

# مقایسه ترمیم اپی زیاتومی به روش گسسته و پیوسته در زنان نخست‌زا: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده

دکتر مرضیه لری پور<sup>۱</sup>، پوران الله بخشی نسب<sup>۲\*</sup>، مرضیه نجار<sup>۲</sup>

۱. دانشیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۸

خلاصه

**مقدمه:** اپی زیاتومی با عوارضی نظیر درد، عفونت و احساس ناخوشایند از بخیه‌های پرینه برای مادران همراه است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه عوارض زودرس مادری در ترمیم اپی زیاتومی به روش گسسته و پیوسته در زنان نخست‌زا انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده یک سوکور در سال ۹۷-۱۳۹۶ بر روی ۱۴۰ زن نخست‌زای مراجعه کننده جهت زایمان واژینال در زایشگاه نیک نفس شهرستان رفسنجان انجام شد. افراد به صورت تصادفی به دو گروه ۷۰ نفره تخصیص یافتند. ترمیم اپی زیاتومی در یک گروه به روش گسسته و در گروه دیگر به روش پیوسته انجام شد. ابزار مطالعه، فرم اطلاعات دموگرافیک و مشخصات مامایی، مقیاس دیداری درد و ابزار عفونت محل جراحی بود. نمره شدت درد، استفاده از مسکن، عفونت زخم و آزاردهندگی بخیه‌ها ۲ ساعت، ۵-۳ روز، ۲ و ۶ هفته پس از زایمان بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های آماری کای اسکور، تی مستقل و من ویتنی انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نمره شدت درد و آزاردهندگی بخیه‌ها در زمان‌های مورد بررسی، در گروه ترمیم پیوسته کمتر از گسسته بود ( $p < 0/05$ ). میزان استفاده از مسکن در این زمان‌ها در دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشت ( $p > 0/05$ ). عفونت اپی زیاتومی ۵-۳ روز و ۲ هفته بعد از زایمان در گروه ترمیم پیوسته کمتر بود ( $p < 0/05$ ). همچنین مدت زمان ترمیم، تعداد نخ و آمپول لیدوکائین به کار رفته در روش پیوسته کمتر بود ( $p < 0/05$ ).  
**نتیجه گیری:** شدت درد، میزان آزاردهندگی بخیه‌ها و عفونت اپی زیاتومی در ترمیم پیوسته نسبت به ترمیم گسسته کمتر می‌باشد و به علت استفاده کمتر از نخ و بی‌حسی از نظر اقتصادی نیز به صرفه می‌باشد.

**کلمات کلیدی:** روش بخیه زدن، پیوسته، گسسته، ترمیم اپی زیاتومی، عفونت زخم

\* نویسنده مسئول مکاتبات: پوران الله بخشی نسب؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران. تلفن: ۰۳۴-۳۴۳۷۳۶۳۸

پست الکترونیک: p\_allahbakhshi@rums.ac.ir

## مقدمه

نزدیک به دو قرن است که از اپی‌زیاتومی<sup>۱</sup> به‌منظور کاستن از زایمان‌های سخت، کوتاه کردن مرحله دوم زایمان، کاهش احتمال پارگی شدید پرینه و عوارض ناشی از شل شدن عضلات کف لگن و ترمیم سریع استفاده می‌شود. کاربرد محدود اپی‌زیاتومی به کاربرد روتین آن ارجحیت دارد و باید به‌صورت انتخابی برای مواردی استفاده شود که در صورت عدم انجام اپی‌زیاتومی پارگی شدید پرینه رخ می‌دهد (۱-۳).

بخش قابل توجهی از عوارض کوتاه‌مدت بعد از زایمان شامل: از دست دادن خون، درد پرینه، ادم، عفونت، هماتوم و باز شدن زخم و عوارض بلندمدت مانند تشکیل اسکار<sup>۲</sup>، عفونت زخم و مقاربت دردناک ناشی از اپی‌زیاتومی، پارگی و ترمیم آنها می‌باشد (۴). عضلات پرینه در فعالیت‌های معمول نقش مؤثری داشته و برش این ناحیه علاوه بر ایجاد درد، خستگی، بی‌خوابی، ایجاد مشکل در نشستن و در آغوش گرفتن فرزند، کاهش عملکرد جنسی و اختلال روابط عاطفی مادر و نوزاد را نیز به‌دنبال دارد (۵-۸)، لذا ترمیم اپی‌زیاتومی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و موجب رهایی مادر از مشکلات فوق و بازگشت سریع‌تر او به فعالیت‌های روزانه می‌شود.

یکی از اعمال جراحی که مانند هر زخم دیگری ممکن است دچار عفونت و تأخیر در ترمیم شود، برش اپی‌زیاتومی است که این عفونت می‌تواند منجر به بروز عوارض خطرناک و حتی مرگ مادر شود (۹).

طبق پژوهش‌ها و مطالعات انجام شده، یکی از عواملی که ممکن است میزان هر یک از این عوارض را تحت تأثیر قرار دهد، نوع نخ بخیه و همچنین روش بخیه زدن پرینه است (۱۰). اخیراً در برخی مطالعات گزارش شده که استفاده از روش ترمیم پیوسته نسبت به ترمیم گسسته (مرسوم) با درد و عوارض کمتری همراه است، درحالی‌که در این رابطه گزارشات ضدونقیضی وجود دارد. در مطالعه مروری کتل و همکاران (۲۰۱۲) گزارش شد که ترمیم اپی‌زیاتومی به‌روش پیوسته در

مقایسه با روش گسسته با درد کمتری تا ۱۰ روز پس از زایمان همراه است و همچنین نیاز کمتری به برداشتن نخ‌های بخیه باقی‌مانده وجود داشت، اما تفاوت آماری معنی‌داری در زمینه نیاز به ترمیم مجدد پرینه و درد طولانی‌مدت وجود نداشت (۱۱). در مطالعه حسن‌پور و همکاران (۲۰۱۲) تفاوت آماری معنی‌داری بین نمره شدت درد و نمره مقیاس رید<sup>۳</sup> بین دو گروه ترمیم اپی‌زیاتومی به روش گسسته و پیوسته وجود نداشت، اما متوسط زمان مورد نیاز جهت ترمیم اپی‌زیاتومی و تعداد نخ مورد استفاده در گروه پیوسته نسبت به گروه گسسته کمتر بود (۱۲).

اگرچه ترمیم اپی‌زیاتومی به‌روش پیوسته توصیه شده است (۱)، اما با توجه به نتایج ضدونقیض مطالعات انجام شده و مطالعات محدود در این زمینه در ایران و همچنین عدم بررسی عوارضی مانند میزان عفونت اپی‌زیاتومی در تحقیقات مشابه و نیز تأکید سازمان بهداشت جهانی (WHO)<sup>۴</sup> برای تسکین درد مادران پس از زایمان، مطالعه حاضر با هدف مقایسه ترمیم اپی‌زیاتومی با روش پیوسته و گسسته انجام شد (۱۳).

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی یک‌سوکور از شهریور ماه ۱۳۹۶ تا اسفند ماه ۱۳۹۷ بر روی ۱۴۰ زن نخست‌زای مراجعه‌کننده جهت زایمان واژینال در زایشگاه نیک‌نفس شهرستان رفسنجان انجام شد. پس از اخذ کد اخلاق با شماره IR.RUMS.REC.1396.90 از دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و دریافت کد IRCT2017090635617N1 از مرکز کارآزمایی بالینی ایران و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه در ابتدای ورود به مطالعه توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش انجام شد.

حجم نمونه با استفاده از مطالعه سرشتی و همکاران (۲۰۱۱) و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه، با در نظر گرفتن  $\alpha=0.05$ ،  $\beta=0.20$  و توان آزمون ۰.۸۰،

<sup>3</sup> REEDA scale

<sup>4</sup> World Health Organization

<sup>1</sup> Episiotomy

<sup>2</sup> scar

برای هر گروه به دست آمد (۱۴).  
 $\delta_1=2/5$ ،  $\delta_2=2/56$ ،  $X_1=3/85$  و  $X_2=2/65$ ،  $70$  نفر

برای اختصاص تصادفی نمونه‌ها به دو گروه، از بلوک جایگشتی استفاده شد؛ بدین صورت که با استفاده از جدول اعداد تصادفی و روش جایگشتی افراد به گروه‌های A و B اختصاص داده شدند. گروه A (گسسته) و گروه B (پیوسته) بود و جایگشت‌های A و B شامل AB و BA بود. مقرر شد که اعداد ۰-۴ به جایگشت AB و اعداد ۵-۹ به جایگشت BA اختصاص یابد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: نخست‌زا، سن ۱۸-۳۵ سال، حاملگی ترم (۳۷-۴۲ هفته)، تک‌قلوبی، نمایش سفالیک، نداشتن رژیم غذایی خاص، نداشتن بیماری خاص (کم‌خونی، بیماری‌های قلبی-عروقی، کبدی، دیابت، افسردگی، عدم وجود اختلالات انعقادی، پره‌اکلامپسی و بیماری‌های عفونی)، عدم مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، شاخص توده بدنی کمتر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع، نداشتن اختلال در مراحل زایمانی، زایمان خودبه‌خود، وزن جنین کمتر از ۴۰۰۰ گرم، عدم گسترش اپی‌زیاتومی (پارگی درجه ۳ و ۴) و معیارهای خروج از پژوهش شامل: خونریزی بلافاصله بعد از زایمان (بیش از ۵۰۰ سی‌سی)، دستکاری مجدد پرینه بعد از زایمان و یبوست مداوم بعد از زایمان بود.

پس از انجام پرپ و درپ و بی‌حسی موضعی با ۵ میلی‌لیتر لیدوکائین ۰.۲٪ (۹)، اپی‌زیاتومی به صورت میانی جانبی سمت راست داده شد و ترمیم در هر دو گروه با استفاده از کاتکوت کرومیک دو صفر ساخت شرکت SUPA انجام شد. در یک گروه اپی‌زیاتومی به روش گسسته در چهار لایه بدین صورت که مخاط واژن به روش دندان موشی<sup>۱</sup> (زنجیری)، عضله به روش گسسته<sup>۲</sup>، لایه زیر جلد به روش پیوسته و پوست به روش گسسته ترمیم شد. در گروه دیگر اپی‌زیاتومی در چهار لایه بدین صورت که مخاط واژن به روش دندان موشی، عضله و لایه زیر جلد به روش پیوسته و پوست به روش پیوسته داخل جلدی<sup>۳</sup> ترمیم شد. به تمام شرکت

کنندگان در هر دو گروه پس از زایمان آموزش یکسان جهت مراقبت از اپی‌زیاتومی داده شد و با کپسول مفنامیک اسید، سفالکسین و همتانیک ترخیص شدند. جهت تکمیل اطلاعات مورد نیاز، ارزیابی‌های بعدی ۲ ساعت، ۵-۳ روز، ۲ هفته و ۶ هفته بعد از زایمان انجام شد. در ضمن ترمیم تمام اپی‌زیاتومی‌ها توسط یک نفر همکار کارشناس مامایی انجام شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و مشخصات مامایی، مقیاس دیداری درد (VAS)<sup>۴</sup> و ابزار عفونت محل جراحی (Ssi)<sup>۵</sup> بود. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، شاخص توده بدنی، میزان تحصیلات و مشخصات مامایی شامل: تعداد حاملگی، تعداد سقط، سن حاملگی، نمایش جنین و وزن نوزاد بود. روایی و پایایی مقیاس دیداری درد در مطالعات مختلف تأیید شده است (۱۵). این خط‌کش حاوی ۱۰ شماره است که از صفر (بدون درد) تا ۱۰ (بیشترین درد ممکن) درجه‌بندی شده است. عفونت زخم با استفاده از معیار تشخیص Ssi اندازه‌گیری شد و طبق استاندارد مرکز کنترل بیماری‌ها شامل مشاهده و خروج چرک از ناحیه عمل و یا ترشح غیرچرکی به همراه سفتی، ورم، درد، قرمزی، باز شدن لبه‌های زخم، تب بالاتر از ۳۸ درجه سانتی‌گراد و لکوسیتوز می‌باشد (۱۶). بعد از هر زایمان و ترمیم اپی‌زیاتومی، مدت زمان ترمیم، تعداد آمپول لیدوکائین و تعداد نخ استفاده شده در پرسشنامه مربوط به هر یک از واحدهای پژوهش ثبت شد. در بررسی‌های بعدی عوارض زودرس مادری شامل نمره شدت درد پرینه در حالت نشسته، نیاز به مسکن، عفونت محل زخم و آزاردهندگی بخیه‌ها ارزیابی شد. احساس آزاردهندگی نخ‌های بخیه و نیاز به مسکن با پرسش از افراد به صورت پاسخ بلی یا خیر بررسی شد. جهت پیشگیری از سوگیری، تمام ارزیابی‌ها توسط همان یک نفر همکار ماما انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های آماری کولموگروف-

<sup>1</sup> Continuous interlocking

<sup>2</sup> Separate

<sup>3</sup> Subcutaneous

<sup>4</sup> Visual analog scale

<sup>5</sup> surgical site infection

اسمیرنوف، کای اسکوتر، تی مستقل و من ویتنی انجام شد. میزان  $p$  کمتر از  $0/05$  معنی دار در نظر گرفته شد.



شکل ۱- نمودار کانسورت مطالعه مقایسه ترمیم اپی زیاتومی به روش گسسته و پیوسته در زنان نخست‌زا

## یافته‌ها

پیوسته کمتر بود ( $p < 0/05$ ) (جدول ۲).  
نمره شدت درد و میزان آزاردهندگی بخیه‌ها در فواصل ۲ ساعت، ۵-۳ روز و ۲ هفته بعد از زایمان بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری داشت و در گروه پیوسته کمتر بود ( $p < 0/05$ ). میزان استفاده از مسکن در این زمان‌ها در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ( $p > 0/05$ ). از نظر میزان عفونت اپی‌زیاتومی ۵-۳ روز و ۲ هفته بعد از زایمان بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت و در گروه پیوسته کمتر بود ( $p < 0/05$ ) (جدول ۳).

بر اساس حاصل از این پژوهش، دو گروه از نظر سن، وزن هنگام تولد، طول مرحله اول لیبر، طول مرحله دوم لیبر، میزان تحصیلات، تعداد حاملگی و تعداد سقط تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ( $p > 0/05$ ) (جدول ۱).

بر اساس نتایج این مطالعه از نظر مدت زمان ترمیم اپی‌زیاتومی، تعداد بسته‌های نخ و تعداد آمپول لیدوکائین به کار رفته در ترمیم اپی‌زیاتومی بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت و در گروه

جدول ۱- مقایسه اطلاعات دموگرافیک و مامایی

متغیر	گروه	گروه گسسته (تعداد=۷۰)	گروه پیوسته (تعداد=۷۰)	سطح معنی‌داری
سن مادر (سال)	۲۵/۳±۳	۲۵/۱±۳		*.۰/۹۳۳
طول مرحله اول لیبر (دقیقه)	۱۹۲/۲±۹۴/۶	۱۹۰/۵±۸۹/۱		*.۰/۳۲۷
طول مرحله دوم لیبر (دقیقه)	۴۸/۵±۳۳/۲	۴۵/۸±۲۰/۴		*.۰/۲۴۸
وزن هنگام تولد (دقیقه)	۳۳۷۵/۱±۲۴۷۴	۳۵۶۰/۳±۲۱۰۰/۲		*.۰/۴۰۱
میزان تحصیلات (درصد)	۲۶ (۳۷/۲) ۳۷ (۵۲/۸) ۷ (۱۰)	۳۰ (۴۲/۹) ۳۵ (۵۰) ۵ (۷/۱)		**۰/۷۰۳
تعداد حاملگی	اول: ۵۸ (۸۲/۲) دوم: ۹ (۱۳/۸) سوم: ۳ (۴/۲)	اول: ۵۱ (۷۲/۸) دوم: ۱۶ (۲۲/۸) سوم: ۳ (۴/۲)		**۰/۲۴۲
تعداد سقط	صفر: ۶۰ (۸۵/۷) ۱ بار: ۷ (۱۰) ۲ بار: ۳ (۴/۲)	صفر: ۵۱ (۷۲/۸) ۱ بار: ۱۶ (۲۲/۸) ۲ بار: ۳ (۴/۲)		**۰/۰۷۹

\* آزمون من ویتنی، \*\* آزمون کای اسکوتر

جدول ۲- مقایسه متغیرهای حین ترمیم اپی زیاتومی در دو گروه گسسته و پیوسته

سطح معنی داری*	گروه پیوسته		گروه گسسته	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
p < ۰/۰۰۱	۱۳/۸ ± ۵/۴	۲۳/۲ ± ۸/۷	مدت زمان ترمیم اپی زیاتومی (دقیقه)	متغیر
۰/۰۴۵	۱/۹۵ ± ۰/۳	۱/۹۸ ± ۰/۳	تعداد آمپول لیدوکائین	
p < ۰/۰۰۱	۱/۴ ± ۰/۳	۲/۱ ± ۰/۸	تعداد نخ	

\* آزمون تی مستقل

جدول ۳- مقایسه متغیرهای بعد از ترمیم اپی زیاتومی در دو گروه گسسته و پیوسته در زمان‌های مختلف

سطح معنی داری	پیوسته		گسسته	
	(تعداد=۷۰)	(تعداد=۷۰)	(تعداد=۷۰)	(تعداد=۷۰)
* ۰/۰۱۵	۱/۱ ± ۰/۲۵	۱/۶ ± ۱/۵	نمره درد	۲ ساعت بعد از زایمان
** ۰/۵۰۴	(۰) ۰	(۱/۶) ۱	استفاده از مسکن	
** p < ۰/۰۰۱	(۳/۳) ۲	(۲۸/۳) ۱۷	بخیه آزاردهنده	
p < ۰/۰۰۱	۱/۰۱ ± ۱/۶	۳/۵ ± ۲/۱	نمره درد	۳-۵ روز بعد از زایمان
۰/۱۷۸	(۷/۶) ۴۳	(۸۱/۶) ۴۹	استفاده از مسکن	
p < ۰/۰۰۱	(۳/۳) ۲	(۸۳/۳) ۵۰	بخیه آزاردهنده	
۰/۰۰۱	(۳/۳) ۲	(۲۵) ۱۵	عفونت زخم	
p < ۰/۰۰۱	۰/۲۰ ± ۰/۶۳	۱/۰۱ ± ۱/۴	نمره درد	۲ هفته بعد از زایمان
۰/۵۰۴	(۰) ۰	(۱/۶) ۱	استفاده از مسکن	
p < ۰/۰۰۱	(۰) ۰	(۲۶/۶) ۱۶	بخیه آزاردهنده	
۰/۰۳	(۰) ۰	(۸/۳) ۵	عفونت زخم	
-	۰	۰	نمره درد	۶ هفته بعد از زایمان
-	(۰) ۰	(۰) ۰	استفاده از مسکن	
۰/۲۵۲	(۰) ۰	(۳/۳) ۲	بخیه آزاردهنده	
۰/۵۰۶	(۱/۶) ۱	(۳/۳) ۲	عفونت زخم	

\* آزمون تی مستقل، \*\* آزمون کای اسکور

## بحث

در این مطالعه که با هدف مقایسه ترمیم اپی زیاتومی به روش پیوسته و گسسته انجام شد، طبق نتایج نمره شدت درد پیرینه در فاصله ۲ ساعت، ۳-۵ روز و ۲ هفته پس از زایمان در گروه ترمیم به روش پیوسته کمتر بود که علت آن می‌تواند به این دلیل باشد که در روش گسسته فشار بخیه‌ها بیشتر است و منجر به ادم می‌شود و این مسئله باعث افزایش درد می‌شود، در صورتی که در روش پیوسته، بخیه‌ها به صورت عمودی زده می‌شود و ادم ایجاد نمی‌شود، بنابراین کمتر باعث درد می‌شود (۱۱)، اما نمره شدت درد ۶ هفته بعد از زایمان بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشت که علت آن احتمالاً این است که معمولاً تمام اپی زیاتومی‌ها تا این زمان بهبود یافته‌اند (۱).

در مطالعه جونیور و همکاران (۲۰۱۵) که بر روی ۲۰۰ زن باردار انجام شد، در گروه پیوسته ۳۲٪ بیماران در روز اول پس از زایمان از درد شکایت داشتند و در ۱۷٪ موارد درد در روز سوم کاهش یافته بود، در حالی که در گروه گسسته ۷۶٪ بیماران در روز اول پس از زایمان درد داشتند و در ۵۳٪ موارد در روز سوم همچنان درد داشتند و تفاوت قابل توجهی از نظر شدت درد بین دو گروه وجود داشت که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود (۱۳). علت همسو بودن این مطالعه با مطالعه حاضر این است که تقریباً در فاصله زمانی یکسانی این متغیرها اندازه‌گیری شده است. در مطالعه حسن پور و همکاران (۲۰۱۲) نمره شدت درد و میزان ترمیم اپی زیاتومی ۱۲-۱۸ ساعت و ۱۰ روز پس از زایمان در دو روش ترمیم گسسته و پیوسته تفاوت آماری معناداری نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همسو نبود (۱۲)، که علت آن

در ترمیم اپی زیاتومی به روش گسسته، بخیه‌های کاتگوت کرومیک روی پوست قرار می‌گیرند که محلی برای تجمع میکروب‌ها است و می‌تواند زمینه‌ساز عفونت زخم باشد (۱۹). در فاصله ۶ هفته بعد از زایمان از این نظر بین دو گروه تفاوتی وجود نداشت که علت این امر نیز همان مسئله بهبود اکثر اپی زیاتومی‌ها تا ۶ هفته بعد از زایمان می‌باشد. همانطور که گفته شد، مطالعه مشابهی در این زمینه یافت نشد.

در مطالعه حاضر در فواصل ۲ ساعت و ۲ هفته بعد از زایمان آزاردهنده‌گی بخیه‌ها در گروه پیوسته کمتر بود که احتمالاً به دلیل تفاوت در روش ترمیم پوست می‌باشد که در روش گسسته بخیه‌ها روی پوست و در روش پیوسته بخیه‌ها داخل پوست<sup>۱</sup> قرار می‌گیرند. ۶ هفته بعد از زایمان تفاوت آماری معنی‌داری از نظر بخیه آزاردهنده بین دو گروه وجود نداشت که احتمالاً مربوط به ترمیم اپی زیاتومی در این زمان و جذب شدن نخ‌های بخیه می‌باشد (۱). مطالعه مشابهی در این زمینه نیز یافت نشد که این مسئله نیز این مطالعه را از مطالعات مشابه متمایز می‌کند.

در مطالعه حاضر تعداد آمپول لیدوکائین (۵ سی‌سی ۰/۲٪) به کار رفته حین ترمیم در گروه پیوسته با اختلاف آماری معنی‌داری کمتر بود که علت این موضوع همان‌طور که نتایج نیز نشان داد، احتمالاً زمان کمتر مورد نیاز برای ترمیم در روش پیوسته می‌باشد که اثر لیدوکائین تا انتهای ترمیم باقی‌مانده و نیاز به تزریق مجدد بی‌حسی نمی‌باشد. در این زمینه نیز مطالعه مشابهی یافت نشد.

همچنین تعداد نخ به کار رفته و مدت زمان مورد نیاز برای ترمیم اپی زیاتومی در گروه پیوسته با تفاوت آماری معنی‌داری کمتر از گروه گسسته بود.

در مطالعه حسن‌پور و همکاران (۲۰۱۲)، والنزولا و همکاران (۲۰۰۹)، کوکنلی و همکاران (۲۰۱۱)، جونپور و همکاران (۲۰۱۵) و سرشتی و همکاران (۲۰۱۱) نیز تعداد نخ به کار رفته و مدت زمان ترمیم اپی زیاتومی در گروه ترمیم شده به روش پیوسته کمتر بود که با مطالعه حاضر همسو بودند (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۰، ۲۱). علت این

می‌تواند این موضوع باشد که عوامل متعددی ممکن است در بروز درد اپی زیاتومی نظیر زمان و نوع فعالیت‌های روزانه مانند راه رفتن، نشستن، دراز کشیدن، ادارار و مدفوع کردن شیردهی و مراقبت از نوزاد و شیوه زندگی تأثیر داشته باشند (۱۰). در مطالعه حاضر شدت درد در حالت نشسته ارزیابی شد. در مطالعه کتل و همکاران (۲۰۱۲) ترمیم پرینه به روش پیوسته در مقایسه با روش گسسته با درد کمتری تا ۱۰ روز پس از زایمان همراه بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود که علت آن می‌تواند شباهت در زمان‌های ارزیابی شدت درد باشد (۱۱).

در مطالعه اصلام و همکاران (۲۰۱۵) که شکایت از درد و شدت آن در هر دو گروه پیوسته و گسسته در فاصله ۲۴ ساعت و ۱۰ روز پس از زایمان مقایسه شد، تفاوت قابل توجهی بین دو گروه وجود نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همسو نبود که علت آن می‌تواند تفاوت در نحوه اندازه‌گیری باشد (۱۷).

در مطالعه حاضر در رابطه با استفاده از مسکن در دو گروه در زمان‌های مورد بررسی، با وجود شدت درد بیشتر در گروه ترمیم گسسته، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. نتایج مطالعه مورانو و همکاران (۲۰۰۶) که به‌منظور مقایسه روش ترمیم اپی زیاتومی و پارگی در زایمان خودبه‌خود انجام شد، نشان داد که استفاده از مسکن تا ۴۸ ساعت پس از زایمان در گروه اپی زیاتومی ترمیم شده به روش پیوسته کمتر بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو نبود که علت این امر می‌تواند تفاوت‌های نژادی و فرهنگی و حساسیت مادران در رابطه با استفاده از دارو در دوران شیردهی باشد (۱۸).

از نقاط قوت و متمایز این مطالعه، بررسی عفونت اپی زیاتومی بعد از زایمان، بررسی آزاردهنده‌گی بخیه‌ها و مقدار نیاز به بی‌حسی جهت ترمیم اپی زیاتومی بود که در مطالعات مشابه مورد بررسی قرار نگرفته است. در مطالعه حاضر عفونت اپی زیاتومی در دو گروه در فاصله ۳-۵ روز و ۲ هفته بعد از زایمان تفاوت آماری معنی‌داری داشت و در گروه ترمیم به روش پیوسته کمتر بود که علت این امر احتمالاً این مسئله است که

<sup>1</sup> subcutaneous

با توجه به نتایج این مطالعه، ترمیم اپی‌زیاتومی به‌روش پیوسته توصیه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، ترمیم اپی‌زیاتومی به‌روش پیوسته توسط عامل زایمان سریع‌تر انجام شده که عامل زایمان و مادر هر دو از این مسئله سود خواهند برد و همچنین با درد کمتر، عفونت کمتر زخم، ترمیم بهتر، آزاردهنده‌گی کمتر بخیه‌ها و نیاز کمتر به نخ بخیه و بی‌حسی همراه است.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و همکاران و افراد شرکت‌کننده در طرح تشکر و قدردانی می‌شود.

امر این موضوع می‌باشد که در گروه ترمیم شده به‌روش گسسته، بخیه‌ها به‌صورت تک‌تک گره زده می‌شوند، بنابراین هم به تعداد نخ بیشتری نیاز است و هم مدت زمان ترمیم طولانی‌تر می‌شود.

از نقاط قوت این مطالعه، بررسی میزان عفونت زخم و آزاردهندگی بخیه‌ها و دفعات استفاده از بیحسی حین ترمیم اپی‌زیاتومی در دو گروه بود که در مطالعات مشابه انجام نشده است. از محدودیت‌های این مطالعه، عدم پیگیری طولانی مدت‌تر در هر دو گروه بود. انجام مطالعه با حجم نمونه بیشتر و پیگیری طولانی مدت‌تر توصیه می‌شود. از آنجا که مشکلات مربوط به ترمیم اپی‌زیاتومی بر روی کیفیت زندگی مادران پس از زایمان و مراقبت از نوزاد و ارتباط او با خانواده اثر منفی می‌گذارد، این نوع ترمیم مناسب‌تر به‌نظر می‌رسد و از نظر اقتصادی نیز مقرون‌به‌صرفه می‌باشد (۱۰). بنابراین

### منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetrics. 25<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
2. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 10<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer /Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
3. Fraser DM, Cooper MA. Myles' Textbook for Midwives. 15<sup>nd</sup> ed. Churchill Livingstone; 2009.
4. Bharathi A, Reddy DD, Kote GS. A prospective randomized comparative study of vicryl rapide versus chromic catgut for episiotomy repair. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR 2013; 7(2):326-30.
5. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. Journal of midwifery & women's health 2005; 50(5):365-72.
6. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson K, Ashwill J. Maternal-child nursing-e-book. Elsevier Health Sciences; 2017.
7. Peter EA, Janssen PA, Grange CS, Douglas MJ. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial. Cmaj 2001; 165(9):1203-9.
8. Bose E, Samant M, Lal P, Mishra S, Ghosh A. Comparison of impact of polyglactin 910 (Vicryl rapide) and chromic catgut sutures on perineal pain following episiotomy wound repair in eastern Indian patients. Journal of the Scientific Society 2013; 40(2):95-98.
9. Makvandi S, Aminfar S. The effect of local gentamicin solution on episiotomy healing: a randomized controlled clinical trial. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014; 16(88):21-8.
10. Azima S, Allahbakhshinasab P, Asadi N, Vaziri F. Comparison of early complications of episiotomy repair with rapid vicryl and chromic catgut in the nulliparous women. SSU\_Journals. 2017; 25(8):595-602.
11. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012(11).
12. Hasanpoor S, Bani S, Shahgole R, Gojazadeh M. The effects of continuous and interrupted episiotomy repair on pain severity and rate of Perineal repair: a controlled randomized clinical trial. Journal of caring sciences 2012; 1(3):165-71.
13. Tandon A, Deshpande A. Observational study of continuous versus interrupted suturing of episiotomy in rural population of India in terms of requirement of suture material and pain. Indian Journal of Basic and Applied Medical Research. 2015;4(4):524-8.
14. Sereshti M, Gholamalishahi I, Moghadas M, Deris F. Comparison of perineal repair techniques of continuous and standard interrupted suturing in normal vaginal delivery. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2011; 12(4):51-7.
15. Kimberly K. The Neuromatrix Theory of pain. J Midwifery & Womens Health 2004; 49(6):482-88.

16. Mohebi H, Abedian B, Moosavi Naeini SM, Fanaei SA. Comparison of Two Methods of Interrupted and Continuous in the Skin Closer on the Amount of Surgical Site Infection. *J Kosar Med sci* 2010; 14(1):43-7.
17. Aslam R, Khan SA, Amir F. Interrupted Versus Continuous Sutures for Repair of Episiotomy or 2<sup>nd</sup> Degree Perineal Tears. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC* 2015; 27(3):680-3.
18. Morano S, Mistrangelo E, Pastorino D, Lijoi D, Costantini S, Ragni N. A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. *Journal of minimally invasive gynecology* 2006; 13(5):457-62.
19. Almeida SF, Riesco ML. Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. *Revista latino-americana de enfermagem* 2008; 16:272-9.
20. Valenzuela P, Saiz Puente MS, Valero JL, Azorin R, Ortega R, Guijarro R. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2009; 116(3):436-41.
21. Kokanali D, Ugur M, Kokanali MK, Karayalcın R, Tonguc E. Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. *Archives of gynecology and obstetrics* 2011; 284(2):275-80.