

# گزارش سری موارد پارگی‌های شدید پرینه حین زایمان طبیعی

ناهید جهانی شوراب<sup>۱</sup>، دکتر معصومه میر تیموری<sup>۲</sup>، دکتر رباب لطیف‌نژاد  
رودسری<sup>۳\*</sup>

۱. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۷

## خلاصه

**مقدمه:** پارگی‌های شدید پرینه حین زایمان از طریق کاهش سطح سلامتی و رضایت‌مندی مادر، پذیرش و ترویج زایمان طبیعی را با چالش مواجه می‌سازد، لذا مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل خطر همراه با پارگی‌های شدید پرینه حین زایمان طبیعی انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر از نوع سری موارد بود که با استفاده از پرونده پزشکی و مصاحبه با زنانی که در فاصله زمانی اول اردیبهشت تا پنجم دی ماه ۱۳۹۵ در بیمارستان ام‌البنین (س) مشهد زایمان کرده و دچار پارگی درجه ۳ و ۴ پرینه شده بودند، انجام شد. اطلاعات مستخرج از پرونده بیماران شامل داده‌های دموگرافیک و همچنین زایمانی (تعداد زایمان، طول مراحل اول و دوم زایمان، طول و فاصله انقباضات، داروهای تجویز شده در لیبر، عامل زایمان، نوع زایمان، درجه پارگی، نحوه ترمیم و وزن نوزاد) در فرم‌های مربوطه ثبت گردید. مصاحبه‌ها نیز در طی یک‌سال اول بعد از زایمان با دعوت تلفنی از بیماران و حول شکایت اصلی آنان انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی انجام شد.

**یافته‌ها:** از ۷ بیمار ایرانی مورد بررسی، ۴ مورد چندزا (۵۷/۲٪) و ۳ مورد نخست‌زا بودند. بیشترین فاکتورهای همراه پارگی‌های پرینه شامل ۶ مورد (۸۵/۷٪) القاء با اکسی‌توسین، ۳ مورد (۴۲/۸٪) دیابت بارداری، ۳ مورد (۴۲/۸٪) گذشتن از تاریخ زایمان و ۲ مورد (۲۸/۵٪) ماکروزومی بود. تنها در یک مورد عامل زایمان، از پرسنل رسمی اتاق زایمان بوده و در موارد دیگر زایمان توسط رزیدنت، اینترن و یا دانشجوی مامایی صورت گرفته بود. در ۶ بیمار (۸۵/۷٪) بیش از یک عامل خطر وجود داشت. شایع‌ترین مشکل سلامتی بعد از زایمان، بی‌اختیاری دفع گاز بود. **نتیجه‌گیری:** القاء با اکسی‌توسین، دیابت بارداری و گذشتن از تاریخ زایمان، از عوامل خطر شایع همراه با پارگی‌های شدید پرینه حین زایمان طبیعی می‌باشند. اکثر مادران از بی‌اختیاری دفع گاز حتی پس از ترمیم موفقیت‌آمیز رنج می‌کشند.

**کلمات کلیدی:** پارگی، پرینه، زایمان طبیعی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر رباب لطیف‌نژاد رودسری؛ مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱  
پست الکترونیک: latifnejadr@mums.ac.ir

## مقدمه

تولد کودک همواره با وارد آمدن تروما به مجرای زایمان همراه است. صدمات ایجاد شده در حین زایمان و وضع حمل، از پارگی‌های کم‌اهمیت مخاطی تا جراحات ایجاد کننده خونریزی یا همتوم مهلک متغیر هستند (۱). در آمریکا و انگلیس در حدود ۸۵٪ زنانی که زایمان طبیعی دارند، از ترومای پرینه رنج می‌برند و تخمین زده می‌شود که یک سوم این پارگی‌ها خودبه‌خودی بوده و نیازمند ترمیم هستند (۲). تروماهای مامایی پرینه شامل پارگی‌های خودبه‌خودی، اپی‌زیاتومی و یا ناشی از هر دوی این موارد می‌باشند (۳). بر اساس طبقه‌بندی کالج زنان و مامایی رویال، در پارگی درجه ۳ پرینه، پارگی ناقص یا کامل اسفنکتر مقعد با درگیری یک یا هر دو عضله اسفنکتر داخلی و خارجی همراه است و پارگی درجه ۴ پرینه، همان پارگی درجه ۳ است که به موکوس رکتوم گسترش یافته است (۴). احتمال عود پارگی‌های شدید پرینه (درجه ۳ و ۴)، در حاملگی‌های بعدی وجود دارد و در جهان بین ۱۱-۶٪ تخمین زده شده‌اند (۵) گورل و همکاران (۲۰۱۳) با انجام مطالعه بر روی بیش از یک میلیون زایمان زنان نخست‌زا، با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی در مراکز بهداشت ملی انگلستان بین سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۰ افزایش نرخ پارگی درجه ۳ و ۴ از ۱/۱۸٪ به ۵/۹٪ زایمان‌ها و تغییر عوامل خطر پارگی‌های پرینه را گزارش نمودند در این مطالعه به ترتیب سن بالای ۲۵ سال مادر، زایمان با ابزار (به‌ویژه بدون انجام اپی‌زیاتومی) و نژاد آسیایی بیشترین عوامل همراه پارگی‌های شدید پرینه بود (۶).

پدریس و همکاران (۲۰۱۳) نیز با مطالعه مستندات زایمانی بین سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۰ از مراکز زایمانی جنوبی استرالیا با بیش از ۵۰۰ هزار زن نخست‌زا، نرخ پارگی‌های شدید پرینه را ۱/۶٪ گزارش کردند (۷).

مصدیقی‌نیا و همکاران (۲۰۱۱) شیوع پارگی درجه ۳ و ۴ پرینه را در بررسی ۷۸۹ کل زایمان‌های انجام شده بین سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۶ زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان، ۱/۱۶٪ گزارش کردند (۸). نخست‌زا بودن، سن بارداری، وزن نوزاد، استفاده از اکسی‌توسین، اکسی‌پوت خلفی، استفاده از فورسپس و بی‌دردی، ارتباط مثبتی با بروز

صدمات شدید پرینه دارند (۹). سن مادر (خیلی جوان و یا مسن)، وضعیت تغذیه مادر، جنس جنین و نژاد آسیایی، از دیگر عوامل مؤثر در بروز صدمات شدید پرینه محسوب می‌شوند (۵).

کریاکس و همکار (۲۰۱۵) مهم‌ترین عامل در صدمات درجه ۴ را زایمان با فورسپس، دیستوشی شانه و طولانی شدن مرحله دوم زایمان اعلام داشتند. وزن بالای جنین، زایمان اکسی‌پوت خلفی و اینداکشن با اکسی‌توسین و بی‌حسی اپی‌دورال و اپی‌زیاتومی، از دیگر عوامل مؤثر در بروز چنین صدماتی گزارش شده است (۴).

از سوی دیگر بررسی صحیح پرینه، حمایت کافی سر جنین در زمان خروج و آموزش نحوه صحیح زور زدن بیمار از فاکتورهایی است که در صورت رعایت می‌تواند مانع پارگی‌های شدید پرینه شوند. زانو باید آموزش ببیند که در زمان خروج سر جنین، به‌طور مداوم زور نزند، همچنین در صورت لزوم انجام اپی‌زیاتومی، اپی‌زیاتومی به روش مدیولترال با زاویه ۴۵ درجه انجام گردد (۱۰)، اما در مورد تأثیر ماساژ پرینه در پیشگیری از این صدمات، نظرات ضد و نقیضی وجود دارد (۵، ۱۱).

پارگی‌های شدید پرینه حین زایمان در ۲/۳ موارد، زنان را با مشکلات اجتماعی مواجه می‌سازد که سلامت روان زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در ۷/۸٪ زنان با پارگی‌های درجه ۳ و ۴ پرینه، بی‌اختیاری مدفوع به‌وجود می‌آید. فشردگی و کشیدگی عصب پودندال در حین تولد نوزاد منشعب از اعصاب ۲ و ۳ دنبالچه‌ای، یک عامل خطر برای کاهش عملکرد عضله لواتر آنی است. تغییرات نوروپاتی می‌تواند انقباض خودبه‌خودی لواتر آنی را در زمان افزایش فشار مانند عطسه یا سرفه کاهش دهد و سبب بی‌اختیاری ادراری گردد (۱۲). بی‌اختیاری‌های ادراری و صدمات مامایی اسفنکتر مقعد ناشی از پارگی‌های درجه ۳ و ۴ پرینه با عوارض کوتاه‌مدت و یا بلندمدت آن، کیفیت زندگی زنان جوان را کاهش می‌دهد (۴، ۱۳). مهم‌ترین عارضه صدمه به اسفنکتر، بی‌اختیاری دفعی است که می‌تواند طولانی‌مدت و یا کوتاه‌مدت و با شدت‌های متفاوت ایجاد شود (۴). از عوارض طولانی‌مدت این صدمات، بروز بی‌اختیاری و فیستول‌های رکتوواژینال است (۱۴). ال زین و همکاران

بیمارستان هاجر شهرکرد، ارتباط معنی داری بین شدت استریا و بروز صدمات پرینه و واژن حین زایمان گزارش کردند (۲۰). با وجود موارد بالای بروز پارگی های شدید پرینه که در اتاق های زایمان اتفاق می افتد، موارد گزارش شده به دلیل سیاست های بیمارستانی و یا به دلایل مختلف دیگر به ویژه در کشور ما بسیار کم می باشد و مطالعات بسیار محدودی به ویژه در ایران، در زمینه شناخت این فاکتورها انجام گرفته است. با توجه به اهمیت تشخیص به موقع و پیشگیری از این عارضه خطرناک زایمانی، مطالعه حاضر با هدف گزارش عوامل خطر قبل و حین زایمان در بروز پارگی های شدید پرینه پس از زایمان طبیعی انجام گرفت تا بیش از پیش به این عوامل در زمان زایمان توجه شده و گامی در جهت کاهش و پیشگیری از این آسیب ها برداشته شود.

### روش کار

مطالعه حاضر از نوع سری موارد بود که با استفاده از پرونده پزشکی و مصاحبه با زنانی که در فاصله زمانی اول اردیبهشت تا پنجم دی ماه ۱۳۹۵ در بیمارستان ام البنین (س) مشهد زایمان کرده و دچار پارگی درجه ۳ و ۴ پرینه شده بودند، انجام شد. پس از اخذ مجوز از مسئولین بیمارستان، ابتدا پژوهشگر برای دستیابی به اسامی و آدرس حائزین شرایط پژوهش، شماره پرونده را از طریق دفتر زایشگاه استخراج و با استفاده از سیستم HIS به شماره تلفن آنان دست یافت. از ۲۳ مورد ثبت شده، ۸ مورد ملیت غیر ایرانی داشتند. ۳ مورد تلفن آنها مسدود بود که از لیست پژوهش حذف شدند. پس از تماس تلفنی با سایر واحدهای منتخب، تنها ۷ مورد به دعوت و حضور در واحد زنان بیمارستان پاسخ مثبت دادند. جهت جمع آوری داده ها، ابتدا داده های فردی و همچنین زایمانی (مشمتمل بر تعداد زایمان، طول مراحل اول و دوم زایمان، طول و فاصله انقباضات، داروهای تجویزی در لیبر، عامل زایمان، نوع زایمان، نحوه ترمیم، درجه پارگی و وزن نوزاد) از پرونده بیماران استخراج و در پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و همچنین فرم ثبت اطلاعات زایمانی ثبت گردید. جهت انجام مصاحبه، بیماران در بازه زمانی یک سال اول بعد از زایمان در ارتباط با شکایت اصلی (پارگی درجه ۳ و ۴ پرینه)، مورد

(۲۰۱۳) بروز بی اختیاری دفع گاز بعد از زایمان با اپی زایاتومی را ۳/۱ بیشتر از زایمان با پارگی های خودبه خودی پرینه گزارش کردند (۳). انجام اپی زایاتومی و مشکلات ناشی از این صدمات، بسیار آزاردهنده است و ۵۰-۳۰٪ زنان علی رغم ترمیم، از بی اختیاری های مقعدی رنج می برند (۱۵). در ۵۰-۱۰٪ زنان با صدمات مقعدی- روده ای، دفع گاز و بی اختیاری دفعی تا ۲ سال پس از زایمان گزارش شده است (۱۳). از دیگر پیامدهای این صدمات، بروز درد، عفونت، دیسپارونی و اختلال عملکرد جنسی است. این عوارض بار اقتصادی قابل توجهی برای بیمار و حتی ارائه دهندگان خدمات به همراه دارد. همچنین صدمات مامایی اسفنگتر بر زایمان های بعدی نیز تأثیرگذار است (۴). وجود تاریخچه آسیب اسفنگتر مقعد بیش از سه برابر (۳/۳) خطر پارگی های شدید پرینه را در زایمان های بعدی با یا بدون اپی زایاتومی افزایش می دهد (۱۶). از سوی دیگر بروز صدمات اسفنگتر مقعد، یکی از شایع ترین شکایات در پرونده های قضایی پزشکی است که سبب تنش برای بیمار و عاملین زایمانی می گردد (۴). اداره دادرسی سازمان سلامت ملی انگلستان (۲۰۱۲) ارزش هزینه های کل مرتبط با مسائل قانونی صدمات مامایی اسفنگتر مقعد را سالانه ۱۸/۸ میلیون پوند اعلام نموده است (۱۷). این در حالی است که این صدمات به میزان بالایی قابل پیشگیری می باشند. استندنت و همکاران (۲۰۱۳) با انجام برنامه مراقبتی بر روی ۴۰۱۵۴ زائو در ۴ بیمارستان آموزشی و محلی شمال نروژ نشان دادند که اجرای برنامه مداخلاتی مبتنی بر تفکیک زنان باردار به گروه های پرخطر و کم خطر به لحاظ پارگی های شدید زایمانی می تواند میزان بروز پارگی های زایمانی را به میزان ۵۹٪ کاهش دهد (۱۸). زارع و همکاران (۲۰۱۴) در یک کارآزمایی بالینی بر روی ۱۴۵ نخست زای مراجعه کننده به مرکز امام علی شهر آمل، تفاوتی در آسیب پرینه حین زایمان در دو گروه دریافت کننده ماساژ پرینه و بدون ماساژ پرینه گزارش نکردند (۵)، در حالی که عطرها و همکاران (۲۰۰۹) ماساژ پرینه با اسطوخودوس را در پیشگیری از تعداد و شدت پارگی های پرینه مؤثر گزارش کردند (۱۹). سرشتی و همکار (۲۰۱۳) با بررسی ۵۸۷ زائو در

مصاحبه قرار گرفتند. بدین منظور پس از توضیح اهداف و تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، رضایت‌نامه کتبی از بیماران اخذ گردید. مصاحبه در یک اتاق خصوصی جنب کلینیک زنان بیمارستان ام‌البنین (س) که از شرایط مطلوب برای مصاحبه برخوردار بود، در طول مدت ۳۰-۴۰ دقیقه توسط پژوهشگر (نویسنده اول) انجام شد. شرکت کنندگان پس از اتمام مصاحبه از یک نوبت ویزیت رایگان توسط متخصص زنان نیز بهره‌مند شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی انجام شد.

### یافته‌ها

مورد اول، خانم ۳۳ ساله نخست باردار با حاملگی ۴۱ هفته و ۴ روز طبق LMP بود که با شکایت حاملگی طول کشیده به بیمارستان مراجعه نمود. وی سابقه ابتلاء به دیابت بارداری (تحت رژیم) از ۳ ماه قبل به همراه سنگ کلیه از ابتدای بارداری را داشت. در بدو پذیرش، دهانه سرویکس بسته بود. NST نرمال و انقباض رحمی وجود نداشت. وی بعد از مراجعه طبق دستور پزشک بلافاصله بستری و پس از ورود به اتاق زایمان در ساعت ۱۲ ظهر راه ورودی برقرار شد و آزمایشات خون جهت تجزیه ادرار و قندخون ارسال گردید. نتیجه آزمایش قندخون و قند ناشتای بیمار طبیعی و به ترتیب ۷۳ و ۷۱ گزارش شد. تحریک زایمان به‌همراه پایش صدای قلب جنین از ساعت ۱۵:۳۰ شروع شد. انقباضات بیمار از زمان بستری تا ساعت ۱۷:۴۵ خفیف در حد ۳۰ ثانیه و با تناوب هر ۵ دقیقه بود. سوند اکسترا در ساعت ۱۶:۴۵ گذاشته شد که در ساعت ۱۸:۳۰ دفع و نیم ساعت بعد کیسه آب پاره شد. در معاینه واژینال، دیلاتاسیون ۲ سانتی‌متر و افسمان ۳۰٪ و جایگاه سر جنین ۲- بود (ساعت ۶ صبح انقباضات منظم‌تر و با تناوب هر ۴ دقیقه و با طول مدت ۳۵ ثانیه وجود داشت). نتیجه معاینه واژینال او دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر و افسمان ۵۰٪ و جایگاه سر جنین ۱- بود. با ادامه تحریک زایمان با قطرات ۳۲ قطره در ساعت ۲۰، دیلاتاسیون و افسمان کامل شد، ولی جایگاه سر جنین در حد ۱- باقی ماند و بوس زایمانی تشکیل شد. زایمان در ساعت ۲۱:۱۰ با

واکوئوم و اپی‌زیاتومی انجام گردید. نوزاد دختر با وزن ۳۵۰۰ گرم و آپگار ۱۰-۹ متولد شد. خروج جفت به‌صورت خودبه‌خودی و پس از ۱۰ دقیقه انجام شد. در بررسی پرینه، پارگی درجه ۳ مشاهده شد. به‌دلیل خونریزی نسبتاً زیاد، اکسی‌توسین به میزان ۶۰ واحد و میزوپروستول به میزان ۱۰۰۰ میکروگرم تجویز شد. ترمیم اسفنگتر خارجی مقعد در اتاق عمل به روش end-to-end repair با نخ کاتکوت توسط متخصص زنان در اتاق عمل انجام گرفت. عدم کنترل دفع گاز و وجود مشکلات گوارشی مانند یبوست و اسهال متناوب، در ماه یازدهم بعد زایمان توسط بیمار گزارش شد (جدول ۱).

مورد دوم، خانمی ۳۰ ساله با سابقه یک‌بار زایمان طبیعی و حاملگی ۳۹ هفته و ۴ روز طبق LMP و سونوگرافی ۳ ماهه اول بارداری بود. زائو با شکایت آبریزش و بدون تاریخچه طبی بیماری به بیمارستان مراجعه کرد. در تاریخچه مامایی وی، سابقه زایمان طبیعی بدون عارضه در ۸ سال قبل بود. در طی حاملگی اخیر نیز به‌دلیل دیابت بارداری از ماه هفتم بارداری، تحت کنترل قندخون با رژیم بود. در معاینه واژینال در بدو پذیرش، نمایش سر با دیلاتاسیون ۳ سانتی‌متر و افسمان ۳۰٪ و جایگاه سر جنین ۲- ثبت گردید. طبق اظهارات بیمار، کیسه آب وی از نیم ساعت قبل پاره و روشن بوده است. زائو در ساعت ۲۳:۱۰ در زایشگاه بستری شد و طبق دستور پزشک از ساعت ۱۲:۳۰ آگمنت با ۴ قطره و مونیوتور صدای قلب جنین انجام شد. آزمایشات معمول و قندخون برای بیمار درخواست شد. انقباضات رحمی در بدو ورود مختصر و هر ۱۰ دقیقه ۳۰ ثانیه بود. ساعت ۳:۱۵ انقباضات رحمی ۴۰ ثانیه و هر ۳ دقیقه وجود داشت و در ساعت ۴ صبح، نتیجه معاینه واژینال به‌صورت دیلاتاسیون ۶ سانتی‌متر، افسمان ۵۰٪ و جایگاه سر جنین ۲- ثبت گردید. در ساعت ۴:۳۰ دیلاتاسیون و افسمان کامل و در ساعت ۴:۴۰ زایمان طبیعی انجام شد. نوزاد دختر با آپگار ۱۰-۹ و وزن ۳۵۸۰ گرم متولد شد. جفت پس از ۵ دقیقه خودبه‌خودی خارج شد. بعد از خروج جفت، با بررسی پرینه، پارگی درجه ۳ (مدین) به همراه وجود منفذ در بین رکتوم و واژن به اندازه ۵ میلی‌متر مشاهده شد. بیمار بلافاصله به اتاق

مشکل وی در ۶ ماه بعد از زایمان، احساس درد کششی در ناحیه پرینه بود (جدول ۱).

عمل منتقل و ترمیم اسفنکتر خارجی با نخ ویکریل ۲-۰ توسط متخصص در قسمت قدامی خلفی و تحتانی سپریت انجام شد و سپس محل اپی ترمیم شد. بیشترین

جدول ۱- اطلاعات فردی و مامایی موارد معرفی شده

سن	نخست‌زا بودن	وزن تولد	عامل زایمان	ابتلاء به دیابت بارداری	تحریک یا القاء با سنتوسینون	درجه پارگی	نوع زایمان	دییستوسی شانه	گذشتن از تاریخ زایمان	تعداد موارد عوامل خطر
مورد اول	۳۳	+	۳۵۰۰	رزیدنت زنان و مامایی	+	۳	واکونوم اپی	-	+	۷
مورد دوم	۳۰	-	۳۵۸۰	دانشجوی مامایی	+	۳	زایمان طبیعی + اپی	-	-	۳
مورد سوم	۲۵	+	۳۸۰۰	رزیدنت زنان و مامایی	-	۴	زایمان طبیعی + اپی	-	+	۲
مورد چهارم	۲۹	-	۳۷۰۰	ماما	-	۴	زایمان طبیعی	-	+	۳
مورد پنجم	۲۹	+	۲۳۷۰	اینترن	+	۴	زایمان طبیعی + اپی	-	-	۴
مورد ششم	۳۳	-	۴۰۰۰	دانشجوی مامایی	-	۳	زایمان طبیعی	-	+	۴
مورد هفتم	۲۶	-	۴۰۱۰	رزیدنت زنان و مامایی	-	۳	زایمان طبیعی	+	-	۵

معاینه واژینال در ساعت ۱:۳۰، دیلاتاسیون ۷ سانتی‌متر، افاسمان ۷۰٪ و جایگاه سر جنین ۲- گزارش شد. در ساعت ۲:۳۰، دیلاتاسیون و افاسمان کامل با جایگاه سر جنین ۲- به سمت ۱- بود. در طی این مدت تا زایمان، صدای قلب جنین افت‌هایی در حد ۹۰-۱۰۰ داشت که اکسیژن‌تراپی انجام شد و در ساعت ۳:۴۵ زایمان طبیعی با اپی‌زیاتومی انجام و نوزاد پسر با وزن ۴۳۰۰ و آپگار ۱-۱۰ به دنیا آمد. خروج جفت با تأخیر در ساعت ۴:۰۵ انجام شد. ۲۰ واحد اکسی‌توسین با سرعت ۱۰ سی‌سی در دقیقه انفوزیون شد. لاسراسیون اسفنکتر خارجی مقعد در معاینه پرینه مشهود بود که بیمار بلافاصله به اتاق عمل منتقل و ترمیم اسفنکتر خارجی با نخ ویکریل ۲-۰ در قسمت قدامی خلفی و تحتانی منقطع انجام شد و سپس محل اپی ترمیم شد. بیبوست و درد ناحیه پرینه، بیشترین شکایت بیمار در ششمین ماه بعد از زایمان بود (جدول ۱).

مورد چهارم، خانمی ۲۹ ساله با حاملگی دوم، ۳۹ هفته و ۵ روز طبق LMP و بر اساس سونوگرافی ۱۷ هفتگی، ۴۱ هفته و ۲ روز بود که با شکایت آبریزش به بیمارستان مراجعه نمود. زائو سابقه هیچ‌گونه بیماری طبی نداشت. زایمان قبلی وی طبیعی و در سال ۱۳۸۹ و بدون مشکل

مورد سوم، خانمی ۲۵ ساله نخست باردار با حاملگی ۴۰ هفته و ۴ روز طبق LMP و ۴۱ هفته و ۳ روز طبق سونوگرافی ۱۱ هفتگی بود که با شکایت آبریزش و گذشتن از وقت زایمان به بیمارستان مراجعه کرده بود. بیمار هیچ‌گونه سابقه بیماری طبی نداشت و تنها آپاندکتومی در ۳ سال قبل را ذکر کرد. در معاینه شکمی، جنین نسبتاً درشت و در معاینه واژینال دیلاتاسیون ۲ سانتی‌متر، افاسمان ۲۰٪ و جایگاه سر جنین ۳- بود. به دلیل گذشتن از تاریخ زایمان، بیمار طبق دستور پزشک بلافاصله بستری و پس از ورود به زایشگاه در ساعت ۱۱:۳۰ ظهر راه وریدی برقرار شد. وزن جنین ۳۸۰۰ گرم تخمین زده شد. دستور تحریک زایمان با میزوپروستول به همراه کنترل انقباضات داده شد. دوز اول ۲۵ میکروگرمی در ساعت ۱۳:۳۰ و دوز بعد در ساعات ۱۷ داده شد. نتیجه معاینه واژینال وی در ساعت ۱۹:۳۰ همچنان مانند قبل و تنها کمی نزول سر انجام شده بود (جایگاه سر جنین ۲-). انقباضات خفیف از ساعت ۲۲ شروع شد، انقباضات ۲۰ ثانیه‌ای هر ۵ دقیقه وجود داشت. در ساعت ۰۰:۱۵ صبح دیلاتاسیون و افاسمان بیمار به ترتیب به ۵ سانتی‌متر و ۵۰٪ رسید، اما همچنان جایگاه سر جنین در حد ۲- قرار داشت. در

خاص انجام شده بود. فشارخون وی ۱۱۰/۷۰ و سایر علائم حیاتی او طبیعی بود. در معاینه واژینال نمایش سر، دیلاتاسیون ۲ سانتی‌متر، افسمان ۳۰٪ و جایگاه سر جنین ۳- با پارگی کیسه آب بود. در ساعت ۵:۴۵ زائو در زایشگاه بستری شد و نتیجه معاینه واژینال او همانند درمانگاه ثبت گردید. انقباضات رحمی ۳۰ ثانیه‌ای هر ۳ دقیقه از ساعت ۶:۳۰ دقیقه وجود داشت، اما تغییری در معاینه واژینال وجود نداشت و همچنان جایگاه جنین در حد ۳- بود. راه وریدی برقرار بود. به دنبال شدت گرفتن انقباضات رحمی از ساعت ۶:۴۰ صبح، انقباضات رحمی ۳۵ ثانیه‌ای هر ۲/۵ دقیقه‌ای آغاز شد. یک عدد هیوسین عضلانی برای بیمار تجویز شد و در ساعت ۷:۳۰ صبح دیلاتاسیون و افسمان کامل بود. زائو به صورت مداوم زور می‌زد تا در ساعت ۷:۵۵ زایمان طبیعی با نوزاد پسر و وزن ۳۷۰۰ انجام شد. پس از خروج خودبه‌خودی جفت و در معاینه پرینه، پارگی درجه ۴ مشاهده شد که در نهایت بیمار در ساعت ۱۱ صبح به اتاق عمل منتقل شد. ترمیم در اتاق عمل انجام گرفت. ترمیم اسفنکتر خارجی مقعد در اتاق عمل به روش end-to-end repair انجام با نخ ویکریل انجام گردید. عدم کنترل دفع گاز، بیشترین شکایت بیمار در ششمین ماه بعد زایمان بود (جدول ۱).

مورد پنجم، خانمی ۲۹ ساله نخست باردار با حاملگی ۴۰ هفته و ۱ روز طبق LMP و بر اساس سونوگرافی ۱۳ هفتگی، ۴۰ هفته بود که با شکایت درد زایمان و خونریزی به بیمارستان مراجعه نمود. در تاریخچه طبی و جراحی، تنها سابقه جراحی کیست تخمدان در یک سال قبل داشت که از ماه هفتم بارداری مبتلا به دیابت بارداری شده بود که تحت رژیم غذایی قرار داشت. فشارخون بیمار ۱۲۰/۷۰ و سایر علائم حیاتی وی نیز طبیعی بود و نتیجه معاینه واژینال نمایش سر، دیلاتاسیون ۳ سانتی‌متر، افسمان ۵۰٪ و جایگاه سر جنین ۲- با کیسه آب سالم بود. در ساعت ۲۲:۳۰ زائو به زایشگاه منتقل شد و نتیجه معاینه واژینال او همانند درمانگاه بود. راه وریدی با سرم رینگر برقرار شد. پایش مداوم صدای قلب جنین انجام شد. نوار NST طبیعی بود. خونریزی در حد بیشتر از شوی زایمانی<sup>۱</sup> وجود

داشت. قندخون ۱۲۷ با گلوکومتر تعیین شد. قندخون ناشتای اوایل بارداری ۱۰۸ بود. انقباضات رحمی ۳۵ ثانیه هر ۴ دقیقه وجود داشت. تحریک زایمان با ۴ قطره اکسی‌توسین از ساعت ۲۲:۵۰ شروع و در ساعت ۲:۳۰ به دلیل افت صدای قلب جنین تا حد ۱۰۴ قطع شد، سپس از ساعت ۴ صبح، آگمنت با ۲۰ قطره قبل شروع شد. در ساعت ۷:۱۵ صبح دیلاتاسیون و افسمان کامل گشت. در ساعت ۸:۴۵ زایمان طبیعی با نوزاد پسر و وزن ۲۳۷۰ و آپگار ۱۰-۹ انجام شد. پس از خروج خودبه‌خودی جفت، در معاینه پرینه، اپی‌زیاتومی گسترده و پارگی درجه ۴ مشاهده شد. پارگی اسفنکتر و بروز پارگی درجه ۴ توسط استاف بخش تأیید شد. پارگی در مخاط مشهود بود که با نخ ویکریل توسط متخصص زنان ترمیم و سپس ترمیم اسفنکتر و بعد لایه‌های زیر مخاط پوست و اپی‌زیاتومی نیز انجام گرفت. بیمار در ماه ششم بعد از زایمان از ناتوانی در کنترل دفع گاز شاکی بود (جدول ۱).

مورد ششم، خانمی ۳۳ ساله گراوید ۴ با دو بار زایمان، حاملگی ۴۱ هفته و ۳ روز طبق LMP و بر اساس سونوگرافی ۱۲ هفتگی، ۴۱ هفته و ۱ روز بود که با شکایت گذشتن از موعد زایمان به بیمارستان مراجعه نمود. زائو سابقه یک بار کورتاژ بدون هرگونه بیماری طبی داشت. علائم حیاتی وی نیز طبیعی بود. در معاینه شکمی، جنین نسبتاً درشت گزارش شد و در معاینه واژینال، نمایش سر، دیلاتاسیون یک سانتی‌متر، افسمان ۲۰٪ و جایگاه سر جنین ۳- با کیسه آب سالم بود. با تشخیص گذشتن از تاریخ زایمان، طبق دستور پزشک، بیمار بستری و پس از ورود به زایشگاه در ساعت ۲۲:۳۰ راه وریدی برقرار و مونیتور صدای قلب جنین شد. پس از اخذ NST، انقباضات بیمار نیز مونیتور شد. انقباضات خفیف هر ۳ دقیقه با طول مدت ۳۵ ثانیه وجود داشت. تا ساعت ۷:۱۵ این انقباضات بدون تغییر در معاینه داخلی ادامه یافت و در ساعت ۷:۴۵ تحریک با سنتوسینون با ۴ قطره آغاز و تا ۱۲ قطره ادامه یافت. انقباضات همچنان ضعیف و دیلاتاسیون و نزول جنین در معاینه داخلی بیمار ساعت ۸:۳۰ صبح تغییری را نشان نداد. تحریک زایمان تا ۳۰ قطره با کنترل صدای قلب

<sup>1</sup>Bloody show

سالمین) گذاشته شد. آگمنت با اکسی توسین ۲ قطره و مونیتور صدای قلب جنین برقرار گردید. در ساعت ۲:۳۰ نتیجه معاینه دیلاتاسیون ۳ سانتی متر، افاسمان ۴۰٪ و جایگاه سر جنین ۲- بود و سوند دفع شد. به دلیل افت صدای قلب جنین در ساعت ۴ صبح، الفاء با ۱۶ قطره قطع و اقدامات درمانی پتدین - هیدریشن صورت گرفت. انقباضات رحمی تغییر چندانی نداشت و هر ۳ دقیقه ۳۵ ثانیه انقباض رحمی وجود داشت. نتیجه معاینه داخلی در ساعت ۵ صبح تغییری را نشان نداد. تا ساعت ۱۰ صبح بیمار با مونیتور صدای قلب جنین تحت نظر بود. ساعت ۱۱ انقباضات خودبه خودی ۴۰ ثانیه ای هر ۲/۵ دقیقه گزارش شد و پیشرفت زایمان به تدریج آغاز گردید. در ساعت ۱۳:۳۰ در معاینه واژینال دیلاتاسیون پیشرفت را نشان می داد و تا ساعت ۱۶:۴۵ که دیلاتاسیون افاسمان کامل شد، زایمان با دیستوشی شانه در ساعت ۱۷:۳۰ انجام و نوزاد پسر با آپگار ۱-۹ و وزن ۴۰۱۰ گرم متولد شد. با بررسی پریینه، پارگی درجه سه مشاهده شد. ترمیم اسفنکتر خارجی مقعد در اتاق عمل به روش end-to-end repair با کانتوت انجام گردید. در پیگیری ۶ ماهه بیمار مشکلی را ذکر نکرد (جدول ۱). سایر مشخصات به همراه جزئیات زایمانی در جداول ۴-۲ ارائه شده است.

جنین انجام می شد تا انقباضات به حد ۴۰ ثانیه هر ۲ دقیقه رسید. ساعت ۲۲، دیلاتاسیون به حد ۴ سانتی متر بدون تغییر در نزول رسید و در ساعت ۱۲:۳۰ دیلاتاسیون و افاسمان کامل با جایگاه سر ۲- بود و زایمان در ساعت ۱۲:۳۰ انجام شد. زایمان طبیعی با نوزاد پسر با وزن ۴۰۰۰ گرم و آپگار ۱-۹ به دنیا آمد. پارگی درجه ۳ پریینه بعد خروج جفت مشهود بود. ترمیم اسفنکتر خارجی مقعد در اتاق عمل، توسط متخصص زنان به روش end-to-end repair با نخ ویکریل انجام گرفت. بیمار در ماه ششم بعد از زایمان مشکلی را ذکر نکرد (جدول ۱).  
مورد هفتم، خانمی ۲۶ ساله، با حاملگی سوم و یک زایمان، ۳۸ هفته و ۳ روز طبق LMP و بر اساس سونوگرافی ۱۲ هفتگی، ۳۷ هفته و ۵ روز بود که با شکایت کاهش حرکات جنین به بیمارستان مراجعه نمود. زائو تنها سابقه سنگ کلیه را ذکر می کرد. علائم حیاتی وی در زایشگاه طبیعی ثبت شد. در مشاهده شکم پاندولی و در معاینه واژینال، نمایش سر، دیلاتاسیون یک سانتی متر، افاسمان ۳۰٪ و جایگاه سر جنین ۳- با کیسه آب سالم بود. بیمار در ساعت ۲۱:۳۰ بستری شد که انقباضات رحمی هر ۳ دقیقه به مدت ۳۰ ثانیه بود. ساعت ۲۲:۳۰ سوند اکسترا آمنیال (۵۰۰ سی سی نرمال

جدول ۲- اطلاعات زایمانی زنان با پارگی های شدید پریینه

متغیر	تعداد (درصد)
زایمان طبیعی با اپی زیاتومی	۳ (۴۲/۸)
نوع زایمان	زایمان طبیعی بدون اپی زیاتومی ۳ (۴۲/۸)
	واکوئوم با اپی زیاتومی ۱ (۱۴/۲)
وزن نوزاد	وزن بالای ۴ کیلوگرم ۳ (۴۲/۸)
	وزن بین ۳۹۰۰-۲۳۰۰ ۴ (۵۷/۲)
عامل زایمان	رزیدنت یا اینترن ۴ (۵۷/۱)
	دانشجوی مامایی ۲ (۲۸/۵)
	ماما ۱ (۱۴/۲)
نوع اپی زیاتومی	مدیولترال ۳ (۴۲/۸)
	مدین ۰ (۰)
	پارگی ۴ (۵۷/۲)
دیستوشی شانه	با دیستوشی ۱ (۱۴/۲)
	بدون دیستوشی ۶ (۸۵/۸)
نحوه خروج سر جنین	خروج با کنترل ۶ (۸۵/۸)
	خروج بدون کنترل ۱ (۱۴/۲)

جدول ۳- نتایج درمانی و پیامدها

همپوشان (Over lapping) ۱ (۱۴/۲)		تکنیک ترمیم
لب به لب (End to End) ۶ (۸۵/۸)		
۰ (۰)	گزارش شد	بی‌اختیاری ادراری یا دفعی
۴ (۵۷/۲)	گزارش نشد	ناتوانی در کنترل دفع گاز
۳ (۴۲/۸)	گزارش شد	
۴ (۵۷/۲)	یبوست	
۱ (۱۴/۲)	تکرر دفع (اسهال)	مشکلات گوارشی
۱ (۱۴/۲)	یبوست و اسهال متناوب	
۵ (۷۱/۵)	ویکریل	نوع نخ مصرفی
۲ (۲۸/۵)	کاتکوت	

### بحث

یکی از مهم‌ترین عوارض ناگوار در زایمان واژینال، بروز پارگی‌های پرینه با درجه بالا است. در سه مورد زائوی معرفی شده (اول، پنجم و ششم)، ایندکشن و آگمنت به‌عنوان یک عامل خطر مشترک برای بروز صدمات شدید پرینه، مشاهده شد. نتایج مطالعات وب و همکاران (۲۰۱۷)، کریستسون و همکاران (۲۰۰۳)، فیتز گرالد و همکاران (۲۰۰۷) و پرجیلاتیس و همکاران (۲۰۱۴) نیز مؤید این امر می‌باشند (۹، ۱۳، ۱۹، ۲۰). وب و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه گذشته‌نگر بر اساس پایگاه اطلاعاتی بیمارستان‌های دانمارک، با بررسی ۷۱۴۶۹ زایمان، شانس بروز صدمات اسفنگتری در ایندکشن و آگمنت را ۱/۴۵ برابر زایمان‌هایی محاسبه کردند که در مرحله اول زایمان از اکسی‌توسین استفاده نشده بود (۱۹). کریستسون و همکاران (۲۰۰۳) نیز با مطالعه‌ای گذشته‌نگر بین سال‌های ۲۰۰۱-۱۹۹۹ و با بررسی ۲۰۷۸ زایمان، شانس بروز صدمات اسفنگتری را در القاء با اکسی‌توسین، وزن بالای جنین و مصرف دخانیات (هرکدام به‌تنهایی) ۱۱/۹ برابر زایمان‌های بدون عوامل خطر فوق تخمین زدند. نخست‌زا بودن، نژاد آسیایی، زایمان با فورسپس نیز هر کدام شانس بروز صدمات اسفنگتری را ۱۰ برابر می‌کند.

این محققین شایع‌ترین عوامل خطر مرتبط با آسیب اسفنگتر مقعدی را، نخست‌زا بودن و زایمان با فورسپس گزارش نمودند (۱۴). کریاکس و همکار (۲۰۱۵) و هاندا و همکاران (۲۰۱۲) شیوع بالاتری از پارگی‌های شدید پرینه را در زایمان با فورسپس و واکوئوم اعلام داشتند. هاندا و همکاران، شانس پارگی شدید پرینه در زایمان با

وانتوز را ۲/۳ برابر زایمان طبیعی گزارش کردند (۴، ۲۳). بومن و همکاران (۲۰۰۷) شانس صدمه به اسفنگتر مقعد را در زایمان با فورسپس ۲/۶۸ برابر زایمان‌های انجام شده بدون فورسپس اعلام داشتند (۲۴). تفاوت بین شانس خطر محاسبه شده در زایمان فورسپس بین مطالعه وب و همکاران (۲۰۱۶) و بومن و همکاران (۲۰۰۷) بسیار زیاد است که می‌تواند ناشی از ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه از جمله نژاد آسیایی در مطالعه وب باشد (۲۱، ۲۴). بومن و همکاران که از داده‌های پایگاه اطلاعاتی پری ناتال شلسویگ<sup>۱</sup> آلمان بین سال‌های ۱۹۹۱-۱۹۹۷ استفاده کرده بودند، با آنالیز داده‌های ۴۰۹۲۳ زایمان، سایر متغیرهای فردی را که در صدمات پرینه مطرح شده‌اند مانند سن بیشتر از ۳۵ سال مادر، استعمال سیگار و شاخص توده بدنی بالای ۳۰ را بررسی و شانس بروز بالای این صدمات را در زنان سیگاری و چاق بسیار زیاد گزارش کردند (۱۴/۹) در سیگاری‌ها و ۴/۹ در زنان چاق) از این رو توجه به عامل زمینه‌ای مانند نژاد که در مطالعه وب گزارش شده و سایر متغیرها مانند استعمال دخانیات و چاقی مادر که در مطالعه بومن مطرح شده است، نشان می‌دهد که باید بیش از پیش برای پیشگیری از این صدمات برنامه‌ریزی کرد. شیوع بالای چاقی و استعمال دخانیات در زنان جامعه، مسأله‌ای است که نباید از آن غافل شد، ولی در بررسی بیماران کمتر به آن توجه می‌شود که پیشنهاد می‌شود به این عامل در هنگام گرفتن تاریخچه طبی در اتاق زایمان بیشتر توجه شود.

<sup>1</sup> Schleswig-Holstein,



حمایتی کف لگن، اختلال ایجاد می‌کند. تغییرات نورویپاتی پودندال، انقباض خودبه‌خودی لواتر آنی را در حین سرفه و عطسه کاهش می‌دهد (۲۸). در نتیجه پس از زایمان باعث بروز انواع مشکلات از جمله انواع بی‌اختیاری‌ها مانند عدم کنترل دفع گاز و ادرار می‌شود (۲۷). در مطالعه حاضر در سابقه مامایی بیمار اول، دوم و پنجم دیابت بارداری مشاهده شد که با وجود وزن کمتر از ۴ کیلوگرم نوزاد بیمار اول، دیستوسی شانه روی داده بود. وزن بیشتر از ۴ کیلوگرم نوزاد نیز یک فاکتور خطر شناخته شده در بروز پارگی‌های زایمانی پرینه با درجه بالاست که توسط سلطان و همکاران (۱۹۹۴)، بومن و همکاران (۲۰۰۷) و پرچیلان و همکاران (۲۰۱۴) گزارش شده است (۱۰، ۲۴، ۲۷). در مطالعه حاضر در معرفی بیمار سوم که به دلیل لاسراسیون اسفنکتر مقعد به اتاق عمل منتقل شد، توجه به وزن جنین و تناسب آن با لگن نیاز به مهارت بالینی دارد. مهارت فرد و رعایت شروط تکنیک اندازه‌گیری بر دقت نتایج، تأثیرگذار است. در مواردی که پارگی کیسه آب همانند بیمار سوم وجود دارد، به دلیل کاهش ارتفاع رحم، وزن جنین در هر فرمولی که مبتنی بر محاسبه ارتفاع رحم است، کمتر از میزان واقعی پیش‌بینی خواهد شد. از این رو مطالعات مرتضوی و همکاران (۲۰۱۰)، نومپرست (۲۰۰۴) و بنی‌عقیل و همکاران (۲۰۰۳)، پارگی کیسه آب را از معیارهای خروج از مطالعه تعیین وزن جنین به‌روشن جانسون قرار دادند (۲۸، ۲۹، ۳۱). ضمن این‌که برای هر روش مقادیری به‌عنوان خطای اندازه‌گیری در نظر گرفته می‌شود. مرتضوی و همکار (۲۰۱۰) صحت تخمین وزن جنین را به روش اندازه‌گیری ارتفاع رحم و محیط شکم در زنان باردار با تقریب ۴۰۰ گرم اعلام داشتند (۲۸). بنی‌عقیل و همکاران (۲۰۰۳) روش جانسون را که روش معمول تعیین وزن جنین در زایشگاه‌ها است، در حاملگی‌های تک‌قلوی نخست‌زا، ۴۶۰ گرم بیشتر از مقدار واقعی ارزیابی کردند (۲۹)، ولی بوم و همکار (۲۰۰۲) خطای تخمین روش جانسون را در تخمین وزن جنین ۳۶۷ گرم در ترم محاسبه کردند (۳۰). بر اساس این فرمول در ۷۲٪ موارد، وزن جنین بیش از ۱۰٪ وزن واقعی پیش‌بینی می‌شود (۲۹)، اما مرتضوی و همکار

در مطالعه فیتز‌گرالد و همکاران (۲۰۰۷) در مقایسه ۴۰۷ زائویی که به صدمات زایمانی اسفنکتر مقعد مبتلا شده بودند با ۳۹۰ زائو دیگر که زایمان طبیعی بدون عارضه را پشت سر گذاشته بودند، عوامل خطر همراه با صدمات زایمانی اسفنکتر مقعد، حاملگی‌های طول کشیده، زایمان با مرحله دوم طولانی، وضعیت اکسی‌پوت خلفی جنین، وزن بالای نوزاد، زایمان با ابزار و اپی‌زیاتومی و یا بی‌حسی اپیدورال بیان شد. همچنین این محققین اعلام داشتند که همراهی دو عامل خطر با هم، شانس این صدمات را به گونه‌ای افزایش می‌دهد که از مجموع عددی خطر محاسبه شده برای هر دو عامل بسیار بیشتر است؛ به‌طوری‌که شانس صدمه به اسفنکتر در صورت زایمان با فورسپس و اپی‌زیاتومی که در این مطالعه به ترتیب ۱۳/۳۶ و ۵/۳ برآورد شده بود، چنانچه همزمان در یک زائو وجود داشته باشد، احتمال آسیب زایمانی پرینه او به ۲۵/۳ برابر حالت طبیعی افزایش می‌یابد (۲۲). از این رو جمع عوامل خطر در یک زائو با احتمال افزایش خطر آسیب‌پذیری پرینه در زایمان، نکته‌ای است که نباید مورد غفلت واقع گردد و این امر بیش از پیش مسئولیت توجه عامل زایمان را به عوامل خطرآفرین در اتاق‌های زایمان نشان می‌دهد. در این مطالعه در تمام موارد معرفی شده بیش از یک عامل خطر همراه وجود داشت که با در نظر گرفتن نژاد آسیایی زنان ایرانی و عدم امکان اظهار نظر صریح در مورد مهارت عامل زایمان در کنترل خروج سر، می‌تواند به بیشتر از دو عامل خطر افزایش یابد (جدول ۲، ۳). نژاد آسیایی زائو به هیچ وجه نباید از ذهن ماماها و پزشکان اتاق زایمان در ایران دور گردد، چون برخی مطالعات اثر این عامل را بسیار بالا گزارش کرده‌اند. گروتز و همکاران (۲۰۱۱) میزان بروز صدمات مامایی پرینه را در نژاد آسیایی حدود ۶ برابر نژاد قفقازی، علی‌رغم یکسان بودن طول پرینه آنان در مرحله یک زایمان تخمین زدند (۲۰٪ در برابر ۳/۴٪) (۲۵). در نوزادان مادران دیابتی به دلیل افزایش ذخیره چربی در شانه، احتمال دیستوسی شانه وجود دارد (۱). وزن بالای جنین با افزایش اندازه دور سر و نیز افزایش احتمال دیستوسی شانه، در اثر فشار حاصله در ساختارهای

(۲۰۱۰) در برآورد وزن جنین‌های درشت که احتمال بالای ۴ کیلوگرم زده می‌شود، روش رگرسیون<sup>۱</sup> را با خطای کمتر اندازه‌گیری اعلام کردند (۲۸). بنابراین در زمانی که تخمین وزن جنین تعیین‌کننده روش زایمان است، استفاده از افراد ماهر و کاربرد تکنیک صحیح مانند خالی بودن مثانه، مدنظر قرار دادن وجود یا عدم وجود کیسه آب و در نظر گرفتن خطای احتمالی هر روش اندازه‌گیری، بسیار حیاتی می‌باشد. از این رو در مورد بیمار مذکور، چنانچه توجه به پارگی کیسه آب بیمار و خطای حداقل ۳۶۷ گرمی روش اندازه‌گیری جانسون می‌شد، احتمال وجود وزن جنین بیش از ۴ کیلوگرم نیز در نظر گرفته می‌شد که در این صورت شاید سزارین گزینه مناسب‌تری برای زایمان بود.

شرح حال بیمار چهارم بیشتر گویای عدم مهارت عامل زایمانی در اداره زائو به‌ویژه در حین خروج سر جنین می‌باشد که در مطالعه مروری و متاآنالیز ۲۲ مقاله که توسط پرجیلاتیس و همکاران (۲۰۱۴) بین سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۰۴ انجام شد، نتیجه گرفتند چندین عامل دیگر که کمتر در بروز پارگی‌های شدید زایمانی مطرح شده‌اند، مشاهد صحیح پرینه در زمان زایمان و حمایت کافی سر جنین در زمان خروج سر جنین توسط عامل زایمان است. چنانچه دستورات کافی از سوی عامل زایمان برای عدم زور زدن زائو در آخرین لحظات خروج سر جنین صورت نگیرد، به‌طور چشمگیری می‌تواند سبب وقوع این پارگی‌ها شود (۱۰).

در مورد اپی‌زیاتومی و نقش آن در بروز پارگی‌های شدید پرینه، نتایج ضدونقیضی وجود دارد، هرچند در بسیاری از مطالعات اپی‌زیاتومی یک عامل خطر برای بروز گسترش پارگی پرینه حین زایمان است (۱۴، ۲۱، ۲۴، ۳۲)، اما تعدادی دیگری از مطالعات، این نتایج متناقض را ناشی از عملکرد متفاوت عاملین زایمانی می‌دانند و عامل کلیدی در بروز این پارگی‌ها را زاویه اپی‌زیاتومی اعلام نمودند. اپی‌زیاتومی با زاویه باز می‌تواند نقش حمایتی در پیشگیری از صدمات مامایی مقعد داشته باشد (۱۵، ۲۶، ۳۲). جانگو و همکاران (۲۰۱۴) انجام اپی‌زیاتومی مدیولترال را در زنان نخست‌زایی که با

واکوئوم زایمان کرده‌اند، یک عامل حمایتی جهت پیشگیری از گسترش پارگی پرینه گزارش کردند (۳۳). اوگان و همکاران (۲۰۰۶) زاویه کوچک و نزدیک به مدین را عامل بروز پارگی درجه ۳ زایمانی در بیماران مورد بررسی خود ذکر کردند (۳۴). استندنف و همکاران (۲۰۱۲) با مطالعه‌ای گذشته‌نگر و مقایسه دو گروه زائوی نخست‌زا با و بدون آسیب شدید پرینه (در هر گروه ۳۷ نفر)، ۵۶٪ کاهش خطر آسیب مقعد را با افزایش فاصله به میزان هر ۴/۵ میلی‌متر از خط وسط پرینه و کاهش ۷۵ درصدی خطر را برای افزایش طول اپی‌زیاتومی به ازای هر ۵/۵ میلی‌متر در طول گزارش نمودند، ولی بین زاویه اپی‌زیاتومی تفاوتی مشاهده نشد (۱۸). از آنجا که عامل زایمان، تصمیم‌گیرنده نهایی در انجام اپی‌زیاتومی شناخته می‌شود (۱)، اداره صحیح آن به لحاظ طول و زاویه اپی‌زیاتومی بر مبنای تجربه و وزن جنین و انتخاب نوع مدیولترال اپی‌زیاتومی که احتمال پارگی درجه چهار را کاهش می‌دهد، اقدامی معقول می‌باشد. از نقاط قوت این مطالعه، برشمردن عوامل شایع پارگی‌های و تجمع آن‌ها در موارد رخداد عارضه و نیز ذکر مشکلات طولانی مدت بیماران است که کمتر مطالعه‌ای در ایران به آن پرداخته است. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، انجام مطالعه مبتنی بر اسناد است که امکان سنجش روایی اطلاعات یا اظهار نظر در مورد نحوه زایمان یا عامل زایمان را غیر ممکن می‌سازد، بنابراین تنها به ذکر سمت عاملین زایمان اکتفا شده است.

### نتیجه‌گیری

القاء با اکسی‌توسین، دیابت بارداری، گذشتن از تاریخ زایمان و جنین ماکروزوم، از شناخته شده‌ترین فاکتورهای همراه صدمات شدید پرینه در حین زایمان می‌باشند که حضور چند عامل خطر کنار هم، احتمال بروز این عارضه را تشدید می‌کند. از این رو ضروری است به وجود عوامل خطر این عارضه در هر زائو توجه شود و همواره آسیایی بودن زنان ایرانی به عنوان یک عامل خطر زمینه‌ای مدنظر قرار گیرد.

<sup>1</sup> W=82.5\*fundal height+659

دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تشکر و قدردانی می شود. بدین وسیله از بیماران شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

## تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه تحقیقاتی مصوب ۹۵/۱۱/۲۷ دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۹۵۱۳۶۲ می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی

## منابع

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. Williams obstetrics. 24<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
- Frohlich J, Kettle C. Perineal care. *BMJ Clin Evid* 2015; 31(1):1-8.
- Al-Zein HJ, Jarrah S, Al-Jaghbir M. The relationship between obstetric perineal trauma, risk factors and postpartum outcomes immediately after childbirth. *Int J Childbirth Educ* 2013; 28(4):39-44.
- Keriakos R, Gopinath D. Obstetric anal sphincter injuries. *J Acute Dis* 2015; 4(4):256-65.
- Zare O, Pasha H, Faramarzi M. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration. *Health* 2014; 6(1):10-4.
- Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, et al. Third-and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG* 2013; 120(12):1516-25.
- Priddis H, Schmied V, Dahlen H. Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC women's health*. 2014;14(1):32.
- 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. *Feyz* 2011; 14(5):533-8.
- Royal College of Midwives (Great Britain). Learning, research and practice department. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: good practice points. London: Royal College of Midwives; 2012.
- Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J Gynecol Obstet* 2014; 125(1):6-14.
- Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322(7297):1277-80.
- Fonti Y, Giordano R, Cacciatore A, Romano M, La Rosa B. Post partum pelvic floor changes. *J Prenat Med* 2009; 3(4):57-9.
- Rangraz Jadid M, Momenyan S, Rasouli A, Seyfzadeh Z, Hedayatzadeh A. Study of the relationship between the severity of postpartum urinary incontinence and parity and the quality of life in multiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(105):18-23.
- Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(1):255-60.
- Annaiah TK, Kodakkattil S. Risk factors for obstetric anal sphincter injury after a successful multicentre interventional programme. *BJOG* 2014; 121(13):1742-3.
- Martin S, Labrecque M, Marcoux S, Bérubé S, Pinault JJ. The association between perineal trauma and spontaneous perineal tears. *J Fam Pract* 2001; 50(4):333-7.
- Authority NL. Ten years of maternity claims: an analysis of NHS Litigation Authority data. London: NHS Litigation Authority; 2012.
- Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Qian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG* 2012; 119(6):724-30.
- Attarha M, Vacillian C, Akbary Torkestani N, Heydary T, Bayateyan Y. Effect of perineal massage during second phase of labor on episiotomy and laceration rate among nulliparous women. *J Hayat* 2009; 15(2):15-22. (Persian).
- Sereshti M, Deris F. 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. *J Zanjan Univ Med Sci Health Ser* 2013; 21(89):107-16.
- Webb SS, Hemming K, Khalfaoui MY, Henriksen TB, Kindberg S, Stensgaard S, et al. An obstetric sphincter injury risk identification system (OSIRIS): is this a clinically useful tool? *Int Urogynecol J* 2017; 28(3):367-74.
- Fitzgerald MP, Weber AM, Howden N, Cundiff GW, Brown MB; Pelvic Floor Disorders Network. Risk factors for anal sphincter tear during vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2007; 109(1):29-34.
- Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after childbirth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol* 2012; 119(2 Pt 1):233-9.
- Baumann P, Hammoud AO, McNeeley SG, DeRose E, Kudish B, Hendrix S. Factors associated with anal sphincter laceration in 40,923 primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(9):985-90.
- Groutz A, Hasson J, Wengier A, Gold R, Skornick-Rapaport A, Lessing J, et al. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204(4):347.e1-4.

26. Fernando R, Sultan A, Kettle C, Thakar R, Radley S. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:CD002866.
27. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994; 308(6933):887-91.
28. Mortazavi F, Akaberi A. Estimation of birth weight by measurement of fundal height and abdominal girth in parturients at term. *East Mediterr Health J* 2010; 16(5):553-7.
29. Baniaghil A, Baniaghil F, Vakili M. Estimation of fetal weight by janson. *J Gorgan Univ Med Sci* 2003; 5(12):25-9. (Persian).
30. Baum JD, Gusman D, Wirth JC. Clinical and patient estimation of fetal weight vs. ultrasound estimation. *J Reprod Med* 2002; 47(3):194-8.
31. Numprasert W. A study in Johnson's formula: fundal height measurement for estimation of birth weight. *AU JT* 2004; 8(1):15-20.
32. Turki R, Abduljabbar HS, Manik J, Thiagarajan J, Bajou O, Gauthaman K. Severe perineal lacerations during childbirth in Saudi women-a retrospective report from King Abdulaziz University Hospital. *Biomed Res* 2017; 28(8):3350-4.
33. Jangö H, Langhoff-Roos J, RosthQj S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210(1):59.e1-6.
34. Eogan M, Daly L, O'connell PR, O'herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG* 2006; 113(2):190-4.