب طی زایمان پارگی، اپی‌زیوتومی و پارگی با اپی‌زیوتومی ثبت گردید. در اکثریت افراد ($80/5$) درصد موارد طول برش طول برش اپی‌زیوتومی ۴ تا ۵ سانتی‌متر بود. هیچ‌یک از واحدهای پژوهش به منظور پیشگیری از صدمات پرینه طی بارداری اقدام خاصی انجام نداده بودند. به منظور پیشگیری از صدمات پرینه توسط عاملین زایمان به‌جز مانور ریتگن اقدام خاص دیگری انجام نشده بود. به منظور تسریع زایمان از فشار بر فوندوس رحم و دیلاته کردن واژن حین زایمان به ترتیب در $11/2$ و $28/2$ درصد موارد استفاده شده بود. عامل زایمان در اکثریت ($62/5$) درصد) واحدهای پژوهش رزیدنت بود. میانگین سابقه‌ی کار عاملین زایمان در واحدهای پژوهش $5/04 \pm 7/28$ بود. میانگین وزن نوزاد $3142/48 \pm 427/26$ گرم بود. حداقل وزن 1000 و حداکثر 4700 گرم بود. میانگین قد و دور سر نوزاد به ترتیب $49/58 \pm 2/02$ و $34/68 \pm 37$ بود، میزان شیوع استریا در بارداری $82/8$ درصد بود. $38/8$ درصد افراد مورد مطالعه سابقه‌ی استریا را در حاملگی قبلی و یا هنگام افزایش قد در نوجوانی و یا تغییر وزن گزارش کردند. شیوع اپی‌زیوتومی در این مطالعه در زنان نخست‌زا $96/5$ درصد و در زنان چندزا $54/2$ درصد بود. ارتباط آماری معنی‌دار بین نمره‌ی استریا و صدمات حین زایمان وجود داشت به گونه‌ای که نمره‌ی استریا در مواردی که به‌طور همزمان پارگی و اپی‌زیوتومی وجود داشت، بیشتر بود ($P < 0/0001$). ارتباط آماری معنی‌دار بین میانگین وزن، قد و دور سر نوزاد و سن حاملگی نوزاد هنگام تولد با صدمات حین زایمان وجود نداشت، اما ارتباط آماری معنی‌دار بین سن با صدمات کانال زایمان وجود داشت به گونه‌ای که میانگین سن زنان با پارگی پرینه از سایر زنان بیشتر بود ($P < 0/0001$). جدول ارتباط آماری معنی‌دار بین دیلاته کردن واژن حین زایمان و صدمات پرینه را نشان می‌دهد ($P = 0/001$)، بدین مفهوم که در مواردی که دیلاته کردن واژن انجام شده پارگی به تنهایی

وضعیت تحصیلی بیشتر زنان مورد بررسی ($40/7$ درصد) دارای تحصیلات دبیرستانی و دیپلم بودند. میانگین تعداد حاملگی‌ها و زایمان‌ها به ترتیب $1/90 \pm 1/3$ و $1/80 \pm 1/01$ بود. $44/6$ درصد واحدهای پژوهش پرایمی‌پارا و بقیه مولتی‌پار بودند. میانگین سن حاملگی زنان مورد مطالعه $38/98 \pm 1/6$ بود. حداقل سن حاملگی $26/5$ و حداکثر 42 هفته بود. $4/5$ درصد واحدهای پژوهش سابقه‌ی انجام ورزش طی بارداری و قبل از آن را گزارش کردند. میانگین شاخص توده‌ی بدنی زنان مورد مطالعه در ابتدای بارداری $23/37 \pm 3/8$ متر مربع بر کیلوگرم بود. میانگین قد و وزن واحدهای پژوهش به ترتیب $161/43 \pm 6/27$ سانتی‌متر، $60/84 \pm 10/71$ کیلوگرم بود. سابقه‌ی مصرف الکل توسط هیچ‌یک از مادران باردار گزارش نشد. استفاده از قلیان و سیگار در یک درصد زنان مورد بررسی گزارش گردید. $37/8$ درصد زنان در معرض دود محیطی قرار داشتند و میانگین تعداد سیگار روزانه که در معرض دود آن قرار داشتند $8/03 \pm 10/60$ بود. رژیم غذایی کلیه‌ی واحدهای پژوهش معمولی بود. در بیشتر افراد ($93/3$ درصد) مورد مطالعه زایمان به‌طور خودبخود شروع شده و در بقیه القای زایمان انجام شده بود. میانگین طول مراحل اول تا سوم زایمان به ترتیب $6/53 \pm 2/97$ ساعت، $38/54 \pm 28/84$ و $5/9 \pm 2/3$ دقیقه بود. در $5/4$ و $0/9$ درصد موارد دفع مکونیوم و زجر جنین وجود داشت. $0/7$ درصد اکسیوت پوستریور پایدار وجود داشت. یک درصد موارد از واکيوم جهت انجام زایمان استفاده شده است. میانگین طول پرینه زنان مورد بررسی، طی حداکثر کشش آن $5/60 \pm 1/13$ سانتی‌متر بود (در مرحله‌ی دوم زایمان جهت اندازه‌گیری طول پرینه، با قرار گرفتن زانو در پوزیشن لیتوتومی و هنگام انقباض رحمی، طول پرینه با متر نواری اندازه‌گیری شد). در $75/5$ درصد افراد از بی‌حسی موضعی استفاده شد. $39/9$ درصد واحدهای مورد بررسی سابقه‌ی اپی‌زیوتومی و یا پارگی طی زایمان قبلی خود را گزارش

به تنهایی یا پارگی به همراه اپی زیوتومی (۱۵/۲ در مقابل ۵/۴ درصد) اتفاق افتاده، بیشتر از فشار بر روی فوندوس رحم حین زایمان استفاده شده است ($P=0/012$). ارتباط آماری معنی دار بین میانگین تعداد حاملگی و زایمان، مدت مرحله‌ی اول و دوم زایمان و طول پرینه با صدمات حین زایمان وجود داشت ($P<0/0001$) (جدول ۱).

(۱۱/۲ در مقابل ۷/۷ درصد) و یا پارگی به همراه اپی زیوتومی (۱۱/۸ در مقابل ۴/۱ درصد) بیشتر اتفاق افتاده بود. اما با دفعات دیلاته کردن ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت. ارتباط آماری معنی دار بین فشار بر روی فوندوس رحم حین زایمان با صدمات پرینه وجود داشت به گونه‌ای که در مواردی که پارگی کانال زایمان (۱۰/۶ در مقابل ۷/۷ درصد)

جدول ۱: توزیع میانگین و انحراف معیار واحدهای پژوهش بر حسب متغیرهای زایمانی به تفکیک صدمات پرینه

نتیجه آزمون ONE WAY ANOVA	پارگی و اپی زیوتومی		پارگی		اپی زیوتومی		عدم اپی زیوتومی و پارگی		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
	$P<0/0001$ $F=24,258$ $DF=3$	۴/۷۴	۲۵/۳۹	۴/۹۷	۲۹/۹۷	۴/۵۹	۲۵/۵۶	۵/۲۳	
$P<0/0001$ $F=91,424$ $DF=3$	۰/۵۳	۱/۳۴	۱/۲۷	۲/۸۲	۰/۷۲	۱/۵۳	۱/۴۱	۳	تعداد حاملگی
$P<0/0001$ $F=102,495$ $DF=3$	۰/۵۳	۱/۳۴	۰/۷۷	۲/۵۵	۰/۶۲	۱/۴۶	۱/۳۶	۲/۸۹	تعداد زایمان
$P<0/0001$ $DF=3$ $F=14,758$	۲/۲۵	۶/۰۹	۲/۳۴	۵/۰۳	۳/۱۰	۷/۰۹	۲/۱۵	۵/۱۱	طول مرحله‌ی اول زایمان (ساعت)
$P<0/0001$ $F=101,201$ $DF=3$	۵/۴۵	۵۲/۲۸	۱۳/۷۶	۲۱/۷۱	۲۴/۵۳	۴۲/۸۳	۱۴/۴۷	۲۳/۴۰	طول مرحله‌ی دوم زایمان (دقیقه)
$P=0,812$ $F=0,318$ $DF=3$	۱/۷۵	۳/۷۶	۱/۷۵	۳/۷۶	۱/۲۰	۳/۴۳	۱/۷۵	۳/۳۹	دفعات دیلاته کردن واژن حین زایمان
$P<0/0001$ $F=32,702$ $DF=3$	۰/۸۱	۵/۲۱	۱/۱۹	۵/۱۹	۰/۹۸	۵/۸۹	۱/۲۳	۴/۶۶	طول پرینه هنگام حداکثر کشش
$P=0,203$ $F=1,541$	۸/۸	۶/۴۷	۶/۱	۴/۴۶	۷/۱	۴/۷	۷/۴۲	۶/۰۵	سابقه‌ی کار عامل زایمان

۵۰/۶ درصد و میزان وقوع پارگی نیز به ترتیب ۷/۶ و ۱۱/۵ درصد و وقوع پارگی به همراه اپی زیوتومی در سه گروه مذکور به ترتیب ۵/۶، ۹/۲ و ۶/۹ درصد بود ($P=0/003$).

ارتباط آماری معنی دار بین عامل زایمان با صدمات پرینه وجود داشت. به گونه‌ای که میزان انجام اپی زیوتومی در رزیدنت‌ها، ماماها و مربیان مامایی به ترتیب ۷۲/۳، ۶۱/۳ و

موضوعی پرینه قبل از زایمان ($P=0/003$) و دیلاته کردن واژن به منظور تسریع زایمان ($P=0/042$)، تعداد خطوط استریا ایجاد شده در روی پستان ($P=0/021$) و مدت مرحله اول زایمان با پارگی‌های حین زایمان ($P=0/023$) ارتباط آماری معنی‌دار داشتند (جدول ۲).

میزان پارگی در افراد با سابقه‌ی اپی‌زیوتومی بیشتر ($18/4$) در مقابل $9/8$ درصد) از افراد بدون این سابقه بود ولی این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/097$). نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک گام به گام به جلوی متغیرها نشان داد، (بعد از کنترل متغیرهای که در آنالیز واریانس و کای اسکوار و تی‌تست ارتباط معنی‌دار با پارگی داشتند) بین بی‌حسی

جدول ۲: نتایج آنالیز رگرسیون در رابطه با متغیرهای وابسته در معادله صدمات پرینه (پارگی) (تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک گام به گام به جلوی متغیرها)

P	C.I. /95 for Exp B		exponential B	متغیر
	Lower	Upper	Odds Ratio	
$P=0/003$	0/773	0/222	0/405	بیحسی موضعی
$P=0/021$	1/09	1/08	1/050	تعداد خطوط استریا در پستان
$P=0/042$	0/13	1/02	1/821	دیلاته کردن واژن حین زایمان
$P=0/023$	0/730	0/225	0/888	مدت مرحله‌ی اول زایمان

شیوع می‌تواند به دلیل متفاوت بودن سبک زندگی و نژاد باشد. شیوع اپی‌زیوتومی در این مطالعه در زنان نخست‌زا $96/5$ درصد و در زنان چندزا $54/2$ درصد بود. در مطالعات مختلف میزان اپی‌زیوتومی کمتر ($12/1$) می‌باشد، با توجه به شیوع بالای اپی‌زیوتومی، انجام مطالعاتی با هدف کاهش میزان اپی‌زیوتومی و عوارض ناشی از آن توصیه می‌شود. نتایج مطالعه، نشان داد شدت استریایی بارداری در افراد با صدمات پرینه بیشتر از افراد بدون صدمات پرینه بود، که با نتایج مطالعه‌ی هالپرین (۱) و واهمن (۱۲) همخوانی داشت، اما نمره‌ی کلی استریا ارتباط معنی‌داری با صدمات پرینه نداشت، علت احتمالی تفاوت یافته‌های این مطالعه با بررسی واهمن به دلیل شیوه‌ی متفاوت بررسی استریا در دو مطالعه بوده است. در مطالعه واهمن فقط شدت استریای روی شکم بررسی

به عبارتی می‌توان گفت با افزایش تعداد خطوط استریا روی پستان و دیلاته کردن واژن حین زایمان شانس پارگی افزایش می‌یابد و استفاده کمتر از بی‌حسی موضعی و کوتاه شدن مرحله‌ی اول زایمان (زایمان‌های سریع) شانس صدمات زایمانی را افزایش می‌دهد (جدول ۲).

بحث

در مطالعه‌ی حاضر استریا در $82/8$ درصد موارد دیده شد که شایع‌ترین محل آن شکم و سپس ران‌ها بود. در مطالعات کفایی عطریان (۱۶) و انصار (۱۷) به ترتیب میزان شیوع استریا $82/3$ و 82 درصد بود، که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. اما در مطالعه مایه‌آ در پرتغال، استریا در $59/8$ درصد از نمونه‌ها دیده شد (۱۸) که علت احتمالی تفاوت در میزان

از حذف اثر فاکتورهای مداخله‌گر، ارتباط معنی‌دار وجود داشت. اما بعد از کنترل متغیرهای فوق ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد که با نتایج مطالعه کریستنسو (۲۲) همخوانی داشت. اما با نتایج مطالعه هردلیست (۲۳) که نشان داد طولانی شدن مرحله‌ی اول و دوم زایمان سبب افزایش صدمات پرینه می‌شود متفاوت بود، علت احتمالی تفاوت دو مطالعه به دلیل حجم نمونه‌ی بالا، عدم بررسی فاکتورهای مداخله‌گری نظیر بی‌حسی موضعی، استریا و... در مطالعه‌ی هردلیست باشد. لذا انجام مطالعه‌ای با حجم نمونه بالاتر در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه بیان‌گر ارتباط بین صدمات حین زایمان با بی‌حسی موضعی، فشار بر فوندوس رحم، دیلاته کردن واژن و طول مراحل زایمانی بود. لذا توصیه می‌شود عاملین زایمان از تسریع زایمان به وسیله‌ی دیلاته کردن واژن و فشار بر فوندوس رحم حتی الامکان اجتناب نمایند. نتایج بررسی بیانگر ارتباط بین پارگی‌های کانال زایمان با تعداد خطوط استریا به ویژه وجود استریا در روی پستان بود. لذا توصیه می‌شود پرسنل بهداشتی درمانی از بررسی استریای بارداری بر روی نقاط مختلف بدن خصوصا پستان‌ها به عنوان یک راهکار غیر تهاجمی، بدون هزینه و ساده برای شناسایی زنان در معرض خطر صدمات زایمانی استفاده نمایند. اما برای استفاده عمومی از این پیشنهاد مطالعات گسترده‌تر مورد نیاز است.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شده است که در پایان لازم می‌دانیم از مسوولین معاونت پژوهشی، مسوولین و ماما‌های بخش لیبر بیمارستان هاجر شهرکرد به ویژه

شده، سایر مکان‌ها ارزیابی نگردیده است. اما علت احتمالی تفاوت با مطالعه هالپرین علاوه بر متفاوت بودن حجم نمونه، جامعه مورد مطالعه و شیوه بررسی، می‌تواند به دلیل شیوع کمتر پارگی‌های پرینه و واژن و انجام اپی‌زیوتومی روتین در این بررسی باشد. لذا توصیه می‌شود در مطالعات بعدی به منظور حذف تاثیر اپی‌زیوتومی ارتباط بین شدت استریایی بارداری با صدمات پرینه در خانم‌های مولتی پار بررسی گردد. نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد تعداد استریایی روی پستان‌ها با پارگی و صدمات پرینه مرتبط بود و افرادی که تعداد بیشتری استریا در روی پستان داشتند، بیشتر مستعد پارگی پرینه و واژن بودند، نتایج مطالعه‌ی هالپرین (۱) نیز نشان داد نمره‌ی بیشتر استریا در پستان و ران ارتباط بیشتری با صدمات پرینه داشتند. لذا توصیه می‌شود عاملین زایمان به منظور کنترل بهتر پرینه و کاهش صدمات پرینه به استریایی روی پستان توجه نمایند. نتایج این بررسی حاکی از ارتباط بین صدمات پرینه حین زایمان با استفاده از بی‌حسی موضعی قبل از انجام زایمان بود. که با یافته‌های مطالعه رسکین ماشی همخوانی داشت (۱۹). نتایج این بررسی حاکی از ارتباط بین دیلاته کردن واژن قبل از زایمان با افزایش صدمات پرینه حین زایمان بود. یافته‌های مطالعه ماتسو (۲۰) نیز حاکی از افزایش شانس پارگی پرینه در موارد استفاده از فشار بر روی فوندوس رحم بود. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور پیشگیری از عوارض ناشی از این اقدام از جمله پارگی‌های شدید پرینه از فشار بر روی فوندوس رحم اجتناب گردد و یا بسیار با احتیاط استفاده گردد. نتایج این بررسی نشان داد زنان با طول پرینه بیشتر، صدمات حین زایمان در آن‌ها بیشتر بود. اما در مطالعه‌ی Deering (۲۱) شانس صدمات پرینه در افراد با پرینه کوتاه بیشتر بود. احتمالا علت اختلاف نتایج دو مطالعه به دلیل انجام اپی‌زیوتومی روتین در ایران و طول بیشتر پرینه در زنان مورد مطالعه (۵/۳۷±۱/۱۹ در مقابل ۳/۹±۰/۷۰) باشد. نتایج مطالعه نشان داد بین صدمات پرینه با مدت زمان مرحله‌ی دوم، قبل

انجام پژوهش غیر ممکن بود، تشکر نماییم.

خانم‌ها سوسن عباسیان، ایران غلامعلی‌شاهی و فخری فندرسکی که بدون همکاری و مساعدت آنان

References

- 1- Halperin O, Raz I, Ben-Gal L, Or-Chen K, Granot M. Prediction of perineal trauma during childbirth by assessment of striae gravidarum score. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010; 39: 292-7.
- 2- Tork Zahrani Sh, Amirali Akbari S, Valaei N. comparison of the effect of betadine and water in episiotomy wound healing. *Feyz*. 2002; 5: 80-85.
- 3- Kudish B, Sokol RJ, Kruger M. Trends in major modifiable risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008; 102: 165-70.
- 4- Dahlen H, Homer C. Perineal trauma and postpartum perineal morbidity in asian and non-asian primiparous women giving birth in australia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008; 37: 455-63.
- 5- Enyindah CE, Fiebai PO, Anya SE, Okpani AO. Episiotomy and perineal trauma prevalence and obstetric risk factors in port harcourt, nigeria. *Niger J Med*. 2007; 16: 242-5.
- 6- Fernando R, Sultan AH, Kettle C, Thakar R, Radley S: methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 19.
- 7- Golmakani N, Refaei Saeidi Sh, Mazloun Seyed Reza, Soltani Badri. Evaluation of the perineal trauma level in primiparous women with routine and selective episiotomy: *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology And Infertility*. 2008; 11: 39-46
- 8-Tunzi M, Gary R, Gray DO. Common skin conditions.during pregnancy. *Am Fam Physician*. 2007; 75: 211-8.
- 9- J-Orh R, Titapant V, Chuenwattana P, Tontisirin P. Prevalence and associate factors for striae gravidarum. *J Med Assoc Thai*. 2008; 91: 445-51.
- 10- Osman H, Rubeiz N, Tamim H, Et Al. Risk factors for the development of striae gravidarum. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 196: 62.
- 11- Salter SA, Batra RS, Rohrer TE, Kohli N, Kimball AB. Striae and pelvic relaxation: two disorders of connective tissue with a strong association. *J Invest Dermatol*. 2006; 126: 1745-8.
- 12- Wahman AJ, Finan MA, Emerson SC. Striae gravidarum as a predictor of vaginal lacerations at delivery. *South Med J*. 2000; 93: 873-6.
- 13- Cardin Ana. The relationship between striae gravidarum and perineal integrity. University of Florida; 1994.
- 14- Buchanan K, Fletcher HM, Reid M. Prevention of striae gravidarum with cocoa butter cream. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 108: 65-8.
- 15- Ghasemi A, Gorouhi F, Rashighi-Firoozabadi M, Jafarian S, Firooz A. Striae gravidarum:

associated factors. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007; 21: 743-6.

16- Kafaei Atrian M. Physiologic skin changes during pregnancy in hospitalized women at postpartum unit at Shabih Khani hospital in Kashan/Iran in 2009. *Dermatology and Cosmetic.* 2010; 1: 125-133.

17- Ansar A, Farshchian M, Yazdanfar A, et al. Physiological skin changes related in pregnancy. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences & Health Services.* 1996; 56: 15-17.

18- Maia M, Marçon CR, Rodrigues SB, Aoki T. Striae distensae in pregnancy: risk factors in primiparous women. *An Bras Dermatol.* 2009; 84: 599-605.

19- Riskin-Mashiah S, O'Brian Smith E, Wilkins IA. Risk factors for severe perineal tear: can we do better? *Am J Perinatol.* 2002; 19: 225-34.

20- Matsuo K, Shiki Y, Yamasaki M, Shimoya K. Use of uterine fundal pressure maneuver at

vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 280: 781-6.

21- Deering SH, Carlson N, Stitely M, Allaire AD, Satin AJ. Perineal body length and lacerations at delivery. *J Reprod Med.* 2004; 49: 306-10.

22- Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 189: 255-60.

23- Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192: 875-81.

Severity of Striae Gravidarum and Its Relationship with Perineal Trauma and Vaginal Lacerations during Vaginal Delivery of Pregnant Women Referred to Hajar Hospital of Shahr-e-Kord in 2010-2011

Sereshti M¹, Deris F²

¹Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences, Shahr-e-kord, Iran

²Dept. of statistic and Epidemiology, Faculty of Health, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences, Shahr-e-kord, Iran

Corresponding Author: Sereshti M, Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences, Shahr-e-Kord, Iran

E-mail: M_sereshti@yahoo.com

Received: 6 Jan 2013 **Accepted:** 7 Oct 2013

Background and Objective: Striae Gravidarum found during pregnancy may be an indicative of poor skin elasticity and may prone to tearing perineal and vaginal tissues during vaginal delivery. The aim of this study was to determine relationship between striae gravidarum and perineal trauma and vaginal lacerations in women referred to Hajar Hospital Labor Ward in Shahr-e kord city.

Materials and Methods: This cross-sectional study included 587 women who referred to Hajar Hospital Labor Ward for vaginal delivery in 2010-2011. The study was conducted within the first and second stages of labor. Data was collected by using interviews, hospital files and physical examinations. Descriptive statistics and chi square test, t- student test, one-way ANOVA and step-wise multivariate logistic regression were used to analyze the collected data.

Results: 82.8 percent of the participants developed stretch marks. 14.5 percent of the pregnant women in this study experienced vaginal and perineal tears. There was a significant association of vaginal and perineal tears with conduction anesthesia ($P<0.0001$), vaginal dilation ($P=0.023$), duration of the first stage ($p=0.044$), and breast striae gravidarum score ($P=0.005$). No significant association was found between vaginal and perineal tears and neonatal birth weight, head circumference and maternal BMI ($P>0.05$).

Conclusion: Patients with breast striae gravidarum are at a higher risk of vaginal and perineal lacerations at the time of vaginal delivery. This finding suggests that midwives and obstetricians consider breast striae gravidarum score as a simple and non- invasive tool for assessment of vaginal and perineal lacerations in management of women during vaginal delivery.

Keywords: Striae gravidarum, Perineal trauma, Vaginal lacerations, Childbirth