

بررسی میزان صدمات پرینه در مادران نخست‌زا با اپیزیاتومی رایج و انتخابی

نویسندگان:

نامید کلمکانی*

کارشناس ارشد مامائی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامائی مشهد

شهلا رفائی سعیدی

کارشناس ارشد مامائی

سید رضا مظلوم

کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامائی مشهد

بدری سلطانی

متخصص زنان و زایمان

تاریخ ارائه: ۸۵/۷/۲۰ تاریخ پذیرش: ۸۶/۶/۱۲

Evaluation of the Prineal Trauma Level in Primiparous Women with Routine and Selective Episiotomy

Abstract

Introduction: Episiotomy and perineal lacerations are common perineal traumas during the primiparous vaginal birth and is the most common operation in obstetrics. There is no reliable evidence for routine use of episiotomy and it is recommended to perform selective episiotomy for fetal maternal indications. There for this study was performed by the objective, comparison of perineal traumas level in primiparous women with routine and selective episiotomy.

Materials and Methods: This randomized clinical trial was carried out in 2003 on 100 primiparous women, between 17-35 years old with spontaneous delivery, at Modarres hospital in Kashmar. Sampling accomplished by purposeful method. They randomly allocated in two groups with routine and selective episiotomy. Delivery of subjects done by the researcher, but evaluation of perineal outcome, after delivery completed by the assistant researcher, who did not know about the group of samples. Trial allocation data obtained by interviewing, observation forms, measurement of pelvic muscle strength and were analyzed with t-test, chi-square, Mann Whitney and Fisher test, using SPSS software.

Results: Of 100 women studied, 12(24%) in selective group and 50(100%) in routine group had episiotomy ($p<0/0001$). Perineal traumas in selective, routine groups were 62% and 100% respectively. These findings varied statistically ($p<0/0001$). In this study, two groups did not differ statistically regarding the effectiveness of variables on perineal traumas.

Conclusion: Selective episiotomy can reduce the perineal traumas Level, thus as a safe method, should replace the routine episiotomy.

Keyword: Routine episiotomy, Selective episiotomy, Perineal trauma, Primiparous

آدرس:

مشهد، دانشکده پرستاری و مامائی

تلفن: ۱۳ - ۸۵۹۱۵۱۱ (۵۱۱) نمابر: ۸۵۹۷۳۱۳ (۵۱۱)

پست الکترونیک: Nahid_Golmakani@yahoo.com

مقدمه

اپی‌زیاتومی^۱ به معنای برش ناحیه پرینه است، این عمل رایج‌ترین جراحی در مائائی بعد از بریدن بندناف است (۲،۱). شیوع اپی‌زیاتومی در کشورهای مختلف متفاوت است. شیونو^۲ و همکاران (۱۹۹۰) در امریکا شیوع اپی‌زیاتومی را ۶۲ تا ۶۲/۵ درصد و گروه محققان آرژانتین (۱۹۹۳) میزان آن را ۸۳ درصد برآورد نمودند (۴،۳). ویلیامز^۳ (۲۰۰۵) بیان می‌کند در ایالات متحده تا پایان دهه ۱۹۷۰ برش اپی‌زیاتومی تقریباً در تمام زنانی که برای بار اول زایمان می‌کردند، به صورت رایج انجام می‌شد، در حالیکه این رقم در سال ۱۹۹۷ به ۳۹ درصد رسید (۵)، گرچه هنوز بالاتر از حد مطلوب (۳۰ درصد و کمتر) می‌باشد (۶)؛ اما این آمار در کشورهای در حال توسعه از جمله کشورهای آسیائی مانند هند در جایگاه بالای ۹۰ درصد قرار دارد (۷). در ایران نیز همچنان اپی‌زیاتومی به شکل رایج استفاده می‌شود، به نحوی که رضازاده و غفاری (۱۳۷۵) شیوع آن را در بیمارستان میرزا کوچک خان تهران ۸۸ درصد و عوارض ناشی از آن را ۵/۳ درصد بیان کردند (۸).

محققان مختلف مزایای متفاوتی را برای اپی‌زیاتومی مطرح نموده‌اند که شامل جلوگیری از صدمات داخل جمجمه نوزاد، بهبود نمره آپگار، جلوگیری از پارگیهای نامنظم و شدید پرینه، ترمیم راحت تر برش اپی‌زیاتومی نسبت به پارگیها، پیشگیری از شل شدن عضلات کف لگن و بروز سیستوسل^۴ و رکتوسل^۵ می‌باشد، اما مدرک مستدلی که این مزایا را تایید کند، وجود ندارد و نقش اپی‌زیاتومی فقط در مورد کاهش پارگیهای قدامی پرینه به اثبات رسیده و بقیه موارد یا اثبات نشده و یا رد شده است (۹،۲). ویلیامز (۲۰۰۵) نیز تاکید می‌نماید، انجام اپی‌زیاتومی روتین با افزایش

بروزپارگیهای اسفنکتر مقعد و یا رکتوم (و یا هر دو) همراه است، در مقابل در صورتی که اپی‌زیاتومی انجام نشود، شیوع پارگیهای قدامی پرینه که به پیشابراه ولبهای ولو گسترش می‌یابد، افزایش پیدا می‌کند (۵). گروه محققان آرژانتین (۱۹۹۳) شیوع پارگیهای قدامی پرینه را در گروه با اپی‌زیاتومی محدود ۱۹/۲ درصد و در گروه با اپی‌زیاتومی رایج ۸/۱ درصد بیان کردند که حاکی از کاهش قابل توجه صدمات وارد بر نواحی قدامی پرینه به دنبال اپی‌زیاتومی می‌باشد (۳).

اپی‌زیاتومی نیز مثل هر برش جراحی دیگر خطراتی در بر دارد که شامل درد، خونریزی، عفونت، آبرسه، هماتوم، صدمه به اسفنکتر مقعد و مخاط مقعد، فسیترول بین مقعد و مهبل و مقاربت دردناک می‌باشد (۲، ۱۰، ۹). دنفورث^۱ (۲۰۰۳) بیان می‌کند اپی‌زیاتومی خطر ترومای پرینه خلفی را افزایش می‌دهد (۱۱). سیگنورلو^۷ و همکاران (۲۰۰۱) بیان کردند، بی‌اختیاری مدفوع و دفع گاز در خانم‌هایی که اپی‌زیاتومی شده‌اند، در مقایسه با آنهایی که اپی‌زیاتومی نشدند، به میزان چهار تا شش برابر افزایش نشان می‌دهد (۲). نتایج مطالعه‌ای که در آرژانتین (۱۹۹۶) با هدف مقایسه اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی بر ۲۶۰۹ زایمان انجام شد، نشان داد که در موارد انجام اپی‌زیاتومی به صورت انتخابی صدمات خلفی پرینه، درد پرینه، نیاز به ترمیم و عوارض دوران ترمیم به میزان قابل توجهی نسبت به انجام اپی‌زیاتومی به صورت رایج کاهش داشته است (۳).

بنابراین با توجه به مشکلاتی که به دنبال اپی‌زیاتومی و صدمات وارد بر پرینه ایجاد می‌شود و عنایت به اینکه سازمان بهداشت جهانی نیز طرح مراقبت با حداقل مداخله را در مراحل زایمان طبیعی ارائه و توصیه کرده است، اعمال و روشهای مداخله گرانه‌ای مثل آمنیوتومی و اپی‌زیاتومی تا حد امکان کمتر استفاده شود و میزان ۱۰ درصد اپی‌زیاتومی را

- 1-Episiotomy
- 2-Shiono
- 3-Willams
- 4-Cystocele
- 5-Rectocele

6-Danforths
7-Signorello

و طی مراحل زایمانی مادر دقیقاً تحت مراقبت بوده و در صورت پیشرفت غیرطبیعی اتساع دهانه رحم یا ناکافی بودن انقباضات رحمی انفوزیون وریدی اکسی توسین شروع و حجم و میزان آن ثبت گردید. از مادر خواسته شد در شروع مرحله دوم زایمان همراه انقباضات زورهای نسبتاً کوتاه بزند، سپس زمانی که ۲-۳ سانتی متر از سر جنین طی یک انقباض در مدخل مهبل رویت گردید، مادر به اتاق زایمان هدایت شد. کلیه مادران در وضعیت لیتوتومی قرار گرفتند، همه مادرانی که در گروه اپی زیاتومی رایج قرار داشتند، طبق سیاست حاکم بر بیمارستان اپی زیاتومی شدند، در مورد مادرانی که در گروه اپی زیاتومی انتخابی قرار داشتند، برش اپی زیاتومی انجام نشد، مگر موارد لازم جهت برش مانند وضعیت پس سری خلفی، جنین درشت، زجر جنینی و مواردی مانند پرینه سفت و کوتاه که انجام ندادن اپی زیاتومی بوضوح منجر به پارگی شدید پرینه می شد، وجود داشته باشد. برش در هر دو گروه از نوع میانی کناری و به طول ۳-۴ سانتی متر بود.

لازم به ذکر است که همه زایمانها در دو گروه توسط پژوهشگر انجام و نحوه کنترل پرینه در دو گروه یکسان بود، پس از انجام زایمان و خروج کامل جفت و پرده‌ها، توسط کمک پژوهشگر که از گروه مادر اطلاعی نداشت، طول و عمق برش اپی زیاتومی با استفاده از سوآپ استریل و خطکش مدرج تعیین و ثبت شد. همچنین پرینه از لحاظ گسترش برش اپی یا پارگی در سایر نواحی توسط وی مورد بررسی قرار گرفت. در صورتی که برش اپی زیاتومی انجام نمی شد، بعد از زایمان پرینه از لحاظ وجود پارگیهای قدامی و خلفی، طول و عمق و درجه پارگیها مورد بررسی قرار می گرفت و در صورت وجود اپی زیاتومی یا پارگی پژوهشگر پرینه را ترمیم کرد. ضمناً جهت رعایت ملاحظات اخلاقی مادران تا ۲ ساعت بعد از زایمان تحت نظر بودند و کنترل شدند. آزمونهای آماری مورد استفاده در این مطالعه شامل آزمون تی، کای اسکور، دقیق فیشر و آزمون من ویتنی با ضریب اطمینان ۹۵ درصد بوده است.

برای کل زایمانها توصیه می کند و با توجه به اینکه هیچ مدرک محکم علمی در تایید اپی زیاتومی رایج وجود ندارد (۱۲،۱۱). علاوه بر آن انجام روتین یا محدود اپی زیاتومی تفاوتی در ایجاد ترومای شدید پرینه یا واژن، مقاربت دردناک و بی اختیاری ادرار ندارد (۱۱). این اقدام باید به طور انتخابی و به موارد خاص مادری و جنینی محدود گردد (۱۱-۱۳). با عنایت به اینکه در کشور ما اپی زیاتومی به صورت رایج انجام می گیرد و تحقیقات بسیار کمی نیز جهت مقایسه اپی زیاتومی رایج و انتخابی انجام شده است، لذا این مطالعه با هدف مقایسه صدمات پرینه در مادران نخست زای با اپی زیاتومی رایج و انتخابی انجام گرفته است.

روش کار

این پژوهش که از نوع کار آزمائی بالینی تصادفی می باشد، در فاصله تیر تا بهمن ماه سال ۱۳۸۲ در بیمارستان شهید مدرس کاشمر انجام گردید.

در این تحقیق ۱۰۰ خانم نخست زای که شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند (سن بین ۱۷-۳۵ سال، سن حاملگی بین ۳۷-۴۲ هفته کامل، حاملگی تک قلو، نمایش قله سر، زایمان طبیعی، قد بالای ۱۵۰ سانتی متر و وزن بین ۴۵-۹۰ کیلوگرم) انتخاب، سپس به صورت تخصیص تصادفی به صورت یک در میان در فاز فعال مرحله اول زایمان در یکی از دو گروه با اپی زیاتومی رایج و انتخابی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق شامل برگه انتخاب نمونه، برگه های مصاحبه و مشاهده، مقیاس سنجش قدرت عضلات کف لگن، سوآپ استریل و خطکش مدرج بودند.

در این مطالعه مادران در اتساع ۳-۵ سانتی متری دهانه رحم یعنی در فاز فعال مرحله اول زایمان وارد پژوهش شده، در بدو پذیرش طول میاندو راه با استفاده از سوآپ استریل و خطکش فلزی مدرج و نمره قدرت عضلات کف لگن با استفاده از مقیاس مخصوص ارزیابی قدرت عضلات کف لگن تعیین شد

نتایج

در این پژوهش دو گروه از نظر متغیر سن با میانگین ۲۰/۸ در گروه انتخابی و ۲۰/۴ سال در گروه رایج با یکدیگر همگن بودند ($p=0/399$)، از لحاظ میزان تحصیلات و شغل مادر نیز اختلاف آماری معنی‌دار نداشتند ($p=0/399$ و $p=1$)، همچنین دو گروه از نظر شغل و تحصیلات همسر و میزان درآمد خانواده نیز همگن بودند.

توزیع فراوانی واحدهای پژوهش از نظر مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی و نحوه انجام مراقبت‌های دوران بارداری با تست فیشر تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد ($p=0/11$ و $p=1$)، به علاوه از نظر خواسته بودن حاملگی و سابقه سقط نیز بین گروه‌های مورد مطالعه اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نگردید ($p=0/715$ و $p=0/67$)، همچنین بین دو گروه از لحاظ طول جسم پزینه (با میانگین $3/4 \pm 0/6$ سانتیمتر در گروه انتخابی و $3/6 \pm 0/6$ در گروه رایج و $p=0/179$)، قوام پزینه (۵۸٪ در گروه

انتخابی و ۶۰٪ در گروه رایج با قوام متوسط و $p=0/144$) و نمره قدرت عضلات کف لگن (با میانگین $8/4 \pm 0/9$ در گروه انتخابی و $8/6 \pm 1/2$ در گروه رایج و $p=0/468$) اختلاف آماری معنی‌دار مشاهده نشد. طبق آزمون تی دانشجویی دوگروه از نظر میانگین شاخص توده بدنی ۲۴ ساعت بعد از زایمان همگن بودند ($p=0/917$)، به گونه‌ای که میانگین BMI در گروه انتخابی $22/7 \pm 4/5$ و در گروه رایج $22/6 \pm 5/1$ کیلوگرم بر متر مکعب بوده است. به علاوه گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیرهای تحت کنترل در مراحل مختلف زایمان مانند جایگاه سرجین و اتساع دهانه رحم در بدو پذیرش، طول فاز فعال مرحله اول و دوم زایمان، حجم مایعات وریدی دریافتی، مصرف دارو و ضد درد، شدت، مدت و فاصله انقباضات رحمی، نوع، تعداد و زمان زور زدن مادر در مرحله دوم زایمان (جدول ۱)، وزن، قد، دورس، دور شانه نوزاد و نمرات آپگار دقیق اول و پنجم نیز اختلاف آماری معنی‌دار نداشتند.

جدول ۱- مقایسه میانگین متغیرهای کنترل شده در مراحل مختلف زایمان به تفکیک گروه در مطالعه بررسی میزان صدمات پزینه در مادران نخست‌زا با اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی

گروه‌های مورد مطالعه	انتخابی		رایج		نتیجه آزمونهای آمار تی
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	
متوسط مدت انقباضات رحمی در مرحله اول زایمان	۵۰	$42 \pm 7/5$	۵۰	$45/3 \pm 10/7$	$t=1/2$ $Df=98$ $p=0/198$
متوسط مدت انقباضات رحمی در مرحله دوم زایمان	۵۰	$51/6 \pm 7/1$	۵۰	$49/2 \pm 10/3$	$t=1/3$ $Df=98$ $P=0/179$
حجم مایعات وریدی دریافتی	۵۰	$258/2 \pm 125/4$	۵۰	$234/4 \pm 104/3$	$t=1$ $Df=98$ $P=0/313$
متوسط تعداد زور زدن‌های مادر طی یک انقباض در مرحله دوم زایمان	۵۰	$4/5 \pm 0/7$	۵۰	$4/06 \pm 0/9$	$t=0/4$ $Df=98$ $P=0/647$
طول فاز نهفته مرحله اول زایمان	۵۰	$32/3 \pm 15/6$	۵۰	$36/2 \pm 19/5$	$T=1/8$ $DF=98$ $p=0/273$
طول فاز فعال مرحله اول زایمان	۵۰	$25/8 \pm 13/4$	۵۰	$21/8 \pm 10/1$	$T=1/6$ $Df=98$ $P=0/095$
طول کل مرحله اول زایمان	۵۰	$219/9 \pm 81/3$	۵۰	$210/7 \pm 88/6$	$t=0/5$ $Df=98$ $P=0/59$
طول کل مرحله دوم زایمان	۵۰	$58/2 \pm 24/6$	۵۰	$58/3 \pm 22/8$	$t=0/2$ $Df=98$ $P=0/983$

معنی دار داشتند (جدول ۳ و ۲). در گروه انتخابی ۱۲ نفر (۲۴ درصد) اپی زیاتومی شدند، ۸ نفر (۱۶ درصد) پارگی خلفی، ۷ نفر (۱۴ درصد) پارگی قدامی و ۴ نفر (۸ درصد) پارگی خلفی و قدامی پرینه داشتند که در مجموع ۳۱ نفر (۶۲ درصد) دچار صدمه به پرینه شدند. در گروه اپی زیاتومی رایج تنها در ۳۰ درصد موارد لزوم مامائی وجود داشت و اقدام به اپی زیاتومی گردید. در ۷۰ درصد نمونه ها لزوم اپی زیاتومی نداشت. علاوه بر آن ۱۲ درصد پارگی قدامی نیز داشتند که در مقایسه با پارگیهای قدامی در گروه انتخابی که ۲۶ درصد تعیین شد، کاهش داشت.

در ارتباط با مصرف اکسی توسین در هر دو گروه در ۹۰٪ موارد طی مرحله اول و ۸۸٪ در گروه انتخابی در مقابل ۸۶٪ در گروه رایج در مرحله دوم زایمان از اکسی توسین استفاده نگردید ($p=1$) و همچنین وضعیت و جایگاه سرجین در شروع مرحله دوم زایمان در دو گروه با آزمون من ویتنی تفاوت معنی دار آماری نداشت ($p=0/150$) و ($p=0/153$).

در رابطه با اهداف اصلی پژوهش، نتایج نشان داد که دو گروه برحسب انجام اپی زیاتومی و صدمات وارد بر پرینه (اپی زیاتومی و پارگی) اختلاف آماری

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب انجام اپی زیاتومی به تفکیک گروه در ۱۰۰ بیمار در بیمارستان شهید مدرس کاشمر

گروههای اپی زیاتومی	انتخابی		رایج		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۱۲	۲۴	۵۰	۱۰۰	۶۲	۶۲
خیر	۳۸	۷۶	-	-	۳۸	۳۸
کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

$$\text{chi_Squar} : \chi^2 = 60/2 \quad \text{df}=1 \quad P < 0/0001$$

جدول ۳- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب صدمات وارد بر پرینه (اپی زیاتومی و پارگی) به تفکیک گروه در ۱۰۰ بیمار در بیمارستان شهید مدرس کاشمر

گروههای مورد مطالعه	انتخابی		رایج		کل		صددمات پرینه
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
دارد	۳۱	۶۲	۵۰	۱۰۰	۸۱	۸۱	دارد
ندارد	۱۹	۳۸	-	-	۱۹	۱۹	ندارد
کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل

$$\text{chi_Squar} : \chi^2 = 21/1 \quad \text{df}=1 \quad P < 0/0001$$

زایمان با طول و عمق پارگیهای خلفی در گروه انتخابی با ($P < 0/0001$) اختلاف آماری معنی دار داشتند، به طوری که میانگین طول صدمات خلفی پرینه در گروه رایج $1/0 \pm 3/9$ و در گروه انتخابی $0/7 \pm 2/3$ سانتیمتر و میانگین عمق صدمات خلفی پرینه در گروه رایج $0/8 \pm 2/3$ و در گروه انتخابی $0/5 \pm 0/9$ سانتی متر بوده است که نتایج حاکی از کاهش صدمات وارد بر پرینه در موارد عدم انجام اپی زیاتومی می باشد، به طوری که در گروه انتخابی

از لحاظ درجه صدمات وارد بر خلف پرینه نیز نتایج نشان داد که ۱۰۰ درصد مادران گروه رایج پارگی درجه ۲ پرینه داشتند اما در گروه انتخابی ۱۲ نفر (۵۰ درصد) مادران پارگی درجه ۲ و ۱۲ نفر (۵۰ درصد) دچار پارگی درجه ۱ پرینه شدند که براساس آزمون کای دو از نظر درجه پارگی پرینه دو گروه دارای اختلاف آماری معنی دار بوده اند ($P < 0/0001$). همچنین براساس آزمون تی دانشجویی میانگین طول و عمق برش اپی زیاتومی در گروه رایج بعد از

کاهش داشته است (۱۱)، آندره آ و همکاران (۲۰۰۴) نیز گزارش نمودند، اپی زیاتومی نمی تواند از بی اختیاری ادراری و مقعدی و پرولاپس ژنی تال جلوگیری نماید (۱۵). به نظر می رسد اپی زیاتومی عامل اصلی ایجاد عفونت است، به علاوه فقدان لذت از فعالیت جنسی و بی اختیاری ادرار و مدفوع نیز از عوارض دیگر آن است (۱۶).

در این پژوهش در گروه انتخابی میزان انجام اپی زیاتومی ۲۴ درصد و در گروه رایج ۱۰۰ درصد بود. نتایج این پژوهش نشان داد که میزان صدمات وارد بر پرینه اعم از پارگی یا اپی زیاتومی در گروه انتخابی ۶۲ درصد و در گروه رایج ۱۰۰ درصد بوده است و ۳۸ درصد مادران گروه انتخابی بعد از زایمان پرینه سالم داشتند و دو گروه از لحاظ صدمات وارد بر پرینه با یکدیگر اختلاف آماری معنی دار داشتند ($P < 0/0001$)، گروه محققان آرژانتین (۱۹۹۳) نیز در مطالعه خود با عنوان اپی زیاتومی رایج در مقابل انتخابی میزان انجام اپی زیاتومی را در گروه انتخابی ۳۰/۱ درصد و در گروه رایج ۸۲/۶ درصد گزارش کردند، نتایج پژوهش آنها نشان داد اگر چه صدمات شدید پرینه در هر دو گروه نادر بود، اما در گروه انتخابی فراوانی این صدمات کمتر از گروه رایج بوده است (۱/۲ درصد در مقابل ۱/۵ درصد در گروه رایج) (۳).

کبودی و کبودی (۱۳۷۵) نیز در تحقیقی مشابه میزان انجام اپی زیاتومی را در گروه انتخابی ۴۲ درصد و در گروه رایج ۹۷ درصد گزارش کردند و صدمات وارد بر پرینه را در گروه انتخابی ۷۴/۱ درصد و در گروه رایج ۸۹/۹ درصد بیان نمودند که این اختلاف با ($P < 0/0001$) از لحاظ آماری معنی دار بوده است (۱۸)، لذا به طور کلی فقدان شواهد مثبت از اغلب مطالعات کارآزماییهای بالینی انجام شده (و همچنین مطالعه حاضر) از سودمند بودن اپی زیاتومی روتین حمایت نمی کند (۱۹) و با توجه به آنکه ویلیامز (۲۰۰۵) نیز بیان می نماید که در مورد انجام برش اپی زیاتومی یا عدم انجام آن،

۱۹ نفر (۵۰ درصد) پرینه سالم، ۸ نفر (۲۱ درصد) پارگی خلفی، ۷ نفر (۱۸/۴ درصد) پارگی قدامی و ۴ نفر (۱۰/۳ درصد) پارگی قدامی و خلفی پرینه داشتند، ۱۲ نفر هم باندی کاسیون اپی زیاتومی شدند.

در این پژوهش مدت زمان ترمیم پرینه ($11/9 \pm 5/9$) دقیقه در گروه انتخابی در مقابل $7/3 \pm 1/8$ در گروه رایج و ($P = 0/0001$) و تعداد بسته های نخ مصرفی جهت ترمیم ($1/6 \pm 0/5$) در گروه انتخابی و $2/1 \pm 0/3$ در گروه رایج و ($P < 0/0001$) نیز در گروه انتخابی کمتر از گروه رایج بوده است.

همچنین در دو گروه نمرات کسب شده رضایت از زایمان نیز اختلاف معنی دار آماری داشت ($P = 0/007$) و مادران گروه انتخابی رضایت بیشتری از زایمان داشتند.

بحث

کارآزماییهای بالینی در بیمارستانهای امریکا نشان می دهد که اپی زیاتومی عامل خطر اصلی پارگیهای شدید طی زایمان می باشد که آسیبی قابل پیشگیری است و بر اساس این مطالعات میزان اقدام به اپی زیاتومی ۱۰ برابر بیشتر از موارد لازم (حد مطلوب آن ۳۰ درصد و کمتر برآورد شده است) می باشد (۱۴، ۶) توصیه شده اپی زیاتومی محدود به موارد لزوم خاص مادری و جنینی گردد (۱۳). سیاست اجتناب از اپی زیاتومی به صورت رایج شیوع آن را از ۸۰ به ۴۰ درصد و شیوع آسیبهای وارد بر پرینه را از ۸۵ به ۷۰ درصد کاهش داده است (۸).

گروه محققان آرژانتین (۱۹۹۳) بیان کردند که سیاست اپی زیاتومی انتخابی از حدود ۹۰۰۰۰ ترمیم جراحی میاندوره در سال جلوگیری می کند (۳). همچنین بانزال^۱ و همکاران (۱۹۹۶) در تحقیق خود با عنوان «آیا انجام اپی زیاتومی در زایمان طبیعی مفید است؟»، بیان کردند به موازات کاهش استفاده از اپی زیاتومی میزان بی اختیاری مدفوع، فیستولهای رکتوواژینال^۲، درد و مقاربت دردناک پس از زایمان

۱-Bansal
2 Recto vaginal fistulla

می‌توان از صدمات وارد بر پرینه به میزان قابل توجهی کاست که این امر می‌تواند عملکرد مادران را در مراقبت از نوزاد و بقیه اعضای خانواده افزایش داده و در نهایت موجبات ارتقاء سلامت جامعه فراهم می‌گردد، همچنین به علت کاهش مصرف نخ بخیه، ضد درد، مواد ضد عفونی کننده، مداخلات جراحی و تریخیص زودتر مادران از بیمارستان صرفه‌جویی قابل توجهی نیز در هزینه درمان می‌شود.

اختلاف نظر زیادی وجود دارد، ما معتقد هستیم که در مورد برش اپی زیاتومی باید در تک تک افراد بسته به شرایط موجود تصمیم‌گیری کرد و نباید این کار به طور روتین انجام شود (۵).

نتیجه‌گیری

به طور کلی براساس نتایج این پژوهش با انجام اپی‌زیاتومی به صورت محدود و طبق اندیکاسیون

خلاصه

مقدمه: اپی‌زیاتومی و پارگیها صدمات شایع پرینه در زنان نخست‌زا هستند و رایج‌ترین برش جراحی در مامائی می‌باشد. هیچ مدرک محکم علمی در تایید اپی‌زیاتومی رایج وجود ندارد و توصیه شده است. اپی‌زیاتومی به صورت انتخابی و براساس موارد لزوم مادری و جنینی انجام شود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان صدمات پرینه در مادران نخست‌زا با اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه از نوع کارآزمائی بالینی تصادفی در بیمارستان شهید مدرس کاشمر سال ۱۳۸۲ بر روی ۱۰۰ خانم نخست‌زای ۱۷-۳۵ ساله با شروع خودبخودی زایمان انجام شد. واحدهای پژوهش ابتدا به صورت مبتنی بر هدف انتخاب و سپس به روش تخصیص تصادفی در دو گروه با اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی قرار گرفتند، همه زایمانها توسط پژوهشگر انجام گردید. اما تعیین میزان صدمات پرینه توسط کمک پژوهشگر که از گروه مادران اطلاع نداشت، صورت گرفت. ابزار جمع آوری داده‌ها فرمهای مصاحبه و مشاهده، و مقیاس سنجش قدرت عضلات کف لگن بودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمونهای آماری تی دانشجویی، کای دو، من‌ویتنی و فیشر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS با ضریب اطمینان ۹۵٪ صورت گرفت.

نتایج: براساس نتایج این پژوهش ۱۲ نفر (۲۴ درصد) در گروه انتخابی و ۵۰ نفر (۱۰۰ درصد) در گروه رایج، اپی‌زیاتومی شدند ($p < 0/0001$). به طور کلی صدمات پرینه در گروه انتخابی ۶۲ درصد و در گروه رایج ۱۰۰ درصد بود که از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/0001$). در این مطالعه دو گروه از نظر متغیرهای موثر بر صدمات پرینه همگن بودند.

نتیجه‌گیری: انجام اپی‌زیاتومی به صورت انتخابی سبب کاهش صدمات پرینه می‌شود که می‌تواند به عنوان روشی ایمن و با صرف وقت و هزینه کمتر جایگزین اپی‌زیاتومی رایج شود.

کلمات کلیدی: اپی‌زیاتومی رایج، اپی‌زیاتومی انتخابی، صدمات پرینه، نخست‌زا

Reference

۱. قره‌خانی پرویز، ساداتیان سیداصغر. تظاهرات اصلی و درمان بیماریها، اصول بارداری و زایمان. چاپ اول، تهران: نور دانش، ۱۳۸۱، ص ۱۴۸-۱۵۰.
۲. کانینگهام اف گری و همکاران. بارداری وزایمان ویلیامز ۲۰۰۱. ترجمه ی قاضی جهانی، بهرام و همکاران، جلد ۱، چاپ دوم، تهران: گلبن، ۱۳۸۱.
3. Burroughs A, Leifear G. Argentine Episiotomy trial collaborative group. Routine vs selective episiotomy: a randomized trial. *Lancet* 1993; 342: 1517-18.
4. Goldberg J, HOITZ D, Hyslop T, Tolosa JE. Has The use of routine episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates From 1983 to 2000. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 395-400.
۵. گاری کانینگهام و دیگران. بارداری وزایمان ویلیامز ۲۰۰۵. ویرایش بیست دوم، ترجمه گروه مامائی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی. جلد اول و دوم، تهران: خسروی، ۱۳۸۴.
6. Clemans JL, Towers GD, McClure GB, Boyle AL. Decreased Anal Sphincter Lacerations Associated With Restrictive Episiotomy In Use. *Am J obstet gynecol* 2005; 192: 1620-5.
7. Kropp N, Artwell T, Althabe F. Episiotomy Rate From Eleven Developing Countries. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 97: 157-159.
۸. غفاری لیلا. بررسی درصد فراوانی اپی‌زیاتومی و عوارض ناشی از آن در بیمارستان میرزا کوچکخان تهران. پایان‌نامه، تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۵، ص ۲-۵.
۹. ویلسون، روبرت. مامائی و بیماریهای زنان. ترجمه داریوش. کاظمی. چاپ دوم، تهران: دانش پژوهش، ۱۳۷۶، ص ۵۷۹-۵۸۳.
10. Beisher NA, Mackay EU, colditz p. *Obstetric and the newborn*. 3rd ed, London: w.B. saunders; 1996. 456-465.
11. Scott J R, Cibbs RS, Karlan BY, Wawey AF. *Danforth's Obstetric & Gynecology*. 9th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins lipincott; 2003. 43-44.
12. Bansal RK, Tan WM, Eoker JL, Bishop JT, Kilpatrick SJ. Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery?. *Am J obstet Gynecol* 1996; 175: 897-901.
۱۳. گلکانی آذر. مقایسه اثر وضعیت خوابیده به پهلو بالیتاتومی در مرحله دوم زایمان برای انجام اپی‌زیاتومی و وقوع پارگی پرینه در زنان نخست‌زا. پایان‌نامه. مشهد: دانشکده پرستاری و مامائی.
14. Edmonds DK. *Dewhurst's text book of obstetrics and gynecology for post graduates*. 6th ed, London: Blackwell science; 1999. 308-311.
15. Andrea Sartore. The Effects Of Mediolateral Episiotomy On Pelvic Floor Function After Vaginal Delivery. *Obstetrics & gynecology* 2004; 103: 669-673.
16. Sonia Maria Junqueira V. de, Olivera Elaine Cristina. Frequency & Criteria for the indication of episiotomy. *Revista da escola* 2005; 39: 288-295.
17. Anne M. Weber, Leslie Meyn. Episiotomy use in united states, 1979-1997. *Obstetrics & gynecology* 2002; 100: 1177-1182.
۱۸. کیودی مرضیه، کیودی بیژن. مقایسه تاثیر اپی‌زیاتومی رایج و انتخابی بر میزان پارگی پرینه در زنان نخست‌زا. مجله بهبود، سال پنجم، ش ۱ (۱۳۸۰)، ص ۲۳-۸.
19. Bob stein. Procedure on women in labour adds risk study urges halt to episiotomy. www.Washingtonpost.com/wpdyn/content/2005.