

تأثیر آنتی بیوتیک خوراکی در پیشگیری از عفونت اپیزوتومی در بیماران

مراجعه کننده به بیمارستان علوی اردبیل طی سال ۱۳۸۰

نویسندگان: دکتر فرناز اهدائی وند^(۱)، معصومه خیرخواه*^(۲)

چکیده

سابقه و هدف: اپیزوتومی شایعترین عمل جراحی مامایی بوده و عفونت آن ناشایع است. شیوع آن ۱/۰٪ گزارش شده و میزان عفونت با پارگی درجه ۳ و ۴ به ۱ الی ۲٪ افزایش می‌یابد. علائم بالینی عفونت اپیزوتومی شامل درد موضعی، دیزوری، تغییر رنگ قرمز یا قهوه‌ای محل برش و تورم لبه زخم و در موارد شدید باز شدن بخیه‌ها و ترشح مایع سروزی، خون یا آگزودای چرکی از محل زخم می‌باشد. در اکثر مراکز ایران برای پیشگیری از عفونت اقدام به تجویز آنتی بیوتیک خوراکی حداقل به مدت ۵ روز بعد از زایمان می‌نمایند. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان شیوع عفونت اپیزوتومی و تعیین تاثیر درمان خوراکی با آنتی بیوتیک در پیشگیری از عفونت اپیزوتومی در زنان کم‌خطر مراجعه کننده به مرکز آموزشی، درمانی علوی اردبیل در سال ۸۰-۱۳۷۹ انجام شده است.

روش کار: این پژوهش کار آزمایی بالینی بوده و جامعه پژوهش کلیه خانمهای حامله شکم اول و دوم کم‌خطر مراجعه کننده به بیمارستان علوی بوده است. معیارهای انتخاب بیماران کم‌خطر شامل پارگی کیسه آب کمتر از ۶ ساعت، تعداد معاینه واژینال در طول لیبر کمتر از ۶ بار، طول مدت مرحله دوم زایمان ۵۰ دقیقه یا کمتر، شستشوی کامل دستگاه تناسلی حین زایمان و عدم استفاده از واکيوم یا فورسپس در ختم زایمان بوده است. خانمهای حامله واجد شرایط فوق به طور تصادفی به دو گروه ۲۰۳ نفره تجربی و مقایسه تقسیم شدند، به گروه اول کپسول آمپی سیلین و به گروه بعدی دارونماده شد. بیماران در روز دهم بعد از زایمان از نظر عفونت محل اپیزوتومی مورد بررسی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و برای تعیین ارتباط بین متغیرها از آزمون χ^2 استفاده شد.

یافته‌ها: در ۳۸ نفر (۲۵/۳٪) گروه مقایسه و ۱۷ نفر (۱۱/۱٪) گروه تجربی با در نظر گرفتن معیارها، عفونت دیده شد و بین ابتلا به عفونت در دو گروه آزمون آماری مجذور کای تفاوت معنی داری وجود دارد. ($\chi^2 = 10.27$ df=1 P=0.0001).

نتیجه‌گیری: شیوع عفونت اپیزوتومی در تحقیقات مشابه کشورهای خارجی ۸٪ - ۳۵٪ گزارش شده است. بین بروز عفونت در گروه تجربی و مقایسه تفاوت معنی دار آماری مشاهده شد، بنابراین تجویز آنتی بیوتیک پس از زایمان در شرایط فعلی در این مرکز ضروری است.

واژه‌های کلیدی: عفونت، اپیزوتومی، پیشگیری با آنتی بیوتیک

۱- متخصص زنان و زایمان و استادیار دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲- * (مؤلف مسئول) کارشناس ارشد مامایی و مربی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مقدمه

بیشتر اعمال جراحی در زنان و مامایی از نوع اعمال تمیز به شمار می‌روند و برای ابتلاء به عفونت خطر کمی دارند. این اعمال شامل جراحی شکم، پرینه و واژن می‌باشند و بجز در موارد خاص به آنتی بیوتیک درمانی پیشگیرانه نیازی ندارند [۱]. تجویز آنتی بیوتیک بعنوان پیشگیری از عفونت در انسزیه‌های میان دو راه و ترمیم سیستوسل و رکتوسل مؤثر نبوده و توصیه نمی‌شود [۲]. شایعترین برش ناحیه پودندال اپی زیوتومی بوده که در مرحله دوم زایمان داده می‌شود تا از پارگی حین زایمان جلوگیری نماید [۳].

از مزایای اپی زیوتومی جلوگیری از شل شدن بافت‌های لگن و تسهیل مرحله دوم زایمان می‌باشد. بر اساس تحقیق آنجیولی در سال ۲۰۰۰ شیوع پارگی درجه ۳ و ۴ و فیستول پس از زایمان ۱۰-۱٪ می‌باشد [۴]. بر اساس تحقیقات سامولسو در سال ۲۰۰۰ شیوع پارگی آنال ۳/۳٪ بوده و بالا رفتن وزن نوزاد، طولانی شدن زایمان، ادم پرینه، استفاده از واکسیوم و بیهوشی اپیدورال از جمله عوامل خطر آن هستند [۵]. از مزایای اپی زیوتومی جلوگیری از این عوارض می‌باشد. عوارض اپی زیوتومی شامل باز شدن بخیه‌ها، عفونت، فاسیت نکروزان، افزایش روزهای بستری در بیمارستان و مرگ می‌باشد [۶].

۱/۰٪ اپی زیوتومی‌ها عفونی می‌شوند و میزان عفونت اپی زیوتومی با پارگی درجه ۳ و ۴ به ۱ الی ۲٪ افزایش می‌یابد [۵]. در بین ۶۰۰۰ زایمان ۲۱ مورد عفونت اپی زیوتومی (۰/۳۵٪) در دانشگاه میشیگان امریکا گزارش شده است. ۱۰ مورد عفونت اپی زیوتومی در ۲۰۰۰۰ زایمان با شیوع ۰/۰۵٪ در دانشگاه آلاباما گزارش شده و شیوع باز شدن اپی زیوتومی در بیمارستان پارکلند ۰/۵٪ بوده که ۸۰٪ آن با عفونت همراه بوده اند [۷]. علائم بالینی عفونت اپی زیوتومی شامل درد موضعی، دیزوری، تغییر رنگ قرمز یا قهوه‌ای محل برش و تورم لبه زخم و در موارد شدید باز شدن بخیه‌ها و ترشح مایع سروز، خون یا اگزودای چرکی از محل زخم است [۵]. عفونت اپی زیوتومی ساده محدود به پوست و فاسیای سطحی در طول برش بوده و تغییرات

پوستی مثل ادم یا اریتم فقط در مجاورت محل برش اپی زیوتومی دیده می‌شود. در صورت عفونی بودن لایه سطحی فاسیا دبریدمان صورت گرفته و آنتی بیوتیک برای مهار استرپتوکوک، استافیلوکوک، آنتروباکتر و بی هوازیها تجویز می‌شود [۷]. ریسک عفونت متریت با عفونت محل اپی زیوتومی در اکثر مراکز ۵٪ است و اختلالات انعقادی، کشیدن سیگار و عفونت HPV (Human papiloma virus) از عوامل مستعدکننده عفونت اپی زیوتومی محسوب می‌شوند [۱]. بدین سبب در اکثر مراکز ایران برای پیشگیری از عفونت اقدام به تجویز آنتی بیوتیک خوراکی حداقل به مدت ۵ روز بعد از زایمان می‌شود، که با توجه به قیمت بالای آنتی بیوتیک و تعداد زیاد بیمارانی که زایمان همراه اپی زیوتومی دارند، هزینه بالایی را به خود اختصاص می‌دهد و مطالعه مشابه‌ای در خصوص نیاز و یا عدم نیاز به مصرف آنتی بیوتیک پس از زایمان در کشور در دسترس نیست. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آنتی بیوتیک خوراکی در پیشگیری از عفونت اپی زیوتومی در زنان کم خطر مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی علوی اردبیل در سال ۸۰-۱۳۷۹ انجام شده است.

مواد و روشها

این پژوهش کار آزمایی بالینی بوده و جامعه پژوهش کلیه خانمهای حامله اول و دوم کم خطر مراجعه کننده به بیمارستان علوی در زمان انجام پژوهش بوده است. معیارهای کم خطر بودن بیماران و ورود به پژوهش شامل پارگی کیسه آب کمتر از ۶ ساعت، تعداد معاینه واژینال کمتر از ۶ مورد، طول مدت مرحله دوم زایمان ۵۰ دقیقه یا کمتر، شستشو و رعایت نکات استریل در طی زایمان، عدم استفاده از واکسیوم یا فورسپس برای ختم زایمان بود. با محاسبات آماری مشاور آمار حجم نمونه ۴۰۶ نفر تعیین گردید. برای هر یک از آنان کارت تهیه کرده، در داخل کیسه‌ای نموده و بر روی نیمی از کارت‌ها A (گروه تجربی) و نیمی دیگر B (گروه مقایسه) نوشته شده است. کارت‌ها به طور تصادفی خارج شده و داروی تجویزی هر خانم مشخص گردید. مجریان و

علامت ترشح چرکی، قرمزی و سفتی و باز شدن بخیه‌ها را داشتند به عنوان عفونت محل اپی زیوتومی بعد از زایمان در نظر گرفته شدند). از این تعداد ۵۱ نفر از گروه مقایسه و ۴۴ نفر از گروه تجربی جهت معاینه ۱۰ روز پس از زایمان مراجعه نمودند که از وضعیت آنان اطلاعی در دست نیست و کلیه تجزیه و تحلیل داده‌ها بر روی ۱۵۲ نفر از گروه تجربی و ۱۵۹ نفر از گروه مقایسه انجام شده است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی مثل توزیع فراوانی مطلق و نسبی و برای بررسی هماهنگی بین گروه تجربی و مقایسه از نظر عوامل دموگرافیک و ارتباط بین عفونت اپی زیوتومی و درمان خوراکی با آنتی بیوتیک از آزمون χ^2 استفاده شد.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک و معیارهای ورود به پژوهش در گروه تجربی و مقایسه در جدول شماره (۱) و (۲) نشان داده شده است.

همکاران طرح تا پایان تجزیه و تحلیل داده‌ها از ماهیت داروی تجویز شده بی اطلاع بودند. خانمهای حامله واجد شرایط فوق به طور تصادفی به دو گروه ۲۰۳ نفره تجربی و مقایسه تقسیم شدند. به گروه تجربی ۲۰ عدد کپسول آمپی سیلین 500 mg و به گروه مقایسه ۲۰ عدد دارونما هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز داده شد. کلیه مادران اپی زیوتومی مدیولترال (میانی طرفی) شدند و پس از زایمان برای کلیه مادران نسخه و دعوتنامه جهت مراجعه ده روز پس از زایمان به منظور ویزیت رایگان داده شد و همزمان آموزشهای لازم جهت رعایت بهداشت فردی برای پیشگیری از عفونت پس از زایمان به گروه تجربی و مقایسه بطور یکسان داده شد. بیماران در روز دهم بعد از زایمان ویزیت و از نظر عفونت محل اپی زیوتومی مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای تشخیص عفونت عبارت بودند از: ۱ - ترشح عفونی ۲ - سفتی و ترشح چرکی ۳ - قرمزی یا سفتی و باز شدن بخیه‌ها ۴ - ترشح چرکی و باز شدن بخیه‌ها (بیمارانی که هر سه

جدول شماره ۱؛ جدول فراوانی مطلق و نسبی دوگروه تجربی و مقایسه بر حسب عوامل دموگرافیک

گروهها	گروه مقایسه		گروه تجربی		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
محل سکونت						
شهر	۹۸	۴۸/۳	۱۰۱	۴۹/۸	۱۹۹	۴۹
روستا	۱۰۵	۵۱/۷	۱۰۲	۵۰/۲	۲۰۷	۵۱
تعداد حاملگی						
حاملگی اول	۱۵۸	۷۷/۸	۱۵۲	۷۴/۹	۳۱۰	۷۶/۴
حاملگی دوم	۴۵	۲۲/۲	۵۱	۲۵/۱	۹۶	۲۳/۶
شغل						
خانه دار	۱۹۵	۹۶/۱	۱۹۴	۹۵/۶	۳۸۹	۹۵/۸
شاغل	۸	۳/۹	۹	۴/۴	۱۷	۴/۲
میزان تحصیلات						
بیسواد	۵۱	۲۵/۱	۵۷	۲۸/۱	۱۰۸	۲۶/۶
ابتدایی	۱۱۹	۵۸/۶	۱۱۶	۵۷/۱	۲۳۵	۵۷/۹
سیکل	۳۰	۱۴/۸	۲۵	۱۲/۳	۵۵	۱۳/۵
دیپلم و بالاتر	۳	۱/۵	۵	۲/۵	۸	۲

با در نظر گرفتن معیارهای عفونت ۳۸ نفر (۲۵/۳٪) گروه شاهد و ۱۷ نفر (۱۱/۱٪) گروه تجربی به عفونت محل اپی زیوتومی در ده روز پس از زایمان مبتلا شده‌اند.

آزمون مجذور کای در همه موارد فوق بین دو گروه تفاوت معنی داری را نشان نداد، بدین معنی که دو گروه قبل از شروع مطالعه همگن بوده‌اند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی معیارهای ورود به پژوهش در دو گروه تجربی و مقایسه

گروهها	گروه مقایسه		گروه تجربی		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
معیارهای ورود						
زمان پارگی کیسه آب کمتر از ۳ ساعت	۱۵۷	۷۷/۳	۱۴۰	۶۹	۲۹۷	۷۳/۲
۳-۶ ساعت	۴۶	۲۲/۷	۶۳	۳۱	۱۰۹	۲۶/۸
تعداد معاینه ۱-۳	۱۲۶	۶۲/۱	۱۱۰	۵۴/۵	۲۳۶	۵۸/۳
۴-۶	۷۷	۳۷/۹	۹۲	۴۵/۵	۱۶۹	۴۱/۷
زمان ترمیم اپی کمتر از نیم نیم تا یک ساعت	۱۶۱	۷۹/۳	۱۵۴	۷۵/۹	۳۱۵	۷۷/۶
	۴۲	۲۰/۷	۴۹	۲۴/۱	۹۱	۲۲/۴

جدول شماره ۳: جدول توزیع فراوانی علایم عفونت در گروه مقایسه و تجربی در روز دهم پس از زایمان

گروهها	گروه مقایسه		گروه تجربی		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
علایم مورد مطالعه						
تب دارد	۱	۰/۷	۲	۱/۳	۳	۱
ندارد	۱۵۱	۹۹/۳	۱۵۷	۹۸/۷	۳۰۸	۹۹
ترشح عفونی دارد	۳۶	۲۳/۷	۱۵	۹/۴	۵۱	۱۶/۴
ندارد	۱۱۶	۷۶/۳	۱۴۲	۹۰/۶	۲۶۰	۸۳/۶
باز شدن بخیه دارد	۲۲	۱۴/۵	۱۱	۶/۹	۳۳	۱۰/۶
ندارد	۱۳۰	۸۵/۵	۱۴۸	۹۳/۱	۲۷۸	۸۹/۴
ندولاریته دارد	۱۶	۱۰/۵	۱۱	۶/۹	۲۷	۸/۷
ندارد	۱۳۶	۸۹/۵	۱۴۸	۹۳/۱	۲۸۴	۹۱/۳

جدول شماره ۴: میزان بروز عفونت اپی زیوتومی در گروه مقایسه و تجربی ده روز پس از زایمان

گروه‌های مطالعه		گروه مقایسه		گروه تجربی		جمع	
پيامد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	جمع
سالم	۱۱۲	۷۴/۷	۱۳۶	۸۸/۹	۲۴۸	۸۱/۸	درصد
عفونت	۳۸	۲۵/۳	۱۷	۱۱/۱	۵۵	۱۸/۲	درصد
جمع	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۳	۱۰۰	۳۰۳	۱۰۰	درصد

بحث

از شایعترین اعمال جراحی مامایی اپی زیوتومی بوده و عفونت آن ناشایع است [۵]. ریسک عفونت در آنسزیونهای پرینه و ترمیم سیستوسل و رکتوسل ۵٪ است [۳]. گولداپر و همکارانش بر روی ۳۹۰ بیمار موربیدیته عفونت اپی زیوتومی را ۵/۴٪ برآورد نموده‌اند. در این تحقیق ۱/۸٪ باز شدن بخیه و ۲/۸٪ ترشح چرکی و باز شدن بخیه‌ها و ۰/۸٪ عفونت به تنهایی مشاهده شده است. نتایج تحقیقات مشابه در دانشگاه میشیگان شیوع عفونت اپی زیوتومی ۰/۳۵٪ گزارش شده است [۶]، در حالیکه بروز عفونت اپی زیوتومی در مراجعه کنندگان به بیمارستان علوی اردبیل در سال ۸۰ در گروه مقایسه ۲۵/۳٪ و در گروه تجربی ۱۱/۱٪ بوده است که چندین برابر آمار جهانی است و آزمون مجذور کای تفاوت معنی داری را در ابتلا به عفونت اپی زیوتومی در گروه مقایسه و تجربی نشان داده است ($X^2=10.27$ $df=1$ $P=0.0001$) و ریسک ابتلاء به عفونت ۰/۳۶۸ با فاصله اطمینان (CI=۰/۱۹۷ - ۰/۶۸۸) بوده است.

میزان تحصیلات، رعایت اصول بهداشتی، میزان درآمد، آموزشی بودن مرکز و انجام زایمان توسط دانشجویان و... می‌توانند در افزایش شیوع عفونت در این مرکز دخیل باشند. نتایج تحقیق بر روی ۳۴ بیمار با باز شدن بخیه‌های اپی زیوتومی نشان داده که ۶۵٪ بیماران از درد و ترشح چرکی و ۴۴٪ از تب شاکی بوده‌اند، عوارض بیماران مراجعه کننده به مرکز علوی به طور چشمگیری کمتر بوده، و تنها یک مورد تب در گروه مقایسه و دو مورد در گروه تجربی مشاهده شده است، علاوه بر آن باز شدن بخیه‌ها و ترشح عفونی در

گروه تجربی نصف گروه مقایسه بوده و با در نظر گرفتن معیارها، بروز عفونت در گروه تجربی بسیار کمتر از گروه مقایسه بوده است،

با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد:

۱) با توجه به بالا بودن عفونت اپی زیوتومی در مقایسه با آمار جهانی در بیمارستان علوی و تفاوت آماری مشاهده شده در گروه تجربی و مقایسه، تجویز آنتی بیوتیک به مادران علاوه بر رعایت کلیه نکات بهداشتی حین زایمان و ترمیم اپی زیوتومی ضروری است.

۲) آموزش صحیح رعایت نکات بهداشتی در منزل در کلاسهای آموزش شیردهی پس از زایمان و ویزیت رایگان بیماران یک هفته بعد می‌تواند در تشخیص عفونت پس از زایمان مؤثر بوده و از انتشار میکروبهای عفونی به لایه های عمقی پیشگیری نماید.

۳) نظارت مستقیم مریبان، ماماها و پزشکان بر زایمانهای انجام شده توسط دانشجویان پزشکی، مامایی و ماما روستایی و رعایت کامل استریلیتی توسط این افراد و دانشجویان می‌تواند در پیشگیری از عفونت بعد از زایمان مؤثر باشد.

۴) با توجه به نتایج پژوهش، تجویز آنتی بیوتیک پس از زایمان در مراجعین به بیمارستان علوی اردبیل ضروری است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تحقیق دیگری مبنی بر لزوم تجویز آنتی بیوتیک بصورت دوز پروفیلاکتیک (پیشگیری کننده) و دوز درمانی پس از زایمان انجام شود.

منابع

- 1) Nichols D, Daniel L. Gynecology, Obstetric & Related Surgery. 2nd ed, 2000:164
- 2) Thompson J, Rock J. Telides Operative Gynecology. 7th, 1992: 204 - 218
- 3) Low Lk, Seng LS. Clinician specific episiotomy rate: impact on perinal out come. Journal Midwifery women Health 2000; 45(2): 87-93
- 4) Angioli R, Gomenz M. Sevear perinal lacerations during vaginal delivery: The university of Miami experiance. Am J Obst Gyn 2000; 182(5): 1083-5
- 5) Sammualso E, Ladforst L. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factor. Br J Obst Gyn 2000; 107(7):926-931
- 6) Cuningham, Macdonald. Williams Obstetrics. 21 th ed 2001
- 7) Faro S, Soper D. Infectious Diseases in women. saunders co 2001: 209-213
- 8) Mandell G, Bennett J. Principles and practice of infectious Diseceases, 5th ed vol(I), chapter96 2000: 1237