

اثر اپیزوتومی بر طول مرحله دوم و عوارض زودرس آن

بیمارستان مهدیه، ۷۹-۱۳۷۸

دکتر پریچهر کیمیایی (استادیار)، دکتر آمنه شیرین ظفرقندی (استادیار)*، دکتر نفیسه ظفرقندی (استادیار)**، دکتر مهری صالحی (پزشک عمومی)

* دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

** دانشگاه شاهد

چکیده

مقدمه: اپیزوتومی در همه زایمان‌ها نمی‌تواند سبب کوتاه شدن مرحله دوم زایمان به جلوگیری از آپگار پایین در نوزاد و کاهش تروما به پریته شود. هدف این مطالعه بررسی اپیزوتومی و عوارض آن و مقایسه با افراد کنترل می‌باشد.

مواد و روشها: این تحقیق در بیمارستان مهدیه در طی سالهای ۷۹-۷۸ به صورت Sequential randomized clinical trial بر روی ۴۶۶ خانم نولی‌پار ترم و یا نمایش اکسی پوت قدامی که وارد مرحله دوم زایمانی شده و به زمان مناسب برای انجام اپیزوتومی رسیده بودند انجام گرفت. بیماران به طور تصادفی به دو گروه شاهد (اپیزوتومی مدیوترال) ۲۰۰ نفر و گروه آزمایشی (بدون انجام اپیزوتومی) ۲۶۶ نفر در زمان مناسب برای انجام اپیزوتومی تقسیم شدند. مشخصات دموگرافیک، لیبر زایمان، لاسراسیون و نخ استفاده شده در دو گروه مقایسه و نتایج آزمون T-test و Chi-square مقایسه شد.

یافته‌ها: طول مرحله دوم زایمان در گروه شاهد (۲۷/۳۶±۱۳/۷ دقیقه) بیشتر از گروه آزمایش (۲۲/۵±۱۱/۱ دقیقه) بود ($P<0/001$) ولی طول زمان مناسب برای اپیزوتومی تا زایمان در گروه شاهد (۱/۷۸±۳/۵ دقیقه) کمتر از گروه آزمایش (۵/۹±۳/۴ دقیقه) بود ($P<0/001$). در گروه شاهد اپیزوتومی مدیوترال معادل لاسراسیون درجه II در نظر گرفته شد که در تمام بیماران وجود داشت و ۲۲ بیمار (۱۱٪) نیز لاسراسیون درجه I جدا از اپیزوتومی داشتند. تعداد لاسراسیون در گروه آزمایش ۱/۲±۹/۶ بود که در ۶۴ نفر (۲۴٪) پریته کاملاً سالم و ۱۶۸ نفر (۶۴٪) لاسراسیون درجه I و ۲۸ نفر (۱۰/۵٪) لاسراسیون درجه ۲ داشتند. آپگار کمتر از ۷ در هیچ یک از نوزادان دیده نشد. وزن نوزادان که متغیر مداخله‌گر بود در گروه شاهد ۳۲۴۸±۴۲۲ گرم بیشتر از گروه آزمایش ۳۱۷۵±۳۷۶ ($P<0/05$) بود که به این علت دو گروه از نظر وزن نوزادان مشابه سازی شده و طول مرحله دوم و زمان مناسب برای زایمان مجدداً در گروه‌ها مقایسه شد. در وزن‌های کمتر از ۳۵۰۰ گرم طول مرحله دوم در هر گروه آزمایش و شاهد مشابه بود ولی انجام اپیزوتومی باعث کاهش قابل توجه طول زمان مناسب برای اپیزوتومی تا زایمان در گروه شاهد نسبت به آزمایش شد ($P<0/05$). این موضوع در وزن نوزاد بالای ۳۵۰۰ گرم صدق نمی‌کرد و طول مرحله دوم در این گروه وزنی در گروه شاهد بیشتر از گروه آزمایش ($P<0/001$) بود و انجام اپیزوتومی باعث کوتاه شدن فاصله تا زایمان نمی‌شد.

نتیجه گیری و توصیه‌ها: عدم انجام اپیزوتومی به طور روتین با شیوع بیشتر پریته سالم همراه بود و باعث افزایش قابل توجه لاسراسیون وخیم پریته نمی‌شود و اثری بر آپگار نوزاد ندارد. اپیزوتومی در همه بیماران باعث افزایش ترومای نیازمند ترمیم در بیماران و افزایش خونریزی حین زایمان و هزینه شده و بهتر است استفاده از اپیزوتومی در نمایش اکسی پوت قدامی محدود به موارد تشخیص زجر جنینی که نیازمند زایمان سریعتر نوزاد است گردد.

کلمات کلیدی: زایمان واژینال، اپیزوتومی، وزن نوزاد، لاسراسیون

مقدمه

نزدیک به دو قرن است که اپیزیوتومی به منظور کوتاه کردن مرحله دوم زایمان؛ کاهش احتمال لاسراسیون شدید پریته، و عوارض ناشی از شل شدن عضلات کف لگن و ترمیم سریع‌تر استفاده می‌شود (۱،۲،۳).

به همین دلایل در سال‌های قبل از قرن جدید اپیزیوتومی روتین در خانم‌های نولی‌پار در مطالعات قدیمی توصیه شده است (۳،۴،۵،۶).

ولی در مطالعات کنترل شده جدیدتر نشان دادند که اپیزیوتومی در دسترسی به اهداف مذکور روش موفقی نمی‌باشد. مثلاً با کاهش میزان اپیزیوتومی از ۷۲٪ به ۴۴٪ در زنان نولی‌پار هیچگونه افزایش در شیوع آسیب به اسفنکتر دیده نشد (۷،۸) و در بررسی دیگری ریسک پارگی درجه III با کاهش انجام اپیزیوتومی میدلاین از ۳۳٪ به ۱٪ کاهش پیدا کرد (۷-۱۳). در بررسی‌های قدرت عضلات کف لگن با الکتروکارمیوگرافی متوجه شدند که انجام اپیزیوتومی اثری در کاهش قدرت این عضلات نداشته و قدرت این عضلات در زایمان با اپیزیوتومی یا بدون آن یکسان و در هر دو کمتر از بیماران سزارین شده بود (۱۶-۱۴) و شیوع عوارض ادراری ناشی از شل شدن عضلات لگن نیز در بیماران با و بدون اپیزیوتومی یکسان بوده است (۱۷-۱۸). به دنبال این مطالعات کتب مرجع انجام اپیزیوتومی به طور روتین را منع کرده (۱۷) و اکثر منابع انجام اپیزیوتومی در بیش از ۳۰٪ زایمان‌ها را غیرمنطقی دانسته‌اند (۱۹-۲۲).

با توجه به تناقضاتی که در مورد کاهش طول مرحله دوم زایمان و طول مدت دوختن اپیزیوتومی در مقایسه با لاسراسیون خود به خود وجود دارد و با توجه به اینکه هنوز در اکثریت مراکز درمانی و حتی آموزشی کشور ما اپیزیوتومی به طور روتین در زایمان‌های بار اول و دوم انجام می‌شود این مطالعه در بیمارستان مهدیه به منظور مقایسه طول مرحله دوم زایمان، به عوارض زودرس زایمان طول مدت دوختن در دو گروه زنان نولی‌پار با اپیزیوتومی و بدون انجام اپیزیوتومی در طی سال‌های ۷۹-۱۳۷۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها

تکنیک جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه‌ای و مشاهده‌ای است. کلیه خانم‌های زایمان اول مراجعه کننده به بیمارستان مهدیه که پس از توجیه با اجرای پروژه موافقت می‌نمایند جامعه مورد بررسی این پروژه را تشکیل دادند، که انجام این موافقت و گرفتن رضایت از نظر کمیته اخلاق پزشکی انجام طرح کفایت می‌کند. پس از مصاحبه و معاینه اول افراد دارای حاملگی ترم، سفالیک، یک قلوبی، اکسی پوت قدامی که به مرحله دوم زایمانی و مرحله مناسب برای انجام اپیزیوتومی رسیده بودند وارد تحقیق شدند این زمان توسط یکی از کارکنان اتاق زایمان ثبت شده و سپس تعیین کننده گروه بیمار که برحسب جدول اعداد تصادفی به گروه‌های شاهد و تجربی تقسیم شده است باز شده و گروه بیمار تعیین می‌شد در گروه شاهد اپیزیوتومی مدیولانترال داده شده و در گروه تجربی بیمار بدون انجام اپیزیوتومی تحت نظر قرار گرفت کلیه بیمارانی که در این مرحله به بعد دچار علائم زجر جنین (اختلالات صدای قلب) شده یا احتیاج به زایمان با وسیله داشتند از مطالعه پس از ثبت رویداد حذف شده و اقدامات معمول در مورد آنها اجرا می‌شد و به بیمارانی که دردهای نامناسب زایمانی داشتند ستوسیون تجویز می‌شد. در مرحله Crowning از مانور ریتگن برای حمایت پریته در هر دو گروه استفاده شد و زمان تولد نوزاد توسط منشی اتاق زایمان ثبت شد. طول مرحله دوم زایمان و پارگی درجه چهار و کاهش آپگار نوزاد به عنوان نتایج اصلی (main outcome) و تعداد لاسراسیون‌ها، میزان نخ استفاده شده از دیگر نتایج بودند. پس از ثبت طول مدت مرحله دوم و وزن و آپگار نوزاد و بعد از خروج کامل جفت، واژن و پریته مورد معاینه قرار گرفته تعداد لاسراسیون، محل لاسراسیون، درجه لاسراسیون در هر دو گروه در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. (اپیزیوتومی به عنوان لاسراسیون درجه II در نظر گرفته شده) در صورت وسیع شدن اپیزیوتومی یا وجود لاسراسیون به غیر از اپیزیوتومی در گروه شاهد اطلاعات ثبت شد سپس اپیزیوتومی یا لاسراسیون ترمیم می‌شد که مخاط با کرومیک Contionus.2/0 عضله با کرومیک 2/0 جداگانه و زیر جلد با کرومیک Contionus. 2/0 پوست با کرومیک 2/0

جداگانه ترمیم می‌شد. ۲۴ ساعت پس از زایمان کانال زایمانی برای وجود هماتوم مورد بررسی قرار گرفته و نتایج ثبت می‌شد. بعد از جمع‌آوری اطلاعات و انتقال آنها به جداول واسطه اصلی بررسی‌های آماری انجام و نتایج اعلام گردید. هر دو گروه توسط رزیدنت‌های سال اول که قبلاً توسط مجریان طرح آموزش داده شده بودند و توجیه شده بودند تحت بررسی و درمان قرار گرفته بودند.

با توجه به آنچه گفته شد روش تحقیق Sequential randomized clinical trial و تکنیک جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه‌ای و مشاهده‌ای است.

وزن نوزادان در گروه شاهد $3248/3 \pm 422$ گرم به طور متوسط ۷۲ گرم بیشتر از گروه آزمایش $3157/3 \pm 376$ بود ($P < 0/05$). به علت اینکه وزن نوزادان که عامل مداخله‌گری در طول مرحله دوم می‌باشد بین هر گروه تفاوت قابل توجه آماری داشت به منظور کاهش Selection Bias که بیماران مجدداً بر حسب وزن نوزاد طبقه‌بندی شده و طول مرحله دوم، زمان مناسب از اپیزوتومی تا زایمان و زمان ترمیم لاسراسیون بین گروه‌های وزنی مشابه مجدداً مقایسه و مورد آزمون آماری (T-Test) قرار گرفت (جدول ۳).

در مجموع پس از خروج عده‌ای بدلیل زجر جنین، ۴۶۶ خانم نولی‌بار وارد مطالعه شدند که ۲۶۶ نفر در گروه آزمایش

یافته‌ها

جدول شماره ۱- مقایسه سن، سن حاملگی، دردهای نامناسب زایمانی. استفاده از سنتوسینون طول مرحله دوم، زمان برای اپیزوتومی تا زایمان، زمان ترمیم، به تعداد نخ در گروه‌های با اپیزوتومی و بدون اپیزوتومی

جدول شماره ۱- مقایسه سن، سن حاملگی، دردهای نامناسب زایمانی. استفاده از سنتوسینون طول مرحله دوم، زمان برای اپیزوتومی تا زایمان، زمان ترمیم، به تعداد نخ در گروه‌های با اپیزوتومی و بدون اپیزوتومی

گروه‌ها	شاهد	آزمایش	P-value
شاخص‌ها	n=200	n=266	
سن (سال)	$20/9 \pm 2/1$	$21/3 \pm 2/0$	NS
سن حاملگی (هفته)	$39/0 \pm 1/2$	$39/4 \pm 1/0$	NS
دردهای نامناسب زایمان	۴۴ (۲۲٪)	۵۰ (۱۹٪)	NS
استفاده از سنتوسینون	۴۴ (۲۲٪)	۵۰ (۱۹٪)	NS
طول مرحله دوم (دقیقه)	$27/36 \pm 13/7$	$27/0 \pm 11/1$	$P < 0.001$
طول زمان مناسب برای اپیزوتومی تا زایمان (دقیقه)	$4/78 \pm 3/0$	$0/9 \pm 3/4$	$P < 0.001$
زمان ترمیم (دقیقه)	$27/0 \pm 10/6$	$14/2 \pm 10/0$	$P < 0.0001$
تعداد نخ (واحد نخ)	$2/1 \pm 0/0$	$1/30 \pm 0/09$	$P < 0.001$

جدول شماره ۲- مقایسه لاسراسیون بر حسب درجه در گروه‌های بدون اپیزوتومی و با اپیزوتومی

گروه‌ها	درجه لاسراسیون				نداشت n
	IV	III	II	I	
شاهد (اپیزوتومی دارد)	۰	۲ ٪۱	۲۰۰ ٪۱۰۰	۲۲ ٪۱۱	-
آزمایش (اپیزوتومی ندارد)	۲ ٪۰.۸	۴ ٪۱.۵	۲۸ ٪۱۰.۵	۱۶۸ ٪۶۴	۶۴ ٪۲۴

تعداد لاسراسیون در گروه آزمایش $1/2 \pm 0/96$ بود که در ۱۰۷ بیمار (٪۴۰) محل لاسراسیون قدام و اژن و در ۹۵ نفر (٪۳۶) پرینه بود و ۶۴ بیمار (٪۲۴) لاسراسیون نداشتند. در گروه شاهد در ۲۲ بیمار (٪۱۱) لاسراسیون درجه I جدا از اپیزوتومی وجود داشت که در ۱۸ بیمار (٪۹) قدام و اژن و ۴ بیمار (٪۲) در پرینه بود و در ۲ نفر نیز وسیع شدن اپیزوتومی تا کاف و اژن وجود داشت.

لاسراسیون شدید (درجه III و IV) در ۲ بیمار ٪۱ از گروه شاهد (درجه III) و ۶ بیمار از (٪۲/۲) گروه آزمایش (۴ بیمار درجه III و ۲ بیمار درجه IV) دیده شد که آزمون χ^2 نشانگر عدم اهمیت آماری این اختلاف بود.

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است در نوزادان با وزن کمتر از ۳۵۰۰ گرم طول مرحله دوم بین دو گروه اختلاف آماری ندارد ولی انجام اپیزوتومی باعث کاهش زمان تا زایمان شده که این کاهش از نظر آماری مهم بود ولی در وزن‌های بالاتر از ۳۵۰۰ گرم طول مرحله دوم در گروه شاهد طولانی‌تر از گروه آزمایش بود و انجام اپیزوتومی نیز اثری در کاهش زمان مناسب تا زایمان نداشت (جدول ۳).

آپگار دقیقه اول یا پنجم کمتر از ۷ در هیچیک از نوزادان ۲ گروه وجود نداشت و آپگار دقیقه اول ۹ در ۱۹۵ نوزاد در گروه شاهد (٪۹۷) و ۲۵۴ نوزاد گروه آزمایش (٪۹۵/۵) و آپگار دقیقه اول ۸ در ۴ نفر از گروه شاهد (٪۲) و ۱۰ نفر از گروه آزمایش (٪۳۷) ثبت شد.

جدول شماره ۳- مقایسه طول مرحله دوم زایمان، زمان مناسب برای اپیزوتومی تا زایمان و زمان ترمیم بر حسب وزن نوزاد در گروه با اپیزوتومی و بدون اپیزوتومی

گروه بر حسب	کمتر از ۳۰۰۰ گرم		۳۰۰۰-۳۴۹۹ گرم		۳۵۰۰-۳۹۹۹ گرم		بیش از ۴۰۰۰ گرم	
	شاهد	آزمایش	شاهد	آزمایش	شاهد	آزمایش	شاهد	آزمایش
وزن نوزاد	n=۴۷	n=۷۰	n=۹۵	n=۱۳۹	n=۴۹	n=۵۲	n=۹	n=۳
شاخص‌ها								
طول مرحله دوم دقیقه	$1/4 \pm 1/3$	$1/4 \pm 1/8$	$1/7 \pm 1/8$	$1/7 \pm 1/7$	$1/4 \pm 1/5$	$1/7 \pm 9/6$	$3/0 \pm 1/0$	$1/8 \pm 1/4$
	۲۴	۲۱	۲۲	۲۲	۳۵	۲۴	۲۱	۲۱
P-value	NS		NS		P<0.001		NS	
زمان مناسب برای اپیزوتومی تا زایمان (دقیقه)	$1/12 \pm 2/8$	$5/7 \pm 3/6$	$4/7 \pm 2/9$	$5/7 \pm 2/3$	$5/6 \pm 2/3$	$6 \pm 3/4$	$4/2 \pm 2/2$	$5/6 \pm 2/6$
P-value	NS		P<0.01		NS		NS	
زمان ترمیم (دقیقه)	n=۴۷	n=۴۱	n=۹۵	n=۱۰۴	n=۴۹	n=۴۷	n=۹	n=۳
زمان ترمیم (دقیقه)	$1/8 \pm 9/7$	$1/5 \pm 7/6$	$1/9 \pm 11/3$	$1/1 \pm 1/1$	$1/7 \pm 9/7$	$1/7 \pm 12/6$	$1/1 \pm 12/6$	$1/3 \pm 7/2$
	۲۳	۱۳	۲۶	۱۳	۲۶	۲۶	۳۱	۲۳
P-value	T-test 5/6 P<0.0001		P<0.0001		P<0.0001		NS	

گزارش شده است که احتمالاً در سه مطالعه از این ۴ مطالعه (۴،۵،۷) اپیزیوتومی در موارد مرحله دوم طولانی استفاده شده است. این امکان در مورد مطالعه ما نیز وجود دارد زیرا به نظر می‌رسد وزن نوزاد و مرحله دوم طولانی اثراتی در انتخاب بیماران گذاشته است. موقعی که بیماران از نظر وزن نوزاد مطابقت داده شدند در گروه تا وزن ۳۵۰۰ گرم تفاوتی در طول مرحله دوم نداشتند ولی در وزن بیشتر از ۳۵۰۰ گرم طول مرحله دوم در گروه شاهد به میزان قابل توجهی بیشتر از گروه آزمایش بوده است که ممکن است عامل مداخله‌گری در انتخاب بیمار و قراردادن بیماران در گروه اپیزیوتومی بوده باشد.

از نظر زمان مناسب برای اپیزیوتومی تا زایمان به نظر می‌رسد که مطالعه حاضر تنها مورد بررسی کننده این فاکتور باشد زیرا بررسی Literature تا سال ۲۰۰۱ نشانگر وجود بررسی این مرحله حتی در یک مقاله مروری کامل به تمام زبان‌ها در مورد اپیزیوتومی (۲۷) نبود. تنها در یک Review of article (۲۸) این مسئله به عنوان فاکتوری که باید مورد بررسی قرار گیرد مطرح شده بود. مطالعه نشان داد که در کل گروه انجام اپیزیوتومی با کاهش قابل توجه زمان از زمان مناسب برای انجام اپیزیوتومی (موقعی که ۴-۳ سانتی‌متر از سر نوزاد در outlet) مشهود شود تا زایمان همراه بود. از آنجایی که این موضوع طولانی‌تر بودن کلی مرحله دوم و وزن بیشتر از نوزادان در گروه اپیزیوتومی همراه بود با توجه به اینکه مطالعه حاضر اولین نمونه از این مورد در بیمارستان بود که تجربه اندکی با زایمان بدون اپیزیوتومی داشته و ترس از بروز عوارض در موارد تخمین وزن بالای جنین یا مرحله دوم طولانی به نظر می‌رسید باعث Selection Bias در مطالعه شده باشد گروه مجدداً بر حسب وزن نوزادان طبقه‌بندی شدند و نشان داده شد که انجام اپیزیوتومی باعث کوتاه شدن فاصله تا زایمان در نوزادان کمتر از ۳۵۰۰ گرم می‌شود که با توجه به مرحله دوم مشابه در دو گروه در نوزادان کمتر از ۳۵۰۰ این نتیجه منطقی به نظر می‌رسد در حالی که در نوزادان بیشتر از ۳۵۰۰ گرم نه تنها طول مرحله دوم در گروه شاهد بیشتر بود بلکه انجام اپیزیوتومی کمکی در کاهش فاصله تا زایمان نکرده

جدول ۳ نشانگر توزیع لاسراسیون بر حسب درجه در بین ۲ گروه می‌باشد. هماتوم واژن در یک مورد بیماران گروه شاهد در روز پس از زایمان تشخیص داده شد که به علت وسعت هماتوم محل اپیزیوتومی مجدداً باز شده و ترمیم شد. در گروه آزمایش ۱۹۲ بیمار دچار لاسراسیون نیازمند به ترمیم شدند و در ۷۴ بیمار (۲۸٪) پرینه سالم (۶۴ نفر) و یا احتیاج به ترمیم نداشت (۱۰ نفر). مدت زمان ترمیم در گروه آزمایش به میزان قابل توجهی کمتر از گروه شاهد بود (جدول ۱). تعداد نخ استفاده شده در گروه آزمایش ۲۶۲ (برای ۱۹۲ بیمار) و در گروه شاهد ۴۲۷ (برای ۲۰۰ بیمار) بود که اختلاف قابل توجهی نشان می‌داد.

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که انجام اپیزیوتومی مدیولترال باعث کاهش طول مرحله دوم زایمان نمی‌شود ولی طول زمان از اپیزیوتومی تا زایمان را در نوزادان کمتر از ۳۵۰۰ گرم کاهش می‌دهد و وقوع کمتر لاسراسیون قدیمی پرینه و اطراف یورترا همراه است در حالی که دوختن اپیزیوتومی به مدت زمان بیشتر و استفاده بیشتر از سوچورها نیاز دارد. از طرف دیگر عدم انجام اپیزیوتومی در ۲۴٪ موارد ($n=64$) با پرینه سالم و ۶۴٪ ($n=168$) با لاسراسیون درجه I همراه بوده که در ۴۰٪ موارد (۱۰۷ مورد) قدیمی و ۳۵٪ (۶۷) خلفی بوده است که به مدت زمان کوتاه‌تر و نخ کمتر برای ترمیم نیاز داشته است. ریسک لاسراسیون شدید پرینه (درجه III و IV) افزایش قابل توجه آماری در صورت عدم انجام اپیزیوتومی نداشته و شیوع Low-ppgar نیز در این دسته بیشتر نمی‌شود.

تنها در مطالعه گروه Reynold (۲۳) انجام اپیزیوتومی با کاهش طول مرحله دوم زایمان همراه بوده است در حالی که چندین مطالعه دیگر (۲۴، ۲۷، ۲۰، ۳۲، ۱۴) تفاوتی در طول مرحله دوم زایمان با انجام یا عدم انجام اپیزیوتومی پیدا نکرده‌اند و ۴ مطالعه (۳ و ۵ و ۷ و ۳) طول مرحله دوم را با اپیزیوتومی طولانی‌تر گزارش کرده‌اند که با مطالعه ما قبل از مطابقت دادن گروه‌ها بر اساس وزن نوزاد مطابقت می‌کند و

بود. به نظر می‌رسد در وزن‌های کمتر از ۳۵۰۰ گرم که اکثریت نوزادان را تشکیل می‌دهند به علت دور سر (محیط سر) کمتر انجام اپیزیوتومی باعث افزایش سریع قطر مجرای خروجی کانال زایمان شده و خروج سر را تسریع می‌کند در حالی که در وزن‌های بالاتر این افزایش قطر کمک چندانی نکرد و این اتساع تدریجی و آرام پرینه است که در هر دو گروه شاهد و تجربی در وزن‌های بالای ۳۵۰۰ گرم منجر به خروج نهایی سر می‌شود.

یکی از مهمترین دلایل انجام اپیزیوتومی را جلوگیری از لاسراسیون شدید پرینه عنوان کرده‌اند ولی مطالعات دقیقاً کنترل شده نتایج مختلفی از نظر امکان لاسراسیون شدید (درجه III و IV) را در رابطه با اپیزیوتومی نشان داده‌اند (۳۰-۲۹). نشان داده شده است که اپیزیوتومی میدلاین قوی‌ترین فاکتور خطر ایجاد لاسراسیون شدید حتی پس از کنترل سایر عوامل مداخله‌گر بوده است (۳،۲۹،۲۱،۱۳). در مورد اپیزیوتومی مدیولترال تنها ۲ مطالعه افزایش ریسک لاسراسیون شدید را گزارش کرده‌اند (۲۹،۱۵) و اکثریت مطالعات شامل ۴ مطالعه بزرگ (RCT) Randomized Clinical trial (۲۳-۲۸،۳۰) گزارش کرده‌اند که اپیزیوتومی مدیولترال در کاهش یا افزایش شیوع لاسراسیون شدید پرینه بدون تأثیری نداشته است. این یافته‌ها در مطابقت با مطالعه ما می‌باشد که گرچه تعداد لاسراسیون شدید در بیماران گروه آزمایش بیشتر بود ولی این اختلاف از نظر آماری اهمیت نداشت.

مطالعه ما نشان داد که پرهیز از انجام اپیزیوتومی در ۲۴٪ موارد همراه با پرینه سالم بود و در کل ۲۸٪ بیماران گروه آزمایش احتیاج به ترمیم نداشتند. نتایج مطالعات RCT (۲۸،۳۰،۳۳ و ۲۸) نیز نشان داده است که عدم انجام اپیزیوتومی باعث کاهش ۲۳٪ در ریسک وقوع لاسراسیون نیازمند به ترمیم می‌شود که با نتایج مطالعه ما مشابهت دارد. به عبارت دیگر پرهیز از انجام اپیزیوتومی روتین در هر ۴۱۴ بیمار باعث جلوگیری از لاسراسیون پرینه نیازمند به سوچور می‌شود (۳۴). تنها فایده ثابت شده اپیزیوتومی در مورد لاسراسیون، کاهش شیوع لاسراسیون قدامی پرینه است (۱،۳۱،۳۵). در مطالعه حاضر شیوع لاسراسیون قدامی (۱/۴۰) در گروه آزمایش مشابه مقادیر گزارش شده توسط

Thranov (۲۵) و (۳۶) بود ولی این میزان در گروه شاهد ما ۹٪ بود که کمتر از مقادیر گزارش شده توسط این دو گروه بود. ۲ مطالعه RCT نیز شیوع بیشتر ترومای قدامی پرینه (۱۹/۲٪) در گروه بدون اپیزیوتومی در مقایسه با گروهی که اپیزیوتومی داشتند (۸/۱٪) را گزارش کردند (۱۸،۳۳). بنابراین واضح است که اپیزیوتومی از آسیب قدامی پرینه جلوگیری می‌کند در حالی که اکثر گزارشات چنین آسیب‌هایی را با درد کمتر و بدون عوارض طولانی مدت ذکر کرده‌اند (۳۱،۳۵). از طرفی اظهار شده است که افزایش ترومای اطراف یورترا (مجرای ادراری) می‌تواند به علت آسیب به اسفنکتر ادراری باعث شیوع بی‌اختیاری ادراری شود و بنابراین اپیزیوتومی با کاهش آسیب قدامی پرینه ممکن است در کاهش وقوع بی‌اختیاری ادراری مؤثر باشد ولی مطالعات دقیق در مورد اثر اپیزیوتومی مدیولترال بر بی‌اختیاری ادراری (Stress incontinences) نشان داده که بین بیماران با اپیزیوتومی و بدون اپیزیوتومی هیچ گونه تفاوتی در بروز بی‌اختیاری پس از زایمان در فواصل ۳ ماه پس از زایمان (۱۹٪ در هر دو گروه) و سه سال پس از زایمان وجود نداشته است (۲۸،۱۰). همچنین شواهد ثابت شده‌ای وجود ندارد که نشان دهد که اپیزیوتومی شیوع بی‌اختیاری زودرس یا دیررس ادراری را کاهش داده یا کاهش قدرت عضلات کف لگن را که معمولاً در طی زایمان واژینال به وجود می‌آید تخفیف بخشد (۲۷،۲۸،۳۵) و شیوع عوارض ادراری ناشی از شل شدن عضلات لگن در چند مطالعه در بیماران با و بدون اپیزیوتومی یکسان بوده است (۲۴،۱۶). حتی در یک مطالعه کاهش قابل ملاحظه قدرت عضلات کف لگن در بیماران با اپیزیوتومی مدیولترال در ۸ هفته پس از زایمان در مقایسه با بیمارانی که لاسراسیون خود به خود داشته یا بدون لاسراسیون زایمان کرده‌اند گزارش شده است (۳۴).

به هر حال هیچ کدام از مطالعات RCT تاکنون اختلاف دائمی در قدرت قابل اندازه‌گیری عضلات لگن در بیماران با یا بدون اپیزیوتومی را گزارش نکرده‌اند (۳۵). بعضی اظهار می‌دارند که فواید مورد انتظار اپیزیوتومی برای سالم ماندن قدرت عضلانی کف لگن به وسیله روش امروزی انجام اپیزیوتومی ممکن نمی‌باشد و انجام اپیزیوتومی امروزی (موقعی که ۴-۳ سانتی‌متر از سرجین از کانال زایمان مشهود

Downloaded from tumj.tums.ac.ir on 2024-07-15

(۳۵،۲۷،۲۸،۲۴،۱۶،۸،۳۴). با توجه به نکات ذکر شده علیرغم وجود شواهد قطعی به نفع انجام ایزوتومی استفاده روتین از آن حتی در مراکز آموزشی ادامه دارد. بسیاری پرهیز از انجام ایزوتومی را ممکن می‌دانند ولی فواید عدم انجام ایزوتومی را بی‌اهمیت می‌شمارند. دلایل قوی برای مقاومت در مقابل کنار گذاشتن ایزوتومی وجود دارد. پزشکانی که بیشتر ایزوتومی به کار می‌برند اغلب آن را به عنوان روش درمانی و مداخله خود در زایمان در نظر می‌گیرند و این پزشکان با شیوع بیشتری تشخیص دیسترس جنینی داده و در موارد متعددی تشخیص پارگی شدید قریب‌الوقوع پرینه در صورت عدم انجام ایزوتومی می‌دهد (۳۵،۱۸۸). برای این دسته از پزشکان انتظار برای اتساع تدریجی پرینه و هدایت گفتاری مادر در طی مرحله دوم بسیار مشکلت‌تر از برش پرینه و خروج سریع نوزاد است. این عده عقیده دارند که انجام ایزوتومی زایمان را تسریع کرده و مدت زمان کمتری در کنار بستر بیمار صرف می‌شود. حتی کسانی که در بیمارستان‌های آموزشی کار می‌کنند راحتی خیال بیشتری در موارد ترمیم ایزوتومی توسط رزیدنت نسبت به ترمیم لاسراسیون نامنظم دارند.

پرهیز از عدم انجام ایزوتومی هم چنین ممکن است به علت تجربه اندک در اداره کردن زایمان بدون ایزوتومی باشد پس از انجام آزادانه و روتین ایزوتومی اداره زایمان بدون ایزوتومی و انتظار برای اتساع آرام پرینه و اعتماد به الامتیسیتی پرینه بسیار مشکل است. به نظر می‌رسد این فاکتور در احتمال وجود Selection Bias در مطالعه ما و قبل مؤثر باشد. به هر حال لاسراسیون وسیع پرینه تنها در صورت زور دادن (Pushing) بدون کنترل و یا زایمان‌های با استفاده از وسیله بعضی مواقعی که پرینه وقت کافی برای اتساع ندارد صورت می‌گیرد (۸،۳۶).

با توجه به نتایج این مطالعه استفاده روتین از ایزوتومی به جز افزایش آسیب به پرینه و افزایش خونریزی حین زایمان و افزایش هزینه برای بیمار فایده قطعی نداشته و بهتر است استفاده از آن در موارد نمایش اکسی پوت قدامی به موارد تشخیص زجر جنینی که نیاز به زایمان سریع‌تر نوزاد قطعی است یا در موارد نیاز به استفاده از وسیله برای کمک به زایمان محدود شود.

است) را برای جلوگیری از آسیب ایجاد شده توسط عبور سرچنین بسیار دیر می‌دانند (۲۶،۱۱،۱۹) به هر حال هیچکدام از این نویسندگان خود مشوق انجام ایزوتومی زودرس به علت خونریزی شدیدتر در این موارد نمی‌باشد و مطالعه دقیقی نیز جهت بررسی نتایج آن گزارش نشده است.

یکی دیگر از فواید گفته شده برای ایزوتومی بودن وجود دلیل قطعی جلوگیری از آسیب به جنین است در مطالعه ما آپگار دقیقه اول و پنجم در هیچ یک از نوزادان دو گروه کمتر از ۷ نبود و از نظر انتشار آپگار دقیقه اول ۷-۱۰ نیز بین دو گروه تفاوت قابل توجهی وجود نداشت. شواهدی وجود ندارد که روش‌های زایمانی که بدون انجام ایزوتومی صورت می‌گیرد با آپگار پایین، ترومای زایمانی یا Cerebral Palsy ارتباط داشته باشد (۱۸). گذشتن از کانال استخوانی زایمان ممکن است گاهی برابر جنین تروماتیک باشد ولی مطمئناً شواهدی وجود ندارد که عبور از بافت نرم پرینه باعث آسیب به مغز نوزاد شود و به هر حال در هیچ یک از ۶ مطالعه RCT انجام یا عدم انجام ایزوتومی تأثیری در شیوع خونریزی داخل مغزی، آسفسکی حین تولد و آپگار پایین نوزاد نداشته است (۱۷،۲۸،۸،۳۰،۳۳).

آخرین فایده‌ای که برای ایزوتومی هنوز در کتاب‌های رفرنس (۱) ذکر می‌شود و دلیل محبوبیت ایزوتومی نزد زایمان دهنده محسوب می‌شود «جایگزین کردن یک برش تمیز جراحی به جای لاسراسیون نامنظمی که در صورت عدم ایزوتومی ممکن است به وجود بیاید است». که ترمیم آسانتری برای جراح دارد ولی در مطالعه حاضر زمان مورد نیاز برای ترمیم در گروه آزمایش بسیار کمتر از گروه شاهد بود به علاوه مصرف نخ نیز در گروه آزمایش به طور قابل توجهی کمتر از گروه شاهد بود که این یافته در مطالعه RCT گروه Sleep (۲۸) نیز تأیید می‌شود.

به طور کلی استفاده روتین از ایزوتومی فایده ثابت شده‌ای به غیر از کاهش شیوع لاسراسیون قدامی پرینه ندارد، ترمیم آن آسانتر نبوده و احتیاج به سوچور بیشتری برای ترمیم دارد (۳۵،۸). هم چنین استفاده روتین از ایزوتومی منجر به فواید طولانی مدت برای مادر نظیر قدرت بهتر عضلانی لگن و جلوگیری از عوارض ادراری ناشی از زایمان نمی‌شود

منابع

1. Anthony s, Buitendijk se, Zondervant, van Rigseleyc verkerk PH. episiotomies and the occurrence of severe perineal laceration. Br J obstet Gynecol 101:1065,1994 that printed in williams text book of obstetrics 1997 page 342-345. Benyon et al: midline episiotomy as a midline procedure, j obstet Gynecol Br commonw 81:126,1074 printed in williams textbook of obstetrics 1997 page 342-345.
2. Anthony - s Buitendijk SE. Episiotomy and the occurrence of severe perineal laceration. Br-j-ob & Gyn 1994 Dec; 101 (12): 1064-7.
3. Borgathal , piening SL, Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery AM.j. obstet Gynecol 1989; 160:294-297.
4. Chambliss LR, Dalge, the role of selection bias in comparing C/S rate between physicians and midwifery management obstet Gynecol 1992; 80:161-165.
5. Dunnek. characteristics associated with perineal condition in an alternative birth center j. Nurse Midwifery 1984:29-30.
6. East-c; webskr-j. Episiotomy at the Royal Womens hospital a Comparison of practices in 1986 and 1992. J. Midwifery 1995 Dec; 11(4) : 195-200.
7. Erica Eason , perle Felman, much do about felman, much do about a little with is episiotomy worth while? J obstet gynocol 2000 95;4 Apr-,616-618.
8. Erica Eason michel labrecque Preventive perineal trauma during child birth ; A systematic Review J. obs & Gynecol 95:3: March 200 464-471.
9. Fernando - B leeves-L. Audit of the relationship between episiotomy and Risk of Major perineal laceration during childbirth Br. J- Clin-pract. 1995 jam Feb; 49(1):40-1.
10. Flood c; the real reason performing episiotomy world medicine 1982 feb 6;17:51.
11. Floud, E protecting the perineum in childbirth Br. J. Midwifery 1994:306-10.
12. Green JR, soon hoo Sl. factor associated with rectal injury in spontaneous delivery obstet & Gynecol 1989;73:732-738.
13. Harrison RF, is routine episiotomy necessary? BMJ 1984;288;1971-1975.
14. Henriksen TB, Episiotomy and perineal lesion in spontaneous vaginal deliveries Br. j obstet Gynecol 1992: 99:950-954.
15. House Mj Episiotomy and the perineal, a random controlled trial j obstet Gynecol 1986; 7; 107-110.
16. Incidence and Cause of postpartum urinary stress incontinence Eurj obstet Gyn report biol 1992; 43: 29-33.
17. Klein- Me. Studying episiotomy : When beliefs Conflicts with Science. J- fam -Pract 1995 NOV:41(5): 483-8.
18. Klein-MC- Kaczorowski? physicians beliefs and behavior during a randomized Controlled trial of episiotomy : Consequenul for Women in their care. Can- Med-Assoc- j 1995 sep 15: 153(6): 769-79.
19. L.viktrup, MD the symptom of stress incontinence by pregnancy or Delivery in primiparous J. obstet 76;6 Jun 1992 945-949.
20. Mayes F, oalkey D, Aretrospective comparison of certified nurse midwife and physician management of low risk births. J. Nurse midwifery 1987; 32:216-221.
21. Moller Bek Risk factor associated with complete tear of the anal sphincter Acta obstet Gynecol scand 1992 71:520-524.
22. Roberto L. Lede. MD PhD jose Meligan MD PHD. Is routine use of episiotomy justified? Am .J.job & Gyn, May 1996 174.5 1399-1402.
23. Reynolds-JI. Reducing the frequency of episiotomy through a Continuous quality

improvement program. *can - Med- Assoc- j* 1995 Aug 1; 153(3):275-82.

24. Rockner G. Urinary incontinence after perineal trauma at childbirth. *Scand J Caring Sci* 1990; 4: 164-172. Dinpl T, Hessev.

25. Rockner G, Hernigsson A. Evaluation of episiotomy and spontaneous tear of perineum during childbirth. *Scand J Caring Sci* 1988; 2:19-24.

26. Rockner G, Jonasson A. The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cone. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70;51-54.

27. Smith AR, Hosker GL. The role of partial denervation of the pelvic floor in the etiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. *Br. j. Ob. Gyn* 1989- 96: 24,28-32.

28. Sleep J, Carrant A. West Berkshire. Perineal Management trial. *BMJ*- 1984; 284:587-590.

29. Shiono P. Midline episiotomies more harmful than good. *Obstet Gynecol* 1990 75:765-770.

30. Sleep J, Roberts J. Care during the second stage of labor. *Oxford University Press* 1989, 1129-1144.

31. Thacker 58, Banta MD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Ob Gyn. Surv*, 1983;38;322-338.

32. Tharnov Kringelbach, post partum symptom, Episiotomy or tear at vaginal delivery post partum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990; 69:11-15.

33. Tapp A, Cardozo L. The effect of vaginal delivery on the urethral sphincter. *Br J Obstet Gynecol* 1988;95;142-146. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1987;289;587-590.

34. Thorp JM. Episiotomy: can its routine use be defended? *Am J. Obstet Gynecol* 1989; 160:1027-1030.

35. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English language literature since 1980. *Ob & Gyn Surv* 1995 NOV; 50(11): 821-35.

36. Wilcox LS, Strobino DM. Episiotomy and its incidence on perineal laceration. *Am. j. ob & Gyn* 1989;60:1047-1052.