

تاثیر ژل لیدوکائین ۲٪ بر درد و ترمیم اپی زیوتومی در دوره بعد از زایمان

دکتر زهرا فردی آذر^۱، فرزانه ظاهری^۲، صدیقه صادقی خامنه^۳، سکینه محمد علیزاده^۴، حسین کوشاور^۵

^۱ نویسنده مسئول: استادیار گروه زنان و زایمان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز E-mail: Fardyazar@yahoo.com

^۲ دانشجوی کارشناس ارشد مامایی ^۳ مربی مامایی ^۴ مربی آمار ^۵ دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

زمینه و هدف: درد پرینه بعد از اپی زیوتومی یکی از علل شایع ناخوشی زنان در دوره نفاس می باشد و اغلب به خوبی درمان نمی شود. مطالعه حاضر جهت مقایسه اثر، عوارض جانبی و رضایت بیمار از استعمال ژل بی حسی موضعی لیدوکائین و دارونما بر روی درد و ترمیم اپی زیوتومی انجام گرفته است.

روش کار: این مطالعه تجربی به صورت کارآزمایی بالینی دوسوکور است. ۱۲۴ خانم زایمان کرده با اپی زیوتومی مدیو لترال و بدون عوارض زایمانی جهت دریافت ژل لیدوکائین و پلاسبو به طور تصادفی انتخاب گردیدند. با شروع درد بعد از اپی زیوتومی و سپس در ساعات مختلف بعد از مصرف ژل، شدت درد با مقیاس عددی ۱۰ نمره ای ارزیابی شد. میزان تسکین به وسیله نیاز به مصرف قرص های مسکن، مقدار ژل مصرفی و میزان بی دردی تعیین گردید. اثر ژل بر روی ترمیم زخم با استفاده از معاینه بالینی در روزهای اول و دهم ارزیابی و داده ها در پرسشنامه وارد شد و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: میزان مسکن خوراکی مصرف شده، مقدار ژل مورد استفاده و همچنین میزان رضایت از بی دردی بین مصرف کنندگان ژل لیدوکائین و دارونما تفاوت آماری معنی داری نداشت. از نظر ترمیم زخم در معاینه روز اول و دهم بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار دیده نشد و تمام موارد زخم اپی زیوتومی در روز دهم، بهبودی مورد انتظار را داشتند. میزان رضایت از استعمال ژل در دو گروه یکسان بود.

نتیجه گیری: بر خلاف نتایج برخی از مطالعات، در مطالعه حاضر استفاده از ژل موضعی لیدوکائین ۲٪ در کاهش درد و ترمیم زخم تفاوت معنی داری با دارونما نداشت، ولی در مجموع ترمیم محل زخم در هر دو گروه خوب بود. تأیید تاثیر لیدوکائین در کاهش درد زخم با دوزهای بالاتر و همچنین تاثیر مثبت استفاده از ژل به عنوان نرم کننده در ترمیم زخم نیاز به مطالعات بیشتر دارد.

واژه های کلیدی: درد پرینه، ترمیم، ژل لیدوکائین، ژل لوبریکانت

دریافت: ۸۳/۱۱/۱۲ اصلاح نهایی: ۸۴/۱۱/۱ پذیرش: ۸۵/۲/۱۴

مقدمه

دوره بعد از زایمان به دلیل استرس جسمی و روانی با مشکلاتی توأم است که یکی از آنها درد می باشد. درد ممکن است احساس مثبت مادر بودن و مراقبت از نوزاد را تحت الشعاع قرار داده یا به عنوان عاملی جهت شعله ور شدن افسردگی بعد از زایمان باشد، گاهی موارد عدم تحرک طولانی مدت منجر به بروز

ترومبوز وریدی می گردد. تداوم درد باعث هراس از روابط جنسی و از دست دادن آرامش شده زمینه را برای افسردگی فراهم می سازد [۱]. یکی از مهم ترین علل درد بعد از زایمان درد پرینه ناشی از اپی زیوتومی یا پارگی می باشد. برش پرینه با گسترش خروجی باعث سرعت در انجام زایمان شده و از پارگی های بی نظم و شدید آن ممانعت می کند. بیش از ۶۰٪ از زنان در دوره بعد از زایمان دچار

موضعی بر روی درد انجام گردیده است. از آنجایی که مصرف هر گونه داروی موضعی روی زخم ممکن است در ترمیم آن دخالت نماید، بنابراین در این مطالعه علاوه بر تاثیر ضد درد لیدوکائین مقایسه اثر آن با ژل لوبریکانت روی ترمیم زخم نیز بررسی گردیده است.

روش کار

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی دوسو کور می باشد که از نوع داروی مورد استفاده محقق و بیماران آگاهی نداشتند، به طوری که تیوب های محتوی لیدوکائین یا پلاسبو در بسته های ۸۵ گرمی و بدون نام به صورت تصادفی در اختیار بیماران قرار گرفتند. در کل ۱۲۴ خانم زایمان کرده در مرکز آموزشی درمانی الزهرا تبریز که دارای اپی زیوتومی میانی- طرفی بوده و شرکت در مطالعه را پذیرفتند انتخاب گردیدند. در تمام بیماران ترمیم به روش مشابه و توسط محقق انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل زایمان یک قلو، جنین زنده، نداشتن بیماری زمینه ای، پره اکلامپسی، اکلامپسی و پارگی طولانی مدت پرده ها بود. جهت انجام مطالعه پرسشنامه ای مشتمل بر مشخصات فردی و باروری، اطلاعات مربوط به زایمان، شدت درد، بهبود زخم اپی زیوتومی و رضایت از دارو تنظیم گردید. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات نه نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه مورد تایید قرار گرفته و پایایی آن توسط آزمون parallel forms تعیین گردید. جهت تامین اعتبار علمی ابزارها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد و ابزارهای ترمیم، در دو میزان رضایت به ترتیب نمره ۰/۷۶، ۰/۸۸ و ۰/۸۲ اعتماد علمی را کسب نمودند. در خانم های مورد مطالعه با اولین شکایت درد ابتدا مقیاس عددی ۱۰ نمره ای درد ثبت گردیده و پماد توسط فرد پژوهشگر در اولین مرتبه در محل اپی زیوتومی مالیده می شد. در ساعات ۱، ۲، ۳ و ۴ بعد از استفاده از اولین دوز پماد شدت درد و علایم حیاتی به صورت مجدد کنترل می شد. بقیه محتوای تیوب با دادن توضیحات کافی در اختیار بیمار قرار می گرفت تا در صورت احساس درد و نیاز به مصرف به صورت

آسیب پیرینه به دلیل فوق می شوند. انجام معمول اپی زیوتومی مورد تردید می باشد، ولی در حال حاضر شایع ترین جراحی انجام یافته و در نتیجه یکی از علل درد بعد از زایمان در بخش های زایمان در سراسر دنیا می باشد، به طوری که شیوع آن در انگلستان ۰/۴۰٪، آمریکای شمالی ۰/۵۴٪ و در اروپای شرقی ۰/۹۹٪ زایمان ها است [۳،۴].

برای تخفیف یا از بین بردن درد، درمان شایع استفاده از ضد دردهای خوراکی شامل ضد التهاب های غیر استروئیدی، فرآورده های کدئین دار و استامینوفن می باشد. فرآورده های کدئین دار به تنهایی و یا با استامینوفن موثر می باشد اما عوارض جانبی آن شامل یبوست، تهوع، درد شکم و سرگیجه می باشد که استفاده از آنها را محدود می سازد.

ضد التهاب های غیر استروئیدی نیز در تسکین درد مفید و حتی موثرتر از استامینوفن می باشند، ولی عوارض جانبی آنها به خصوص عوارض گوارشی قابل ملاحظه می باشد [۴-۲].

به لحاظ کاستن از عوارض مذکور روش های موضعی تسکین درد مورد توجه قرار گرفته اند که شامل استفاده از کمپرس های سرد و گرم، امواج اولتراسوند، اشعه و بی حسی موضعی می باشد.

استفاده از ژل لیدوکائین به عنوان بی حس کننده موضعی به منظور حذف عوارض جانبی و به لحاظ استفاده ساده تر مورد توجه می باشد. بلوک موضعی یا سطحی اعصاب حسی با استفاده از لیدوکائین به وسیله مهار یون سدیم در طول غشای عصبی عمل می کند و از انتقال پیام عصبی در طول سلول عصبی جلوگیری و مانع انعکاس حس درد می گردد. لیدوکائین ۲٪ از طریق پوست یا غشاهای مخاطی به ساختمان های عصبی موضع نفوذ کرده و اعمال اثر می کند [۵].

مطالعات چندی جهت استفاده از داروی بی حسی موضعی جهت تخفیف درد بعد از زایمان انجام گردیده است و به علت حصول نتایج متفاوت و گاهی متناقض نتیجه نهایی مورد تردید می باشد. مطالعه حاضر جهت بررسی اثر ژل لیدوکائین به عنوان داروی بی حسی

بعد از تکمیل پرسشنامه و تعیین نوع ژل مصرفی از روی شماره های تیوب، داده ها دسته بندی و کدگذاری گردیده و با نرم افزار SPSS نسخه ۱۱ و روش های آماری توصیفی و استنباطی مانند آزمون من ویتنی و تی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین تعداد دفعات مصرف ژل در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان، میانگین تعداد دفعات مصرف ژل در ۱۰ روز اول بعد از زایمان و همچنین میانگین وزن ژل مصرف شده در دو گروه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (جدول ۱).

بیماران از نظر استفاده از ضد درد در دوره بعد از زایمان مقایسه گردیدند. میانگین مصرف قرص استامینوفن در چهار ساعت اول بعد از زایمان در گروه لیدوکائین 0.50 ± 0.48 و در گروه ژل لوبریکانت 0.49 ± 0.58 بود ($p=0.107$). میانگین مصرف قرص استامینوفن ۴۸-۱۲ ساعت بعد از زایمان در گروه ژل لیدوکائین 1.08 ± 1.73 و در گروه ژل لوبریکانت 0.78 ± 1.36 بود ($p=0.72$). در روز دهم بعد از زایمان میانگین مصرف در گروه ژل لیدوکائین $5/84 \pm 6/33$ و در گروه لوبریکانت $5/6 \pm 5/37$ بود ($p=0.42$). تفاوت آماری معنی داری در دو گروه مشاهده نگردید.

جدول ۱. مقایسه میانگین وزن و تعداد دفعات مصرف ژل در زمان های مختلف در دو گروه مطالعه

دفعات مصرف متغیر	آزمون	کنترل	سطح معنی داری
	$n=62$ $M \pm SD$	$n=62$ $M \pm SD$	
دفعات مصرف ۱۲-۴۸ ساعت اول	1.67 ± 1.24	1.40 ± 1.23	۰/۲۳
۱۰ روز اول زایمان	11.87 ± 7.23	10.07 ± 7.55	۰/۲۲
میانگین وزن ژل مصرفی (گرم)			
۱۰ روز اول زایمان	10.15 ± 6.46	9.57 ± 6.15	۰/۶۶

مجدد مورد استفاده قرار گیرد. در ویزیت روز دهم تعداد دفعات مصرف از بیمار سوال گردیده و باقیمانده تیوب برای تعیین مقدار مصرف شده توزین می گردید. میزان استفاده از ضد درد (استامینوفن خوراکی ۳۲۵ میلی گرم) در فاصله چهار ساعت بعد از زایمان تا روز ۱۰ ثبت گردید. جهت بررسی میزان ترمیم ناحیه اپی زیوتومی در هنگام ترمیم و در روز ۱۲-۱۰ بعد از زایمان از مقیاس Steen & Cooper استفاده گردید. شدت درد بر روی خط ۱۰ سانتی متری مدرج توسط بیمار علامت گذاری می گردید [۵،۴]. از مقیاس ترمیم Steen & Cooper برای ارزیابی ترومای پرینه همراه با اپی زیوتومی استفاده گردید [۶].

مشخصات فردی - اجتماعی افراد مورد پژوهش مقایسه شدند. در موارد توزیع غیر نرمال شامل تعداد بارداری، زایمان، سقط، سن جنین از آزمون من ویتنی و در موارد با توزیع نرمال یعنی سن مادر از آزمون تی استفاده گردید. همچنین از آزمون مجذور کای در مورد میزان تحصیلات و آزمون دقیق فیشر در مورد محل سکونت و شغل استفاده گردید.

تمامی خانم های مورد مطالعه خانه دار بود به دلیل انتخاب تصادفی نمونه ها و استفاده از معیارهای ورود به مطالعه، توزیع افراد از نظر میزان دیلاتاسیون سرویکس هنگام بستری، القای زایمانی، میانگین طول مراحل زایمانی و استفاده از کاهش دهنده درد در مرحله اول زایمان، نوع زایمان و مشخصات نوزاد در دو گروه یکسان بود. عامل زایمان در تمام موارد یک نفر متخصص زنان بوده و روش انجام اپی زیوتومی، انجام بی حسی موضعی، مقدار مصرف لیدوکائین، نوع ترمیم و نخ مصرفی (کرومیک دو صفر) در تمام موارد مشابه بود.

عوامل موثر بر ترمیم اپی زیوتومی در ۱۰ روز اول بعد از زایمان شامل شروع فعالیت روزمره، وضعیت جسمی و نحوه استراحت بعد از زایمان، موقعیت فیزیکی در هنگام شیردهی، یبوست بعد از زایمان و نوع توالد مورد استفاده در هر دو گروه یکسان بود.

جدول ۲. مقایسه میانگین شدت درد قبل و بعد از تجویز ژل به تفکیک دو گروه

شدت درد	ژل لیدوکائین		ژل لوبریکانت	
	n=۶۲		n=۶۲	
زمان تجویز	M ±SD		M ±SD	
قبل از تجویز	۴/۲۳ ± ۲/۱۱	۴/۰۹ ± ۱/۷۳	۰/۸۵۵	
۱ ساعت بعد	۳/۵۳ ± ۲/۵۶	۳/۹۰ ± ۲/۴۰	۰/۳۰۶	
۲ ساعت بعد	۳/۰۲ ± ۲/۶۵	۳/۰۳ ± ۲/۱۰	۰/۶۹۰	
۳ ساعت بعد	۲/۶۲ ± ۲/۴۲	۳/۱۵ ± ۲/۱۴	۰/۰۷۶	
۴ ساعت بعد	۲/۵۴ ± ۲/۳۹	۲/۵۷ ± ۲/۲۴	۰/۸۶۵	
۱۲-۴۸ ساعت بعد	۳/۸۲ ± ۲/۶۴	۳/۸۲ ± ۲/۶۴	۰/۶۱۷	
۱۰ روز بعد از زایمان	۲/۰۹ ± ۲/۴۸	۱/۷۲ ± ۲/۳۰	۰/۴۸۳	

در اکثر افراد دو گروه در روز دهم بعد از زایمان نتیجه ترمیم خوب بود و تفاوت آماری معنی دار نبود. میزان رضایت از درد و ترمیم در ۴۸-۱۲ ساعت بعد از زایمان در گروه ژل لیدوکائین ۱۳/۷۹±۵/۳۶ و در گروه ژل لوبریکانت ۱۲/۵۸±۴/۷۴ بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. در روز دهم بعد از زایمان میانگین رضایت در گروه لیدوکائین ۱۴/۰۴±۵/۳۲ و در گروه لوبریکانت ۱۳/۵۰±۴/۶۶ بود. میزان رضایت بین دو گروه تفاوت معنی داری نداشت.

بحث

تسکین درد ناشی از آسیب پرینه در دوره نفاس به دلیل تاثیر در کیفیت زندگی فرد و نگهداری از نوزاد مهم است، ولی تحقیقات محدودی در رابطه با نحوه تسکین درد انجام گرفته است و نتیجه گیری کلی به نظر ناکافی می رسد [۶].

وضعیت اجتماعی- اقتصادی فرد از عوامل موثر در ترمیم و درد ناشی از اپی زیو تومی می باشد [۲]. در این پژوهش افراد مورد مطالعه در دو گروه مشابه، همگی خانه دار و شهری بوده و در ۴۰٪ موارد دارای تحصیلات متوسط بودند.

اندازه و نوع اپی زیو تومی، روش ترمیم و نوع نخ مورد استفاده همچنین از عوامل موثر دیگر در ترمیم و درد بعد از اپی زیو تومی است [۶]. در مطالعه حاضر اندازه متوسط اپی زیو تومی، روش ترمیم و نوع نخ مصرفی (کرومیک دو صفر) در تمام بیماران یکسان بود.

خانم های استفاده کننده از ژل لیدوکائین اگر چه میانگین نمره درد پایین تری از گروه پلاسبو داشتند، اما از نظر تسکین درد در ساعت های ۱، ۲، ۳ و ۴ تفاوتی معنی دار با گروه کنترل نداشتند. این نتیجه با مطالعه کورکیل^۱ و همکاران همخوانی دارد. در مطالعه آنان که به صورت دو سو کور و در ۱۴۹ خانم زایمان کرده با پارگی درجه ۱ یا ۲ با ژل لیگنوکائین و پلاسبو انجام گردیده بود. متوسط اسکور در دو گروه را پایین تر از

نتایج نشان می دهد که اختلاف معنی دار آماری در میانگین شدت درد قبل از تجویز ژل، ساعت اول، دوم، سوم، چهارم، ۱۲-۴۸ ساعت بعد و روز دهم بعد از زایمان در دو گروه مشاهده نشد (جدول ۲).

میزان آسیب بر اساس آزمون دقیق فیشتر و میزان ترمیم روز اول و دهم بعد از زایمان، با آزمون مجذور کای در دو گروه مقایسه گردید (جدول ۳). در اکثر افراد مورد مطالعه درجه آسیب بر اساس مقیاس Steen & Cooper شدید بود ولی تفاوت آماری بین دو گروه وجود نداشت.

جدول ۳. مقایسه درجه آسیب پرینه در افراد مورد پژوهش به تفکیک دو گروه مطالعه

درجه آسیب	ژل لیدوکائین		ژل لوبریکانت	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
لحظه ترمیم				
بدون آسیب	۶	۹/۷	۶	۹/۷
خفیف	۱۳	۲۱	۱۰	۱۶/۱
متوسط	۴	۶/۵	۳	۴/۸
شدید	۳۹	۶۲/۹	۴۳	۶۹/۴
روز دهم بعد از زایمان				
بدون آسیب	۲۴	۵۲/۲	۳۸	۶۶/۷
خفیف	۱۱	۲۳/۹	۱۰	۱۷/۵
متوسط	۱۱	۲۳/۹	۸	۱۴
شدید	-	-	۱	۱/۸

¹ Corkill

و همچنین به اضافه نمودن کورتیکو استروئید نسبت داد.

سکین^۵ و همکاران پماد لیدوکائین ۵٪ را با ایندومتاسین مقایسه کردند و تاثیر پماد لیدوکائین را ۱۵ دقیقه اول موثر ولی در دقایق ۳۰، ۶۰ و ۹۰ مصرف آن تفاوت معنی داری با گروه ایندومتاسین نداشت [۱۳].

با توجه به نتایج این مطالعات می توان نتیجه گرفت که تاثیر ژل در دقایق اولیه مهم تر می باشد ولی در ساعات بعد تاثیر آن تفاوت معنی داری با گروه های کنترل نشان نمی دهند.

شاید نتایج حاصل از مطالعه حاضر را به درصد لیدوکائین موجود در ژل (۲٪) که در فارماکوپه ایران موجود است بتوان نسبت داد، بنابراین به نظر می رسد جهت ارایه روش مفید تسکین درد پرینه در دوره نفاس مطالعات بیشتری مورد نیاز می باشد. جهت تعیین تاثیر لیدوکائین در ترمیم زخم و برای کاستن از اثر مخدوش کنندگی ژل به عنوان نرم کننده، گروه کنترل همان مصرف کنندگان پلاسبو یا ژل لوبریکانت بود. در رابطه با شدت آسیب در روز اول و ترمیم زخم در روز دهم اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نگردید و در مجموع ترمیم ناحیه در هر دو گروه خوب بود.

در یک مطالعه مقیاس REEDA جهت نمره بندی شدت آسیب در دوره بعد از زایمان استفاده شده و تاثیر روش اپی زیو تومی، نحوه ترمیم و نخ مورد استفاده را در ترمیم و درد بعد از زایمان موثر گزارش نمودند [۶].

در مطالعه حاضر عوامل موثر در ترمیم یعنی روش برش و ترمیم در هر دو گروه یکسان بودند، بنابراین توجه به زخم پرینه در خانم های زایمان کرده و همچنین مراجعه جهت کنترل زخم و احتمالاً خاصیت نرم کنندگی ژل در بهبود و ترمیم زخم تاثیر مثبت داشته است [۱۱].

از نظر رضایت بعد از زایمان میانگین نمره رضایت در گروه ژل لیدوکائین بالاتر بود ولی تفاوت از نظر

گروه پلاسبو گزارش کرده اند، میزان مصرف ضد درد در این دو گروه تفاوتی با هم نداشته است [۷].

میناسیان^۱ و همکاران در مطالعه خود تاثیر پماد لیدوکائین را با پلاسبو مقایسه نمودند و میزان تسکین درد با داروی موضعی را با استفاده از پرسشنامه و نیاز به مصرف ضد درد خوراکی بررسی کردند. در این مطالعه نیز بین گروه مصرف کننده دارو و پلاسبو تفاوت معنی داری را نیافتند [۸].

هدایتی^۲ و همکاران در استرالیا تفاوتی را در بی دردی حاصل از استعمال بی حسی موضعی و پلاسبو مشاهده نمودند این نتایج با یافته های تعدادی از مطالعات همخوانی ندارد [۹].

امیدوار در ایران در مطالعه خود شدت درد در گروه مصرف کننده لیدوکائین را پایین گزارش کردند و اعلام داشتند که دو ساعت بعد از مصرف لیدوکائین ۴۴٪ افراد دردی نداشتند [۱۰]. هاریسون^۳ و همکاران که اسپری تک دوز لینگو کائین ۵٪ را با اسپری سینگو کائین ۲٪ و پلاسبو مقایسه نمودند، نتایج به دست آمده از اسپری بی حس کننده را بهتر گزارش نمودند. یکی از دلایل احتمالی نتایج حاصله از مطالعه هاریسون و همکاران شکل و دوز دارویی مورد استفاده یعنی اسپری ۵٪ به صورت تک دوز می باشد. در مطالعه آنان اسپری در ۲۴-۲۲ ساعت اول بعد از زایمان تجویز گردیده است. به نظر می رسد تمایل بیشتر خانم ها به توجه و رسیدگی به زخم در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان نیز در نتایج حاصله موثر می باشد [۱۱].

گلداستین^۴ و همکاران که جهت کنترل درد بعد از اپی زیو تومی از شکل کف بی حس کننده موضعی و کورتیکو استروئید استفاده نمودند، تاثیر آن را در درد و ترمیم زخم اپی زیو تومی مفید گزارش نمودند [۱۲]. تاثیر مثبت بی حسی موضعی در مرحله بعد از زایمان را در این مطالعه می توان به شکل دارویی مورد استفاده

¹ Minassian

² Hedayati

³ Harrison

⁴ Goldestein

⁵ Sekin

آماری معنی دار نبود. میناسیان و همکاران نیز تفاوت معنی داری را در میزان رضایت از پماد لیدوکائین نیافتند [۸].
کورکیل و همکاران اظهار داشتند که افراد مورد پژوهش که پارگی درجه ۱ و ۲ داشتند در ۲۴ ساعت اول از ژل لیدوکائین ۲٪ رضایت نداشتند ولی در روز دوم ژل لیدوکائین به طور معنی داری در تسکین درد و رضایت بیماران مفید بود [۷].

بنابراین استفاده از لیدوکائین به صورت ژل و با دوز پایین ۲٪ به عنوان ضد درد توصیه نمی شود و مطالعات بیشتر در رابطه با افزایش دوز دارو پیشنهاد می گردد. در مطالعه حاضر نتایج ترمیم زخم و رضایت بیماران از استعمال دارو در هر دو گروه خوب بود که احتمالاً در اثر خاصیت نرم کنندگی ژل و توجه به محل زخم بوده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از پرسنل محترم مرکز الزهرا (س) که در انجام تحقیق ما را یاری نمودند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر استفاده از ژل لیدوکائین ۲٪ در کاهش درد و ترمیم زخم تفاوت معنی داری نداشت.

References

- 1- Yerbi M. Pain in childbearing: Key issues in management-chapter, postnatal pain, 2nd ed. UK: Blackwell Sciences, 2000: 131-53.
- 2- Cunningham F, Gant F, Leveno K, Gilstrap L, Haut JC, Wenstrom KD. Williams obstetrics conducted of normal labor and delivery, 21st ed. New York: McGraw-Hill, 2005: 434-6.
- 3- Scott J, Disaia P, Hammond C, Spellacy W. Danforth obstetrics and gynecology. Normal labor and delivery, 8th ed. London: Churchill Livingstone, 2002:181-3.
- 4- Cambitizi J, Harries M, Raders E. Surgical nursing advanced practice postoperative pain management, 21st ed, UK: Churchill Livingstone, 2000: 466-83.
- 5- Smettzer SC, Bare BG. Textbook of medical surgical nursing, pain management, 10th ed, New York: Lippincott, 2004: 175-201.
- 6- Calvert S, Fleming V. Minimizing postpartum pain: a review of research pertaining to perineal care in childbearing women. J Adv Nurs. 2000 Aug; 32(2): 407-15.
- 7- Corkill A, Lavender T, Walkinshaw SA, Alfirevic Z. Reducing postnatal pain from perineal tears by using lignocaine gel: a double-blind randomized trial. Birth. 2001 Mar; 28(1): 22-7.
- 8- Minassian VA, Jazayeri A, Perin SD, Timmons RL, Stumbo K. Randomized trial of lidocaine ointment versus placebo for the treatment of postpartum perineal pain. Obstet Gynecol. 2002 Dec; 100(6): 1239-43.
- 9- Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr; 18(2): CD004223.
- ۱۰- امیدوار شبنم. بررسی تاثیر ژل لیدوکائین بر درد زودرس بعد از اپی زیوتومی در زنان نخست زای بستری در بیمارستان منتخب شهرستان آمل، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۷۷، صفحات ۹ تا ۱۳۲.
- 11- Harrison RF, Brennan M. Evaluation of two local anesthesia spray for the relief of postepisiotomy pain. Curr Res Opin. 1987; 10(6):364-9
- 12-Goldstein PJ, Lipman M, Luebehusen J. A controlled clinical trial of two local agent in postepisiotomy pain and discomfort. South Med J. 1997 Jul; 70(7): 806-8.
- 13- Seckin F, Avsar L, Parlakyigit E, Aksakal O. Effects of indometacin suppository and lidocaine pomade for the relief of post-episiotomy pain. Int J Gynecol & Obstet. 2002; 78:159-61.