

مقایسه پارگی های پرینه در اپی زیاتومی های مدیولاترال معمول و انتخابی در زنان مراجعه کننده به

بلوک زایمان بیمارستان بعثت سنندج، ۱۳۹۰

دکتر معصومه رضایی^۱، روناک شاهوی^{۲*}، دکتر شعله شاه غیبی^۳،

دکتر عبدالرحیم افخم زاده^۴، دکتر فریبا فرهادی^۳

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۴. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۸

خلاصه

مقدمه: پارگی های واژن در حین زایمان شایع بوده و ممکن است به طور خود به خود اتفاق بیفتد و یا ماما و متخصص مامایی جهت افزایش قطر خروجی واژن به منظور تسهیل تولد نوزاد نیاز به برش جراحی (اپی زیاتومی) پیدا کنند. مطالعه حاضر با هدف مقایسه درجات پارگی های پرینه در اپی زیاتومی معمول با انتخابی انجام شد.

روش کار: این مطالعه آینده نگر در سال ۹۰-۱۳۸۹ بر روی ۹۸۶ زن باردار شکم اول مراجعه کننده جهت زایمان به بیمارستان بعثت سنندج انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه اپی زیاتومی روتین و اپی زیاتومی انتخابی (در صورت استفاده از واکيوم یا دیسترس جنینی) قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۵) و آزمون های تی تست، کای اسکوئر و تست دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: طول مدت مرحله دوم زایمان، پارگی درجه یک و پارگی لیبیا مینورها در گروه اپی زیاتومی انتخابی به طور معناداری بیشتر از گروه اپی زیاتومی معمول بود ($p=0/0001$). نتایج مطالعه، اختلاف آماری معنی داری را در میزان پارگی های درجه ۲، ۳ و ۴ در دو گروه اپی زیاتومی معمول و انتخابی نشان نداد.

نتیجه گیری: اپی زیاتومی مدیولاترال معمول از پارگی های شدید پرینه جلوگیری نمی کند اما عدم انجام آن در تمام موارد (انجام فقط در موارد انتخابی) منجر به پارگی های درجه یک و قسمت قدامی پرینه می شود. بنابراین به نظر می رسد که محدودیت کاربرد اپی زیاتومی، روش منطقی تری برای کنترل پرینه مادر در حین زایمان باشد.

کلمات کلیدی: اپی زیاتومی انتخابی، اپی زیاتومی مدیولاترال، پارگی پرینه، نولی پار

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر روناک شاهوی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن: ۰۸۷۱-۶۶۶۱۱۲۰؛ پست الکترونیک: rshaho@yahoo.com



مقدمه

پارگی های واژن در حین زایمان شایع بوده و ممکن است به طور خود به خود اتفاق بیفتد و یا ماما و متخصص مامایی جهت افزایش قطر خروجی واژن به منظور تسهیل تولد نوزاد نیاز به برش جراحی (اپی زیاتومی) پیدا کنند (۱). تروما به قسمت قدامی پرینه باعث آسیب به لیبیا، قدام واژن یا مجرای کلیتوریس شده و اغلب با عارضه کمی همراه است. تروما به قسمت خلفی پرینه به معنی هرگونه آسیب به دیواره خلفی واژن، عضلات پرینه یا اسفنکتر آنال است (۲).

شایع ترین آسیب به واژن در طول لیبر، در دهانه واژن اتفاق می افتد که ناشی از پارگی حین عبور سر نوزاد می باشد. برای زایمان موفق، دهانه واژن باید به آهستگی متسع شده تا منجر به کشش مناسب بافت شود، زیرا زمانی که جنین سریعاً نزول می کند، بافت ممکن است پاره شود (۳). برش جراحی پرینه (اپی زیاتومی) به منظور افزایش قطر دهانه خروجی واژن جهت تسهیل تولد نوزاد انجام می شود (۴). میزان اپی زیاتومی از شیوع بسیار کم در سوئد (۹/۷٪) تا ۱۰۰٪ در تایوان گزارش شده است (۳).

انواع مختلفی از اپی زیاتومی وجود دارد که سه نوع شایع آن شامل: اپی زیاتومی مدیولاترال که بافت پرینه به وسیله یک برش در خط وسط به سمت آنال برش داده می شود (۵)، اپی زیاتومی مدیولاترال که انسزیون با زاویه ۶۰-۴۰ درجه از خط وسط در سمت چپ یا راست کانال آنال زده می شود (۶) و اپی زیاتومی لاترال که انسزیون در سمت راست یا چپ خط وسط یا در ساعت ۴-۵ یا ۷-۸ و با زاویه ۶۰-۴۰ درجه از خط وسط داده می شود (۷).

در اوایل قرن بیستم عقیده بر این بود که استفاده معمول از اپی زیاتومی، منافع زیادی برای مادر و نوزاد دارد که از آن جمله می توان به پیشگیری از آسیب کف لگن، بی اختیاری ادرار، پارگی اسفنکتر آنال، خونریزی داخل جمجمه ای نوزاد و پارگی های شدید پرینه اشاره کرد (۸، ۹)، اما طی ۲۰ سال گذشته مقالات متعددی به چاپ رسیده است که در آن ها بر

استفاده انتخابی از اپی زیاتومی تأکید شده است (۱۲-۱۰).

برخی مطالعات نشان داده اند که اپی زیاتومی می تواند نقش محافظتی در مقابل پارگی درجه ۳ داشته باشد (۱۳). دیلوا و همکاران (۲۰۰۱) در یک مطالعه شامل ۲۸۴۷۸۳ زایمان واژینال نشان دادند که اپی زیاتومی مدیولاترال در محافظت از پارگی درجه ۳ پرینه مؤثر است (۱۴). همچنین برخی مطالعات نشان داده اند که در زایمان واژینال ابزاری (استفاده از فورسپس یا واکيوم) در زنان نخست زاء، اپی زیاتومی مدیولاترال از آسیب به اسفنکتر آنال در حین زایمان محافظت می کند (۶، ۱۵، ۱۶). چندین مطالعه در مورد عوارض استفاده معمول از اپی زیاتومی نشان داده اند که اپی زیاتومی، یکی از عوامل خطر ایجاد کننده آسیب به پرینه است و باید محدود شود. به همین دلیل کالچ زنان و مامایی آمریکا نتیجه گرفت که باید استفاده از اپی زیاتومی محدود شود (۲۰-۱۷).

آسیب شدید پرینه شامل اسفنکتر آنال است که به طور بالینی در زمان زایمان واژینال در ۱۹-۰/۶ درصد از زنانی که تحت اپی زیاتومی مدین یا مدیولاترال قرار می گیرند، اتفاق می افتد (۲۱). عدم درمان مناسب چنین آسیب هایی ممکن است باعث ایجاد هر دو عوارض کوتاه و بلند مدت شامل خونریزی، عفونت، درد، مقاربت دردناک، بی اختیاری دفع ادرار و مدفوع و همچنین اضطراب و افسردگی شود (۱۳). مطالعه آینده نگر آندریو و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که اپی زیاتومی مدیولاترال، یک عامل خطر بالقوه برای ترومای پرینه است (۲۲). در حالی که دو مطالعه کوهورت بزرگ نشان دادند که اپی زیاتومی مدیولاترال در بارداری اول محافظت کننده است اما این حالت در زایمان واژینال دوم و بالاتر وجود ندارد (۱۵، ۲۳).

در مطالعه کارولی و همکار (۲۰۱۲)، محدودیت استفاده از اپی زیاتومی با اپی زیاتومی معمول مقایسه شد و به این نتیجه رسیدند که سیاست محدودیت کاربرد اپی زیاتومی در مقایسه با اپی زیاتومی معمول مزایای بیشتری دارد که از آن جمله می توان به ترومای کمتر به دیواره خلفی پرینه، بخیه کمتر و عوارض کمتر اشاره کرد. همچنین تفاوتی در میزان درد و ترومای شدید به

واژن و پرینه وجود نداشت، اما افزایش خطر تروما به قسمت قدامی پرینه را به همراه داشت (۳). در حالی که محققین در دو کارآزمایی تصادفی دیگر گزارش کردند که شواهد قوی که نشان دهد اپی زیاتومی معمول، بهتر یا بدتر از سیاست اپی زیاتومی انتخابی است، وجود ندارد (۲۴، ۲۵). مطالعه حاضر با هدف مقایسه درجات پارگی های پرینه در اپی زیاتومی معمول با انتخابی انجام شد.

روش کار

این مطالعه آینده نگر در فاصله سال های ۹۰-۱۳۸۹ بر روی ۹۸۶ زن باردار شکم اول مراجعه کننده جهت زایمان به بیمارستان بعثت سنندج (مرکز استان کردستان در شمال غربی ایران) انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: بارداری اول، سن بارداری ۳۸ هفته یا بالاتر، تک قلو با پرزانتاسیون سفالیک و عدم ممنوعیت برای زایمان واژینال بود. پس از تأیید شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان، نمونه گیری آغاز شد. روند انتخاب نمونه ها بدین صورت بود که در هنگام پذیرش، یک ماما با زنان واجد شرایطی که برای زایمان مراجعه می کردند، در مورد مطالعه صحبت می کرد و در صورتی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، وارد مطالعه می شدند و برگه رضایت کتبی شرکت در مطالعه به آنان داده و به آنان اطمینان داده می شد که در صورت عدم تمایل، در هر مرحله از بررسی می توانند از مطالعه خارج شوند و در صورت خروج، هیچ گونه خللی در روند مراقبت های لیبر و زایمان رخ نخواهد داد. زنان پس از تکمیل فرم رضایت، وارد مطالعه می شدند. جهت تصادفی کردن انتخاب نمونه ها، زنان نولی پار واجد شرایطی که در روزهای شنبه، دوشنبه و چهارشنبه از ساعت ۸ صبح تا ۸ شب به مرکز مراجعه می کردند، به طور معمول (در تمام موارد) تحت انجام اپی زیاتومی قرار می گرفتند و زنان نولی پار واجد شرایطی که در روزهای یکشنبه، سه شنبه و پنجشنبه از ساعت ۸ صبح تا ۸ شب به مرکز مراجعه می کردند، فقط در صورت نیاز به واکيوم یا وجود دیسترس جنینی اپی زیاتومی شدند. نمونه گیری

در روزهای جمعه انجام نمی شد. تمام زنان، سایر مراقبت های معمول لیبر و زایمان را دریافت می کردند. چنانچه فردی به هر دلیلی در جریان لیبر، سزارین می شد و یا به دلیل در خطر بودن سلامت مادر و جنین، قادر به ادامه همکاری در مطالعه نبود، از مطالعه خارج می شد. بدین ترتیب ۴۶۰ زن نولی پار در گروه اپی زیاتومی معمول و ۵۲۶ نفر در گروه اپی زیاتومی انتخابی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری شد که شامل ۱۱ سؤال مربوط به مشخصات فردی، سن بارداری، وزن نوزاد، دور سر نوزاد، نمره آپگار، طول مرحله دوم زایمان و درجات پارگی ها بود. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از متخصصین زنان و مامایی قرار گرفت و از آنان نظرخواهی شد و اصلاحات لازم به عمل آمد. پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ تعیین شد ($r=0/76$).

در تمام موارد جهت انجام اپی زیاتومی، از اپی زیاتومی مدیولاترال استفاده شد. برای انجام اپی زیاتومی طبق معمول بخش، توسط مامای اطاق زایمان بعد از انجام بی حسی موضعی با استفاده از ۵ سی سی لیدوکائین با زاویه ۴۵ درجه در ناحیه پرینه به اندازه ۴ تا ۵ سانتی متر از ورودی واژن شامل پوست، فاسیا و عضلات پرینه با قیچی بریده می شد. پس از خروج جفت، ناحیه پرینه در هر دو گروه توسط پژوهشگر از نظر پارگی ها مورد بررسی قرار می گرفت. درجات پارگی پرینه بر اساس تعاریف استاندارد استفاده شده در پروسیجر مامایی آمریکا دسته بندی شدند. پارگی درجه یک به پارگی هایی اطلاق می شد که شامل پوست و زیر جلد پرینه بود. پارگی هایی که به داخل عضله گسترش می یافت به عنوان درجه دو تقسیم می شد و پارگی درجه ۳ شامل صدمه به اسفنکتر خارجی آنال و پارگی درجه ۴، پارگی هایی بود که هم اسفنکتر آنال و هم موکوس آنورکتال را شامل می شد (۸).

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه میانگین متغیرهای فردی (سن، میزان تحصیلات، محل زندگی، سن بارداری، وزن نوزاد، دور

سر نوزاد، نمره آپگار) در دو گروه از آزمون تی تست و جهت مقایسه درجه پارگی پس از زایمان در دو گروه از آزمون های کای اسکوئر و تست دقیق فیشر استفاده شد و میزان خطر با $CI=0/95$ برای همه عوامل محاسبه شد و میزان p کمتر از $0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۹۸۶ نفر از زنان نولی پاری که جهت زایمان واژینال به بیمارستان بعثت سنندج مراجعه کرده بودند و دارای شرایط لازم بودند مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه میانگین سنی زنان در گروه اپی زیاتومی معمول $24/6 \pm 4/6$ سال و در گروه اپی زیاتومی انتخابی $24/4 \pm 4/6$ سال بود و اختلاف بین دو گروه معنی دار نبود ($p < 0/05$).

۱۵۵ نفر ($15/7\%$) از گروه اپی زیاتومی معمول و ۱۸۷ نفر ($18/9\%$) از گروه اپی زیاتومی انتخابی دارای سطح تحصیلات ابتدایی بودند که دو گروه از نظر سطح تحصیلات اختلاف معنی داری نداشتند ($P=0/623$). اکثر واحدها ($49/6\%$) در گروه اپی زیاتومی معمول ساکن شهر و اکثر واحدها ($59/5\%$) در گروه اپی زیاتومی انتخابی، ساکن روستا بودند که بر اساس آزمون کای دو، دو گروه از این نظر اختلاف معنی داری نداشتند ($p=0/007$). میانگین سن بارداری در گروه اپی زیاتومی معمول $39/3 \pm 2$ هفته و در گروه اپی زیاتومی انتخابی $39/1 \pm 2/65$ هفته بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/745$).

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میانگین مرحله دوم اپی زیاتومی در گروه اپی زیاتومی معمول $42/3 \pm 29/7$ دقیقه و در گروه اپی زیاتومی انتخابی $38/9 \pm 25/7$ دقیقه بود که بر اساس آزمون تی تست، اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود داشت ($p=0/02$). در این مطالعه میانگین وزن نوزادان در گروه اپی زیاتومی معمول 3223 ± 384 گرم و در گروه اپی زیاتومی انتخابی 3204 ± 481 گرم بود اما اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0/52$). همچنین میانگین دور سر نوزادان در گروه اپی زیاتومی معمول

۳۴/۹±۱/۷ سانتی متر و در گروه اپی زیاتومی انتخابی ۳۴/۸±۲/۱ سانتی متر بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد ($p=0/56$). متوسط نمره آپگار دقیقه پنجم نوزادان در مادران گروه اپی زیاتومی معمول $8/98 \pm 0/5$ و در گروه اپی زیاتومی انتخابی $8/91 \pm 0/8$ بود که بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود نداشت ($p=0/1$).

در این مطالعه بین انجام اپی زیاتومی با پارگی لیبیا مینور در دو گروه ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/0001$) (جدول ۱). نتایج حاصل از مطالعه اختلاف آماری معنی داری بین انجام اپی زیاتومی و پارگی درجه ۱ در دو گروه نشان داد ($p=0/0001$) در حالی که بین انجام اپی زیاتومی و پارگی درجه ۲، ۳ و ۴ در دو گروه اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد ($P=0/2$ و $P=0/057$) (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه درجات پارگی ها در گروه های مورد مطالعه

درجات پارگی	مطالعه	
	اپی زیاتومی معمول تعداد (درصد)	اپی زیاتومی انتخابی تعداد (درصد)
درجه ۱	۱۴ (۳)	۱۸۹ (۳۵/۹)
درجه ۲	۳۸ (۸/۳)	۵۶ (۱۰/۶)
درجه ۳ و ۴	۳ (۰/۷)	۱۱ (۲/۱)

نتایج مطالعه در ارتباط با پارگی لیبیا مینور و پارگی درجه یک، اختلاف معنی داری را بین زنانی که به طور معمول اپی زیاتومی شده بودند با گروهی که به طور انتخابی اپی زیاتومی شده بودند، نشان داد ($p=0/0001$) (جدول ۲). همچنین نتایج مطالعه نسبت خطر پارگی لیبیا مینور ۱ ($RR=7/16$ ، $CI=0/95$ ۳/۸۷-۱۳/۲۱) و پارگی های درجه ۱ ($RR=19/98$ -۶/۹۵؛ $CI=0/95$ ، $RR=11/78$) را نشان داد.

جدول ۲- مقایسه پارگی لیبیا مینورها در گروه های مورد

گروه	مطالعه					
	پارگی لیبیا		داشته		نداشته	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	جمع
اپی زیاتومی معمول	۱۱	۲/۴	۴۴۹	۹۷/۶	۴۶۰	۱۰۰
اپی زیاتومی انتخابی	۹۰	۱۷/۱	۴۳۶	۸۲/۹	۵۲۶	۱۰۰

بحث

در بیمارستان بعثت مورد مطالعه به طور معمول برای تمام زنان نولی پار از اپی زیاتومی مدیولاترال استفاده می شود که این امر می تواند ناشی از آموزشی بودن مرکز و آموزش به دانشجویان مامایی و رزیدنت های زنان باشد. همچنین می تواند ناشی از اعتقاد عاملین زایمان (ماماها و پزشکان) به جلوگیری از ایجاد پارگی های درجه ۳ و ۴ پرینه و تسریع در مرحله دوم زایمان باشد. هدف از انجام این مطالعه، مقایسه پارگی ها در اپی زیاتومی مدیولاترال معمول با اپی زیاتومی انتخابی در زنان نولی پار بود.

در مطالعه حاضر پارگی لیبیا مینور و پارگی درجه ۱ در گروه اپی زیاتومی انتخابی بیشتر بود که با نتایج مطالعه رودریگز و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی داشت. در مطالعه رودریگز پارگی پرینه، لیبیا مینور و پارگی سطحی واژن در اپی زیاتومی انتخابی به طور معنی داری بیشتر بود (۲۶).

کارولی و همکار (۲۰۱۲) در یک بررسی سیستماتیک که ۸ مطالعه شامل ۵۵۴۱ زن را مورد بررسی قرار دادند، اپی زیاتومی روتین را ۷۵/۱۵٪ و اپی زیاتومی انتخابی را ۲۸/۴۰٪ گزارش کردند. در گروه با اپی زیاتومی انتخابی میزان پارگی های قدامی پرینه بیشتر از گروه اپی زیاتومی روتین بود، در حالی که میزان پارگی های درجه ۳ و ۴ پرینه در گروه با محدودیت کاربرد اپی زیاتومی کمتر از اپی زیاتومی معمول بود، همچنین بخیه های کمتری داشتند و عوارض زخم در آنان کمتر بود. سایر موارد شامل: پارگی های شدید واژن، دیس پارونی، عدم کنترل ادرار و درد در دو گروه تفاوتی نداشت. این نتایج تقریباً در هر دو گروه اپی زیاتومی مدین و مدیولاترال مشابه بود (۳).

در این مطالعه اختلاف معنی داری در میزان پارگی های درجه ۲ و ۳ و ۴ در دو گروه اپی زیاتومی معمول و انتخابی وجود نداشت. اگرچه میزان پارگی های درجه ۳ و ۴ در گروه اپی زیاتومی انتخابی ۲/۱٪ و در گروه اپی زیاتومی معمول ۰/۷٪ بود که این یافته با نتایج مطالعه مورفی و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی داشت. آنان در یک کارآزمایی بالینی استفاده از اپی زیاتومی معمول و استفاده محدود از اپی زیاتومی را در زایمان های واژینال ابزاری مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر پارگی اسفنکتر آنال وجود ندارد. هر چند در مطالعه آنان میزان پارگی اسفنکتر آنال در گروه با اپی زیاتومی محدود، اندکی کمتر بود (۲۵). همچنین در مطالعه دانکیر و همکاران (۲۰۰۵) که به صورت کارآزمایی بالینی انجام شد، دو روش استفاده از اپی زیاتومی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ۱۴۹ زن نولی پار شرکت کننده دارای بارداری تک قلو و دارای سن بارداری بیشتر از ۳۴ هفته به دو گروه تقسیم شدند. ۴۹ نفر در گروه اول قرار گرفتند که به دلیل اندیکاسیون های جنینی، برای آنان از اپی زیاتومی استفاده شد و برای ۶۰ نفر که در گروه دوم قرار گرفتند، فقط در صورت پارگی قریب الوقوع آنان اپی زیاتومی انجام گرفت. میزان اپی زیاتومی در گروه اول ۴۱٪ و در گروه دوم ۷۷٪ بود. محققین نتیجه گرفتند که در زنان با محدودیت کاربرد اپی زیاتومی (گروه دوم)، احتمال سالم ماندن پرینه بیشتر است و در این گروه از زنان، ترومای خفیف پرینه و درد کمتر پس از زایمان وجود داشت، اما اختلاف معنی داری بین پارگی درجه ۳ و تروما به قسمت قدامی ولوو بین دو گروه وجود نداشت (۲۷).

نتایج حاصل از این مطالعه با مطالعه رایزانی و همکاران (۲۰۱۱) در فنلاند که با هدف مقایسه میزان پارگی های درجه ۳ و ۴ در بیمارستان های با میزان پایین، متوسط و شدید انجام اپی زیاتومی انجام شد، متفاوت بود. محققین شیوع و خطر اپی زیاتومی طی سال های ۲۰۰۷-۱۹۹۷ را بررسی و میزان اپی زیاتومی را ۹۴-۱۱ درصد تعیین کردند. در زنان نولی پاری که در بیمارستان های با میزان بالای اپی زیاتومی زایمان

دوره بعد از زایمان مورد بررسی قرار گرفت و به این نتیجه رسیدند که زایمان واژینال، یک عامل خطر برای بی اختیاری ادرار و مدفوع به خصوص در موارد استفاده از فورسپس و اپی مدین است. در مطالعه آنان سن مادر، وزن نوزاد، دور سر آن ها، زایمان واژینال خودبه خودی، فورسپس و اپی زیاتومی مدیولاترال، خطر بی اختیاری ادرار را افزایش داد (۳۱). در مطالعه سیگنورلو و همکاران (۲۰۰۰) احتمال بی اختیاری مدفوع و گاز در زنانی که در هنگام زایمان تحت اپی زیاتومی قرار گرفته بودند، در مقایسه با زنانی که در هنگام زایمان پرینه سالم داشتند، ۴ تا ۶ برابر بیشتر بود. حتی در مقایسه با گروهی که دچار پارگی های خود به خود پرینه شده بودند، اپی زیاتومی خطر بی اختیاری مدفوع و گاز را به ترتیب ۳ و ۲ برابر افزایش داده بود (۱۹). از نقاط قوت این مطالعه می توان به آینده نگر بودن مطالعه و همچنین به کار بردن اپی زیاتومی انتخابی برای اولین بار در مرکزی که تمام زنان نولی پار تحت اپی زیاتومی معمول قرار می گیرند و همچنین حجم بالای نمونه ها اشاره کرد. عدم پیگیری مادران اپی زیاتومی شده در گروه معمول و انتخابی و تأثیر آن بر درد پس از زایمان و بی اختیاری دفع گاز، ادرار و مدفوع از محدودیت های این مطالعه بود.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد در صورت عدم انجام اپی زیاتومی معمول میزان پارگی درجه ۱ و لیبیا و قدام واژن افزایش می یابد که این پارگی ها اغلب با عوارض کمی همراه است اما میزان پارگی درجه ۳ و ۴ عوارض زیادی دارد و افزایش نمی یابد. لذا باید انجام اپی زیاتومی روتین مورد بازنگری قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی، ماماها و رزیدنت های زنان بیمارستان بعثت، جناب آقای فردین غریبی و تمام مادران عزیزی که در انجام مطالعه مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

کرده بودند، میزان پارگی آنال ۳۹٪ کاهش یافته بود. محققین نتیجه گرفتند که اپی زیاتومی نقش محافظت کننده ای در جلوگیری از پارگی آنال دارد (۱۵).

در مطالعه رودریگز و همکاران (۲۰۰۸) نیز که با هدف مقایسه اپی زیاتومی مدین انتخابی با معمول در ۴۴۶ زن نولی پار انجام شد، میزان پارگی های درجه ۳ و ۴ در گروه اپی زیاتومی معمول به طور چشمگیری بیشتر از گروه اپی زیاتومی انتخابی بود. محققین به این نتیجه رسیدند که رویکرد استفاده از اپی زیاتومی مدین انتخابی منجر به کاهش پارگی درجه ۳ پرینه در زنان نولی پار می شود (۲۶). نتایج این مطالعه نیز با نتایج حاصل از مطالعه حاضر متناقض بود. در مطالعه حاضر میزان پارگی درجه ۳ و ۴ در دو گروه اختلاف معنی داری نشان نداد که این تفاوت ممکن است ناشی از نوع اپی زیاتومی باشد که در مطالعه رودریگز و همکاران، اپی زیاتومی مدین استفاده شده بود اما در مرکز ما، تمام اپی زیاتومی ها به طور معمول به صورت مدیولاترال انجام می شود.

مشخص شده است که اپی زیاتومی مدین، با ترومای شدید پرینه مانند پارگی درجه سه و چهار همراه است و میزان آن از ۹/۷٪ تا ۲۶/۹٪ گزارش شده است (۲۸)، (۲۹). اپی زیاتومی مدیولاترال با خطر کمتر پارگی اسفنکتر در طول زایمان همراه است اما اینکه اپی زیاتومی مدیولاترال می تواند این کاهش را بدون افزایش تروما به پرینه ایجاد کند، مورد بحث است (۳۰).

در مطالعه آیتن و همکاران (۲۰۰۵) که با هدف ارزیابی تأثیر نوع اپی زیاتومی بر خطر پارگی شدید پرینه انجام شد، در ۴۰۰ زن شکم اول، قد مادر، طول پرینه، وزن موقع تولد جنین، دور سر نوزاد و پارگی پرینه (پارگی درجه ۳ و ۴) بررسی شد. میزان پارگی شدید پرینه در اپی زیاتومی مدین ۳٪ و در اپی زیاتومی مدیولاترال ۱٪ بود. محققین پیشنهاد کردند که به دلیل خطر پارگی شدید پرینه در صورت کوتاه بودن طول پرینه (۳ سانتی متر یا کمتر) و همچنین در صورت بزرگی سر جنین (دربرسی های بالینی و سونوگرافی)، در صورت انجام اپی زیاتومی، اپی زیاتومی مدیولاترال ارجح است (۲۱).

در مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۰۸) در چین، شیوع بی اختیاری دفع مدفوع و ادرار در ۱۸۸۹ زن شکم اول در

1. Kettle C, Hills RK, Ismail KM. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database of Syst Rev* 2007; (4):CD000947.
2. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric and sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 12:CD002866.
3. Carroli G, Migini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 1.
4. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005; 32 (3): 219-23.
5. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri P, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005; 293 (17): 2141-8.
6. Revicky v, Nirmal D, Mukhopadhyay S, Morris EP, Nieto JJ. Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric and sphincter injury? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 150 (2): 142-6.
7. Kalis V, Stepan J, Horak M, Roztocil A, Kralickova M, Rokyta Z. Definitions of mediolateral episiotomy in Europ. *Int J Gynaecol obstet* 2008; 100 (2): 188-90.
8. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GD, et al. *Williams obstetrics*. 22th ed. Stamford, Appleton & Lange, 2005.
9. Goldberg J, Holtz D, Hyslop T, Tolosa JE. Has the use of routine episiotomy decrease? Examination of episiotomy rate from 1983 to 2000. *Obstet Gynecol* 2002; 99(3): 395-400.
10. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Library* 2000; 1: 1-9.
11. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol* 2001; 98(2): 225-30.
12. Deleeuw JW, Dewit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG* 2008; 115(1): 104-8.
13. Grigoriadis T, Athanasiou S, Zisou A, Antsaklis A. Episiotomy and perineal repair practices among obstetricians in Greece. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;106(1):27-9.
14. Deleeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenbury HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(9): 830-40.
15. Raisanen SH, Vehvilainen- Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric and sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88 (12): 1365-72.
16. Parnell C, Langhoff-Roos J, Moller H. Conduct of labor and rupture of the sphincter ani. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80 (3): 256-61.
17. Angioli R, Gomez- Marin O, Cantuaria G, Osullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: The University of Miami experience. *AM J Obstet Gynecol* 2000; 182(5): 1083-5.
18. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2000; 95(3): 464-71.
19. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JJ. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *BMJ* 2000; 320 (7227): 86-90.
20. American Colleague of obstetrician and Gynecologists. Episiotomy. *Practice Bulletin* no 71. 2006.
21. Aytan H, Tapisiz OL, Tuncoy G, Avsar FA. Severe perineal laceration in nuliparous woman and episiotomy type. *Eur Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 121(1): 46-50.
22. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric and sphincter injury: a prospective study. *Birth* 2006; 33 (2): 117-22.
23. Baghestan E, Irgens LM, Bordahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol* 2010; 116 (1): 25-34.
24. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2003.
25. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Hawarth L, Strachan B. A randomized controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicenter pilot study. *BJOG* 2008; 115(13): 1695-702.
26. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendaz O, Zuleta JJ. Selective vs routine episiotomy for prevention of third- or fourth degree lacerations in nuliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198(3):285.e1-4.
27. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and preneal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(1): 65-71.
28. Riskin-Mashiah S, O'Brian Smith E, Wilkins IA. Risk factors for severe perineal tear: can we do better? *Am J Perinatol* 2002; 19 (5): 225-34.
29. Neger CW, Helliwell JP. Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185 (2): 444-50.
30. Kwon S, Visco AG, Fitzgerald MP, Ye W, Whitehead WE; Pelvic Floor Disorders Network (PFDN). Validity and reliability of the modified Manchester Health Questionnaire in assessing patients with anal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2005; 48(2): 323-31; discussion 331-4.
31. Yang X, Zhang HX, Yu HY, Gao XL, Yang HX, Dong Y. The prevalence of fecal incontinence and urinary incontinence in primiparous postpartum Chinese women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 152 (2): 214-7.