Original Article

Effect of episiotomy on perineal laceration in primparous women referring to Shabihkhani maternity hospital, Kashan city, Iran

Samimi M[1], Behnamfar F[1], Saberi F[2*], Vahedpourfard Z[1], Akbari H[3]

1- Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, 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- Department of Biostatistics and Public Health, Faculty of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran

Received December 8, 2009; Accepted February 20, 2010

Abstract:

Background: Considering the application of episiotomy technique for all the primiparous patients referring to Shabihkhani maternity hospital at Kashan city and the complications of this technique (e.g. hematoma, third and fourth degree laceration), this study was carried out to compare the extent of perineal laceration in primparous women in the absence or presence of this technique during 2005-6.
Materials & Methods: This clinical trial study was carried out on two groups of term primiparous women (No=180) with a cephalic fetal presentation and an estimated fetal weight of 2500-3500 g. The length of posterior or anterior perineal laceration and the lacerations requiring repair were compared in both groups using T, Exact Fisher and X^2 statistic tests. In addition, multiple logistic regression analysis was used to express simultaneity factor effects.
Results: In case group 44.4% of the deliveries were without laceration and 55.6% with a posterior perineal laceration (P<0.001). The mean length of posterior perineal laceration in case and control group was 2.15±2.47 cm and 6.98±1.51 cm, respectively (P<0.001). The mean score for second-degree laceration length in case and control group was 6.64±0.89 cm and 7.00±1.52 cm, respectively (P=0.18). In case group, 14 (7.8%) out of 22 (12.2%) cases of anterior laceration needed to be repaired (P<0.001).
Conclusion: Delivery in the absence of episiotomy can lead to a reduction in the frequency of perineal laceration; the length of laceration in case group was smaller than that in the control group.

Keywords: Episiotomy, Perineal laceration, Primiparity

* **Corresponding Author.**
Email: saberi_f2002@yahoo.com
Tel: 0098 913 361 4950
Fax: 0098 361 555 6633

IRCT Registration No. *IRCT138809182699N2* ***Conflict of Interests:*** *No*

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences spring 2010; Vol 14, No 1, Pages 40-45

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

تاثیر اپیزیوتومی بر طول پارگی پرینه در خانم های نخست زا مراجعه کننده به زایشگاه شبیه خوانی کاشان

منصوره صمیمی [۱]، فریبا بهنام فر [۱]، فرزانه صابری [۲*]، زهرا واحدپورفرد [۳]، حسین اکبری [٤]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به عوارض اپیزیوتومی از جمله عفونت، درد، هماتوم، پارگی درجه ۳ و ٤ و نیز انجام روتین این عمل برای همه خانم‌های نخست زا، این تحقیق با هدف مقایسه طول پارگی پرینه در زایمان‌های نخست زا با و بدون اپیزیوتومی در زنان مراجعه کننده به زایشگاه شبیه خوانی کاشان طی سال‌های ۸۶-۱۳۸۵ صورت گرفت.

مواد و روش ها: این کارآزمائی بالینی روی ۱۸۰ خانم نخست زای تک قلوی ترم با جنین سفالیک و وزن تخمینی ۳۵۰۰-۲۵۰۰ گرم انجام شد. نمونه‌ها به طور تصادفی و مساوی بین ۲ گروه تجربی و کنترل تقسیم شدند. در گروه تجربی زایمان بدون اپیزیوتومی و در گروه کنترل با اپیزیوتومی انجام شد. سپس طول پارگی خلفی پرینه، وجود پارگی قدامی پرینه و نیاز به ترمیم مورد مقایسه قرار گرفت.

نتایج: نتایج این مطالعه نشان داد که ٤۰ نفر (٤٤/٤ درصد) از خانم‌های گروه تجربی، زایمان بدون پارگی داشته و در ۵۰ نفر (۵۵/٦ درصد) پارگی خلفی پرینه ایجاد شد ($P<۰/۰۰۱$). میانگین متوسط طول پارگی خلفی پرینه در این گروه ۲/۱۵±۲/٤۷ سانتی متر و در گروه کنترل (با اپیزیوتومی) ٦/۹۸±۱/۵۱ سانتی متر بود ($P<۰/۰۰۱$). میانگین طول پارگی درجه دو در خلف پرینه در گروه تجربی ۰/۸۹± ٦/٤٦ و در گروه کنترل ۷/۰۰±۱/۵۲ سانتی متر بود ($P=۰/۱۸$). پارگی قدامی پرینه در ۲۲ نفر (۱۲/۲درصد) از خانم‌های گروه بدون اپیزیوتومی اتفاق افتاده بود که ۱٤ مورد آن (۷/۸ درصد) نیازمند ترمیم بود ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: نتایج این تحقیق نشان داد زایمان بدون اپیزیوتومی منجر به کاهش فراوانی پارگی‌های خلفی پرینه شده و بهتر است زایمان بدون اپیزیوتومی به طور انتخابی و نه برای همه خانم‌های نخست‌زا انجام شود.

واژگان کلیدی: اپیزیوتومی، پارگی پرینه، نخست زا

فصلنامه علمی – پژوهشی فیض، دوره چهاردهم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۹، صفحات ٤۵-٤۰

مقدمه

اپیزیوتومی یک شکاف جراحی در پرینه است که با هدف کمک به روند فعال زایمان و یا پیشگیری از پارگی انجام می‌شود [۱]. اگر چه هنوز هم اپیزیوتومی یکی از اعمال رایج طب مامایی است؛ اما کاربرد آن در طول ۲۵ سال اخیر به طور قابل توجهی کاهش یافته است [۲]. Owen و Hauth گزارش کردند که تقریبا برای دو سوم خانم‌های نخست‌زا و یک سوم خانم‌های چندزا اپیزیوتومی انجام می‌شود [۳]. اگرچه اپیزیوتومی یک پارگی درجه ۲ پرینه است اما می‌تواند با عوارضی چون عفونت، تبدیل شدن به پارگی درجه ۳ و ٤ پرینه، سلولیت، بازشدگی، تشکیل آبسه، بی‌اختیاری گاز و مدفوع، فیستول رکتوواژینال، ضعیف شدن قوام اسفنکتر رکتوم، فاشئیت نکروزان و مرگ همراه باشد [٤]. نتایج مطالعه‌ای که توسط Bansal و همکارانش انجام شد، نشان داد که شیوع پارگی‌های درجه ۳ و ٤ پرینه با کاهش میزان اپیزیوتومی کاهش یافته بود [۵]. در مطالعه دیگری که در هنگ کنگ در مورد تجربه اپیزیوتومی در بیمارستان‌های عمومی انجام شد، مشخص گردید که هر نوع پارگی پرینه به طور قابل توجهی در زنان نخست‌زایی که اپیزیوتومی شده‌اند، در مقایسه با زنانی که اپیزیوتومی نشده‌اند کمتر است [٦]. در مطالعه‌ی دیگری که روی ۸۰ زن نخست‌زای ترم انجام شد، بلافاصله بعد از زایمان طول پارگی پرینه اندازه‌گیری شد؛ نتایج نشان داد که طول پارگی در خانم‌هایی که اپیزیوتومی شده بودند ۳ سانتی متر بیشتر از خانم-هایی بود که اپیزیوتومی نشده بودند [۷]. Carroli و Belizan در مطالعه خود بر روی ۵۰۰۰ زایمان کاربرد معمول (به میزان ۷۷/۲ درصد) در مقابل کاربرد محدود (به میزان ۲۷/٦ درصد)

[۱] استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۲] مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۳] دستیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۴] مربی، گروه آمار و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* **نشانی نویسنده مسوول:**

کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، بلوار پزشک، دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۹۱۳ ۳۶۱٤۹۵۰ **دورنویس:** ۰۳۶۱ ۵۵۵۶۶۳۳

پست الکترونیک: saberi_f2002@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۸/۹/۱۷ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۸۸/۱۲/۱

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

اپیزیوتومی را مورد ارزیابی قرار دادند. میزان وقوع ترومای نیازمند ترمیم در قسمت خلفی پرینه و عوارض مربوط به التیام در گروه کاربرد محدود اپیزیوتومی کمتر بود؛ در مقابل میزان بروز ترومای قسمت قدامی در گروه کاربرد معمول اپیزیوتومی کمتر بود [۸]. signorello و همکاران گزارش کردند که احتمال بی‌اختیاری گاز و مدفوع در زنانی که در هنگام زایمان اپیزیوتومی شده‌اند در مقایسه با زنانی که اپیزیوتومی نشده‌اند ٦-٤ برابر می‌یابد [۹]. با توجه به عوارض شناخته شده اپیزیوتومی و اینکه این عمل به طور معمول برای همه خانم‌های نخست‌زا در بیمارستان دکتر شبیه خوانی کاشان انجام می‌شود و با عنایت به اینکه هیچ گونه عارضه خطرناکی در زایمان‌های خود به خودی برای عدم انجام اپیزیوتومی ذکر نشده است، بر آن شدیم تا تاثیر اپیزیوتومی بر میزان پارگی پرینه در خانم‌های نخست‌زای مراجعه کننده به زایشگاه شبیه خوانی کاشان را بررسی کرده تا شاید بتوانیم با استفاده از نتایج آن راهنمای مفیدی جهت مسئولین امر زایمان بوده و همچنین بتوانیم زمینه را برای پژوهش‌های آینده فراهم کنیم.

مواد و روش ها

مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی روی ۱۸۰ خانم ایرانی نخست‌زای ترم با یک جنین سفالیک و وزن تخمینی ۳۵۰۰-۲۵۰۰ گرم که طی سال‌های ٨٦-۱۳۸۵ جهت زایمان به زایشگاه شبیه خوانی کاشان مراجعه کرده بودند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انجام شد. خانم‌هایی که ملیت غیرایرانی یا سابقه زایمان با فورسپس و واکیوم را داشته، وزن تخمینی نوزاد آنان زیر ۲۵۰۰ گرم یا بالای ۳۵۰۰ گرم بود، زایمان پره ترم، نمایش‌های غیرطبیعی جنین، موقعیت اکسی پوت خلفی در نمایش سفالیک، زایمان سریع یا هر گونه عارضه‌ای که کوتاه کردن طول مرحله دوم زایمان را ضروری می‌کرد (مثل زجر جنین و یا خونریزی مادر) را داشتند، از مطالعه خارج شدند. جهت نمونه‌گیری تصادفی ابتدا اعداد ۱۸۰-۱ بر روی کاغذهای کوچک مجزا نوشته شده و در داخل یک ظرف ریخته شد. سپس به طور تصادفی ۹۰ کاغذ برداشته و در داخل ظرف دیگری ریخته شد. از این دو ظرف به طور تصادفی یکی برای گروه تجربی و یکی برای گروه کنترل انتخاب شد. سپس شماره‌های مربوط به هر گروه را روی یک لیست مجزا نوشته و کاغذهای شماره‌دار مجددا داخل ظرف اولیه ریخته شد. برای خانم‌های واجد شرایط که حاضر به همکاری بودند توضیحات لازم داده شده و از آنان خواسته می‌شد که یک شماره از داخل ظرف بردارند و با توجه به شماره موجود در لیست، به گروه تجربی یا کنترل وارد می‌شدند. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه جمع آوری شد. مشخصات دموگرافیک (سن، تحصیلات، شغل) و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی به وسیله مصاحبه، وزن تخمینی جنین و درجه پارگی به وسیله مشاهده (در پارگی درجه یک فورشت، پوست پرینه و مخاط واژن پاره می‌شود. در پارگی درجه دو علاوه بر پوست و مخاط واژن، فاشیا و عضلات جسم پرینه نیز پاره می‌شود. در پارگی درجه سه، علاوه بر اینکه پارگی به پوست، مخاط واژن و جسم پرینه گسترش پیدا کرده، اسفنکتر آنال نیز پاره می‌شود و در پارگی درجه چهار مخاط رکتوم نیز پاره شده و لومن رکتوم نمایان می‌شود [۲])، وزن مادر و نوزاد به وسیله ترازوی استاندارد seca، قد مادر و دور سر نوزاد به وسیله متر استاندارد، جسم پرینه در مرحله اول زایمان به وسیله خط کش استاندارد و طول پارگی پرینه به وسیله خط کش فلزی استریل شده با اندازه‌گیری طول طرف راست و چپ پارگی از رأس در واژن تا انتهای پارگی در روی پوست و محاسبه میانگین آن به دست آمد. برای گروه تجربی زایمان بدون اپیزیوتومی و برای گروه کنترل اپیزیوتومی مدیولترال توسط رزیدنت‌های آموزش دیده انجام شد. از آنجایی که می‌بایست برای انجام یا عدم انجام اپیزیوتومی رضایت کسب کرد، بنابراین هم بیمار و هم عامل زایمان از مداخله آگاه بوده و مطالعه نمی‌توانست به صورت کور انجام شود. اما برای پیشگیری از سوگیری، اندازه‌گیری طول پارگی توسط فرد دیگری به جز عامل زایمان انجام شد. سپس مشخصات گروه‌های تجربی و کنترل در برنامه SPSS وارد شده و با استفاده از آزمون‌های آماری t، X^2 و Fisher exact مورد مقایسه قرار گرفتند. همچنین از آنالیز رگرسیون چند متغیره با روش stepwise برای بیان اثرات همزمان عوامل استفاده گردید.

نتایج

یافته‌های دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در این تحقیق نشان داد که همه مادران در هر دو گروه خانه‌دار بودند. بیشتر مادران در گروه تجربی و کنترل تحصیلات دبیرستانی (۵۵ درصد در مقابل ٤٦ درصد) داشتند. آزمون آماری مجذور کای از نظر سطح تحصیلات بین دو گروه اختلاف معنی‌دار را نشان نداد. دیگر یافته‌های دموگرافیک و نتیجه آزمون آماری مربوطه در جدول شماره ۱ آمده است. همچنین یافته‌های این تحقیق نشان داد که در ٤۰ نفر (٤٤/٤ درصد) از خانم‌های گروه تجربی هیچ‌گونه پارگی در قسمت خلفی به وجود نیامد. در ۳٤ خانم (۳۷/۸ درصد) پارگی درجه یک، ۱۵ خانم (۱٦/۷ درصد) پارگی درجه ۲ و در ۱ خانم (۱/۱ درصد)

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

پارگی درجه سه به وجود آمد. میانگین طول پارگی درجه دو در گروه تجربی ۰/۸۹±٦/٤٦ و در گروه کنترل ۱/۵۲±۷/۰۰ سانتی متر بود. آزمون t اختلاف آماری معنی‌داری را بین میانگین طول پارگی درجه ۲ در دو گروه تجربی و کنترل نشان نداد. اطلاعات در مورد طول و درجه پارگی در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول شماره ۱- شاخص آماری متغیرهای مامایی مادران و نوزادان آنان در دو گروه با اپیزیوتومی و بدون اپیزیوتومی

متغیرها		گروه‌ها: تجربی تعداد (درصد)	گروه‌ها: کنترل تعداد (درصد)
سن مادر(سال):	<۲۵	۵۰ (۵۵/۵)	۵٦ (٦۲/۲)
	۲۵ -۳۰	۳٤ (۳۷/۸)	۳۲ (۳۵/٦)
	>۳۰	٦ (٦/۷)	۲ (۲/۲)
	$\overline{X} \pm SD$	۲۳/۵٤± ۳/٤٦	۲۳/۰٤±۳/۷۷
	P	۰/۳۵	
تحصیلات	دبیرستانی و کمتر	۳۲ (۳۵/٦)	۳۸ (٤۲/۲)
	دانشگاهی	۵۸ (٦٤/٤)	۵۲ (۵۷/۸)
	P	۰/۳۱	
BMI (kg/m^2)	<۲۵	۲۹ (۳۲/۲)	۳۳ (۳٦/۷)
	۲۵-۳۰	٤٤ (٤۸/۹)	٤۸ (۵۳/۳)
	>۳۰	۱۷ (۱۸/۹)	۹ (۱۰)
	$\overline{X} \pm SD$	۲٦/٤٤±۳/۸۸	۲٦/۱۸±۳/۹
	P	۰/٦٤	
سن حاملگی (هفته)	۳۸-۳۹	۲٦ (۲۸/۹)	۱۹ (۲۱/۲)
	۳۹-٤۰	۳۱ (۳٤/٤)	۳۱ (۳٤/٤)
	٤۰-٤۱	۳۳ (۳٦/۷)	٤۰ (٤٤/٤)
	$\overline{X} \pm SD$	۳۹/۱۳±۰/۹۲	۳۹/۳٤±۰/۹۳
	P	۰/۱۲	
طول جسم پرینه (cm)	۲/٦ -۳/۵	۳۰ (۳۳/۳)	۳٦ (٤۰)
	۳/٦ -٤/۵	٤۹ (۵٤/۵)	٤۳ (٤۷/۸)
	۳/٦ -۵/۵	۱۱ (۱۲/۲)	۱۱ (۱۲/۲)
	$\overline{X} \pm SD$	۳/۹۳±۰/٦٤	۳/۸ ±۰/٦۹
	P	۰/۱۵	
وزن نوزاد (g)	<۳۰۰۰	۱۵ (۱٦/۷)	۱۵ (۱٦/۷)
	۳۰۰۰-۳۵۰۰	۵٦ (٦۲/۲)	۵۳ (۵۸/۹)
	>۳۵۰۰	۱۹ (۲۱/۱)	۲۲ (۲٤/٤)
	$\overline{X} \pm SD$	۳۲۳۸ ±۳۷۷	۳۲۷۰±۳۳٦
	P	۰/۵۵	
دور سر نوزاد (cm)	$\overline{X} \pm SD$	۳۳/۹۹±۳/۲۹	۳٤/۷±۱/۳۲
	P	۰/۰۸	

پارگی قسمت قدامی پرینه در ۲۲ نفر (۱۲/۲ درصد) از خانم‌های گروه بدون اپیزیوتومی ایجاد شد که از این تعداد ۱٤ مورد (۷/۸ درصد) نیازمند ترمیم بودند. همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که طول بیشتر پارگی‌ها در گروه تجربی ۲-۰ سانتی متر (٦٤/٤ درصد) و در گروه کنترل ۸-٦/۰۱ سانتی متر (۵۵/۵ درصد) بود (جدول شماره ۲). با استفاده از آنالیز رگرسیون چندگانه مدل مناسب پیشنهادی برازش شده به داده به ترتیب زیر بود؛ در این فرمول برای محاسبه طول پارگی خلفی پرینه در گروه تجربی عدد ۱ و در گروه کنترل عدد ۲ گذاشته می‌شود:

طول پارگی پرینه خلفی= طول پرینه × ۰/٤۵٤ + وزن نوزاد × ۰/۰۰۱۵ + گروه × ٤/۸۲ - ۰/۱۹۳

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

ضریب همبستگی مدل برابر R=۰/۷۸۹ و ضریب تبیین مدل برابر ۰/۶۲ بود. بررسی مانده‌ها نشان دهنده میانگین صفر و انحراف معیار ۱/۸۱ است. همچنین، آزمون کولموگرف بیان گر نرمال بودن مانده‌ها بوده و ثبات واریانس نیز از نمودار مانده‌ها مشهود بود.

طول مرحله دوم زایمان در گروه تجربی۲۴/۵۰±۲۹/۴۷ و در گروه کنترل ۱۰/۴۱±۲۳/۸۱ دقیقه بود. آزمون آماری اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه از نظر طول مرحله دوم زایمان نشان داد (P=۰/۰۴۵).

جدول شماره ۲- شاخص‌های آماری و توزیع فراوانی طول پارگی خلفی پرینه مادران با و بدون اپیزیوتومی

طول پارگی خلفی (cm)	گروه			
	کنترل		تجربی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰	۰	۰	۴۰	۴۴/۴
۰/۱-۲	۰	۰	۱۸	۲۰
۲/۰۱-۴	۴	۴/۴	۱۲	۱۳/۴
۴/۰۱-۶	۲۴	۲۶/۷	۱۲	۱۳/۴
۶/۰۱-۸	۵۰	۵۵/۵	۸	۸/۸
۸/۰۱-۱۰	۱۲	۱۳/۴	-	-
$\overline{X} \pm SD$	۶/۹۸±۱/۵۱		۲/۱۵±۲/۴۷	
نتیجه آزمون	P<۰/۰۱		t=۱۵ /۸۱	

جدول شماره ۳- شاخص‌های آماری طول و درجه پارگی در خانم‌های مورد مطالعه

ایجاد پارگی	نوع پارگی خلفی	تجربی	کنترل
انجام شد	درجه یک:		
	تعداد (درصد)	۳۴ (۳۷/۸)	۲ (۲/۲)
	میانگین و انحراف معیار طول پارگی (cm)	۳/۶۷±۱/۱۵	۶/۰۰±۰/۰
	درجه دو:		
	تعداد (درصد)	۱۵ (۱۶/۷)	۸۸ (۹۷/۸)
	میانگین و انحراف معیارطول پارگی (cm)	۶/۴۶±۰/۸۹	۷/۰±۱/۵۲
	درجه سه:		
	تعداد (درصد)	۱(۱/۱)	۰(۰/۰)
	طول پارگی (cm)	۶	
	درکل:	۳/۸۸±۲/۰۷	۶/۹۸±۱/۵۱
	میانگین و انحراف معیارطول پارگی	P<۰/۰۰۱	
	تعداد (درصد)	۵۰ (۵۵/۶)	۹۰ (۱۰۰)
انجام نشد	تعداد (درصد)	۴۰ (۴۴/۴)	۰ (۰/۰)
		P<۰/۰۰۱	

بحث

در این مطالعه، طول پارگی پرینه در زایمان گروه تجربی کمتر از زایمان گروه کنترل بود و اپیزیوتومی به طور متوسط ۴/۸ سانتی متر به طول پارگی پرینه اضافه کرد. نتایج مطالعه‌ای که توسط Nager و Helliwell با هدف تعیین فاکتورهای کلینیکی موثر بر طول پارگی پرینه انجام شد، نشان داد که در گروه با اپیزیوتومی میانگین طول پارگی پرینه ۴/۹ سانتی متر و در گروه بدون اپیزیوتومی ۱/۹ سانتی متر بود (P<۰/۰۰۱). ایشان نتیجه گرفتند که اپیزیوتومی حدودا ۳ سانتی متر به طول پارگی پرینه اضافه می‌کند. آنالیز آماری چند متغیره نشان داد که تنها متغیری که به طور چشم‌گیر روی طول پارگی پرینه تأثیر دارد، اپیزیوتومی است [۷]. شاید این اختلاف در طول پارگی بین این مطالعه و تحقیق ما مربوط به نوع اپیزیوتومی انجام شده باشد. در مطالعه ما اپیزیوتومی از نوع مدیولترال بود؛ در حالی که در مطالعه مذکور اپیزیوتومی انجام شده از نوع میانی بوده است؛ همچنین، ممکن است این اختلاف مربوط به قابلیت ارتجاعی بافت پرینه و یا نسبت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

جثه نوزادان به مادران باشد که در مورد هیچ کدام مطالعه‌ای صورت نگرفته است. یافته‌های مربوط به مقایسه طول پارگی درجه دو در قسمت خلفی پرینه نشان داد که میانگین طول پارگی درجه دو پرینه در گروه کنترل نیم سانتی متر به طور متوسط از گروه مورد بیشتر است، هرچند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۱۸). در هیچ کدام از مطالعات انجام شده، طول پارگی‌ها به تفکیک درجه آنها مورد بررسی قرار نگرفته است. در این پژوهش در گروه تجربی یک مورد پارگی درجه ۳ اتفاق افتاد که علت آن تخمین وزن جنین کمتر از میزان واقعی آن بود. در یک مطالعه مشابه که توسط Nager و Helliwell انجام شد، ۵ مورد پارگی درجه ۳ و ۱ مورد پارگی درجه چهار داشتند که همه در خانم‌های گروه با اپیزیوتومی میانی اتفاق افتاده بود (P<۰/۰۰۱) [۷]. نتایج یک مطالعه مروری که توسط Carroli و Belizan با هدف ارزیابی اثرات استفاده محدود اپیزیوتومی در مقایسه با استفاده روتین اپیزیوتومی در طول زایمان واژینال انجام شد، نشان داد که اپیزیوتومی محدود با ترومای بیشتری در قسمت قدامی پرینه همراه است [۸]. یافته‌های این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه ما هم‌خوانی دارد؛ اما، به هر حال تا زمانی که مشخص نشود آسیب قدامی نسبت به آسیب اسفنکترآنال مضرتر است دلیلی برای اینکه اپیزیوتومی جهت پیشگیری از ترومای قدامی انجام شود وجود ندارد [۷]. یافته‌های مطالعه ما نشان داد که در زایمان بدون اپیزیوتومی به طور متوسط ٦ دقیقه به طول مرحله دوم در زایمان اضافه می‌شود. آزمون آماری اختلاف معنی‌داری را از نظر میانگین طول مرحله دوم زایمان در دو گروه تجربی و کنترل نشان داد (P=۰/۰٤٥). در مطالعه Nager و Helliwell نیز در گروه اپیزیوتومی طول مرحله دوم زایمان به طور متوسط ۱۱۰ دقیقه و در گروه بدون اپیزیوتومی به طور متوسط ٤٦ دقیقه بوده است [۷]. آنان نتیجه گرفتند که طول مرحله دوم زایمان ارتباط مثبت ضعیفی با طول پارگی پرینه دارد؛ علت اینکه در این مطالعه طول مرحله دوم زایمان هم در گروه مورد و هم در گروه کنترل نسبت به مطالعه ما طولانی‌تر بوده است، می‌تواند استفاده از آنالژزی اپیدورال در ۸۸ درصد از خانم‌ها باشد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این تحقیق، زایمان بدون اپیزیوتومی منجر به کاهش فراوانی و طول پارگی‌های پرینه شده و حتی در صورت مقایسه پارگی درجه دو، طول پارگی پرینه در گروه بدون اپیزیوتومی پرینه نسبت به گروه با اپیزیوتومی اندکی کوتاهتر می‌شود؛ بدون اینکه تأثیر چشم گیری در طول مرحله دوم زایمان داشته باشد؛ لذا، توصیه می‌شود از انجام اپیزیوتومی به طور معمول پرهیز شده و تا آنجا که شرایط اجازه می‌دهد زایمان بدون اپیزیوتومی انجام شود تا از عوارض کوتاه مدت اپیزیوتومی پیشگیری شود. انجام تحقیقات تجربی بیشتر در زمینه پیامدهای طولانی مدت اپیزیوتومی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان برخود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به خاطر تامین هزینه‌های مالی این طرح کمال تشکر و قدردانی به عمل آورند.

References:

[1] Rock JA, Jones III HW, editors. Telinde's operative gyneclogy. 10th ed. New York: Lippincott Williams & wilkins; 2008. p. 838-9.
[2] Canningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGRAW- Hill; 2009. p: 435.
[3] Owen J, Hauth JC. Episiotomy infection & dehiscence. In: Gilstrap LC, Faro S. Infection in pregnancy. New York: Alan R. Liss Gilstrap LC III, Raros; 1997. 61-74.
[4] Gass MS, Dunn C, Stys SJ. Effect of episiotomy on the frequency of vaginal outlet lacerations. ***J Reprod Med*** 1986; 31(4): 240-4.
[5] Bansal RK, Tan WM, Ecker JL, Bishop JT, Kilpatrick SJ. Is there a benefit to Episiotomy at spontaneous vaignal Delivery? A natural experiment. ***Am J obstet Gynecol*** 1996; 175(4 PIL): 897-901.
[6] Lam KW, Wong HS. Pun TC. The practice of episiotomy in public hospitals in Hong Kong. ***Hong kong Med J*** 2006; 12(2):49-8.
[7] Nager CW, Helliwell JP. Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous woman. ***Am J Obstet gynecol*** 2001; 185(2): 444-50.
[8] Carroli G, Belizan J. Episiotomy For vaginal birth. ***Cochrane Database Syst Rev*** 2000; (2): CD000081.
[9] Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline Episiotomy & anal incontinency: Retrospective cohort study. ***BMI*** 2000; 320(7227): 86-90.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]