

عوارض و عوامل مرتبط با اپی زیاتومی در زنان نخست زا مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران: مطالعه طولی به مدت سه ماه

کبری خاجوی شجاعی^۱، دکتر علی دواتی^۲، دکتر فرید زایری^۳

تاریخ دریافت: ۸۸/۴/۳ تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۲۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: بهترین فن اپی زیاتومی و منافع بالینی آن تا حد زیادی ناشناخته مانده است. هدف از این مطالعه تعیین شیوع نوع اپی زیاتومی و تبعات عوامل مرتبط با آن در طی سه ماه پس از زایمان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با طراحی مشاهده ای و طولی در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران انجام شد. تعداد نمونه‌ها ۵۱۰ خانم نخست زا با زایمان طبیعی بود. داده‌ها به وسیله مصاحبه پس از زایمان و درد پس از نزدیکی پس از زایمان اخذ شد. اطلاعات توسط نرم افزار SPSS جهت تجزیه و تحلیل استفاده گردید. **یافته‌ها:** شیوع اپی زیاتومیدراین پژوهش ۹۷/۳ درصد برآورد شد، ۳/۳ درصد اپی زیاتومی نوع مدین و ۶۷/۷ درصد نوع مدیولترال دریافت کردند. عوارض اپی زیاتومی عبارتند از درد پرینه و دیسپاونی.

بحث و نتیجه گیری: شیوع اپی زیاتومی در ایران بسیار بیشتر از میزان‌های گزارش شده از سایر نقاط دنیا می‌باشد و شیوع اپی زیاتومی مدیولترال در ایران علی‌رغم مشکلات آن بیشتر از اپی زیاتومی مدین می‌باشد. فراوانی درد پرینه نشان داد که درد پرینه در ۲۴ ساعت اول با تعداد استریا، نوع اپی زیاتومی، وزن نوزاد و درد پایدار پرینه (بعد از ۴۰ روز) با طول فاز اول زایمان ارتباط دارد.

کلمات کلیدی: اپی زیاتومی، دیسپاونی، درد پرینه، زنان نخست زا، زایمان واژینال

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره چهارم، ص ۲۲۳-۲۱۷، زمستان ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان کارگر شمالی بین فرصت شیرازی و نصرت پلاک ۱۱۷، مرکز تحقیقاتی دانشگاه شاهد، طبقه دوم: مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تلفن: ۰۹۱۲۲۸۳۵۹۳۰

Email: khajavi@shahed.ac.ir

مقدمه

ناشناخته مانده است اگر چه استفاده از اپی زیاتومی بین

سال‌های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۳ کم شده است اما هنوز تقریباً در

۳۳ درصد از زایمان‌های واژینال انجام می‌شود. هدف از این

تقریباً ۸۰ سال است که اپی زیاتومی به صورت روتین به کار برده

می‌شود اما بهترین فن اپی زیاتومی و منافع بالینی آن تا حد زیادی

۱ مربی دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد (نویسنده مسئول)

۲ استادیار دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه شاهد

۳ استادیار آمار حیاتی دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی

عمل تسریع تکمیل مرحله دوم زایمان به منظور بهبود نتیجه مادری و نوزادی بود. تا پایان دهه ی ۱۹۷۰ برش اپیزیاتومی تقریباً در تمام زنانی که برای بار اول زایمان می‌کردند به صورت رایج انجام می‌شد. یکی از دلایل مقبولیت یافتن اپیزیاتومی، جایگزین شدن یک برش جراحی مستقیم با قابلیت ترمیم آسان‌تر، به جای پارگی‌های ناهمواری بود که در صورت عدم استفاده از اپیزیاتومی ایجاد می‌شدند (۱). در سال ۱۹۹۱ لارسون^۱ و همکاران مشخص کردند که عقیده قدیمی مبنی بر درد کم‌تر بعد از اپیزیاتومی و التیام بهتر اپیزیاتومی در مقایسه با پارگی، ظاهراً نادرست است). مزیت دیگری که به طور رایج ذکر می‌شد اما ثابت نشده بود این بود که انجام اپیزیاتومی روتین از شل شدن لگن و به عبارتی از ایجاد سیستم‌سل، رکتوسل و بی اختیاری ادراری جلوگیری می‌کند. ولی تعدادی از مطالعات مشاهده ای و کارآزمایی‌های تصادفی شده نشان داد که انجام اپیزیاتومی روتین با افزایش بروز پارگی‌های اسفنگتر مقعد و رکتوم همراه است (۲-۶). مطالعات زیادی نشان دادند که اپیزیاتومی از جسم پرنه محافظت نمی‌کند و به دلیل افزایش خطر پارگی‌های درجه سوم و چهارم، انجام اپیزیاتومی در ایجاد بی‌اختیاری اسفنگتر مقعد نقش دارد (۷). سیگ نارلو^۲ و همکاران گزارش کردند که احتمال بی‌اختیاری مدفوع و گاز، در زنانی که در هنگام زایمان تحت اپیزیاتومی قرار گرفته بودند در مقایسه با زنانی که در هنگام زایمان تحت اپیزیاتومی قرار نگرفته بودند، ۴-۶ برابر افزایش یافته است. حتی در مقایسه با گروهی که دچار پارگی‌های خود به خودی پرنه شده بودند، مشخص شد که اپیزیاتومی خطر بی اختیاری مدفوع و گاز را به ترتیب ۳ و ۲ برابر افزایش می‌دهد (۸). این نتیجه گیری که اپیزیاتومی نباید به طور روتین انجام شود منطقی به نظر می‌رسد (۹) علی‌رغم افت میزان مرگ و میرمادری در قرن گذشته، هنوز عوارض زایمانی قابل توجه به چشم می‌خورد (۱۰). درد پرنه

^۱ larsson
^۲ Signorello

از جمله عوارضی است که در ۲۲ درصد از زنان نخست زای طی ۸ هفته و در برخی طی یک سال ادامه می‌یابد (۱۰). اپیزیاتومی از متداول‌ترین اعمال جراحی دردناک در زنان جوان است که نیاز به ترمیم دارد (۱۱،۱۲). درد ناشی از اپیزیاتومی، همواره مشکلی استرس زا برای زنان نخست زای بوده و اثر منفی بر عملکرد اولین تجربه مادر شدن آن‌ها دارد (۱۳،۱۴). صدمه به پرنه در حین زایمان توسط پارگی و یا اپیزیاتومی می‌تواند باعث ایجاد درد پرنه شود که این درد ممکن است ماه‌ها و یا سال‌ها با فرد همراه بوده سبب ایجاد تنش‌های جسمی و روانی وی شود و در انجام وظایف محوله فرد را ناتوان گرداند (۱۵). درد پرنه بعد از زایمان یکی از شایع‌ترین علل عوارض مؤثر عملکردی مادر پس از زایمان است که می‌تواند دیسپارونی و اختلال در ارتباط با همسر را به دنبال داشته باشد (۱۶). هدف از این مطالعه نشان دادن شیوع اپیزیاتومی در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران و عوارض متعاقب آن (درد و دیسپارونی) و عوامل مرتبط با درد پرنه می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با طراحی مطالعات مشاهده ای و طولی انجام گرفت. کلیه خانم‌های نخست زای با زایمان طبیعی که در زمان بررسی به طور مستمر مراجعه کردند و موافقت کتبی و آگاهانه خود را برای همکاری با طرح اعلام نمودند وارد مطالعه شدند. تعداد نمونه بر اساس انجام یک مطالعه آزمایشی، شیوع درد ۱۲ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۲/۸ درصد تعداد ۵۱۰ نفر تعیین گردید. اپیزیاتومی صرفه نظر از اندیکاسیون آن با مشاهده وضعیت آن مشخص گردید. وضعیت اپیزیاتومی شامل: نوع اپیزیاتومی و نحوه ترمیم آن بود که تعیین نوع اپیزیاتومی با توجه با صلاحدید مسئول زایمان و ترمیم به روش استاندارد و با استفاده از نخ کرومیک صفر و ۲ صفر انجام می‌شد (۱). نتایج بررسی در بک فرم اطلاعاتی ثبت گردید. تبعات اپیزیاتومی؛ درد در

میانگین سن نمونه ها ۲۲/۴۴، میانگین نمایه توده بدن آن ها ۲۵/۷۲، میانگین فاز اول و دوم زایمان به ترتیب ۶/۷۳ ساعت و ۳۵/۲۶ دقیقه بود در ضمن متوسط وزن نوزادان ۳۲۱۰ گرم به دست آمد.

جدول شماره (۱): فراوانی متغیرهای کمی مطالعه

| نام | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|----------------|-----------|----------|-------------|---------------|
| سن | ۱۵ | ۳۴ | ۲۲/۴۴ | ±۳/۶۹ |
| BMI | ۱۷/۳۰ | ۳۶ | ۲۵/۷۲ | ±۳/۴۱ |
| فاز اول زایمان | ۱/۱۵ ساعت | ۱۴ ساعت | ۶/۷۳ ساعت | ±۲/۵۳ ساعت |
| فاز دوم زایمان | ۱۵ دقیقه | ۷۵ دقیقه | ۳۵/۲۶ دقیقه | ± ۱۶/۴۲ دقیقه |
| وزن نوزاد | ۲۱۰۰ گرم | ۴۱۰۰ گرم | ۳۲۱۰ گرم | ۳۸۴/۹۳ گرم |

هدف اول پژوهش، تعیین شیوع اپی زیاتومی در بین خانم های نخست زا مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی با زایمان طبیعی بود. که شیوع آن ۹۷/۳ درصد با شیوع واقعی (۹۵/۹۰ تا ۹۸/۷۰) = C.I_{۹۵} برآورد شد در حالیکه فقط ۲/۷ درصد از نخست زایان با پرینه سالم زایمان کردند. فراوانی نوع اپی زیاتومی مدین ۳۱/۴ درصد و نوع مدیولترال ۶۵/۹ درصد بود.

هدف دوم این مطالعه تعیین عوارض بعد از اپی زیاتومی بود که زودرس ترین عارضه درد پرینه بود شیوع درد پرینه در مقاطع ۹۰، ۴۰، ۱۰، ۱ روز بعد از زایمان به ترتیب ۶۳، ۹۶، ۲۵، ۴، ۱۲ درصد به دست آمد تعیین شدت درد پرینه بعد از اپی زیاتومی با استفاده از مقیاس دیداری درد بود. طبق بررسی انجام شده میانه شدت درد در ۲۴ ساعت پس از زایمان ۶ واحد، میانه شدت درد در ۱۰ روز پس از زایمان ۳ واحد، میانه شدت درد در ۴۰ روز پس از زایمان صفر واحد به دست آمد. شیوع آن در سه مقطع ۱۰، ۱، ۴۰ و ۹۰ روز بر حسب نوع اپی زیاتومی در جدول ۳ آمده است.

روزهای ۹۰ و ۴۰ و ۱۰ روز بعد و نیز درد زمان مقاربت در روزهای ۹۰ و ۴۰ و ۱۰ روز بعد بررسی و ثبت گردید. سنجش شدت درد با مقیاس دیداری^۱ ۱۰ واحدی بود که با پرسش از نمونه ها خواسته شد که وضعیت آن را مشخص نمایند (۱۱) و درد هنگام مقاربت نیز با همان ابزار و به صورت مشاوره تلفنی بررسی شد. برای جلب همکاری نمونه ها با طرح آموزش های لازم داده شد و موافقت آن ها را جهت همکاری با طرح جلب گردید. ولی اگر نمونه ها در مرحله ای حاضر به ادامه همکاری نمی شدند وضعیت قبلی درد آن ها ثبت می گردید. عوامل مرتبط شامل: سن نمایه توده بدنی^۲، تعداد استریا، طول فاز اول و دوم زایمان و نوع اپی زیاتومی بود که وضعیت آن ها در فرم شماره ۱ ثبت گردید. نوع اپی زیاتومی شامل مدین و مدیولترال بود (۱). طبقه بندی نمایه توده بدنی شامل: <۱۹/۸، ۱۹/۸-۲۶، ۲۶-۱۹/۸ طبیعی و >۲۶ چاق (۱۷). وزن نوزاد در اتاق زایمان تعیین شد و طول فاز اول و دوم طبق پرونده بیمار ثبت شد. تعداد استریا نیز با شمارش آن ها از روی شکم مشخص و ثبت گردید (۱۸).

در خاتمه تحقیق، داده های فرم اطلاعاتی توسط نرم افزار ۱۱/۵ SPSS طبقه بندی، استخراج و با آماره توصیفی تحلیلی ارائه گردید. بدین ترتیب که اولاً شیوع اپی زیاتومی در نمونه ها تعیین و میزان واقعی آن با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد و نقش عوامل مرتبط با میزان درد به طور کلی و درد هنگام مقاربت با آزمون کی دو یا دقیق فیشور مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته ها

نتایج جمعیت شناختی مطالعه انجام شده شامل: متغیرهای کمی، سن، وزن، قد، نمایه توده بدن، طول فاز اول زایمان، طول فاز دوم زایمان و وزن نوزاد است که در جدول (شماره ۱) آمده است.

جدول شماره (۲): فراوانی درد پرینه در مقاطع ۲۴ ساعت، ۱۰ روز، ۴۰ روز، ۹۰ و ۱۰ روز بعد از زایمان

| درد اپی | ۲۴ساعت | | ۱۰ روز | | ۴۰ روز | | ۳ماه | |
|------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|
| | ندارد | دارد | ندارد | دارد | ندارد | دارد | ندارد | دارد |
| مدین | ۱۴ | ۱۴۶ | ۹۲ | ۶۳ | ۱۲۶ | ۲۹ | ۱۴۶ | ۹ |
| | ٪۸/۸ | ٪۹۱/۳ | ٪۴۰/۶ | ٪۵۹/۴ | ٪۸۱/۳ | ٪۱۸/۷ | ٪۹۴/۲ | ٪۵/۸ |
| مدیولترال | ۴ | ۳۳۲ | ۶۹ | ۲۱۰ | ۲۰۰ | ۷۹ | ۲۲۹ | ۵۰ |
| | ٪۱/۲ | ٪۹۸/۸ | ٪۲۴/۷ | ٪۷۵/۳ | ٪۷۱/۷ | ٪۲۸/۳ | ٪۸۴/۳۵ | ٪۱۵/۶۵ |
| جمع | ۱۸ | ۴۷۸ | ۱۶۱ | ۲۷۳ | ۳۲۶ | ۱۰۸ | ۳۳۷ | ۵۹ |
| | ٪۳/۶ | ٪۹۶/۴ | ٪۳۷/۱ | ٪۶۲/۹ | ٪۷۵/۱ | ٪۲۴/۹ | ٪۸۸ | ٪۱۲ |

زایمان $P=0/047$ ، وزن نوزاد $p<0/001$ ، تعداد استریا $P=0/044$

؛ نوع اپی زیاتومی $P < 0/001$ بعد از ۱۰ روز عبارتند از:

سن $P=0/014$ ، وزن نوزاد $p<0/001$ و نوع اپی زیاتومی $P<0/001$.

عوامل مرتبط پس از ۴۰ روز شامل: طول مرحله اول

زایمان $P=0/002$ ، وزن نوزاد $p<0/001$ و نوع اپی زیاتومی

$P=0/008$ بود. نوع اپی-زیاتومی با شدت درد در طی نزدیکی بعد از

۹۰ روز ارتباط داشت ($p<0/001$).

همچنین شدت درد در هیچکدام از مقاطع زمانی با شیردهی

ارتباط معنی دار نداشت.

بحث و نتیجه گیری

از ۵۱۰ زنی که در این مطالعه شرکت کردند ۹۷/۳ درصد مورد

عمل اپی زیاتومی قرار گرفتند

۲/۷ درصد پرینه سالم داشتند که از مطالعه خارج شدند،

در واقع شیوع اپی زیاتومی در بین زنان نخست زایمان ۹۷/۳ درصد

می باشد. این میزان بسیار بیشتر از میزانهای گزارش شده توسط

آبراهام^۱ و همکارانش (۶۲ درصد) کالج جراحان زنان و مامایی

آمریکا (۳۳ درصد) می باشد (۱۰۱۹).

عارضه دیگری که پس از اپی زیاتومی گریبان گیر افراد

می شود، دیسپارونی است. در این پژوهش ۴/۵ درصد زنان بعد از

۱۰ روز نزدیکی داشتند که شیوع دیسپارونی در بین آنها

۱۰۰ درصد بود. و ۴۴/۹ درصد از زنان مورد مطالعه که بعد از ۴۰

روز نزدیکی داشتن میزان دیسپارونی در بین آنها به ۶۵/۹ درصد

رسید و در نهایت بعد از ۹۰ روز پیگیری شیوع دیسپارونی در بین

کلیه افراد مورد مطالعه به ۳۱/۲ درصد رسید.

هدف سوم طرح، تعیین عوامل مرتبط بر وجود درد پرینه بعد

از اپی زیاتومی بود که نتایج نشان داد وجود این درد با سن

در مقطع زمانی ۱ و ۱۰ روز بعد از زایمان ($p=0/001$)، با نمایه

توده بدن در مقطع زمانی یک روز بعد از زایمان ($p=0/001$)، با

طول مرحله اول زایمان در مقاطع سه گانه به ترتیب ($p=0/017$)

($p=0/002$) ($p=0/001$)، با وزن نوزاد در سه مقطع زمانی با

$p=0/001$ ، با تعداد استریا در یک روز بعد از زایمان $p=0/029$

و با نوع اپی زیاتومی در مقاطع سه گانه به ترتیب $p=0/001$ ،

$p=0/017$ و $p=0/001$ رابطه داشت.

هدف چهارم تعیین عوامل مرتبط بر شدت درد پرینه بعد

از اپی زیاتومی در سه مقطع زمانی بود که نتایج نشان داده شد،

عوامل مرتبط بر شدت درد پرینه بعد از اپی زیاتومی پس

از ۲۴ ساعت عبارتند از: سن $P=0/023$ ، طول مرحله اول

¹ Abraham

گروه با. اپی زیاتومی، بیشتر از گروه پارگی بدون بخیه و گروه با پرینه سالم بود ولی به میانه شدت درد اشاره نشده بود (۲۱). در این پژوهش شیوع دیسپارونی بعد از ۱۰ روز در بین افراد معدودی (۲۳ نفر) که نزدیکی داشتند، ۱۰۰ درصد بود و بعد از ۴۰ روز این میزان در بین ۴۴/۹ درصد از زنان مورد مطالعه که نزدیکی داشتن به ۶۵/۹ درصد رسید و در نهایت بعد از ۳ ماه پیگیری شیوع دیسپارونی در بین کلیه افراد به ۳۱/۲ درصد رسید. این یافته‌ها نزدیک به یافته‌های آبراهام و همکارانش می‌باشد آن‌ها دیسپارونی در ماه اول توسط خانم‌ها ۹۱ درصد بعد از ۲ ماه ۵۹ درصد، بعد از ۳ ماه ۳۳ درصد، گزارش کردند (۱۹). وجود دیسپارونی با نوع اپی زیاتومی در هیچ کدام از مقاطع ارتباط معنی دار نداشت. اما شدت درد (شدت دیسپارونی) در طی نزدیکی بعد از ۳ ماه با نوع اپی زیاتومی ارتباط معنی داری داشت ($p < 0.001$).

یکی از یافته‌های مهم این طرح رابطه منفی شدت درد اپیزیاتومی با سن مادر در دو مقطع زمانی ۲۴ ساعت و ۱۰ روز بود به این معنی که هرچه سن مادر کمتر بود، شدت درد بیشتر گزارش شده است. یکی دیگر از عوامل مرتبط بر شدت درد نوع اپیزیاتومی است، که در سه مقطع زمانی ۲۴ ساعت، ۱۰ روز و ۴۰ روز رابطه معنی دار داشت این موضوع در مقالات زیادی مورد تاکید قرار گرفته است (۱). یکی از یافته‌های بسیار ارزشمند این طرح، ارتباط شدت درد بعد از ۴۰ روز با طول مرحله اول زایمان است که هرچه طول مرحله اول زایمان بیشتر باشد شدت و ماندگاری درد پرینه نیز بیشتر است که می‌تواند ناشی از خوابیدن طولانی به حالت طاقباز یا به علت انقباضات رحمی و متعاقب آن فشار طولانی مدت بر عضلات کف لگن باشد. یکی دیگر از یافته‌های این طرح، ارتباط شدت درد با وزن نوزاد در سه مقطع زمانی است. هرچه طول وزن نوزاد بیشتر باشد شدت و ماندگاری درد پرینه نیز بیشتر است که می‌تواند به علت نیروی بیشتری باشد که از نوزاد با وزن بالاتر بر پرینه وارد می‌شود و تایید کننده یافته قبلی نیز می‌باشد

در این پژوهش ۳۲/۳ درصد از زنان تحت مطالعه اپیزیاتومی نوع میانی و ۶۷/۷ درصد نوع میانی کناری قرار گرفتند که نشان دهنده این موضوع است که در کشور ما از اپی زیاتومی میانی کناری علیرغم مشکلات آن بیشتر استفاده می‌شود در حالی که طبق گزارش آبراهام و همکارانش، ۶۷ درصد افراد تحت مطالعه‌شان، اپی زیاتومی میانی و مابقی میانی کناری دریافت نمودند (۱۹). در این تحقیق ۹۳/۹ درصد زنان بعد از ۲۴ ساعت درد در ناحیه پرینه داشتند.

ماکارتور^۱ این میزان را ۹۷ درصد گزارش کرده که تقریباً نزدیک به میزان مطالعه حاضر می‌باشد.

در پی گیری بعدی (روز ۱۰) که انجام دادیم از تعداد باقیمانده ۶۱/۲ درصد درد پرینه را گزارش کردند در حالی که ماکارتور بعد از ۷ روز درد در ناحیه پرینه را در افراد تحت مطالعه خود ۷۱ درصد گزارش نمود این اختلاف شاید به علت اختلافی است که در روزهای پیگیری در دو مطالعه وجود دارد (۲۰).

بعد از ۴۰ روز پیگیری فراوانی درد در گروه مورد مطالعه ۲۵/۱ درصد به دست آمد در صورتی که آبراهام و همکارانش یک ماه بعد از زایمان درد پرینه را ۴۱ درصد و بعد از دوماه ۱۲ درصد گزارش کردند تفاوت موجود بین میزان‌های به دست آمده می‌تواند به علت تفاوت در زمان‌های پیگیری در دو طرح باشد، اما کلین ام سی^۲ و همکارانش سه ماه بعد از اپی زیاتومی فراوانی درد را ۵۴ درصد اعلام نمودند که این اختلاف

می‌تواند به علت نوع ترمیم اپیزیاتومی و یا اختلاف در پارینه نمونه‌ها باشد (۲۱، ۲۰).

تحقیق فوق نشان داد که میانه شدت درد در ۲۴ ساعت بعد از زایمان ۶ واحد و نمای آن ۵ واحد بود بعد از ۱۰ روز میانه شدت درد به ۳ واحد رسید و بعد از ۴۰ روز میانه شدت درد صفر شد. کلین ام سی و همکارانش نتیجه گرفتند که شدت درد پرینه در

¹ Macarthur

² Klein Mc

شیوع اپی زیاتومی در ایران بسیار بیشتر از میزان‌های گزارش شده از سایر نقاط دنیا می‌باشد و شیوع اپی زیاتومی مدیولترال در ایران علی‌رغم مشکلات آن بیشتر از اپی زیاتومی مدین می‌باشد. به همین دلیل قاعدتاً شیوع عوارض آن (درد پرینه، دیسپارونی) در جامعه زنان ایرانی نیز بیشتر می‌باشد. به همین دلیل با ید سعی شود با آموزش زایمان فیزیولوژیک به ماما‌های ایران و احیای این روش زایمانی از صدمه بیشتر به سلامت زنان جلوگیری کرد. یکی از عوامل موثر در ماندگاری درد پرینه بعد از اپی زیاتومی در این پژوهش طول فاز اول زایمان به دست آمد؛ پیشنهاد می‌شود جهت تایید این یافته؛ مطالعه ای مورد شاهدهی در این زمینه طراحی شود تا اثر طول فاز اول زایمان بر ماندگاری درد پرینه بعد از اپی زیاتومی به دست آید.

به این معنی که نیروی زیاد وارد بر پرینه خواه به علت نوزاد بزرگ باشد خواه به علت طولانی شدن زایمان (طولانی شدن فاز اول زایمان) می‌توان باعث درد پرینه و مانگاری آن شود. در این پژوهش بین شدت درد با تعداد استریا در ۲۴ ساعت بعد از زایمان ارتباط معنی دار، به دست آمد به این معنی که هرچه تعداد استریاها بیشتر بود میزان درد در ۲۴ ساعت اول زایمان نیز بیشتر گزارش شد. علت این امر را می‌توان مستعد بودن کانال زایمانی جهت ایجاد پارگی در این افراد دانست، آنداجی^۱ و همکارانش معتقدند که نشانه‌های کشش شکم (استریا) در حاملگی ممکن است نشان دهنده ضعف کش سانی پوست باشد و کسی که نشانه کشش یا استریا را ندارد کش سانی پوست او بهتر است و احتمال پارگی پرینه و بافت واژن در زایمان واژینال ممکن است کم‌تر باشد (۲۲).

¹ Andrea J

References:

1. American College of Obstetricians-Gynecologists. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 2006; 107(4):957-62.
2. Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuaria G, O'Sullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: The University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 182:1083;2000
3. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group: Routine versus selective episiotomy: a randomized controlled trial. *Lancet* 1993; 342:1515.
4. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during child birth: a systematic review: *Obstet Gynecol* 2000;95: 464.
5. Negar CW, Helliwell JP. Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. *Am J Ostet Gynecol* 2001; 85:444.
6. Carroli G, Belizan J. *Episiotomy for vaginal birth*. Chichester, UK: John Wiley; 2005.
7. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: Retrospective cohort study. *Br Med J* 2000; 320:86.
8. Eason E, Feldman P. Much ado about a little cut: Is episiotomy worthwhile. *Obstet Gynecol* 2000; 95:616.
9. Albers LA, 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. *J Midwifery Womens Health* 2005; 50(5):365-72.
10. Otoide VO, Ogbonmwan S M, Oknofua FE. Episiotomy in Nigeria. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 68:13-17.
11. Enkin M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnelt E. Repair of perineal trauma. In: *A guide to effective care in pregnancy and child birth*. 3rd Ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
12. Fernando RJ, Sultan AH, Radleys Jones PW, Johanson RB. Anal sphincter injury at childbirth. *BMC Health Serv Res* 2000; 2(1):9-12.
13. Kropp N, Hartwell T, Althabe F. Episiotomy rates from eleven developing countries. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 91:157-9.
14. Brown S, Lumley J B. Maternal health after child birth result of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynacol* 1998; 105: 156:61.
15. Macarthur A , Imarengaiy C, Tureanu L, IHEME L, Downey K. RCT of epidural Morphin for post – vaginal perineal pain. *Can J Anaesth* 2005; 730-1000.
16. Kabali C, Werler MM. Pre-pregnant body mass index, weight gain and the risk of delivering large babies among non-diabetic mothers. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 97(2):100-4.
17. Wahman AJ, Finan MA, Emerson SC. Striae Gravidarum as a predictor of vaginal laceration at delivery. *South Med J* 93(9):873-876.
18. Abraham S, Child A, Ferry J, Vizzard J, Mira M. Recovery after childbirth: a preliminary prospective study. *Med J Aust* 1990; 152(1):9-12.
19. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinats of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004 ,191(4):1199-204.
20. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et al. Reducing genital tract trauma at birth: potential therapeutic effects of compresses and perineal massage. *AM J Obstet Gynecol* 1994;171:591-8