

مقایسه پیامد زایمان طبیعی با و بدون اپی‌زیاتومی در مادران

نخست‌زا در بیمارستان مبینی شهرستان سبزوار

دکتر میترا افتخاری یزدی^۱، دکتر مصطفی راد^۲، دکتر بهناز سویزی^۱، سپیده بهروزی

نسب^۳، ندا مهدوی فر^۴، مرضیه ترکمن‌نژاد سبزواری^{۵*}

۱. استادیار گروه زنان و مامائی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۲. دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۳. کارشناس مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۴. مربی گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۵. کارشناس ارشد مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۰۶

خلاصه

مقدمه: کاربرد محدود اپی‌زیاتومی و انجام اپی‌زیاتومی انتخابی در برابر اپی‌زیاتومی رایج در مطالعات مختلف توصیه شده است، اما طبق آمار کشورهای در حال توسعه، اپی‌زیاتومی همچنان به‌عنوان رایج‌ترین برش جراحی مامائی مرسوم است. بیشترین عامل کاربرد اپی‌زیاتومی در مادران کم‌خطر، نگرانی عامل زایمان از صدمات شدید پرینه می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه صدمات پرینه در زایمان مادران نخست‌زا با و بدون اپی‌زیاتومی انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی با بررسی ۳۶۰۲ پرونده مادر باردار نخست‌زا که طی سال‌های ۹۸-۱۳۹۶ در بیمارستان تک تخصصی زنان و زایمان شهرستان سبزوار زایمان طبیعی داشتند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها چک لیست محقق ساخته بود که داده‌های دموگرافیک مادر، طول فاز فعال، وزن نوزاد، دور سر نوزاد، تحرک در لیبر، القاء یا عدم القاء با اکسی‌توسین و مواجهه با بی‌دردی، بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان، مرگ نوزاد و میزان آسیب وارده به پرینه شامل پارگی درجه ۱، ۲، ۳ و ۴ گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های کای اسکوئر و رگرسیون انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در گروه زایمان بدون اپی‌زیاتومی ۳۱۷ نفر (۳۷/۸٪) پرینه سالم، ۳۲۴ نفر (۳۸/۵٪) پارگی درجه ۱ و ۵۶ نفر (۶/۶٪) پارگی درجه ۲ بود، ولی در گروه زایمان با اپی‌زیاتومی، ۱۳۰۲ نفر (۹۹/۳٪) پارگی درجه ۲ بود که بر اساس نتایج آزمون کای دو، تفاوت معنی‌داری بین صدمات پرینه در دو گروه وجود داشت ($P=0/001$). میزان صدمات شدید پرینه در گروه زایمان با اپی‌زیاتومی و بدون اپی‌زیاتومی تفاوت معنی‌داری نداشت ($P>0/05$). میزان بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: زایمان بدون اپی‌زیاتومی در مادران نخست‌زایی که ریسک فاکتورهای دیابت مادری، زایمان ابزار و وزن نوزاد بالای ۴۰۰۰ گرم ندارند، سبب افزایش صدمات شدید پرینه نمی‌شود.

کلمات کلیدی: اپی‌زیاتومی، پرینه، صدمه، نخست‌زا

* نویسنده مسئول مکاتبات: مرضیه ترکمن‌نژاد سبزواری؛ دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران. تلفن: ۰۵۱-۴۴۰۱۸۳۱۲
پست الکترونیک: mts1489@yahoo.com

مقدمه

اپی‌زیاتومی جراحی کوچکی بر روی پرینه است که به‌منظور تسهیل خروج سر جنین در مرحله دوم زایمان انجام می‌گیرد.

مدیریت بهینه مرحله دوم زایمان، از ترومای ناخواسته و شدید پرینه پیشگیری می‌کند (۱). رویکرد اپی‌زیاتومی اولین بار در قرن هجدهم، توسط مامای اسکاتلندی، به‌منظور مدیریت آسیب‌ها حین زایمان به‌کار گرفته شد و به‌عنوان یک جراحی کوچک هدفمند برای وسعت دادن به خروجی واژن و کاهش طول مرحله دوم به‌سرعت در مامایی جایگاه یافت. این روش سال‌هاست مورد اختلاف نظر واقع شده به‌دلیل که به‌نظر می‌رسد کاربرد اپی‌زیاتومی به مرور تغییر یافته است؛ به‌طوری‌که از پروسیجر انتخابی برای زایمان سخت به رویکردی پیشگیرانه برای حفاظت از پرینه تبدیل شده است. طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت میزان قابل قبول اپی‌زیاتومی تا ۱۰٪ قابل قبول می‌باشد (۲).

با وجود اینکه نقش حمایتی اپی‌زیاتومی از آسیب‌های کف لگن و جلوگیری از سیتوسل و رکتوسل به اثبات نرسیده است؛ این رویکرد در مامایی مدرن بین ۷۰-۲۰٪ در کشورهای در حال توسعه کاربرد دارد (۳). در مطالعه کارتال و همکاران (۲۰۱۷) میزان اپی‌زیاتومی در کشور ترکیه در مادران نخست‌زا ۹۳/۳٪ گزارش شد (۴). در کشور سوئد فراوانی اپی‌زیاتومی ۷٪ و در کشور ایران فراوانی اپی‌زیاتومی را بین ۹۷-۳۲٪ بیان کرده‌اند که علل آن در زایمان‌های سخت و طبیعی و در نخست‌زا و چندزا تفکیک نشده است (۷-۵). مطالعه گلمکانی و همکاران (۲۰۰۸) از اپی‌زیاتومی انتخابی در مقابل اپی‌زیاتومی روتین حمایت کرد (۷). در مطالعه سینگ و همکاران (۲۰۱۶) زایمان ابزاری از ریسک فاکتورهای مهم کاربرد اپی‌زیاتومی ذکر شد و در مطالعه بال استروس و همکاران (۲۰۱۶) ریسک فاکتورهای اپی‌زیاتومی شامل: نولی پاریته، القاء با اکسی‌توسین و بی‌دردی اپیدورال بیان شدند (۸، ۹). در حالی‌که در مطالعه اشمولی و همکاران (۲۰۱۷) فاکتورهایی نظیر مکونیال بودن و ضربان قلب غیراطمینان‌بخش با بیشترین میزان اپی‌زیاتومی همراه بود و وزن جنین، کمترین علت برای انجام اپی‌زیاتومی

بیان شد؛ همچنین القاء با اکسی‌توسین و بی‌دردی منطقه‌ای ارتباطی با کاربرد اپی‌زیاتومی نداشت (۱۰). به‌نظر می‌رسد متغیرهای فردی بیماران مانند نژاد، وضعیت جسمانی، تغذیه، تحصیلات و امکانات و مراقبت‌های درمانی متفاوت و حتی رویکردهای متفاوت عامل زایمان در کشورهای مختلف؛ می‌تواند در تصمیم‌گیری جهت انجام اپی‌زیاتومی اثرگذار باشد (۹). آنچه تصمیم‌گیری جهت انجام یا عدم انجام اپی‌زیاتومی را دشوار می‌کند، ترس از گسترش پارگی و افزایش آسیب به مادر به‌ویژه در زایمان مادران نخست‌زا می‌باشد (۱۱)؛ آنچه اهمیت دارد پیشگیری از ترومای پرینه چه به‌صورت غیرعمدی و چه ایاتروژنیک در زایمان طبیعی است که می‌تواند سلامت زنان سنین باروری را تحت تأثیر قرار دهد و همچنین هزینه و عوارض ناشی از آن را کاهش دهد (۱۲). مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه میزان گسترش پارگی در زایمان‌های نخست‌زا با و بدون اپی‌زیاتومی انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی که مبتنی بر جمعیت بیمارستان تک تخصصی شهیدان مبینی سبزوار از طریق بررسی پرونده بیماران انجام شد، بر روی ۳۶۰۲ نفر از مادران نخست‌زایی که طی ۳ سال ۹۸-۱۳۹۶ جهت زایمان به بیمارستان مبینی مراجعه کرده بودند، انجام شد. ملاحظات اخلاقی این مطالعه شامل محرمانه بودن اطلاعات پرونده و استفاده از کد به جای نام بیمار با کد IR.MEDSAB.REC.1396.114 مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار قرار گرفت. نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری انجام شد و تمام پرونده‌های مادران نخست‌زا به تعداد ۳۶۰۲ پرونده مورد بررسی قرار گرفت که پس از لحاظ نمودن معیارهای ورود و خروج، ۲۱۵۱ پرونده وارد مطالعه شد. معیارهای ورود به این مطالعه شامل: نخست‌زا بودن، حاملگی تک‌قلو، وزن بین ۴۰۰۰-۲۸۰۰ گرم، پرزانتاسیون سفالیک، زایمان طبیعی بدون ابزار، عدم بیماری زمینه‌ای مانند دیابت، پره‌اکلامپسی، ضایعات ولو و مکونیال بودن جنین بود. پرونده تمام زنان نخست‌زا ۴۵-۱۴ ساله که

اکسی‌توسین و مواجهه با بی‌دردی از آزمون‌های کای دو و رگرسیون چندگانه استفاده شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

به‌طور کلی ۲۱۵۱ پرونده مادر نخست‌زاد با زایمان واژینال وارد مطالعه شد. میانگین سنی مادران $24/5 \pm 2/1$ سال و میانگین سن بارداری آنها حدود $37/2 \pm 1/2$ هفته بود. از این میان ۱۴۰ نفر ($6/5\%$) پره‌ترم و ۲۰۱۱ نفر ($93/5\%$) ترم بودند. 100% مادران نولی‌پار بودند. از این تعداد ۱۳۱۱ نفر ($60/9\%$) تحت اپی‌زیاتومی قرار گرفتند و ۸۴۰ نفر ($39/1\%$) بدون اپی‌زیاتومی زایمان کردند. ۹۰۰ نفر از مراجعان ($41/9\%$) در روستا و ۱۲۵۱ نفر ($58/1\%$) در شهر زندگی می‌کردند (جدول ۱). در گروه زایمان بدون اپی‌زیاتومی ۲۸۶ نفر ($35/4\%$) پرینه سالم داشتند و ۱۴۰ نفر ($17/3\%$) صرفاً آسیب پوستی بدون ترومای مخاطی داشتند. پارگی درجه ۲ و ۳ در گروه اپی‌زیاتومی بیشتر از گروه بدون اپی‌زیاتومی بود که بر اساس نتایج آزمون کای دو، تفاوت معنی‌داری از نظر آسیب پرینه بین دو گروه وجود داشت ($p=0/001$) (جدول ۲). از ۲۱۵۱ نوزاد، میزان کلی بستری در NICU تعداد ۷۶ نوزاد بود و ۲۸ مورد مرگ نوزادی بلافاصله بعد از تولد در هر دو گروه زایمان با اپی‌زیاتومی و زایمان بدون اپی‌زیاتومی وجود داشت که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر بستری در NICU وجود نداشت ($p=0/61$).

سن حاملگی بین ۳۴-۴۲ هفته داشتند؛ با معیارهای فوق بررسی شد. پس از ورود پرونده‌ها به مطالعه، نمونه‌ها در دو گروه قرار گرفتند. گروه اول مادران نخست‌زایی بود که زایمان طبیعی با اپی‌زیاتومی داشتند و گروه دوم مادران نخست‌زایی بودند که زایمان طبیعی بدون اپی‌زیاتومی داشتند. اطلاعات بیماران با استفاده از چک‌لیست پژوهشگر ساخته گردآوری گردید. گویه‌های چک‌لیست شامل متغیرهای دموگرافیک مادر، ۳ متغیر کمی شامل طول فاز فعال (ساعت)، وزن نوزاد (گرم) و دور سر نوزاد (سانتی‌متر) و متغیرهای کیفی شامل: تحرک در لیبر، القاء یا عدم القاء با اکسی‌توسین و مواجهه با بی‌دردی، بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU)، مرگ نوزاد و میزان آسیب وارده به پرینه شامل پارگی درجه ۱، ۲، ۳ و ۴ بود. لازم به ذکر است این چک‌لیست از نظر روایی محتوای کیفی توسط ۲ متخصص زنان، ۲ ماما و ۳ عضو هیأت علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار با توجه به معیارهای خروج مطالعه بررسی و طبق نظرات ایشان اصلاح و تدوین شد. پرونده مادرانی که زایمان آنها توسط رزیدنت، دانشجوی مامایی یا نیروهای جدیدالورود انجام شده بود؛ از مطالعه حذف شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان گسترش پارگی به‌عنوان متغیر وابسته و زایمان بدون اپی‌زیاتومی و زایمان با اپی‌زیاتومی به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند. جهت بررسی متغیرهای طول فاز فعال، وزن و دور سر نوزاد، تحرک در لیبر، القاء یا عدم القاء با

جدول ۱- متغیرهای دموگرافیک و بارداری در دو گروه زایمان بدون اپی‌زیاتومی و زایمان با اپی‌زیاتومی

متغیر	گروه زایمان بدون اپی‌زیاتومی	گروه زایمان با اپی‌زیاتومی	مجموع
سن مادر (انحراف معیار \pm میانگین)	$24/5 \pm 2/1$	$24/5 \pm 2/1$	
سن بارداری	۱۰۴۶ (۵۲)	۹۶۵ (۴۷/۹)	۲۰۱۱ (۱۰۰)
تعداد (درصد)	۷۴ (۵۲/۸)	۶۶ (۴۷/۱)	۱۴۰ (۱۰۰)
سکونت	۴۸۶ (۵۷/۸)	۷۶۵ (۵۸/۳)	۱۲۵۱ (۱۰۰)
تعداد (درصد)	۳۵۴ (۴۲/۱)	۵۴۶ (۴۱/۶)	۹۰۰ (۱۰۰)

جدول ۲- تعیین توزیع فراوانی و مقایسه پیامد زایمان طبیعی با و بدون اپی‌زیاتومی در مادران نخست‌زا

سطح معنی‌داری	آزمون کای دو	مجموع	آسیب پوست	پارگی درجه ۴	پارگی درجه ۳	پارگی درجه ۲	پارگی درجه ۱	پرینه سالم	اپی‌زیاتومی
	۱/۰۷۷	(۱۰۰)۸۴۰	(۱۶/۶)۱۴۰	(۰/۱)۱	(۰/۱)۱	(۶/۶)۵۶	(۳۸/۵)۳۲۴	(۳۷/۸)۳۱۷	زایمان بدون اپی‌زیاتومی تعداد (درصد)
۰/۰۰۱		(۱۰۰)۱۳۱۱	(۰)۰	(۰/۱)۱	(۰/۱)۲	(۹۹/۳)۱۳۰۲	(۰/۴)۶	(۰)۰	زایمان با اپی‌زیاتومی تعداد (درصد)

نظر وزن نوزاد، دور سر نوزاد و طول فاز فعال تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p > 0/05$). متغیرهای تحرک در لیبر، استفاده از انواع بی‌دردی، میانگین وزن نوزاد، دور سر نوزاد و طول فاز فعال در دو گروه اپی‌زیاتومی و بدون اپی‌زیاتومی مورد مقایسه قرار گرفت که دو گروه تفاوت معنی‌داری را از نظر ایجاد تروما در پرینه با یکدیگر نداشتند ($p > 0/05$) (جدول ۳).

میانگین وزن نوزادان در گروه بدون اپی‌زیاتومی $3018/95 \pm 534/93$ و در گروه اپی‌زیاتومی $3144/51 \pm 436/1$ گرم بود. دور سر نوزاد در گروه بدون اپی‌زیاتومی $34/14 \pm 2/6$ و در گروه اپی‌زیاتومی $34/56 \pm 1/86$ سانتی‌متر و طول فاز فعال در گروه بدون اپی‌زیاتومی $5/1 \pm 2/2$ و در گروه با اپی‌زیاتومی $5/32 \pm 3/5$ ساعت بود که آزمون آماری تی مستقل از

جدول ۳- بررسی وضعیت متغیرهای تحرک در لیبر، استفاده از انواع بی‌دردی، میانگین وزن نوزاد، دور سر نوزاد، و طول فاز فعال با میزان تروما به پرینه در دو گروه اپی‌زیاتومی و بدون اپی‌زیاتومی

سطح معنی‌داری	آسیب پوستی	پارگی درجه ۴	پارگی درجه ۳	پارگی درجه ۲	پارگی درجه ۱	پرینه سالم	متغیر	گروه
	(۰/۱۱)۹۱	(۰/۰۱)۱	.	(۰/۰۴)۳۳	(۲۴/۳)۱۹۳	(۳/۳۶)۱۸۴	تحرک در لیبر	
*۰/۵	(۰/۱۶)۴۷	.	(۰/۰۰۳)۱	(۷/۵)۲۲	(۴۲/۴)۱۲۴	(۰/۳۳)۹۸	بدون تحرک در لیبر	
	(۱۷/۷)۱۱۴	(۰/۱)۱	(۰/۱)۱	(۷/۱)۴۶	(۳۹/۷)۲۵۵	(۳۴/۹)۲۲۴	بدون بی‌دردی	
*۰/۷	(۰/۹)۷	.	.	(۳/۸)۳	(۳۰/۷)۲۴	(۴۱)۳۲	بی‌دردی با اتونوکس	زایمان
	(۱/۳)۱۴	.	.	(۰/۸)۷	(۴۴/۱)۳۸	(۳۱/۳)۲۷	بی‌حسی اسپینال	بدون
	۲۹۹۸/۷۸ (۶۷۵/۴۹)	(۶۸۰/۴۹)۳۵۵۰	(۶۴۳/۶۶)۳۳۲۰/۳۰	(۶۷۶/۴۹)۳۱۶۳/۸۴	۳۰۹۴/۸۴ (۶۷۵/۴۹)	۲۹۹۲/۵۵ (۹۲۲/۵۵)	میانگین وزن نوزاد (گرم)	اپی‌زیاتومی
**۰/۳۵	(۱/۲۵)۳۳/۲۵	(۰/۰۰)۳۶/۰۰	(۱/۳۴)۳۳/۰۰	(۱/۳۴)۳۴/۶۳	(۱/۷)۳۴/۳۸	(۳/۹۹)۳۳/۶۹	میانگین دور سر نوزاد	
**۰/۵	(۲/۳۲)۵/۲۸	(۰/۰۰)۴/۰	(۰/۰۰)۱۰/۰۰	(۲/۱۳)۵/۴۸	(۲/۱۸)۵/۲۴	(۲/۰۶)۴/۸	میانگین طول فاز فعال	
*۰/۵	(۰/۳)۲	(۰/۱)۱	(۰/۳)۲	(۹۹/۱)۶۱۵	.	.	تحرک در لیبر	
	(۰/۱)۱	.	.	(۹۶/۸)۶۶۴	.	.	بدون تحرک در لیبر	
	(۰/۰۹)۱	(۰/۰۹)۱	(۹۹/۳)۱۰۴۰	(۰/۴۷)۵	.	.	بدون بی‌دردی	
*۰/۵	.	.	.	(۱۰۰)۱۱۸	.	.	استفاده از اتونوکس	
	.	.	(۰/۷)۱	(۹۸/۴)۱۲۷	(۰/۷)۱	.	بی‌حسی اسپینال	زایمان با
**۰/۰۴	-	(۶۷۵/۴۹)۳۴۴۵/۰۰	(۶۷۴/۴۹)۳۹۲۵/۰۰	(۶۷۵/۴۹)۳۱۴۴/۸۳	-	-	میانگین وزن نوزاد	اپی‌زیاتومی
**۰/۰۳	-	(۰/۰۰)۳۳/۰۰	(۱/۷)۳۶/۲۵	(۱/۳۳)۳۴/۶۳	-	-	میانگین دور سر نوزاد	
**۰/۹۵۴	-	(۰/۰۰)۱۱/۰۰	(۲/۶۰)۸/۱۵	(۱/۶۱)۵/۳۱	-	-	میانگین طول فاز فعال	

* آزمون دقیق فیشر، ** آزمون تی تست

بر اساس نتایج مطالعه در گروه زایمان بدون اپی‌زیاتومی، ۲۱۳ نفر (۲۵/۴٪) اینداکشن شده بودند، در مقابل در گروه زایمان با اپی‌زیاتومی ۶۸۶ نفر (۵۲/۳٪) مادران القاء با اکسی‌توسین شده بودند. نتایج رگرسیون چندگانه با تعدیل اثر متغیرهای وزن، دور سر، بی‌دردی و طول فاز فعال و ضریب تعیین ۱/۱۷ نشان داد که القاء با اکسی‌توسین میزان اپی‌زیاتومی را ۱/۴۵ برابر (۲/۰۲۰- CI: ۱/۰۵-۰/۹۵٪) افزایش می‌دهد. مقایسه میانگین دور سر در دو گروه نشان داد که افزایش دور سر از ۳۴/۰۱±۳/۹۲ در مقایسه با دور سر ۳۴/۴۳±۱/۹۶ باعث گسترش پارگی به پاراورترا می‌شود، اما بر افزایش پارگی درجات ۳ و ۴ تأثیری ندارد. نتایج رگرسیون چندگانه با تعدیل اثر متغیرهای وزن، اینداکشن، بی‌دردی و طول فاز فعال نشان داد افزایش دور سر می‌تواند ۱/۰۷ برابر (۱/۱۳۵-۱/۰۱- CI: ۰/۹۵٪) پارگی پاراورترا را افزایش دهد.

بحث

هدف از انجام این مطالعه، مقایسه میزان صدمات وارد شده به پرینه در مرحله دوم زایمان با اپی‌زیاتومی و بدون اپی‌زیاتومی بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد زایمان طبیعی در زنان نخست‌زایی که ریسک فاکتور ندارند؛ باعث صدمات شدید پرینه مانند پارگی‌های درجه ۳ و ۴ نمی‌شود و انجام اپی‌زیاتومی نقش حفاظتی ندارد. مطالعات گوناگون بیان می‌کنند اپی‌زیاتومی باید محدود شود؛ علی‌رغم این مطالعات کاربرد اپی‌همچنان در کشورهای در حال توسعه کاهش نیافته است. نکته قابل توجه در مطالعه حاضر این بود که حداقل پارگی تحمیل شده از سوی عامل زایمان به مادر نخست‌زا در زایمان با اپی‌زیاتومی از نوع درجه ۲ بود، درحالی‌که در زایمان بدون اپی‌زیاتومی بیش از ۷۵٪ پرینه سالم یا پارگی درجه ۱ داشتند. این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که مطالعات گوناگون، به بررسی اثر داروهای شیمیایی و گیاهی به‌منظور تسکین درد، ترمیم زود هنگام و پیشگیری از عفونت محل اپی‌زیاتومی پرداخته‌اند که قطعاً قابل پیشگیری می‌باشد (۱۳). همسو با نتایج این مطالعه، در مصداقی و همکاران (۲۰۱۱) نیز ترومای وارد

شده به پرینه در زایمان بدون اپی‌زیاتومی در بیش از ۹۰٪ موارد، فقط پارگی درجه ۱ بود و هیچ موردی از پارگی درجه ۴ در زایمان بدون اپی‌زیاتومی رخ نداده بود و مهم‌ترین عامل پیشگویی‌کننده میزان ترومای وارده به پرینه در زایمان‌های بدون اپی‌زیاتومی، وزن نوزاد بود؛ درحالی‌که در مطالعه حاضر وزن نوزاد ارتباطی با ترومای شدید پرینه نداشت که می‌تواند به‌دلیل خارج کردن مادران دیابتی از این مطالعه باشد (۱۴). گبوزا و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود ذکر کردند آسیب‌های شدید پرینه شامل پارگی درجه ۳ و ۴ فقط در زنان نولی‌پاری که با فورسیس یا وکیوم زایمان کرده‌اند؛ افزایش ۵ برابری دارد و در زایمان بدون ابزار حداکثر آسیب وارده به پرینه پارگی درجه ۲ می‌باشد (۱۵). همسو با نتایج این پژوهش، در مطالعه آینده‌نگر رضایی و همکاران (۲۰۱۴) که به‌صورت دوگروهه انجام شد؛ گزارش شد که در صورت انجام نشدن اپی‌زیاتومی روتین، صرفاً میزان پارگی‌های درجه ۱، لیبیاها و بخش قدامی واژن افزایش می‌یابد که این پارگی‌ها با عوارض کمی همراه هستند؛ اما میزان پارگی درجه ۳ و ۴ که با درد خونریزی و عوارض همراه هستند، افزایش نمی‌یابد (۱۶).

مطالعه افتخاری یزدی و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که ترس از آسیب‌های جنینی نظیر آپگار پایین نوزاد یا بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به‌دلیل آسفیکسی مرحله دوم زایمان، یکی از عوامل محرک برای تصمیم‌گیری عامل زایمان در خصوص انجام اپی‌زیاتومی است (۱۱)؛ حال آنکه نتایج مطالعه حاضر بیان می‌کند در صورت شفاف بودن مایع آمنیون و نبود ریسک فاکتور مادری نظیر دیابت، میزان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در زایمان با اپی‌زیاتومی و بدون اپی‌زیاتومی تفاوتی ندارد و همچنین مرگ نوزاد در گروه زایمان بدون اپی‌زیاتومی بیشتر از گروه زایمان با اپی‌زیاتومی بوده است. در مطالعه کوواویسراک و همکار (۲۰۱۷) بیان شد که در صورت خارج کردن ضربان قلب نامطمئن، عدم انجام اپی‌زیاتومی، میزان آسفیکسی و بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه را افزایش نمی‌دهد که می‌تواند در اصلاح این تصور اشتباه که اپی‌زیاتومی موربیدیته نوزادی را کاهش می‌دهد، کمک‌کننده باشد (۱۷).

حجم نمونه مناسب بود که اطلاعات بیماران در پرونده بدون سوگیری در گذشته ثبت شده بود.

نتیجه گیری

در مادران نخست‌زا با حاملگی ترم که سابقه بیماری زمینهای مانند دیابت و پره‌اکلامپسی ندارند، مایع آمنیوتیک شفاف است و نوزاد تخمین وزن ۴۰۰۰-۲۸۰۰ گرم دارد، می‌توان زایمان طبیعی بدون اپی‌زیاتومی را بدون افزایش صدمات پرینه انجام داد. همچنین در مواردی مانند بی‌دردی با انتونوکس یا بی‌دردی اسپینال نیاز به اپی‌زیاتومی بیشتر از سایر موارد مطرح نمی‌باشد و زایمان طبیعی بدون اپی‌زیاتومی در این موارد، باعث افزایش صدمات پرینه نمی‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار که هزینه مالی این طرح را تأمین کردند و کلیه همکارانی که در این اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

همچنین در مطالعه خوشنود شریعتی و همکار (۲۰۰۵) که با هدف مقایسه آپگار نوزاد در دقیقه اول در زایمان‌های با اپی‌زیاتومی و بدون اپی‌زیاتومی انجام شده بود؛ در گروه زایمان بدون اپی‌زیاتومی نمره آپگار کمتر از ۷ با گروه زایمان با اپی‌زیاتومی تفاوتی نداشت (۱۸). مقایسه نتایج مطالعاتی که ذکر شد با این مطالعه نشان می‌دهد انجام اپی‌زیاتومی در زنان نخست‌زا، نه تنها پیامدهای مادری و نوزادی را بهبود نمی‌بخشد، بلکه انجام این پروسیجر بالقوه درد و ناراحتی مادر و ریسک عفونت زخم را به‌دنبال دارد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به دسترسی محدود به برخی اطلاعات بیماران مانند شاخص توده بدنی مادران و طول پرینه یا ابتلاء به عفونت واژینال در زمان زایمان اشاره کرد. همچنین سطح تحصیلات یا آموزش‌های دوران بارداری برای ما نامشخص بود. از نقاط ضعف این مطالعه مواردی نظیر عدم امکان مقایسه سابقه کار عامل زایمان و تجربه و تکنیک ایشان در انجام زایمان بود. همچنین مقایسه مواردی نظیر همکاری یا عدم همکاری مادر در مرحله دوم زایمان امکان‌پذیر نبود. نقطه قوت این مطالعه، دسترسی به اطلاعات واقعی و

منابع

1. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health care for women international* 2018; 39(6):644-62.
2. Mirteimouri M, Pourhoseini SA, Emadzadeh M, Moein DS. Maternal and fetal complications in vaginal birth after cesarean. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2020; 23(8):1-7.
3. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery* 2010; 26(3):348-56.
4. Kartal B, Kızıllırmak A, Calpbinici P, Demir G. Retrospective analysis of episiotomy prevalence. *Journal of the Turkish German Gynecological Association* 2017; 18(4):190-4.
5. Khani S, Taringou F, Shaaban KB. Episiotomy: A preventive medication of extensive genital tract trauma or a risk factor. *Pathobiology Reaearch (Modares Journal of Medical Sciences)* 2001; 4(1):9-16.
6. Khani S, Zare K, Ramezannezhad SE. The Frequency of Episiotomy and Its Related Factors. *Iran Journal of Nursing* (2008-5923) 2012; 24(74):45-52.
7. Golmakani N, Refaei Saeidi S, Mazlum SR, Soltani B. Evaluation of the prineal trauma level in primiparous women with routine and selective episiotomy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2008; 11(1):39-46.
8. Singh S, Thakur T, Chandhiok N, Dhillon BS. Pattern of episiotomy use & its immediate complications among vaginal deliveries in 18 tertiary care hospitals in India. *The Indian journal of medical research* 2016; 143(4):474-80.
9. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche M. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Revista latino-americana de enfermagem* 2016; 24.
10. Shmueli A, Gabbay Benziv R, Hiersch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, et al. Episiotomy—risk factors and outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2017; 30(3):251-6.
11. Yazdi ME, Rad M, Sabzevari MT. Effect of workshop training along with simulation and support of labor practitioners on their attitude and performance in conducting routine episiotomy. *Journal of education and health promotion* 2019; 8:121.

12. Alperin M, Krohn MA, Parviainen K. Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2008; 111(6):1274-8.
13. Moradi M, Niazi A, Mazloumi E, Mousavi SF, Lopez V. Effect of lavender on episiotomy wound healing and pain relief: a systematic review. *Evidence Based Care* 2020; 10(1):61-9.
14. Mesdaghinia E, Abbaszadeh F, Mesdaghinia A. Incidence of perineal trauma in normal spontaneous vaginal delivery in Shabih-khani Maternity Hospital of Kashan during 2007-9. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2011; 14(5):533-8.
15. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gdaniec A, Mieczkowska E, Gierszewska M, Dombrowska-Pali A, et al. Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. *Health care for women international* 2018; 39(6):663-83.
16. Rezaie M, Shahoei R, Shahgibi S, Afkhamzadeh A, Farhadifar F. Comparison of perineal lacerations in routine vs. selective mediolateral episiotomy among women referring to the obstetrics department of besat hospital in Sanandaj in 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(116):8-14.
17. Kovavisarach E, Laiamnuay J. Pregnancy Outcomes of Healthy Parturients Delivered With or Without Episiotomy. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmai het thangphaet* 2017; 100:S70-6.
18. Khoushnoud SM, Zadehmodares SH. Effect of episiotomy on apgar score and ph of umbilical artery in newborn infants. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2005; 8(1):19-24.