

## Original Article

# Incidence of perineal trauma in normal spontaneous vaginal delivery in Shabih-khani Maternity Hospital of Kashan during 2007-9

Mesdaghinia E<sup>1</sup>, Abbaszadeh F<sup>2\*</sup>, Mesdaghinia E<sup>3</sup>

1- Trauma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

2- Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

3- Physiology Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received September 6, 2010; Accepted March 8, 2011

### Abstract:

**Background:** Trauma to genital tract is a common complication of normal vaginal delivery and may result from episiotomies, spontaneous lacerations or both. The aim of this study was to determine the incidence of perineal trauma in normal spontaneous vaginal delivery in patients admitted to Kashan Shabih-khani Maternity Hospital.

**Materials and Methods:** All women having normal vaginal delivery at Kashan Shabih-khani Maternity Hospital from October 2007 to September 2009 were enrolled to this descriptive-analytical retrospective study. Data were collected from hospital charts and analyzed by chi-square test.

**Results:** Severe (third or fourth) degree tears were seen in 0.16% of cases, 0.14% of which accompanied episiotomy. First and 2<sup>nd</sup> degree tears without episiotomy happened in 90.3% and 9.6%, respectively. Type of trauma is correlated to the birth weight of the baby ( $P=0.001$ ).

**Conclusion:** Episiotomy has no significant beneficial effect on prevention of perineal trauma. So, it is recommended that episiotomies to be avoided unless for exceptional cases.

**Keywords:** Incidence, Perineum, Vaginal delivery, Trauma

\* Corresponding Author.

Email: abbaszadehs@yahoo.com

Tel: 0098 913 263 3303

Fax: 0098 361 555 6633

Conflict of Interests: No

Feyz, *Journal of Kashan University of Medical Sciences, Supplement, 2011; Vol. 14, No 5, Pages 533-538*

# بررسی شیوع تروماهای واردہ به پرینه در حین زایمان طبیعی در زایشگاه شبیه خوانی کاشان طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸

<sup>٣</sup> الـهـهـ مـصـدـاقـيـ نـيـاـ ، فـاطـمـهـ عـبـاسـ زـادـهـ ، اـعـظـمـ مـصـدـاقـيـ نـيـاـ

خلاصه

**سابقه و هدف:** ترکیم با دستگاه تناسلی به طور شایع در زایمان واژینال اتفاق می‌افتد و می‌تواند در اثر اپیزیاتومی، پارگی خود به خود و یا هر دو باشد. این مطالعه با هدف بررسی شیوع ترومماهی وارد به پرینه در حین زایمان طبیعی در زنان مراجعته کننده به زایشگاه شبیه خوانی کاشان انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** برای انجام این مطالعه توصیفی تحلیلی گذشته نگر (Retrospective) اطلاعات لازم با بررسی پرونده زایمان‌های طبیعی انجام شده در زایشگاه شبهیه خوانی کاشان از مهر ۱۳۸۶ تا پایان شهریور ۱۳۸۸ جمع آوری گردیده، سپس یافته‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون آماری محدود کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد فراوانی پارگی‌های شدید؛ یعنی پارگی درجه سه و چهار،  $0.16$  درصد می‌باشد که  $1/4$  درصد آن همراه با اپی زیاتومی اتفاق افتاده است. در عوض در زایمان‌هایی که بدون اپی زیاتومی انجام شده، شیوع پارگی‌های درجه ۱ و ۲ به ترتیب  $90/3$  و  $9/6$  درصد بوده است. در بررسی، رابطه بین نوع بارگم، با وزن نوزاد در موقع تولد نیز ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد ( $P=0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد، در صورت عدم انجام اپی‌زیاتومی، ترومای فابل توجهی به پرینه وارد نمی‌شود و معقولاً پارگی‌های ایجاد شده مختصر و از نوع درجه یک می‌باشند؛ بنابراین توصیه می‌شود در صورت امکان از انجام اپی‌زیاتومی بی‌مورد خودداری شود.

واژگان کلیدی: پرینه، ترومما، زایمان طبیعی، شیوع

فصلنامه علمی - پژوهشی فیض، دوره چهاردهم، شماره ۵، ضمیمه ۱۳۸۹، صفحات ۵۳۸-۵۳۳

تروما به دستگاه تناسلی با مشکلات کوتاه مدت و بلند مدت در زنان همراه است. درد، از دست دادن خون و نیاز به بخشیه از مواردی است که بلافضله بعد از زایمان خود را نشان می‌دهد و به علاوه، درد و ناراحتی موضوعی می‌تواند به برقراری تعامل بین مادر و نوزاد، شیردهی، روابط جنسی و حتی احساس بھبودی مادر بعد از وضع حمل خلل وارد کند [۵]. همچنین، تروما به دستگاه تناسلی می‌تواند باعث بی اختیاری ادرار و مدفعه شود [۶]. از جمله ریسک فاکتورهایی که برای تروما در تحقیقات گزارش شده است، طولانی شدن مرحله دوم زایمان، وضعیت مادر در هنگام زایمان، وضعیت نزادی، افت ضربان قلب جنین [۷]، وزن نوزاد و میزان تحصیلات مادر و در خانم‌های چندرا صدمه ناشی از بخشیه می‌باشد. همچنین، شواهدی وجود دارد که پر زانتا- قلی پرینه [۸] می‌باشد. همچنین، میزان اثرباری و کوتاه بودن طول پرینه از ریسک فاکتورهای سیون غیر طبیعی و کوتاه بودن طول پرینه از ریسک فاکتورهای تروما به پرینه محسوب می‌شوند [۹]. از طرفی نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که انجام اپی‌زیاتومی اثرباری بر کاهش میزان پارگی شدید پرینه نداشته و حتی ممکن است پارگی عمیق ایجاد کند. بنابراین اجتناب از انجام اپی‌زیاتومی میزان ترومای وارد به پرینه را کاهش می‌دهد [۱۰]. بر این اساس امروزه خیلی از مراکز تمایل کمتری به دادن اپی‌زیاتومی، دارند و ترجیح می‌دهند بارگه، خود به خودی

مقدمه

علی‌رغم کاهش میزان مرگ و میر مادری در قرن گذشته، هنوز عوارض زایمانی قابل توجهی به چشم می‌خورد [۱]. تروما به دستگاه تناسلی از جمله عوارضی است که به طور شایع در زایمان واژینال اتفاق می‌افتد [۲]. در واقع در طی هر زایمان ساختمان‌های بافت نرم مجرای زایمان و اعضای مجاور تا حدودی آسیب می‌بینند [۳] که این آسیب‌ها می‌توانند در اثر اپی‌زیاتومی، پارگی خودبه‌خود و یا هردو باشد [۲]. پارگی‌های پرینه اغلب شایع‌ترین تروماهی ثبت شده در طی لیبر و زایمان می‌باشند؛ به طوری که حتی در بیش از ۵۷ درصد زایمان‌هایی که بدون اپی‌زیاتومی انجام می‌شوند، درجه‌ای از پارگی، پرینه مشاهده شده است [۴].

۱ استاد پار، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

<sup>۲</sup> میر، گرد مامایی، دانشکده برستاری و مامایی، دانشگاه علوم بنی شکر، کاشان

<sup>۱</sup> استاد بار، مهندس تحقیقات فنی بولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

نشانی نویسنده مسؤول:

کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی، گروه مامایی

٩١٣ ٢٤٣٣-٣: ٥٦٦

abbaszadehs@yahoo.com

پست الکترونیک: abbaszadens@yahoo.com

۸۹/۱۵ دریافت؛ ۸۹/۱۷ پریورس نهایی؛

زایمان (۱۸/۸ درصد) توسط ماما و ۶ زایمان (۰/۷۶۱ درصد) در منزل یا ماشین قبل از ورود به زایشگاه انجام شده بود. ۴ مورد پژوانتاسیون جنین در موقع تولد بریج و بقیه موارد سفالیک بود. ۴ مورد دیستوشی شانه در هنگام زایمان در نوزاد واحدهای موردن پژوهش رخ داده بود که در تمامی موارد دیستوشی وزن نوزاد بالای ۳۸۰۰ گرم بود. در طی دو سال، از بین ۴۹۱۱ مورد زایمان طبیعی انجام شده در زایشگاه شبیه خوانی، ۷۸۹ مورد ترومای واردہ به دستگاه تناسلی به طور خودبهخود و بدون برش اپی- زیاتومی ثبت گردیده بود، که از این تعداد فقط یک مورد آن از نوع پارگی درجه سه بود. شیوع ترومای شدید واردہ به دستگاه تناسلی، یعنی پارگی درجه سه و چهار، ۸ مورد (۰/۱۶ درصد) از کل زایمانهای واژینال انجام شده در طی دو سال را به خود اختصاص می‌داد. ۶ مورد (۰/۱۲ درصد) آنها پارگی درجه سه (۴ مورد در خانم‌های گراوید ۱ و ۲ مورد در گراوید ۲) بودند که ۵ مورد آنها همراه با اپی‌زیاتومی و یک مورد بدون اپی‌زیاتومی اتفاق افتاده بود. همچنین، دو مورد (۰/۰۴ درصد) پارگی درجه چهار (خانم‌های چندزا) بود که هر دو همراه اپی‌زیاتومی رخ داده بود. ترمیم پارگی‌های شدید در تمام موارد در اتفاق عمل انجام شده بود. در زایمانهای بدون اپی‌زیاتومی یک مورد پارگی سرویکس و یک مورد پارگی مجريای ادرار از دیگر موارد گزارش شده ترومahuای واردہ به دستگاه تناسلی در طی این دو سال بود. نمودار شماره ۱ انواع پارگی‌های ایجاد شده به طور خود به خود (بدون برش اپی‌زیاتومی) در حین زایمان را نشان می‌دهد. پارگی‌های درجه ۱ (مجموع لسراسیون و پارگی درجه ۱) حدود ۹۰/۳ درصد از کل ترومahuای واردہ به پرینه را به خود اختصاص می‌داد که ۱۴/۳ درصد از این نوع پارگی‌ها از نوع خیلی مختصر (لسراسیون) بود و با یک یا دو بخیه ترمیم گردیده بود. فقط ۰/۱ درصد از پارگی‌ها به صورت پارگی درجه ۳ در زایمانهای بدون اپی- زیاتومی اتفاق افتاده بود و هیچ یک از پارگی‌های درجه ۴ در زنان بدون اپی‌زیاتومی رخ نداده بود. در بررسی ارتباط بین نوع پارگی و متغیرهای مختلف مورد بررسی، نتایج پژوهش نشان داد که ۸۳/۱ درصد ترومahuای گراوید ۱، ۸۸/۹ درصد در خانم‌های گراوید ۲ و ۹۳/۲ درصد در خانم‌های گراوید ۳ و بالاتر، از نوع پارگی خفیف پرینه و پارگی درجه ۱ بود؛ یعنی با افزایش تعداد حاملگی شیوع پارگی درجه ۱ افزایش می‌یافتد. همچنین، یافته‌های پژوهش بیشترین تعداد پارگی‌های درجه ۲ خود به خود (۵۰/۷ درصد) را در خانم‌های گراوید ۲ نشان داد (جدول شماره ۱).

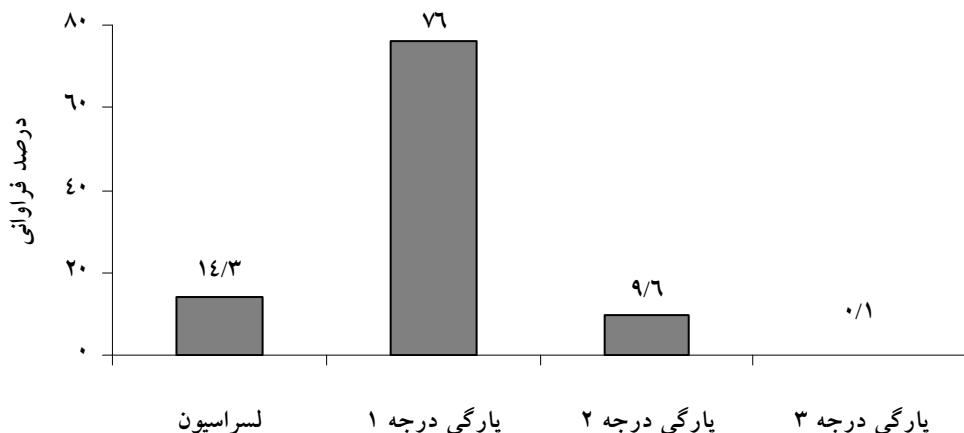
اتفاق یافتند تا این که اقدام به اپی‌زیاتومی کنند، چرا که پارگی‌ها عموماً از اپی کوچک‌تر بوده، ترمیم و بهبودی آن آسان‌تر و سریع‌تر می‌باشد. در مقابل ممکن است برش اپی‌زیاتومی تا عضلات کف لگن گسترش یابد، علاوه بر این که زمان بهبودی آن طولانی‌تر بوده و از پارگی دردناک‌تر است [۱۱]. از آنجایی که یکی از وظایف مهم در زایمان واژینال اداره و محافظت از پرینه می‌باشد و با توجه به نگرانی از بروز پارگی‌های شدید پرینه، بر آن شدیدم تا به بررسی شیوع ترومahuای واردہ به دستگاه تناسلی زنان در حین زایمان طبیعی در بیمارستان دکتر شبیه خوانی کاشان، پردازم.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع گذشته نگر (Retrospective) می‌باشد. جهت انجام این مطالعه، ابتدا دفاتر ثبت موجود در اتفاق زایمان زایشگاه دکتر شبیه خوانی کاشان بررسی شدند. از کل ۴۹۱۱ مورد زایمان طبیعی ثبت شده از مهر ۱۳۸۶ تا پایان شهریور ۱۳۸۸، تعداد ۷۸۹ مورد انواع پارگی‌ها در زایمانهای بدون اپی‌زیاتومی رخ داده بود. همچنین، پارگی‌های شدید درجه سه و چهار در ۷ مورد از زایمانهای همراه با اپی- زیاتومی رخ داده بود که با مراجعه به بایگانی زایشگاه اطلاعات موجود در این ۷۹۶ پرونده جمع آوری شدند. از جمله متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش سن مادر، تعداد حاملگی، سن حاملگی، عامل زایمان، نوع پارگی و وزن نوزاد بودند که پس از جمع آوری اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل آنها استفاده شد. از آمار توصیفی جهت تعیین میانگین و انحراف معیار و تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و از آزمون مجدور کای جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## نتایج

در بررسی ۷۸۹ مورد پرونده زنانی که در زایمانهای بدون اپی‌زیاتومی دچار انواع پارگی‌های پرینه شده بودند، میانگین سن خانم‌های مورد بررسی ۲۶/۸۰ $\pm$ ۸/۶۰ سال با محدوده سنی ۱۶ تا ۴۶ سال به دست آمد که از این تعداد ۱۶ نفر (۲/۰۲ درصد) زیر ۸/۷ سال و ۲۵ نفر (۳/۱۶ درصد) بالای ۴۰ سال سن داشتند. درصد زایمان‌ها با سن حاملگی زیر ۳۸ هفته، ۹۱/۲ درصد بین ۴۲-۳۸ هفته و ۰/۱ درصد بالای ۴۲ هفته انجام شده بودند. از نظر عامل زایمان، ۶۴۱ زایمان (۸۱/۲ درصد) توسط پژوهشک و ۱۴۹



نمودار شماره ۱- درصد فراوانی انواع پارگی‌ها در زایمان‌های بدون اپی‌زیاتومی در حین زایمان واژینال در زایمان‌های مورد مطالعه

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پارگی‌های درجه ۱ و ۲ در زایمان‌های بدون اپی‌زیاتومی بر حسب تعداد حاملگی

نتیجه آزمون	نوع پارگی						تعداد حاملگی	
	مجموع		پارگی درجه ۲		پارگی درجه ۱			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$P=0.054$	۱۰۰	۷۱	۱۶/۹	۱۲	۷۳/۲	۵۲	۹/۹	
	۱۰۰	۳۵۰	۱۱/۱	۳۹	۷۴/۶	۲۶۱	۱۴/۳	
	۱۰۰	۳۶۹	۶/۸	۲۵	۷۷/۹	۲۸۶	۱۵/۳	
	۱۰۰	۷۸۸	۹/۷	۷۶	۷۶	۵۹۹	۱۴/۳	
						۱۱۳	جمع	

اکثریت پارگی‌های درجه ۲ با وزن نوزاد بیشتر از ۳۵۰۰ گرم همراه بود (جدول شماره ۲).

میانگین وزن نوزاد در موقع تولد  $3277 \pm 369 / 24$  گرم با حداقل ۱۹۰۰ و حداکثر ۴۹۰۰ گرم بود؛ به طوری که اکثریت پارگی‌های خفیف (۸۷/۶۱ درصد) با وزن نوزاد کمتر و مساوی ۳۵۰۰ گرم و

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع پارگی بر حسب وزن نوزاد

نتیجه آزمون	نوع پارگی						وزن نوزاد	
	مجموع		پارگی درجه ۲		پارگی درجه ۱			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$P=0.001$	۸۱/۳	۶۴۱	۳۹/۵	۳۰	۸۰/۵	۵۱۲	۹۹ کمتر و مساوی ۳۵۰۰ گرم	
	۱۸/۷	۱۴۷	۶۰/۵	۴۶	۱۴/۵	۸۷	۱۲/۴ بیشتر از ۳۵۰۰ گرم	
	۱۰۰	۷۸۸	۱۰۰	۷۶	۱۰۰	۵۹۹	۱۱۳ جمع	

اپی‌زیاتومی خطر ترومای پرینه خلفی را افزایش می‌دهد [۱۶]. همچنین، نشان داده شده است احتمال بی اختیاری مدفوع و گاز در زنانی که در هنگام زایمان تحت اپی‌زیاتومی قرار می‌گیرند، در مقایسه با گروهی که دچار پارگی‌های خودبه‌خود پرینه می‌شوند، به ترتیب ۳ و ۲ برابر افزایش می‌یابد [۱۵]. در این پژوهش پارگی درجه سه و چهار به عنوان پارگی‌های شدید پرینه، شیوع ۰/۱۶ درصد از کل زایمان‌های واژینال انجام شده در طی دو سال را به خود اختصاص داده بود. محققان دیگر در مطالعات خود شیوع

بحث در مطالعه حاضر اکثریت موارد پارگی‌های درجه سه و چهار در گروهی که در هنگام زایمان تحت اپی‌زیاتومی قرار گرفته بودند، مشاهده شد. کارآزمایی‌های بالینی در بیمارستان‌های آمریکا نشان می‌دهند، اپی‌زیاتومی عامل خطر اصلی پارگی‌های شدید پرینه طی زایمان می‌باشد [۱۲، ۱۳]. اپی‌زیاتومی مثل هر برش جراحی دیگر خطراتی مانند درد، خونریزی؛ عفونت، صدمه به اسفنکتور و مخاط رکتوم را در بردارد [۱۴، ۱۵]. بیان شده است که

همکاران گزارش کرده‌اند که اپی‌زیاتومی انجام شده برای اولین زایمان، با خطر ۵ برابر پارگی‌های درجه دوم و وخیم‌تر در زایمان دوم همراه استند [۲۰]. یافته‌های پژوهش حاضر بین وزن نوزاد و درجه پارگی پرینت ارتباط معنی‌داری را نشان داد؛ به طوری که هرچه وزن نوزاد در هنگام تولد بیشتر باشد، شیوع پارگی درجه ۲ افزایش می‌یابد. Dahlen و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که وزن نوزاد با ایجاد پارگی‌های شدید پرینت در ارتباط می‌باشد [۹].

### نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد، در صورت عدم انجام اپی‌زیاتومی، ترومای فابل توجیهی به پرینت وارد نمی‌شود و معمولاً پارگی‌های ایجاد شده مختصر و از نوع درجه یک است. همچنین، پارگی‌های شدید درجه سه و چهار اکثراً همراه با اپی‌زیاتومی اتفاق می‌افتد؛ بنابراین با انجام اپی‌زیاتومی به صورت محدود می‌توان از صدمات وارد بر پرینت به میزان قابل توجیهی کاست که این امر می‌تواند عملکرد مادران را در مراقبت از نوزاد و بقیه اعضای خانواده افزایش دهد و در نهایت موجبات ارتقاء سلامت جامعه فراهم گردد.

### تشکر و قدردانی

با تشکر از معاونت پژوهشی دانشگاه و مرکز تحقیقات تروما که ما را در انجام این مقاله باری نموده‌اند.

### References:

- [1] Fernando RJ, Sultan AH. Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Curr Obstet Gynaecol* 2004; 14: 320-6.
- [2] Renfrew M, Hannah W, Floyd E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth* 1998; 25(3):143-60.
- [3] Wilson RJ. Obstetrics and gynecology. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Mosby; 2004. p. 214.
- [4] McCandlish R. Perineal trauma: prevention and treatment. *J Midwifery Womens Health* 2001; 46(6): 396-401.
- [5] Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part II. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50(11): 821-35.
- [6] Johanson R. Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *Lancet* 2000; 22; 355(9200): 250-1.
- [7] Deering SH, Carlson N, Stitely M, Allaire AD, Satin AJ. Perineal body length and lacerations at delivery. *J Reprod Med* 2004; 49(4): 306-10.
- [8] Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors Related to Genital Tract Trauma in Normal Spontaneous Vaginal Births. *Birth* 2006; 33(2): 94-100.
- [9] Dahlen HG, Ryan M, Homer CS, Cooke M. An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery* 2007; 23(2): 196-203.
- [10] Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2000; 95(3): 464-71.
- [11] Attarha M, Vacillian C, Akbary Torkestany N, Heydary T, Bayateyan Y .Effect of Perineal Massage during Second Phase of Labor on Episiotomy and Laceration Rates among Nulliparous women. *Hayat, Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 2009; 15(2): 15-22. [in Persian]
- [12] Clemons JL, Towers GD, McClure GB, O'Boyle AL. Decreased Anal Sphincter Lacerations Associated With Restrictive Episiotomy In Use. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1620-5.

پارگی درجه سه و چهار را ۰/۵ تا ۰/۲ درصد ذکر کرده‌اند [۱۷]. به نظر می‌رسد شیوع پایین پارگی درجه سه و چهار در مطالعه حاضر به علت معمول بودن اپی‌زیاتومی مدیال لترال و عدم استفاده از برش میانی و همچنین به علت عدم انجام اپی‌زیاتومی برای صد درصد خانم‌های گروید ۱ و ۲ باشد. نتایج مطالعات نشان داده‌اند استفاده از اپی‌زیاتومی مدیال لترال در مقایسه با برش میانی، سبب کاهش چهار برابر پارگی‌های شدید پرینت می‌شود [۱۹,۱۸,۱۵]. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در زایمان‌های بدون اپی‌زیاتومی ترومای‌های واردہ به دستگاه تناسلی خفیف و از نوع پارگی‌های درجه ۱ می‌باشند. به همین دلیل است امروزه تمایل کمتری به دادن اپی‌زیاتومی وجود دارد و ترجیح داده می‌شود پارگی خود به خودی اتفاق بیافتد تا این که اقدام به اپی‌زیاتومی شود؛ چرا که پارگی‌ها معمولاً از اپی کوچکتر بوده، ترمیم و بهبودی آن آسان‌تر و سریع‌تر می‌باشد. یافته‌های پژوهش نشان داد با افزایش تعداد حاملگی از شیوع پارگی درجه ۲ کاسته می‌شود و در عوض تعداد پارگی‌های درجه ۱ افزایش می‌یابد، همچنین بیشترین تعداد پارگی‌های درجه ۲ در خانم‌های گروید ۲ مشاهده شد. به نظر می‌رسد نسخ آسیب دیده ناشی از اپی‌زیاتومی قبلی در خانم‌های گروید ۲ عاملی برای ایجاد این پارگی‌ها باشد. نتایج مطالعه Albers و همکاران نیز نشان داد صدمه ناشی از بخیه قبلی در پرینت به عنوان یک ریسک فاكتور می‌تواند باعث افزایش شیوع ترومای به دستگاه تناسلی گردد [۸]. همچنین، اخیراً Alperin و

- [13] Edmonds DK. Dewhurst's text book of obstetrics and gynecology for post graduates. 6<sup>th</sup> ed. London: Blackwell science; 1999. p. 308-11.
- [14] Beisher NA, Mackay EU, colditz p. Ostetric and the newborn. 3<sup>rd</sup> ed. London: W.B. saunders; 1996. p. 456-465.
- [15] Cunningham F, Kenneth J, Hauth C, Bloom M, Hauth J, Rouse D, et al. Williams obstetrics. 23<sup>th</sup> ed. New york: Mc Graw-Hill: 2010.
- [16] Scott JR, Cibbs RS, Karlan BY, Wawey AF. Danforths Obstetric & Gynecology .9<sup>th</sup> ed Philadelphia: Williams & Wilkins lipincott; 2003. p. 43.
- [17] Rizvi RM, Chaudhury N. Practices Regarding Diagnosis and Management of Third and Fourth Degree Perineal Tears. *J Pak Med Assoc* 2008; 58(5): 244-7.
- [18] Moini A, Yari RE, Eslami B. Episiotomy and third- and fourth-degree perineal tears in primiparous Iranian women. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 104(3): 241-2.
- [19] Sheiner E, Levy A, Walfisch A, Hallak M, Mazor M. Third degree perineal tears in a university medical center where midline episiotomies are not performed. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 271(4): 307-10.
- [20] Alperin M, Krohn MA, Parviainen K. Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111(6): 1274-8.