



فرایند اپی زیاتومی

دانشکده علوم پزشکی ساوه زمستان ۱۴۰۰



گردآورندگان:

تیم بهبود کیفیت خدمات زایمانی:

رسول کرانی بهادر: کارشناس مسئول بهبود کیفیت مجتمع بیمارستانی شهدای هفده شهریور و شهید مدرس

سحر طالب: عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی ساوه

فاطمه همتی: مسئول مامایی دانشکده علوم پزشکی ساوه

تهمینه زابلی: کارشناس بهبود کیفیت

سمانه فخاریان: سوپروایزر آموزشی

زهره غفاری تبریزی: مسئول بخش زایمان

زهره یوسفی: کارشناس مادران پرخطر

فاطمه رضازاده: مامای بخش زایمان – دبیر کمیته پره ناتال بیمارستان

تکنیک انجام اپی زیاتومی:

بی حسی ناحیه پرینه

- ۱- در ابتدای کار عامل زایمان برای مادر کاملاً توضیح داده می‌دهد که چه کاری برای او انجام می‌شود.
- ۲- بررسی از نظر عدم حساسیت مادر به مواد بی حسی به خصوص لیدوکائین قبل از شروع پروسه اپی زیاتومی توسط عامل زایمان انجام شود.
- ۳- به دستور پزشک مبینی بر تزریق لیدوکائین توجه شود
- ۴- قانون چک داروی پرخطر (لیدوکائین) توسط ۲ نفر رعایت شود این کار توسط مامای کمکی و عامل زایمان صورت می‌پذیرد.
- ۵- با تزریق ۵ سی سی لیدوکائین ۲ درصد، ناحیه پرینه توسط عامل زایمان بی حس می‌شود.
- ۶- دو انگشت در طول خط برش فرضی اپی زیاتومی داخل واژن قرار گیرد تا از بافت های دیگر هنگام تزریق حمایت کند.
- ۷- سوزن سرنگ به آرامی در راستای انگشتان از قسمت میانی تا پایین فورشت وارد، و برای اطمینان از عدم ورود به رگ به آهستگی اسپیره شود. در صورت وارد شدن سرنگ به رگ، سرنگ دور انداخته شود و با استفاده از سرنگ جدید، دوباره این کار انجام شود، تا اطمینان حاصل گردد که سرنگ داخل رگ نیست.
- ۸- سپس یک سوم باقی مانده ی لیدوکائین در پایین فورشت تزریق می‌شود. قبل از خروج سرنگ از منحنی فورشت که تزریق اول انجام شد، کمی بالاتر در لبه بافت یک سوم مابقی تزریق، و یک سوم انتهایی در سمت دیگر لبه بافت تزریق گردد.

تکنیک تعیین زمان انجام اپی زیاتومی:

در صورت نیاز به اپی زیاتومی زمان درست انجام آن بسیار مهم می‌باشد زیرا در صورتی که زودتر از موقع انجام شود ممکن است خونریزی حاصل از انسزیون در دوره قبل از زایمان به حد چشمگیری برسد. اگر بسیار دیر انجام شود نمیتواند از بروز پارگی ها جلوگیری کند. بهتر است اپی زیاتومی در طی یک انقباض و هنگامی که ۴-۵ سانت از سر جنین قابل مشاهده شده است انجام گیرد. و برش مدیولترال از خط وسط فورشت آغاز شده و با زاویه ۶۰ درجه نسبت به خط وسط به سمت چپ یا راست جهت داده شود. (محاسبه این زاویه تغییر شکل آناتومی پرینه در جریان crowning لحاظ شده است. و در نهایت هنگام ترمیم انسزیونی با زاویه ۴۵ درجه انحراف از خط وسط بخیه زده می‌شود.

تکنیک برش پربینه:

- ۱- ابتدا ۲ انگشت وارد خط میانی طرفی پربینه شود، تا از آسیب به سر جنین هنگام وارد کردن قیچی جلوگیری گردد.
- ۲- قیچی با حمایت انگشتان وارد ناحیه میانی فورشت شود و سپس در زاویه ۶۰ درجه (تقریباً در فضایی حد فاصل بین ایسکیوپوبیس و مقعد) قرار گیرد.
- ۳- برش هنگامی انجام گیرد که، عضو نمایش جنین مستقیم در تماس با فورشت بوده و عضله سطحی و پوست پربینه، کاملاً نازک شده باشد. (زیرا فشار عضو نمایش به پربینه باعث کاهش میزان خونریزی در هنگام برش خواهد شد. علاوه بر این، توصیه میشود برش هنگام یک انقباض قوی انجام شود. زیرا در این زمان بافت در بیشترین حالت کشش قرار دارد که باعث کاهش خونرسانی به منطقه اپی زیاتومی می شود).
- ۴- بعد از توجه به نکات ذکر شده با یک حرکت، یک برش با طول ۴ تا ۵ سانتی متری ایجاد شود. در این هنگام مهم است که سریعاً عضو نمایش با دست کنترل شود تا مانع از گسترش پارگی گردد.

ارزیابی و اقدامات قبل از ترمیم:

- ۱- قبل از انجام ترمیم پربینه ابتدا به مادر توضیحات کامل در مورد این که چه کاری برای او انجام خواهد شد، داده شود و سپس از رعایت حریم خصوصی بیمار اطمینان حاصل گردد.
- ۲- نور کافی و مناسب باشد و مادر در پوزیشن لیٹاتومی قرار گیرد (زیرا این کار دید بهتری از برش را فراهم می سازد)، همچنین به راحتی مادر در این وضعیت توجه شود.
- ۳- با توجه به این که، این روش یک تکنیک آسپتیک است، قبل از شروع ترمیم، ابتدا معاینه رکتال توسط عامل زایمان انجام شود تا از عدم وجود پارگی احتمالی درجه ۴ و یا عمق پارگی حین زایمان اطمینان حاصل نماید. پس از انجام این کار ست زایمان کنار گذاشته شود، دستکش هایی که هنگام زایمان استفاده شده، تعویض گردد، دست ها مجدد شسته، از یک جفت دستکش استریل جدید و ست استریل بخیه استفاده شود.
- ۴- بعد از باز کردن ست بخیه، بدن مادر با یک شان پرفوره پوشانده شود.
- ۵- تجهیزات مورد نیاز به شرح ذیل چک شود. همه وسایل را جمع کرده و در میز آماده و تمیز قرار دهید.

✓ نکته: تجهیزات شامل بسته های استریل به شرح زیر است:

- ❖ دو بسته گاز استریل ۳ عددی
- ❖ تامپون (یکبار مصرف نشاندار شده)
- ❖ ۵ سی سی ویال ۲٪ لیدوکائین
- ❖ یک عدد سرنگ ۵ سی سی
- ❖ محلول ضد عفونی کننده
- ❖ نخ بخیه یک عدد شماره ۲/۰۰ و یک عدد کرومیک شماره صفر
- ❖ یک جفت دستکش استریل

۶- ارزیابی محل پربینه

- ۶-۱- دستگاه تناسلی به آرامی از لحاظ محل راس زخم و وجود تروما و پارگی های دیگر و هماتوم بررسی گردد.
- ۶-۲- در صورت عدم اطمینان از ماهیت یا میزان آسیب دیدگی، مادر توسط یک متخصص یا مامای با تجربه معاینه شود. (ارزیابی با استفاده از جدول ۲-۲ انجام شده و مطابق نتیجه ارزیابی اقدام شود).

2.2 Perineal tear classification

Table 5. Perineal tears

Tear	Definition
First degree ^{8,22}	Injury to the skin or vaginal epithelium only
Second degree ^{8,22}	Injury to the perineum involving perineal muscles but not involving the anal sphincter
Third degree ^{8,22}	Injury to perineum involving the anal sphincter complex <ul style="list-style-type: none"> • 3a: Less than 50% of external anal sphincter (EAS) thickness torn • 3b: More than 50% of EAS thickness torn • 3c: Both EAS and internal anal sphincter (IAS) torn
Fourth degree ^{8,22}	Injury to perineum involving the anal sphincter complex (EAS and IAS) and anal epithelium
Rectal buttonhole ⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Injury to rectal mucosa with an intact anal sphincter • Not a fourth degree tear

ارزیابی بصری و معاینه واژینال:

خونریزی محل اپی زیاتومی با گاز استریل خشک شود به این صورت که گاز را به صورت فشاری روی زخم گذاشته و بر می داریم از کشیدن گاز روی زخم خودداری شود.

برای دید بهتر با روش مناسب نواحی (اطراف مجرای ادراری، لابیایا، دیواره خلفی واژن) به درستی معاینه شود.

میزان گسترش پارگی

وجود هماتوم

وجود یا عدم وجود پارگی دیواره رکتوم

زخم پرینه از نظر مقدار و مشخصه خونریزی ارزیابی شود

طاق واژن، دیواره های جانبی، کف، پرینه و دیوار خلفی واژن معاینه شود.

راس اپی زیاتومی را مشخص کنید.

✓ نکته: به منظور جلوگیری از پنهان ماندن محل خونریزی رحم در خارج از رحم، باید یک پد یا تامپون رول نشاندار شده را با احتیاط داخل واژن بالای زخم اپیزوتومی قرار داد. از آنجا که این برای بیمار ناراحت کننده است، باید در حین انجام این کار از رضایت بیمار اطمینان حاصل شود.

معاینه رکتال:

در صورتی که معاینه رکتال پس از خروج جفت و قبل از شروع ترمیم اپی زیاتومی انجام نشده باشد، معاینه رکتال با مراحل ذیل انجام شود:

۱. در مورد معاینه به مادر توضیحات لازم داده شود
۲. بعد از ارزیابی رکتال دستکش تعویض شود.

- تکنیک ترمیم اپی زیاتومی:

- ۱- عامل زایمان در پوزیشن مناسب برای ترمیم اپی زیاتومی به شرط رعایت اصول استریلیزاسیون قرار گیرد.
- ۲- باز کردن و چک کردن نخ های بخیه و آماده کردن نخ و سوزن گیر.
- ۳- ابتدا راس اپی زیاتومی شناسایی شود.
- ۴- در صورت نیاز برای بهتر شدن دید و جلوگیری از خونریزی تامپون نشاندار شده استفاده گردد
- ۵- سوزن، ۵ تا ۱۰ میلی متر بالای راس زخم در محل نقطه خونریزی دهنده وارد شود
- ۶- اولین گره ی جراحی در این منطقه زده میشود و طرف کوتاه نخ بخیه به طول ۱ تا ۲ سانتی متر بریده شود.
- ۷- سوچورهای بعدی به روش کانتینیوس لاک با فاصله ۵ تا ۱۰ میلی متر از لبه زخم و به عمق ۱۰ میلی متر زده شود و تا رسیدن به حلقه هایمن ادامه پیدا کند.
- ۸- بعد از رسیدن به هایمن با یک یا دو سوچور، حلقه هایمن بسته شود.
- ۹- سپس سوزن در سطح فورشت نزدیک حلقه هایمن قرار گرفته و بعد از آن عضلات با رعایت عمق مناسب و سپریت ترمیم شود.
- ۱۰- فاسیای سطحی با بخیه های ممتد دوخته و لبه های زخم کنار هم قرار میگیرد.
- ۱۱- با نخ مناسب و به روش منقطع به فاصله ۵ تا ۱۰ میلی متر از هم، پوست ترمیم شود.
- ۱۲- معاینه واژن به آرامی و با هدف چک تنگی واژن، وجود هماتوم، باز نبودن زخم و اطمینان از خروج تامپون انجام شود.
- ۱۳- بعد از اجازه گرفتن از مادر، معاینه رکتوم به آهستگی انجام شود. به این ترتیب از عدم ورود بخیه به رکتوم نیز اطمینان حاصل میشود.
- ۱۴- شمارش وسایل انجام شود.
- ۱۵- وسایل ترمیم به صورت صحیح جمع آوری شود.
- ۱۶- مادر در وضعیت راحت قرار گیرد.
- ۱۷- شرح جزئیات در پرونده مراقبتی مادر به طور کامل و خوانا ثبت شود.
- ۱۸- مهر و امضا عامل زایمان و ترمیم کننده اپی زیاتومی در پایین شرح حال ثبت گردد.
- ۱۹- آموزش های لازم در خصوص بهداشت پرینه به مادر داده شود.
- ۲۰- قبل از خروج بیمار از لیبر معاینه واژینال و رکتال توسط متخصص زنان یا مامای با تجربه انجام شود.